МИРОВАЯ СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2017

МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ОТНОШЕНИИ ЦЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ (ЦУР)

Всемирная организация здравоохранения

Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития [World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals]

ISBN 978-92-4-456548-3

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития [World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: http://apps.who.int/bookorders. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: http://www.who.int/about/licensing/

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in Russia

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения . . . . . **v**

Введение . . . . . **vi**

Часть 1
Шесть направлений деятельности по укреплению здоровья для достижения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. **1**
Обзор 1
1.1 Мониторинг в отношении ЦУР, связанных со здоровьем 3
1.2 Укрепление систем здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения 8
1.3 Справедливость в здоровье — никого не оставить без внимания 13
1.4 Устойчивое финансирование здравоохранения 16
1.5 Инновации, научные исследования и развитие 19
1.6 Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья 21
Библиография 25

Часть 2
Текущее состояние показателей ЦУР, связанных со здоровьем **29**
Обзор 29
2.1 Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей 29
2.2 Инфекционные болезни 30
2.3 Неинфекционные заболевания и психическое здоровье 31
2.4 Травмы и насилие 32
2.5 Всеобщий охват услугами здравоохранения и системы здравоохранения 32
2.6 Риски, связанные с состоянием окружающей среды 33
2.7 Риски для здоровья и вспышки болезней 33
Библиография 34

Часть 3
Примеры положительного опыта в странах **37**
Обзор 37
3.1 Положить конец предотвратимой материнской смертности в Казахстане 39
3.2 Снижение уровня малярии в Папуа-Новая Гвинея 40
3.3 Борьба с вирусным гепатитом в Камбодже 41
3.4 Улучшение здоровья от повышения чистоты воздуха в Ирландии 42
3.5 Профилактика самоубийств в Республике Корея 43
3.6 Профилактика преждевременной смертности, обусловленной алкоголем, в Российской Федерации 44
3.7 Борьба с табачной промышленностью в Уругвае 45
3.8 Повышение готовности реагирования на чрезвычайные ситуации в Гане 46
3.9 Мониторинг смертности и причин смерти в Исламской Республике Иран 47
Библиография 48

Приложение A: Резюме по избранным показателям ЦУР, связанным со здоровьем **51**
Пояснительная записка 51
Показатель 3.1.1 Материнская смертность 52
Показатель 3.1.2 Деторождения при квалифицированном родовспоможении 53
Показатель s 3.2.1/3.2.2 Детская смертность 54
Показатель 3.3.1 Заболеваемость ВИЧ 55
Показатель 3.3.2 Заболеваемость туберкулезом 56
Показатель 3.3.3 Заболеваемость малярией 57
Показатель 3.3.4 Заболеваемость гепатитом B 58
Показатель 3.3.5 Потребность в лечении забытых тропических болезней 59
Показатель 3.4.1 Смертность от неинфекционных заболеваний 60
Показатель 3.4.2 Смертность от самоубийств 61
Показатель 3.5.2 Потребление алкоголя 62
Показатель 3.6.1 Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий 63
Показатель 3.7.1 Планирование семьи 64
Показатель 3.7.2 Рождаемость среди подростков 65
Показатель 3.9.1 Смертность от загрязнения воздуха 66
Показатель 3.9.2 Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) 67
Показатель 3.9.3 Смертность от неумышленного отравления 68
Показатель 3.a.1 Потребление табака 69
Показатель 3.b.1 Охват вакцинацией 70
Показатель 3.b.2 Официальная помощь в целях развития (ОПР) для здравоохранения 71
Показатель 3.c.1 Трудовые ресурсы здравоохранения 72
Показатель 3.d.1 Способность соблюдать Международные медико-санитарные правила (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения 73
Показатель 1.a.2 Государственные расходы на основные услуги, включая здравоохранение 74
Показатель 2.2.1 Отставание в росте среди детей 75
Показатель 2.2.2 Истощение и избыточный вес у детей 76
Показатель 6.1.1 Услуги по обеспечению питьевой водой, организованные с соблюдением требований безопасности 77
Показатель 6.2.1 Услуги санитарии, организованные с соблюдением требований безопасности 78
Показатель 7.1.2 Чистые виды топлива и энергетические технологии для домашних хозяйств 79
Показатель 11.6.2 Загрязнение воздуха 80
Показатель 13.1.1 Смертность, обусловленная стихийными бедствиями 81
Показатель 16.1.1 Умышленные убийства 82
Показатель 16.1.2 Смертность, связанная с конфликтами 83
Показатель 17.19.2 Регистрация смерти 84

Приложение B: Таблицы по показателям ЦУР, связанным со здоровьем, по странам, регионам ВОЗ и на глобальном уровне **85**
Пояснительная записка 85

Приложение C: Группировка по регионам ВОЗ **103**

СОКРАЩЕНИЯ

АМР	Американский регион ВОЗ
АРТ	Антиретровирусная терапия
АФР	Африканский регион ВОЗ
БВВЭ	Болезнь, вызванная вирусом Эбола
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВНД	Валовой национальный доход
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВСР	Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ
ГОЗ	Глобальная обсерватория здравоохранения
ДМСО	Демографическое и медико-санитарное обследование
ДЭСВ	Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам
ЕВР	Европейский регион ВОЗ
ЕДН	Регистрация актов гражданского состояния и естественного движения населения
ЗТОР	Регион ВОЗ, охватывающий Западную часть Тихого океана
КМС	Коэффициент материнской смертности
МИКС	Кластерное обследование по многим показателям
ММСП	Международные медико-санитарные правила
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НИОКР	Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
ОПР	Официальная помощь в целях развития
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
РМНДиПЗ	Репродуктивное, материнское, неонатальное, детское и подростковое здоровье
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССБ	Сердечно-сосудистые болезни
ТБ	Туберкулез
ТРИПС	Торговые аспекты прав интеллектуальной собственности
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЮВАР	Регион ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

Серийное издание «Мировая статистика здравоохранения» представляет собой ежегодный сборник статистических данных по здравоохранению, получаемых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) из 194 государств-членов. Настоящее издание подготовлено Департаментом ВОЗ по информации, фактическим данным и научным исследованиям Кластера по системам здравоохранения и инновациям в сотрудничестве со всеми соответствующими техническими департаментами ВОЗ.

«Мировая статистика здравоохранения 2017» посвящена Целям в области устойчивого развития (ЦУР), связанным со здоровьем, и соответствующим задачам, объединяя данные по широкому спектру соответствующих показателей ЦУР. В некоторых случаях, когда определения показателей находятся в стадии уточнения и собираются только базовые данные, представлены косвенные показатели. Кроме того, при отсутствии официальных целевых индикаторов для обеспечения общей оценки ситуации используются интегральные показатели здоровья, такие как продолжительность (здоровой) жизни.

«Мировая статистика здравоохранения 2017» состоит из трех частей. Часть 1 содержит 6 направлений деятельности, которые раскрывают, как в настоящее время ВОЗ содействует созданию более совершенных систем здравоохранения и повышению уровня здоровья населения, что ведет к достижению ЦУР, связанных со здоровьем. В Части 2 избранные показатели ЦУР, связанные со здоровьем, суммируется как на глобальном, так и на региональном уровне, на основе данных, доступных на начало 2017 года. Затем в Части 3 представлен ряд кратких резюме, в которых подчеркиваются недавние успешные усилия стран по укреплению здоровья населения посредством одного или нескольких из шести направлений деятельности. Приложения A и B содержат страновые оценки по избранным показателям ЦУР, связанным со здоровьем.

Как и в предыдущие годы, при подготовке сборника *«Мировая статистика здравоохранения 2017»*, в первую очередь, были использованы публикации и базы данных ВОЗ и системы ООН, членом которой является ВОЗ, в частности Межведомственной группы по оценке детской смертности. Кроме того, некоторые статистические данные были заимствованы из баз данных, которые обновляются рядом других международных организаций, таких как Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам (ДЭСВ) и его отдел народонаселения.

Для показателей, собранных за определенный период наблюдений в течение нескольких лет, цифры относятся к последнему доступному году в этом периоде, если только об этом не указано дополнительно.

Если не указано иное, региональные и глобальные данные ВОЗ по различным показателям являются обобщенными, тогда как абсолютные числа представляют собой суммарные значения. Обобщенные показатели для всей популяции могут быть рассчитаны только при наличии данных не менее, чем у 50% населения (или другой группы наблюдения, указанной в знаменателе) по тому или иному показателю. Для показателей, собранных за определенный период наблюдений в течение нескольких лет, обобщенные показатели относятся в среднем ко всему периоду, обозначенному в заголовке, если не указано иное. Некоторые региональные и глобальные обобщенные показатели ВОЗ могут включать страновые оценки, отсутствующие в отчетности.

Если не указано иное, все оценки, приведенные в докладе, прошли проверку и согласование после консультаций с государствами-членами и опубликованы здесь как официальные данные ВОЗ. При необходимости оценки были получены из различных источников с учетом особенностей каждого показателя, наличия и качества данных. Во многих странах системы статистической и медико-санитарной информации несовершенны, а исходные эмпирические данные могут отсутствовать или быть низкого качества. Были предприняты все усилия, чтобы обеспечить оптимальное использование представляемых странами данных; их корректировку и уточнение для восполнения отсутствия некоторых значений, чтобы исправить известные систематические ошибки и обеспечить максимальную сопоставимость статистических данных между странами, а также в динамике. Кроме того, для восполнения имеющихся пробелов в данных было применено статистическое моделирование и другие методы. Однако эти оптимальные оценки были получены с использованием стандартных категорий и методов для обеспечения наилучшей сопоставимости данных на международном уровне. Поэтому такие оценки не должны рассматриваться в качестве официальной статистики государств-членов, которая могла бы быть получены с использованием другой методологии.

В связи с низким качеством исходных эмпирических данных во многих странах некоторые представленные здесь показатели характеризуются значительной погрешностью. Политика ВОЗ в отношении статистической прозрачности предполагает ознакомление пользователей с методами расчета и доверительными интервалами соответствующих показателей. Однако в печатном варианте серии изданий «Мировая статистика здравоохранения» из-за ограничений по объему доверительные интервалы показателей не указываются, но полная информация о них представлена в базах данных на веб-сайте, таких как «Глобальная обсерватория здравоохранения»[1].

Несмотря на все усилия для обеспечения максимальной сопоставимости статистических данных между странами и в динамике, пользователи должны знать о том, что данные по странам могут различаться по терминологии, методам сбора данных, охвату населения и применяемым методикам оценки. Более подробную информацию о метаданных показателей можно найти в Глобальной обсерватории здравоохранения.

[1] Это определение, ориентированное на здоровье, опирается на общее определение устойчивого развития, данное в Докладе Всемирной комиссии Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию «Наше общее будущее». (www.un-documents.net/our-common-future.pdf, по состоянию на 13 марта 2017).



1 ШЕСТЬ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ПОВЕСТКИ ДНЯ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРИОД ДО 2030 Г.

WHO/SEARO/Gary Hampton

Обзор

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года *(1)* является первым в мире всеобъемлющим планом устойчивого развития. Принятая в конце 2015 г. эта Повестка дня представляет здоровье и благосостояние не только как результаты, но и как основу социальной интеграции, сокращения масштабов нищеты и защиты окружающей среды. С точки зрения перспектив в улучшении здоровья, развитие можно назвать «устойчивым» в том случае, когда ресурсы — природные и промышленные — управляются такими способами, которые поддерживают здоровье и благополучие нынешнего и будущих поколений *(2)*[1].

В дополнение к призыву стимулировать действия Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. дает возможность создать более совершенные системы здравоохранения — путем их укрепления за счет обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и признания того, что здоровье, с одной стороны, зависит от других ключевых секторов, таких как сельское хозяйство, образование, занятость, энергетика, окружающая среда и экономика, а с другой стороны, способствует эффективности их развития.

Для создания более совершенных систем здравоохранения и для выполнения Целей в области устойчивого развития (ЦУР) ВОЗ предлагает шесть направлений деятельности, показанных в Таблице 1.1. Признавая, что ЦУР охватывают все аспекты здоровья, эти действия направлены на то, чтобы поощрять не только перегруппировку нынешних усилий, согласно Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030, но также изучать новые пути достижения успехов в улучшении здоровья и благополучия. Для каждого из шести направлений деятельности, подробно описанных в последующих разделах доклада (см. Разделы 1.1–1.6), существует как ряд возможностей, так и определенное количество проблем, требующих решения.

Прежде всего, следует отметить, что мониторинг и оценка прогресса, отмеченного в отношении определенных задач, были главной движущей силой в достижении Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), как с точки зрения измерения прогресса, так и для повышения подотчетности. В основе Целей устойчивого развития (ЦУР) заложен такой подход, что улучшение здоровья населения способствует выполнению всех других целей. Следовательно, измерение прогресса должно происходить по всем ЦУР. Кроме 13 специальных задач, входящих в ЦУР 3, в других ЦУР также имеется большой набор задач, имеющих отношение к здоровью. Например, в ЦУР 2 (Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности, улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства), в ЦУР 6 (Обеспечение наличия и рациональное использование водных ресурсов и санитарии для всех), в ЦУР 7 (Обеспечение всеобщего доступа к недорогостоящим, надежным, устойчивым и современным источникам энергии для всех), в ЦУР 8 (Содействие неуклонному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех), в ЦУР 11 (Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической

[1] Это определение, ориентированное на здоровье, опирается на общее определение устойчивого развития, данное в Докладе Всемирной комиссии Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию «Наше общее будущее» (www.un-documents.net/our-common-future.pdf, по состоянию на 13 марта 2017 г.).

устойчивости городов и населенных пунктов), в ЦУР 12 (Обеспечение рациональных моделей потребления и производства), в ЦУР 13 (Принятие срочных мер по борьбе с изменением климата и его последствиями) и в ЦУР 16 (Содействие построению миролюбивых и открытых обществ в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях).

В последние годы отмечено увеличение научных исследований в области здравоохранения, а также разработок по мониторингу и оценке благодаря быстрым технологическим достижениям, которые позволяют собирать и обрабатывать все большие объемы первичных данных, дезагрегированных для выявления наиболее нуждающихся лиц и групп населения. Появление «больших данных» — это мотивация для создания связей между базами данных в разных секторах, обеспечения повышения доступа к данным и разработки новых аналитических методов, которые приведут к лучшему пониманию болезней и открытию новых возможностей их лечения.

Усилия по сбору статистических данных в области здравоохранения — в том числе для серии «Мировая статистика здравоохранения ВОЗ» — побудили к размышлению о том, как лучше всего измерить здоровье в качестве и результата, и детерминанты устойчивого развития. Для мониторинга прогресса по всей ЦУР 3 (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте) ВОЗ рассмотрела несколько всеобъемлющих показателей. Они включают «продолжительность жизни», «продолжительность здоровой жизни», и «количество смертей в возрасте до 70 лет» *(3)*. Эти индикаторы показывают не только прогресс в достижении задач, входящих в ЦУР 3, но также прогресс в достижении задач, связанных со здоровьем, в других Целях. Таким образом, они отражают межсекторальный характер детерминант здоровья. Текущие оценки продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни включены в доклад в качестве обобщенных показателей здоровья на всех этапах жизни (см. Приложение A и B). Разработка и мониторинг сравнительных показателей по состоянию здоровья, инвалидности и благосостоянию в популяциях потребует дальнейших исследований наряду с внедрением стандартизованных инструментов и методологий обследований.

В 2000–2015 гг. ЦТР основное внимание уделяли программам, ориентированным на конкретные заболевания, в основном, это касалось здоровья матери и ребенка и инфекционных заболеваний (в частности, ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез). Гораздо меньше внимания уделялось работе систем здравоохранения в целом, в том числе медико-санитарному обслуживанию, в результате чего потенциальные преимущества этой деятельности не учитывались. ЦУР исправляют эту ситуацию, подчеркивая настоятельную потребность во всеобщем охвате услугами здравоохранения (ВОУЗ), включая полный доступ и охват населения медико-санитарной помощью, а также защиту от финансовых рисков, предоставляемую через справедливые и устойчивые системы здравоохранения. ВОУЗ не является альтернативой программам борьбы с болезнями эпохи ЦТР — скорее, он включает эти программы, чтобы увеличить охват населения в рамках всеобъемлющего пакета медико-санитарного обслуживания. Кроме того, ЦУР охватывают предоставление услуг здравоохранения по неинфекционным болезням (НИЗ), психическому здоровью и травматизму, а также содействие практическому осуществлению медико-санитарных мероприятий через уже созданные международные и другие механизмы. К таким механизмам относятся Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака *(4)*, которая в настоящее время считается инструментом, способствующим не только укреплению здоровья, но и реализации более широких подходов в области развития.

Сохранение глубокого социального и экономического неравенства не только негативно влияет на свободы и права отдельных людей, но прямо противоречит принципу, четко изложенному в Уставе ВОЗ, о том, что право на наивысший достижимый уровень здоровья является основополагающим правом каждого человека. В качестве самостоятельной цели справедливость в отношении здоровья является ключевым фактором, способствующим работе, например, над достижением ВОУЗ. При поиске справедливости в отношении здоровья существует взаимная синергия, которая будет использоваться между мероприятиями, направленными на достижение задач в области ЦУР 3, и задач, которые способствуют достижению гендерного равенства (ЦУР 5), сокращению неравенства внутри стран в более широком смысле (ЦУР 10) и прозрачному, подотчетному и недискриминационному законодательству (ЦУР 16). Однако для того, чтобы движение к справедливости стало реальной силой для перемен, необходимы конкретные программы работы для объективного определения тех, кто оказался в тяжелом положении, а также для разработки и внедрения эффективных решений.

Устойчивое финансирование лежит в основе любой системы, направленной на улучшение здоровья. Одним из непредусмотренных последствий сосредоточения внимания на программах борьбы с болезнями в эпоху ЦТР стало создание параллельных финансовых потоков и дублирование функций системы здравоохранения, в частности, при сборе и обработке информации. Ожидается, что включение концепции ВОУЗ в ЦУР 3 приведет к комплексному подходу к финансированию здравоохранения.

Новые приоритеты финансирования здравоохранения в настоящее время изложены в Аддис-Абебской программе действий *(5)*. Одним из пунктов соглашения является то, что каждая страна несет основную ответственность за свое собственное экономическое и социальное развитие. В этом контексте руководящие принципы финансирования здравоохранения включают, например, укрепление внутреннего налогового администрирования и сокращение уклонения от уплаты налогов для увеличения общего потенциала государственных расходов, в том числе в области здравоохранения. В дополнение к принципам, изложенным в Аддис-Абебской программе действий, эффективная практика также включает в себя уменьшение фрагментации финансовых потоков и объединение доходов от здравоохранения, с тем чтобы максимально укрепить потенциал перераспределения и лучшего финансирования приоритетных служб здравоохранения для населения.

Научные исследования и инновации являются необходимыми условиями достижения ЦУР. В данном контексте инновация относится не только к изобретению и разработке новых технологий, но и к поиску новых способов реализации, которые включают в себя юридические и финансовые инструменты, расширение зоны действия кадровых ресурсов здравоохранения за рамки медицинской профессии и использование общих платформ для оказания медицинской помощи. Без непрерывных инвестиций в научные исследования и развитие новых технологий для дальнейшего внедрения их в системы здравоохранения многие амбициозные ЦУР просто не будут достигнуты.

Таблица 1.1
Новые возможности, открываемые Повесткой дня на период до 2030 г., с соответствующими шестью основными направлениями деятельности

	Шесть основных направлений деятельности	Возможности, открываемые Повесткой дня на период до 2030 г.
Построение улучшенных систем здравоохранения	Межсекторальное сотрудничество различных заинтересованных сторон в интересах здоровья (см. Раздел 1.6)	Включение здоровья во все секторы принятия решений: объединение усилий различных заинтересованных сторон
	Укрепление систем здравоохранения для обеспечения ВОУЗ (см. Раздел 1.2)	Программы борьбы с болезнями, встроенные во всеобъемлющую систему здравоохранения, которая обеспечивает всеобщий охват, благодаря полностью укомплектованным и хорошо управляемым службам здравоохранения с защитой от финансовых рисков
Факторы, способствующие выполнению ЦУР	Уважение справедливости и прав человека (см. Раздел 1.3)	Улучшение здоровья для всего населения путем включения всего населения («никого не оставлять без внимания») и расширения прав и возможностей женщин
	Устойчивое финансирование (см. Раздел 1.4.)	Привлечение новых источников финансирования, подчеркивая важность государственного финансирования, на основе согласования финансовых потоков во избежание дублирования функций системы здравоохранения
	Научные исследования и инновации (см. Раздел 1.5)	Усиление влияния научных исследований и инноваций как основы устойчивого развития, включая баланс исследований по медицинским, социальным и экологическим детерминантам и принятию решений
	Мониторинг и оценка (см. Раздел 1.1)	Использование новых технологий для управления большими объемами данных, дезагрегированных для определения потребностей всех групп населения; отслеживание прогресса в отношении ЦУР 3 и всех других целей, связанных со здоровьем

Понятно, что обязательства и ответственность за здоровье в контексте устойчивого развития выходят далеко за рамки сектора здравоохранения. Повестка дня на период до 2030 г. в настоящее время предоставляет реальную возможность рассматривать вопросы здоровья при разработке политических решений в различных областях, уничтожить барьеры и наладить новые партнерские отношения для обеспечения согласованности между политикой и реальными действиями. Среди множества примеров синергии, которые характерны для ЦУР, здоровье рассматривается в единой платформе с социальной интеграцией и сокращением масштабов нищеты, а усилия по продвижению в сторону ВОУЗ вносят непосредственный вклад в общественную безопасность. Кроме того, ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания имеют жизненно важное значение для здоровья и развития, в то время как обеспечение чистой водой и улучшенными санитарно-техническими средствами может в значительной степени ежегодно предотвращать сотни тысяч смертей от диарейных болезней.

Шесть направлений деятельности, показанных в Таблице 1.1 и более детально обсуждаемых в Разделах 1.1–1.6, представленных ниже, не следует рассматривать, как всеобъемлющие и эксклюзивные. Скорее, их цель состоит в том, чтобы выделить основные ценности, лежащие в основе устойчивого развития, и определить некоторые из важнейших факторов, которые необходимо будет учитывать при построении более совершенных систем для здоровья и благополучия, а также при достижении амбициозных целей и задач, установленных международным сообществом.

1.1 Мониторинг в отношении ЦУР, связанных со здоровьем

Одним из ключевых элементов, способствующих развитию отчетности при реализации ЦТР, стало усиление внимания к мониторингу прогресса. В эпоху ЦУР повышенный интерес к мониторингу прогресса сохраняется, при этом странам предлагается проводить контроль выполнения поставленных задач и составление обзора по показателям на страновом уровне *(6)*. Один из основополагающих принципов заключается в том, что процесс мониторинга будет носить добровольный характер и ориентироваться на страны, а национальные официальные источники данных будут служить основой для региональных и глобальных обзоров. Страны подтвердили свою решимость внедрять надежные стратегии мониторинга для обеспечения системы отчетности перед своими гражданами. Для большинства стран это может означать внедрение новых и усовершенствования уже существующих методов по сбору данных. Дезагрегирование по всем соответствующим аспектам неравенства является еще одним ключевым руководящим принципом мониторинга, который будет иметь важные последствия для сбора данных (см. Раздел 1.3).

ЦУР также открывает новые направления с точки зрения мониторинга улучшения здоровья и выбранных показателей в области здоровья и здравоохранения. В дополнение к 13 задачам в области здоровья ЦУР 3, в других 16 целях имеются многочисленные задачи, связанные со здоровьем (Таблица 1.2). Кроме того, в отличие от показателей по задачам ЦТР, касающихся здоровья матери и ребенка и приоритетных инфекционных заболеваний, ЦУР являются более широкими и всеобъемлющими и включают показатели по НИЗ, психическому здоровью и травмам. Увеличилось также использование показателей смертности для мониторинга состояния здоровья населения. Для расчета около одной трети отобранных показателей, связанных со здоровьем, указанных в Таблице 1.2, требуется информация об общей смертности или смертности от отдельных причин. Страны столкнутся с новыми проблемами в создании или совершенствовании систем мониторинга смертности по причинам.

Данные для мониторинга в отношении ЦУР, связанных со здоровьем

В настоящее время лишь немногие из 42 избранных показателей в области ЦУР, связанных со здоровьем и представленных в Таблице 1.2, адекватно измеряются в большинстве стран, в результате чего большинство высококачественных данных не собирается с достаточной детализацией для обеспечения регулярного расчета и выявления тенденций на национальном уровне или для дезагрегации показателей по ключевым аспектам неравенства. В то время как во многих странах созданы системы мониторинга по определенным показателям, которые могут быть улучшены, другие показатели ЦУР являются новыми и трудно поддающимися измерению, поэтому потребуются дополнительные инвестиции и дальнейшее развитие систем мониторинга до того времени, как будут получены соответствующие данные на страновом уровне. Странам необходимо будет усовершенствовать свои информационные системы здравоохранения, которые используют несколько источников для сбора статистических данных, необходимых для принятия решений, и для отслеживания прогресса в достижении задач в области ЦУР.

Таблица 1.2
Показатели ЦУР 3 и другие показатели, связанные со здоровьем[a], по источнику данных

Показатель	Область применения показателя	ЕДН1[b]	Обследования[c]	Отчеты из учреждений[d]	Другие источники общих данных	Основные проблемы определения или методологии показателей
3.1.1	Материнская смертность	●	●		Специализированные исследования (перепись)	Проблемы с данными о смертях, связанных с беременностью, в обследованиях; недоучет материнской смертности в системах ЕДН
3.1.2	Роды, принятые квалифицированными медицинскими работниками		●	●		Необходимость согласованного определения квалифицированных кадров в разных странах и разных источниках данных
3.2.1	Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет	●	●		(Переписи)	Недоучет смертей новорожденных; неверное определение возраста
3.2.2	Коэффициент неонатальной смертности	●	●			Недоучет смертей новорожденных; неверное определение возраста; неправильная квалификация случаев мертворожденности
3.3.1	Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	●	●	●		Модели, необходимые для того, чтобы оценить заболеваемость на основе регистрируемой распространенности, и данные по охвату антиретровирусной терапией (АРТ)
3.3.2	Заболеваемость туберкулезом	●	●	●	Регистрация случаев	Определение степени недоучета случаев из данных учреждений здравоохранения и / или рутинных систем наблюдения
3.3.3	Заболеваемость малярией		●	●	Регистрация случаев	Неполнота уведомлений о случаях заболевания в очагах вспышки инфекции; прогнозирование заболеваемости, на основе численности переносчиков
3.3.4	Заболеваемость гепатитом B		●		Регистрация случаев	Необходимость обследования большого количества детей в возрасте 5 лет после вакцинации с ранжированием рисков
3.3.5	Число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней		●	●	Регистрация случаев	Недоучет случаев; группировка болезней
3.4.1	Смертность от неинфекционных заболеваний	●	●			Качество определения причины смерти
3.4.2	Коэффициент смертности от самоубийств	●	●		Данные полиции и коронерской службы	Определение намерений; недоучет вследствие стигматизации, по экономическим и юридическим причинам
3.5.1	Лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ			●		Отсутствие согласованного определения показателя
3.5.2	Употребление алкоголя				Данные о продажах алкогольной продукции в торговых сетях и из государственных реестров	Оценка потребления алкоголя туристами и алкоголя, произведенного в домашних условиях (незарегистрированного алкоголя)
3.6.1	Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий	●	●		Данные полиции и коронерской службы	Разница в определениях в разных системах регистрации, при проведении обследований и данных полиции
3.7.1	Планирование семьи		●	●		Незамужние женщины обычно исключаются из опросов
3.7.2	Коэффициент подростковой рождаемости	●	●		(Переписи)	Возможная неправильная регистрация возраста
3.8.1	Индекс ВОУЗ (всеобщего охвата услугами здравоохранения)		●	●		Отсутствие сопоставимости контрольных показателей с другими показателями; отсутствие признаков дезагрегации для некоторых контрольных показателей
3.8.2	Финансовая защита		●			Отсутствие стандартного инструмента обследования населения
3.9.1	Смертность, обусловленная загрязнением воздуха	●	●		Мониторы качества воздуха / данные спутниковых наблюдений	Недостаточная обоснованность предположений об обусловленности смертей плохим качеством воздуха
3.9.2	Смертность, обусловленная отсутствием безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены	●	●		Данные обследований о мытье рук	Недостаточная обоснованность предположений об обусловленности смертей отсутствием безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены
3.9.3	Смертность от неумышленного отравления	●	●			Смерти от алкоголя или психотропных препаратов часто регистрируются как отравления с неопределенными намерениями неустановленными веществами
3.a.1	Употребление табака		●			Неопределенность показателя, измеренная в рамках обследований
3.b.1	Охват вакцинацией		●	●		Согласование источников обследования домохозяйств и источников административных данных
3.в.2	Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения				Официальные отчеты правительственных органов	Несовершенство отчетности
3.в.3	Основные лекарственные средства				Обследования учреждений здравоохранения	Установление структуры выборки государственных и частных учреждений здравоохранения; подтверждение качества имеющихся в наличии доступных лекарственных средств
3.c.1	Работники здравоохранения		●	●	Переписи	Несогласованные определения между различными источниками
3.d.1	Способность соблюдения Международных медико-санитарных правил (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения				Страновая самооценка и/или ключевые опросные обследования	Согласованность и точность отчетных оценок

Таблица 1.2, продолжение

Показатель	Область применения показателя	ЕДН1[a]	Обследования[c]	Отчеты из учреждений[d]	Другие источники общих данных	Основные проблемы определения или методологии показателей
1.a.2	Доля расходов на основные услуги, включая здравоохранение, в общей сумме государственных расходов				Данные государственного бюджета	Трудности в оценке расходов, если они не являются централизованными или предоставляются на внебюджетной основе
2.2.1	Отставание в росте среди детей		●	●		Необходимость наличия подготовленного антропометриста для правильного измерения роста детей; неверное определение возраста
2.2.2	Истощение и избыточный вес среди детей		●	●		Соответствие и точность шкалы, используемой для измерения веса ребенка; неверное определение возраста
5.2.1	Насилие со стороны интимного партнера в отношении женщин		●			Проблемы с определениями и сопоставимостью данных самооценок между странами
5.3.2	Нанесение увечий женским половым органам		●			Надежность и достоверность самостоятельного предоставления сведений пострадавшими неизвестны
6.1.1	Услуги снабжения питьевой водой, организованные с соблюдением требований безопасности		●		Дополнительные данные по качеству услуг водоснабжения	Получение данных о наличии и качестве водоснабжения в домохозяйствах
6.2.1.	Услуги санитарии, организованные с соблюдением требований безопасности		●		Дополнительные данные по удалению отходов	Получение данных об удалении отходов
7.1.2	Доля населения, использующего в основном чистые виды топлива и технологии		●			Модули обследования должны быть пересмотрены для мониторинга чистых видов топлива и энергетических технологий
8.8.1	Смертность вследствие производственного травматизма	●			Системы надзора за безопасностью на производстве	В разных странах употребляются различные определения
11.6.2	Загрязнение воздуха				Мониторы качества воздуха; данные спутниковых наблюдений	Расположение мониторов качества воздуха; калибровка спутниковых данных для сопоставления измерений
13.1.2[e] (в ЦУР это 13.1.1)	Смертность в результате стихийных бедствий	●	●		Данные из государственных органов, агентств по оказанию помощи, неправительственных организаций, научно-исследовательских институтов и СМИ	Определение окончания стихийного бедствия и обусловленности смертей стихийным бедствием
16.1.1	Умышленные убийства	●	●		Данные полиции и коронерской службы	Недоучет и неверное определение причины смерти в данных о регистрации смертей; недоучет и несоответствующие определения в источниках данных криминальной полиции
16.1.2	Смертность, связанная с конфликтами	●	●	●	Данные из государственных органов, агентств по оказанию помощи, неправительственных организаций, научно-исследовательских институтов и СМИ	Системы регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения (ЕДН) могут разрушаться (терять возможность функционировать) в результате широкомасштабных конфликтов; проблемы с определением; недоучет, дублирование в регистрации и недостоверная отчетность
16.1.3	Население, подвергшееся насилию (физическому, психологическому или сексуальному)		●	●		Рабочие определения психологического насилия; сбор данных среди детей
17.19.2	Регистрация рождения и смерти	●	●		Переписи	Неточные демографические методы, используемые для определения полноты данных

Примечание: Зеленая метка ● показывает наиболее предпочтительный источник данных; а красная метка ● показывает источник низкого качества или нежелательный источник данных.

[a] Показатели, не вошедшие в ЦУР 3, были отобраны из показателей состояния здоровья, детерминант здоровья, предоставления услуг здравоохранения или информационных систем в области здравоохранения; в случаях, когда несколько показателей охватывают одну и ту же область, указано только название этой области. Другие показатели, связанные со здоровьем, в рамках ЦУР включают: 2.1.1 (распространенность недоедания); 4.2.1 (дети, развивающиеся без отклонений); 5.2.2 (женщины, подвергавшиеся сексуальному насилию со стороны кого-либо, кроме интимных партнеров); 5.3.1 (вступление в брак в детском возрасте до 15 лет); 5.6.1 (женщины, самостоятельно принимающие обдуманные решения в области репродуктивного здоровья); 6.3.1 (доля безопасно очищаемых сточных вод); 11.6.1 (удаление городских отходов); 12.4.2 (удаление опасных отходов); 16.2.1 (дети, подвергшиеся любому физическому наказанию и/ или психологической агрессии со стороны тех, кто обеспечивает уход за ними); 16.2.3 (молодые женщины и мужчины, подвергшихся сексуальному насилию в детском возрасте); и 16.9.1 (регистрация рождений).

[b] Преимущественно ссылаясь на регистрацию смерти с медицинской сертификацией причины смерти.

[c] Эта категория включает широкий спектр популяционных обследований, в том числе демографические и медицинские обследования, обследование общего состояния здоровья, специальные обследования по конкретным заболеваниям и обследования уровня жизни.

[d] Данные, основанные на контактах с учреждениями на первичном, вторичном или третичном уровне.

[e] Индикатор 13.2.1 совпадает с показателями 1.5.1 и 11.5.1 (все включают смертельные случаи от стихийных бедствий).

Эффективный мониторинг выполнения ЦУР по соответствующим показателям требует надежно функционирующих национальных информационных систем в области здравоохранения, включая наличие данных о регистрация актов гражданского состояния и естественного движения населения (ЕДН), обследований домохозяйств и других популяционных обследований, рутинную систему отчетности из учреждений здравоохранения и обследований таких учреждений, систем административных данных и данных систем надзора (Таблица 1.2). Некоторые индикаторы также реально могут быть в базах данных, не имеющих отношения к здравоохранению. Для ряда индикаторов потенциально существуют несколько источников данных. Например, в странах, где отсутствует хорошо функционирующая система ЕДН, для регистрации рождения, смерти и причин смерти можно использовать обследования домохозяйств (а иногда данные по учреждениям здравоохранения). Системы регистрации Китая и Индии способны обеспечить достоверной информацией путем записи важных событий жизни в ходе опросов в выборочных группах населения и могут служить платформой для перехода к полной системе ЕДН.

Основными источниками данных, необходимыми для мониторинга связанных со здоровьем ЦУР, являются обследования домашних хозяйств и системы ЕДН, в частности, данные о регистрации смерти (см. Таблицу 1.2). Обследования домохозяйств, такие как демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) и кластерные обследования по многим показателям (МИКС), регулярно проводятся во многих странах с низким и средним уровнем дохода каждые 3–5 лет. Однако, данные по некоторым показателям ЦУР, которые могут быть получены при обследованиях домашних хозяйств, не собираются в обычном порядке, например, показатели охвата услугами здравоохранения по борьбе с НИЗ в общем показателе ВОУЗ 3.8.1. Кроме того, поскольку ДМСО и МИКС наиболее часто используются для получения данных по репродуктивному здоровью, а также здоровью матерей, новорожденных и детей (RMNCH), в выборку могут не включаться некоторые важные группы населения, такие как неженатые мужчины или пожилые люди. Национальные обследования состояния здоровья, проведенные в некоторых странах с высоким и средним уровнем дохода, например, Национальное обследование здоровья и питания (NHANES) в Соединенных Штатах Америки, являются наиболее полными. Все страны должны рассмотреть возможность проведения стандартных комплексных обследований здоровья с периодическим включением конкретных углубленных модулей для эффективного мониторинга всех соответствующих показателей, не перегружая при этом программу обследования населения. ВОЗ, Всемирный банк и Международная сеть обследований домохозяйств (IHSN) разрабатывают набор стандартизованных модулей для поперечных и лонгитудных обследований по сбору данных по индикаторам здоровья и связанных со здоровьем ЦУР в качестве ресурса для стран. Эти модули будут привязаны к инструменту «Survey Solutions» Всемирного банка, чтобы позволить конечным пользователям создавать опросник, который может быть реализован на платформе Индивидуальных интервью с использованием компьютера.

Для анализа смертности данные о регистрации смертей из системы ЕДН являются наиболее предпочтительными. Однако, почти во всех странах с низким и в ряде стран со средним уровнем дохода системы ЕДН не работают на достаточно хорошем уровне, чтобы получать данные для мониторинга (см. Таблицу 1.3). Таким образом, переписи населения и обследования домашних хозяйств являются главным источником данных, имеющимся в наличии в большинстве стран со средним и низким уровнем доходов. Переписи населения предоставляют данные по уровню смертности по полу и возрасту, а также по географическим и этническим группам, особенно если в них включены конкретные вопросы по смертности. Обследования домохозяйств, особенно такие, как ДМСО и МИКС, являются важным ресурсом для данных о смертности детей из их историй родов, а в некоторых обследованиях, с большей неопределенностью,— о смертности взрослых из опросов их братьев и сестер.

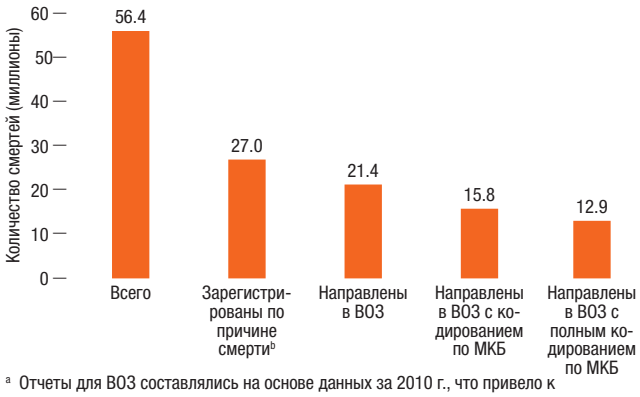
Хотя данные о смертности по причинам (например, от неинфекционных заболеваний) могут быть получены из обследований домохозяйств посредством опросов членов семьи и очевидцев об обстоятельствах смерти (вербальной аутопсии), их точность и достоверность являются весьма проблематичными. В целом, модули таких опросов в национальных системах обследований домохозяйств могут дать общее представление о причинах смерти, но не обеспечивают данными достаточного качества, позволяющими отслеживать тенденции смертности с течением времени. Смертность от некоторых конкретных категорий травм (таких как дорожно-транспортный травматизм) может быть измерена путем вербальной аутопсии, но при определении любой смертельной травмы, связанной со стигмой, такой как самоубийство, остаются значительные сложности. Повторное использование соответствующего инструмента проведения вербальной аутопсии, формирование выборки и методики анализа для определения причины смерти повышает возможность использования данных таких опросов для целей мониторинга.

Учитывая ограничения использования обследований и переписей, в конечном итоге для надлежащего мониторинга смертности и соответствующих показателей необходимы хорошо функционирующие системы ЕДН. Однако усилия по укреплению систем ЕДН, хотя и крайне важны, вряд ли смогут улучшить статистику в краткосрочной перспективе, поскольку для создания полноценно функционирующей системы обычно требуется более десяти лет. Поэтому разработка системы выборочной регистрации с проведением вербальной аутопсии на уровне местных общин в сочетании с развитием ЕДН будет иметь важное значение для преодоления нынешнего разрыва. Индонезия и Мозамбик могут быть приведены в качестве примера стран, внедряющих или разрабатывающих в настоящее время системы выборочной регистрации, тогда как Китай и Индия имеют долгосрочный положительный опыт в использовании таких систем.

Данные для мониторинга ЦУР: данные регистрации случаев смерти

Данные регистрации смерти, включая медицинскую сертификацию причин смерти и кодирование причин смерти по МКБ, являются предпочтительным источником информации для мониторинга смертности по причинам, возрасту и полу. Однако в настоящее время имеются значительные пробелы в охвате регистрацией смерти и качестве данных. Два основных аспекта качества, которые препятствуют использованию данных регистрации смерти для мониторинга общественного здравоохранения: (а) неполный учет случаев смерти; и (б) отсутствие, неполнота и неточность информации о причинах смерти. Полнота учета определяется как доля зарегистрированных смертей от всех смертей в конкретной географической области и является мерой охвата системой регистрации смерти. Информация о причине смерти, указанная в свидетельстве о смерти, может быть неправильной, неполной или отсутствовать вовсе, что уменьшает полезность данных для целей мониторинга общественного здоровья. Доля смертей, зарегистрированных

Рисунок 1.1
Количество смертей в мире в 2015 г., по ожидаемым данным регистрации/отчетности[a]



[a] Отчеты для ВОЗ составлялись на основе данных за 2010 г., что привело к временному отставанию.

[b] Регистрация смертей на местном уровне, при отсутствии государственной или национальной системы сбора данных, не проводится, так же как и регистрация причины смерти, основанная на вербальной аутопсии (опросе членов семьи и очевидцев об обстоятельствах смерти). Расхождение между зарегистрированными смертями и информацией о смертях, передаваемой в ВОЗ, в первую очередь связано с тем, что Китай передает в ВОЗ только данные системы выборочной регистрации (SRS).

в одном из коротких списков некорректной регистрации причин смерти, является показателем плохого качества информации о причине смерти. Некорректными считаются причины, которые не являются допустимыми в качестве первоначальной причины смерти или не определены вовсе. Если доля зарегистрированных смертей слишком мала или качество информации о причине смерти слишком низкое, данные регистрации смерти не могут использоваться для надежного мониторинга смертности по причине.

В 2015 г. почти половина всех смертей во всем мире была зарегистрирована в системе национальной регистрации смерти с информацией о причине смерти (см. Рисунок 1.1), по сравнению с 2005 г. отмечается рост на одну треть. Однако только 38 процентов данных обо всех зарегистрированных смертях в мире регулярно направляется в Базу данных ВОЗ о смертности *(7)*, которая собирает информацию о зарегистрированных смертях и их причинах из государств-членов ВОЗ. Кроме того, некоторые страны представляют свои данные ВОЗ, используя сокращенный список причин, тем самым ограничивая оценку качества информации о причине смерти. Только около 28% смертей в мире, информация о которых направляется в ВОЗ, зарегистрированы по коду МКБ (независимо от пересмотра), и даже тогда многим случаям смерти присваивается некорректный код[1], оставляя только 23% смертей, сообщаемых в ВОЗ, с точной и содержательной информацией об их причине.

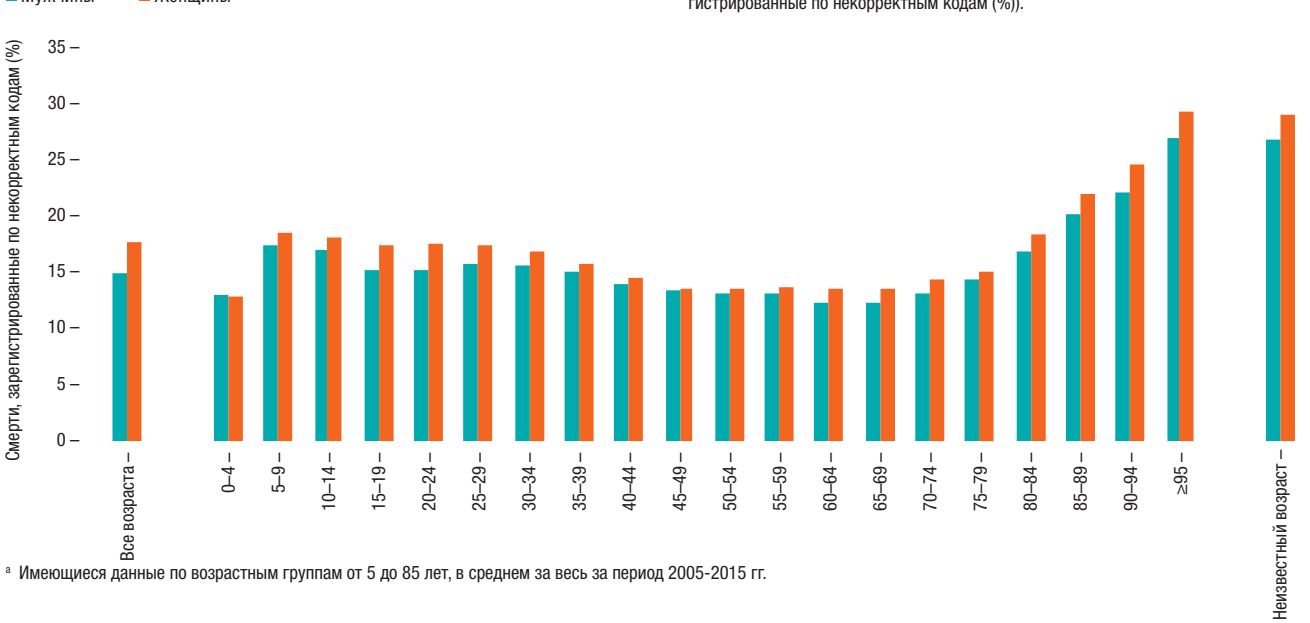
На Рисунке 1.2 показана доля смертей, зарегистрированных по некорректным кодам, в разбивке по возрастам *(7)*. Доля смертей, зарегистрированных по некорректным кодам в пожилых возрастах, значительно больше. Как в целом, так и во всех возрастных группах старше 5 лет, доля смертей среди мужчин имела гораздо более точную и содержательную информацию о причине смерти, чем доля смертей среди женщин.

Полнота регистрации смерти и качество информации о причине смерти различается в разных странах, причем некоторые страны имеют высокую степень полноты регистрации и малое использование некорректных кодов, а другие наоборот (Рисунок 1.3) *(7, 8)*. Чтобы оценить общее качество данных регистрации смертей, ВОЗ разработала концепцию «полезность использования» *(9)*, важным показателем которой является доля всех смертей, зарегистрированных с помощью значимой информации о причине смерти[2]. Эта концепция наилучшим способом отражает полезность данных, собираемых национальными системами регистрации смертей для мониторинга показателей смертности (Рисунок 1.3). Вместе с информацией о состоянии отчетности ВОЗ использовала данные о полезности использования для классификации национальных данных о регистрации смерти, предоставляемых странами в ВОЗ, по следующей шкале: очень низкое, низкое, среднее или высокое качество (Таблица 1.3).

[1] В этом анализе был рассмотрен набор некорректных кодов, которые не содержат информации о конкретной причине смерти, из МКБ-10: A40-A41 (стрептококковая и другая септицемия); C76, C80, C97 (неточно определенные локализации рака); D65 (диссеминированное внутрисосудистое свертывание (синдром дефибринации); E86 (гиповолемия — например, дегидратация); I10, I26.9, I46, I47.2, I49.0, I50, I51.4–I51.6, I51.9, I70.9, I99 (неточно определенные диагнозы в области ССБ, которые не могут быть первоначальной причиной смерти); J81, J96 (неточно определенные диагнозы болезней респираторной системы, которые не могут быть первоначальной причиной смерти); K72 (печеночная недостаточность неклассифицированная в других рубриках); N17–N19 (неточно определенная почечная недостаточность); P28.5 (дыхательная недостаточность у новорожденных); Y10– Y34, Y87.2 (повреждения с неопределенными намерениями); R00–R94, R96–R99 (признаки и симптомы, не классифицированные в других рубриках). Соответствующие коды МКБ-9 были удалены. ВОЗ планирует рассмотреть и обновить список ведущих некорректных кодов для оценки качества данных регистрации смерти.

[2] «Полезность использования» рассчитывается как полнота учета случаев смерти, умноженная на долю зарегистрированных смертей, которые определены по значимым причинам смерти. (Полезность использования (%) = Полнота (%) x (1- Смерти, зарегистрированные по некорректным кодам (%)).

Рисунок 1.2
Доля смертей, зарегистрированных по избранным некорректным кодам по полу и возрасту, 2006–2015 гг.[a]



[a] Имеющиеся данные по возрастным группам от 5 до 85 лет, в среднем за весь за период 2005-2015 гг.

Рисунок 1.3
Доля смертей, зарегистрированных по некорректным кодам, и полнота учета случаев смерти, а также результирующая категория ВОЗ по полезности использования данных по избранным странам

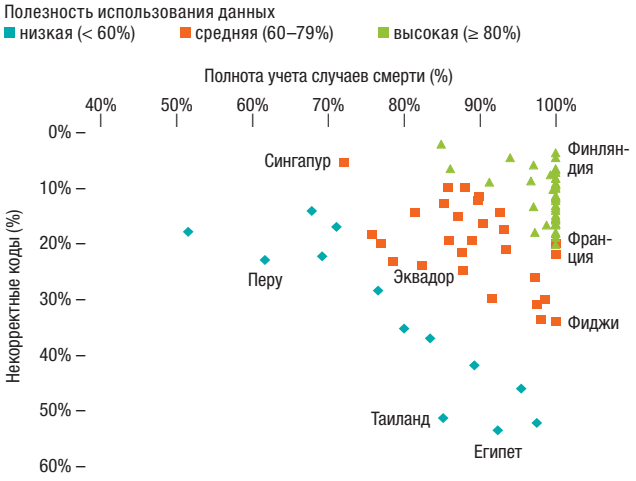


Таблица 1.3
Качество данных о регистрации смерти, направляемых в ВОЗ государствами-членами, по которым проведена оценка за период 2005–2015 гг., по регионам ВОЗ[a]

Регионы ВОЗ	Высокое качество	Среднее качество	Низкое качество	Очень низкое качество или отсутствие данных	Всего
АФР	1	2	1	43	47
АМР	10	18	4	3	35
ЮВАР	0	0	3	8	11
ЕВР	33	12	8	0	53
ВСР	0	1	7	13	21
ЗТОР	5	5	3	14	27
В мире в целом (проценты)	49 (25%)	38 (20%)	26 (13%)	81 (42%)	194

[a] «Высокое качество» данных относится к странам, предоставляющим в ВОЗ данные, не менее чем за 5 лет, данные за последний отчетный год с кодом по МКБ-10 и со средней полезностью использования данных ≥ 80%. «Среднее качество» относится к странам, предоставляющим в ВОЗ данные, не менее чем за 5 лет, данные за последний отчетный год с кодом по МКБ-10 и со средней полезностью использования данных от ≥ 60% до <80%; или странам, предоставляющим в ВОЗ данные, не менее чем за 5 лет с отчетностью по сокращенному списку причин смерти и с полезностью использования данных ≥ 80%. «Низкое качество» относится к странам, предоставляющим в ВОЗ различные данные с кодом по МКБ-10 и со средней полезностью использования данных от ≥ 40% до < 60%; или странам, предоставляющим в ВОЗ различные данные по сокращенному списку причин смерти, с полезностью использования данных от ≥ 60% до < 80%. Все остальные страны, сообщившие о регистрации смерти в ВОЗ, имеют очень низкое качество данных.

Ряд стран в настоящее время значительно улучшили как полноту, так и качество данных о причинах смерти. Ниже представлены два примера. В Казахстане был проведен конфиденциальный аудит смертности среди женщин репродуктивного возраста для выявления всех случаев материнской смертности. При этом были выявлены новые случаи смерти матерей, что привело к исправлению данных регистрации смерти (см. Раздел 3.1). В Исламской Республике Иран регистрация смертей с подробной информацией о причинах смерти была увеличена с 5% в 1999 г. до 90% в 2015 г. (см. Раздел 3.9). Эти и другие истории успешных действий очень четко продемонстрировали, что долгосрочная стратегия инвестиций в системы ЕДН, включая регулярную оценку качества данных о причинах смерти, может привести к существенному улучшению данных, используемых для мониторинга. Это, в свою очередь, позволяет выделять более целенаправленные инвестиции в укрепление системы здравоохранения, что, в конечном итоге, приводит к значительному улучшению здоровья населения.

1.2 Укрепление систем здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения

Задача 3.8 в области ЦУР по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) лежит в центре ЦУР 3, посвященной здоровью. Достижение прогресса в области ВОУЗ — это непрерывный процесс для каждой страны, поскольку он способствует тому, чтобы все люди получали необходимые услуги здравоохранения, не испытывая финансовых трудностей. Задачи в области ЦУР, связанные со здоровьем, не могут быть выполнены без существенного прогресса в области ВОУЗ (Рисунок 1.4) *(10)*. В свою очередь, достижение ВОУЗ потребует укрепления системы здравоохранения по предоставлению эффективных и доступных услуг для предотвращения ухудшения здоровья населения и обеспечения деятельности по укреплению здоровья, профилактике, лечению, реабилитации и паллиативной помощи. Укрепление системы здравоохранения требует скоординированного подхода, включающего совершенствование управления здравоохранением и финансирования для поддержки кадровых ресурсов здравоохранения, а также обеспечение доступа к лекарствам и другим технологиям здравоохранения для предоставления качественных услуг на общинном и индивидуальном уровнях. В рамках этого, информационные системы здравоохранения будут иметь жизненно важное значение в предоставлении информации для принятия решений и мониторинга прогресса. Финансовые и другие инвестиции в эту деятельность, должны стремиться повысить ответственность, эффективность, объективность, качество и стабильность на основе принципов интеграции медицинских услуг и формирования помощи, ориентированной на человека.

Широкий подход ЦУР дает возможность пересматривать и переориентировать стратегии и программы по охране здоровья для укрепления систем здравоохранения. ЦТР послужили важным стимулом для достижения прогресса в определенных областях, а именно: в репродуктивном, материнском и детском здоровье, а также в борьбе с ВИЧ/СПИДом, малярией и туберкулезом. При этом гораздо меньше внимания уделялось работе систем здравоохранения в целом, в том числе предоставлению медико-санитарных услуг, в результате чего преимущества хорошо функционирующих систем здравоохранения учитывались недостаточно. Многие страны испытывают недостаток в надежном финансировании здравоохранения, что приводит к высоким расходам и большим финансовым проблемам для отдельных людей или обнищанию семей при необходимости оплаты медицинского обслуживания из собственных средств. Многие страны также имеют серьезные недостатки в отношении кадров и инфраструктуры здравоохранения (особенно в сельских районах), обеспечения лекарственными препаратами, качества услуг, а также качества информационных систем и отчетности. Кроме того, слабые системы здравоохранения ведут к значительным проблемам в национальной, региональной и глобальной защите от вспышек инфекционных заболеваний, таких как вирусная болезнь Эбола и новые штаммы вируса гриппа.

Поскольку ЦУР значительно расширили ЦТР, чтобы охватить НИЗ, психическое здоровье и травмы, а также конкретные цели по внедрению медицинских услуг, укрепление систем здравоохранения становится единственным реалистичным способом достижения целевых показателей в области здравоохранения, связанных со здоровьем. Платформой для достижения этого является ВОУЗ. Он требует предоставления эффективных медицинских услуг всем, кто в них нуждается, при обеспечении того, чтобы доступ к таким услугам не приводил людей к финансовым трудностям.

Рисунок 1.4
Укрепление систем здравоохранения, всеобщий охват услугами здравоохранения и ЦУР



Международное партнерство в области здравоохранения для всеобщего охвата услугами здравоохранения на период до 2030 г. («ВОУЗ-2030») — эта инициатива, координируемая ВОЗ и Всемирным банком, с тем чтобы обеспечить возможность участия многих заинтересованных сторон в создании и расширении надежных и устойчивых систем здравоохранения, а также обеспечить подотчетность прогресса на пути осуществления ВОУЗ, как жизненно важной части достижения задач в области ЦУР, связанных со здоровьем *(11)*. Эффективное и рациональное укрепление системы здравоохранения потребует новых подходов, таких как обеспечение работоспособными и мотивированными работниками, как указано в Глобальной стратегии для развития кадровых ресурсов здравоохранения: Кадры здравоохранения 2030 *(12)*. На этом пути потребуется широкая координация по различным инициативам, при этом преимущества улучшенных систем здравоохранения будут важны для каждой из них. Эти инициативы включают стратегии и планы в области здоровья женщин, детей и подростков *(13)*, ВИЧ, вирусного гепатита и инфекций, передаваемых половым путем *(14)*, а также профилактики и контроля НИЗ *(15)*. Кроме того, координация усилий по совершенствованию информационных систем здравоохранения потребует поддержки таких инициатив, как Сотрудничество в области данных по здравоохранению *(16)*.

Задача мониторинга прогресса во всех вышеперечисленных стратегиях и других инициативах по укреплению различных аспектов систем здравоохранения может показаться невыполнимой. Однако, выбирая небольшой репрезентативный набор основных показателей по охвату услугами здравоохранения, а также показателей по оценке финансовых трудностей, которые испытывают люди, обращающиеся за медико-санитарной помощью, можно составить краткое представление о том, в какой степени те или иные системы здравоохранения достигли успехов в обеспечении ВОУЗ.

Мониторинг прогресса

В ответ на призывы правительств оказать техническую поддержку мониторингу ВОУЗ, ВОЗ и Всемирный банк разработали рамочную основу по проведению такого мониторинга. Эта основа базируется на серии тематических исследований и технических обзоров, проведенных в различных странах, а также на консультациях и обсуждениях с представителями стран, техническими экспертами и глобальными партнерами в области здравоохранения и развития. В рамочной основе представлены два ключевых компонента ВОУЗ — охват населения основными услугами здравоохранения и охват населения финансовой защитой. Эта работа привела к принятию двух показателей для ВОУЗ в рамках Задачи 3.8 в области ЦУР 3[1]. Организация Объединенных Наций признает ВОЗ ответственным агентством за оба этих показателя, а Всемирный банк — партнерским агентством по показателю ЦУР 3.8.2.

Показатели ВОУЗ в области ЦУР, дополненные другими, позволят странам контролировать прогресс в области укрепления систем здравоохранения по всеобщему охвату медико-санитарными услугами на национальном и субнациональном уровнях. ВОЗ обобщила имеющиеся в настоящее время данные на недавно запущенном информационном портале ВОУЗ *(17)*. Помимо этих глобальных оценок, во всех регионах ВОЗ предпринимаются усилия по конкретизации мониторинга ВОУЗ для лучшего отражения проблем, имеющихся в системах здравоохранения в разных странах в каждом

[1] Показатель ЦУР 3.8.1: Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по необходимым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний, а также объем и доступность услуг для широких слоев населения и для групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении); и Показатель ЦУР 3.8.2: Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств.

регионе *(18–21)*. В разделах, представленных ниже, обобщаются методологии и данные, используемые для мониторинга показателей ВОУЗ в области ЦУР по охвату населения основными услугами здравоохранения и охвату финансовой защитой.

Охват основными услугами здравоохранения

Показатель ЦУР 3.8.1. измеряется с использованием 16 контрольных индикаторов в области услуг здравоохранения (Таблица 1.4). Эти индикаторы были отобраны на основании эпидемиологических и статистических критериев в результате консультаций в течение нескольких лет с представителями стран, академических кругов и международных агентств. Для их расчета используются различные источники данных, наиболее важными из которых являются обследования домашних хозяйств. Многие из этих индикаторов хорошо изучены на основе оценок Организации Объединенных Наций для государств-членов.

Как показано на Рисунке 1.5 *(17)*, глобальный охват основными медицинскими вмешательствами против ВИЧ, ТБ и малярии значительно увеличился с 2000 г., что согласуется со значительным увеличением ресурсов, выделяемых на эти болезни через Глобальный фонд и Чрезвычайный план президента по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Охват основной медико-санитарной помощью в области здоровья матерей, новорожденных и детей показал более скромный, но устойчивый рост, причем охват некоторыми видами этой помощи был более быстрым, например охват вакцинацией от коклюша, дифтерии и столбняка (КДС3) в Африканском регионе ВОЗ, где с 2000 г. отмечался рост почти на 50%, обеспеченный за счет поддержки Глобального Альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), учреждений Организации Объединенных Наций и донорского финансирования. Охват дородовой помощью увеличился на 30–60% по регионам ВОЗ за пределами Европы, а также Северной и Южной Америки.

Ряд контрольных показателей в области медицинской помощи по основным заболеваниям, не включенным ранее в цели ЦТР,

Рисунок 1.5
Тенденции в глобальном охвате основными услугами здравоохранения по контрольным индикаторам, 2000–2015 гг.

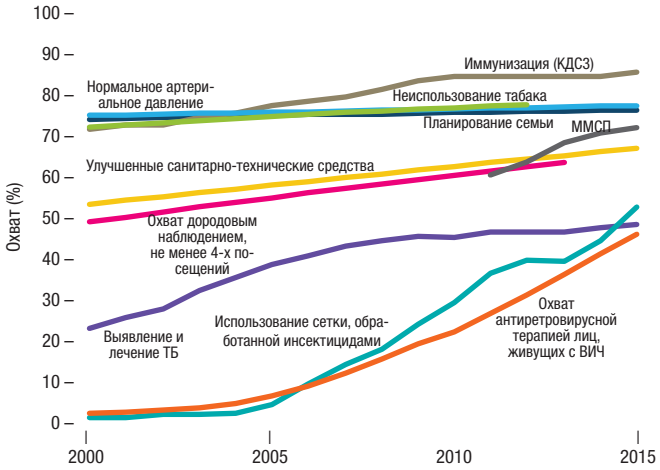


Таблица 1.4
Контрольные показатели по охвату основными услугами здравоохранения

Избранная область	Контрольный показатель	Ключевые проблемы при определении показателя или методологии сбора данных
Репродуктивное, материнское, неонатальное и детское здоровье		
Планирование семьи	Потребности в планировании семьи, удовлетворенные с помощью современных методов, среди женщин в возрасте 15-49 лет (%)	Незамужние женщины обычно исключаются
b. Дородовое наблюдение и квалифицированное родоспоможение	Охват дородовым наблюдением, не менее 4-х посещений (%)	Отсутствие собранных данных по качеству дородового наблюдения
c. Иммунизация детей	Дети в возрасте одного года, получившие три дозы вакцины от коклюша, дифтерии и столбняка (КДС3)	Отсутствие данных по всем вакцинам в национальных календарях прививок
d. Лечение детей	Поведение, связанное с поисками помощи для детей с подозрением на пневмонию	Малые объемы выборки и ошибки в ответах респондентов
Инфекционные болезни		
a. Лечение туберкулеза (ТБ)	Случаи ТБ выявленные и пролеченные (%)	Определение уровня недоучета случаев из данных учреждений или рутинных систем наблюдения
b. Лечение ВИЧ-инфекции	Люди, живущие с ВИЧ и получающие АРТ (%)	Несопоставимость различных источников данных о распространенности ВИЧ и людях, получающих АРТ
c. Профилактика малярии	Население из группы риска, которое спит под обработанными инсектицидом сетками (%)	Определение населения из группы риска
d. Вода и санитария	Домохозяйства, имеющие доступ к улучшенным санитарно-техническим средствам	Учреждения с улучшенными санитарно-техническими средствами могут иметь проблемы с безопасным функционированием
Неинфекционные заболевания		
a. Лечение сердечно-сосудистых болезней	Распространенность нормального артериального давления	Неспецифический показатель для оценки деятельности системы здравоохранения в результате базовой распространенности
b. Ведение больных диабетом	Уровень содержания глюкозы в плазме крови натощак (ммоль/л)	Неспецифический показатель для оценки деятельности системы здравоохранения в результате базовой распространенности
c. Скрининг на рак шейки матки	Скрининг на рак шейки матки у женщин в возрасте 30-49 лет (%)	Отсутствие данных о наличии эффективного лечения
d. Борьба с табаком	Взрослые в возрасте ≥ 15 лет, не курящие в течение как минимум 30 дней (%)	Неопределенность показателя, измеренная в рамках обследований
Объем и доступность обслуживания		
a. Доступность стационарной помощи	Количество больничных коек на душу населения (по отношению к минимальному уровню)	Оптимальный уровень не определен и может сильно зависеть от структуры системы здравоохранения
b. Обеспеченность медицинскими кадрами	Количество профессиональных медицинских работников на душу населения (по отношению к минимальному уровню): врачей широкого профиля, психиатров и хирургов	В этот список следует включать медсестер/акушерок, но существуют трудности в измерении их количества и определении сопоставимости между странами
c. Основные лекарственные средства	Доля медицинских учреждений, имеющих полную «корзину» основных лекарственных средств	Установление структуры выборки государственных и частных объектов; подтверждение качества лекарственных средств на складе
d. Безопасность в области здоровья	Индекс соблюдения ММСП в практике здравоохранения конкретной страны	Данные ключевых лиц, уполномоченных предоставлять информацию

свидетельствует о том, что во многих странах требуется существенное укрепление систем здравоохранения. Например, распространенность гипертонии — ключевой индикатор по медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях — не снижается во многих странах Африки и Азии с низким уровнем дохода с 2000 г., несмотря на наличие эффективного и недорогого лечения, которое привело к существенному сокращению этого показателя в странах с более высоким уровнем дохода. Ограниченные данные по доступу к основным лекарственным средствам за период 2007–2014 гг. показывают, что в среднем доступность основных лекарственных препаратов в государственном секторе стран с низким и ниже среднего уровнем дохода составила лишь 60% и 56% соответственно *(22)*. Имеющиеся данные за 2005–2015 гг. также показывают, что около 40% стран имеют меньше одного врача на 1000 населения *(23)* и менее 18 больничных коек на 10000 населения *(17)*.

Представление об охвате населения услугами здравоохранения можно получить путем обобщения, используя индекс средних значений контрольных показателей охвата. Одной из проблем при работе с индексом, особенно при отслеживании прогресса в течение определенного периода времени, является несогласованность по времени сбора данных для разных показателей как внутри стран, так и между странами. Основываясь только на основных источниках данных, доступных с 2010 г., по каждому контрольному показателю (то есть, не принимая во внимание оценки и прогнозы), избыточное количество показателей, используемых для расчета индекса охвата услугами здравоохранения, составляет около 70% по странам в глобальном масштабе со следующей региональной разбивкой:

Африканский регион ВОЗ	74%
Американский регион ВОЗ	72%
Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ	71%
Европейский регион ВОЗ	65%
Регион ВОЗ для стран Западной части Тихого океана	63%
Регион ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии	67%

Хотя другие системы данных, такие как системы ЕДН, как правило, являются неразвитыми в Африканском регионе ВОЗ и регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, доступность данных для мониторинга охвата основными услугами здравоохранения в них относительно высока по сравнению с другими регионами ВОЗ из-за широкомасштабного внедрения стандартизованных обследований домохозяйств в области здоровья. Однако даже с доступными данными многие контрольные индикаторы, представленные в Таблице 1.4, являются несовершенными для достоверной оценки эффективного охвата услугами здравоохранения, а это означает, что они только фиксируют данные о доступности определенной услуги, а не о том, имеет ли она достаточное качество для улучшения здоровья.

Предоставление данных об общем охвате услугами здравоохранения по ключевым параметрам неравенства является дополнительной проблемой, поскольку данные по различным признакам дезагрегации не собираются для всех контрольных индикаторов. Тем не менее, показатели охвата услугами в области репродуктивного здоровья, охраны здоровья матерей, новорожденных и детей для 39 стран с низким и средним уровнем дохода на основе имеющихся данных свидетельствуют о сокращении неравенства по квинтилям благосостояния домашних хозяйств в период 1995–2004 и 2005–2014 гг. в медианном значении среднего охвата по показателям. Хотя уровни охвата увеличились как для самых бедных, так и для самых богатых квинтилей, увеличение было почти в три раза больше для домашних хозяйств в беднейшем квинтиле *(24)*. Таким образом, это свидетельствует о том, что можно добиться прогресса в сокращении неравенства в охвате услугами здравоохранения. Тем не менее, по многим показателям по-прежнему сохраняется большое неравенство в ВОУЗ, причем более низкий охват отмечается среди социально неблагополучных групп населения.

Финансовая защита

Главная задача системы финансирования здравоохранения заключается в обеспечении финансовой защиты, которая закреплена в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.33 об устойчивом финансировании здравоохранения, всеобщем охвате услугами здравоохранения и медико-социальном страховании *(25)*. Показатель ЦУР 3.8.2. фокусируется на финансовой защите и определяется как: доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств[1]. Большие расходы домохозяйств на здравоохранение определяются с точки зрения двух пороговых значений: 10% и 25% от общего бюджета домашних хозяйств. Это определение было выбрано после двухлетнего процесса консультаций под руководством Межучрежденческой и экспертной группы по показателям ЦУР и часто формулируется как «катастрофические расходы на здравоохранение».

Показатель ЦУР 3.8.2 направлен на выявление людей, которые должны выделять значительную долю своего семейного бюджета на оплату услуг здравоохранения. Основное внимание уделяется платежам за непосредственно оказываемую медицинскую помощь любого типа при любом виде заболевания или проблемы со здоровьем. Эти платежи — также известные как платежи из собственных средств населения — исключают любое возмещение затраченных денег третьей стороной, такой как государство, фонд медицинского страхования или частная страховая компания *(26)*. Платежи из собственных средств населения являются наименее справедливым способом финансирования системы здравоохранения, поскольку они предоставляют доступ только к таким медицинским услугам и лекарственным препаратам, за которые люди могут заплатить сами, без использования механизмов, основанных на системе солидарной ответственности, когда здоровые платят за больных. При этом, платежи из собственных средств населения остаются основным источником финансирования здравоохранения во многих странах с низким и средним уровнем дохода, где механизмы покрытия рисков и предоплаты играют ограниченную роль (Рисунок 1.6) *(27, 28)*.

Платежи населения из собственных средств за услуги здравоохранения могут стать основной причиной обнищания населения. Это возможно контролировать, измеряя изменения в уровне[2] и глубине бедности[3], возникшие из-за платежей из собственных средств

[1] Общие расходы домашних хозяйств являются рекомендуемым показателем финансового благополучия. Доходы домохозяйств используются только тогда, когда в обследовании отсутствует вопрос о структуре расходов домохозяйств, в том числе о доле расходов на здравоохранение.

[2] Уровень бедности измеряется долей населения в популяции, чьи общие расходы или доходы домашних хозяйств находятся ниже установленной черты бедности. Изменения в уровне бедности, вызванные платежами населения за услуги здравоохранения из собственных средств, измеряются как разница в численности бедного населения, которое в результате расходов на медицинское обслуживание оказалось ниже черты бедности, от общей численности бедного населения, чьи общие расходы или доходы домашних хозяйств находятся ниже установленной черты бедности.

[3] Глубина бедности измеряется дефицитом дохода, которого недостает бедному населению для повышения доходов до величины прожиточного минимума (считая дефицит равным нулю для лиц с доходами выше черты бедности). Таким образом, глубина бедности находится между 0%, когда никто в стране не беден и 100%, когда у всего населения доходы ниже черты бедности.

Рисунок 1.6
Расходы на оплату услуг здравоохранения из собственных средств населения как доля от общих расходов на здравоохранение[a], 2014 г.



[a] Величина круга на рисунке пропорциональна размеру населения страны.

населения за услуги здравоохранения, с использованием черты бедности в размере 1,90 долл. США на человека в день. Такой анализ «расходов на здравоохранение, ведущих к обнищанию населения» демонстрирует взаимозависимость между различными задачами в рамках ЦУР, в частности, искоренение крайней нищеты (Задача 1.1 ЦУР) и достижение ВОУЗ (Задача 3.8 ЦУР).

Основным источником данных для оценки как катастрофических расходов на здравоохранение, так и расходов на здравоохранение, ведущих к обнищанию, являются обследования домашних хозяйств на предмет их общих расходов и расходов на медицинскую помощь, которые обычно проводятся национальными статистическими службами. На основе информации, которой располагала ВОЗ в феврале 2017 г., степень доступности данных отмечается как удовлетворительная: около половины всех государств-членов ВОЗ имеют такие данные, как минимум, за один год с 2005 г., при следующей разбивке по регионам (на основе соответствующих данных из стран этих регионов):

Африканский регион ВОЗ	62%
Американский регион ВОЗ	37%
Регион ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии	82%
Европейский регион ВОЗ	59%
Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ	43%
Регион ВОЗ для стран западной части Тихого океана	37%
Все государства-члены ВОЗ	52%

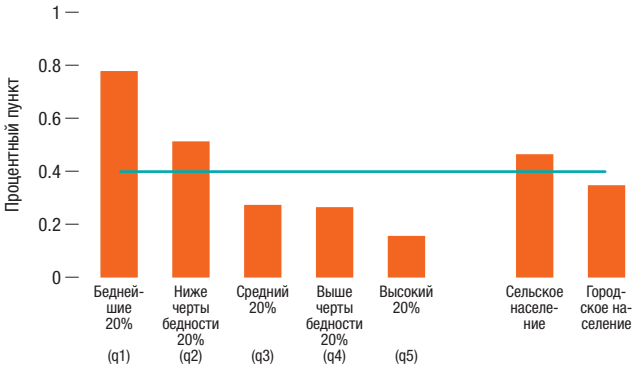
На основе последних доступных данных из обследований расходов домашних хозяйств в 117 странах по состоянию на март 2017 г. (средний год за период — 2008) почти 9,3% населения в среднем оплачивали медико-санитарные услуги из собственных средств, что составило более 10% от их бюджета (общих расходов и доходов домашних хозяйств), в том числе в среднем 1,8% населения направили 25% или более средств из своего бюджета на оплату медицинской помощи.[1]

По данным 106 стран (средний год за период — 2009) средний уровень бедности в них был примерно на 0,65 процентов выше, чем это было бы без платежей из собственных средств населения за услуги здравоохранения, при уровне бедности — 1,90 долл. США на душу населения в день. Это означает, что еще 4,6% населения имели менее 1,90 долл. США на душу населения в день после оплаты медицинской помощи из собственных средств. Глубина бедности, измеряемая дефицитом дохода[2], была при этом на 7,5% выше, чем это было бы без оплаты из собственных средств населения за услуги здравоохранения. Как показано на Рисунке 1.7, платежи из собственных средств населения за услуги здравоохранения усугубляют глубину бедности, которая наиболее распространена среди беднейших слоев населения и лиц, проживающих в сельской местности.

[1] Средние невзвешенные показатели.

[2] Дефицит дохода — это средняя сумма денежных средств, на которую общие расходы или доходы домашних хозяйств отстают от черты бедности в процентах от этого уровня (считая дефицит равным 0 для лиц, выше черты бедности).

Рисунок 1.7
Средние изменения в дефиците дохода, вызванные платежами из собственных средств населения за услуги здравоохранения, по квинтилям ежедневных общих расходов или доходов домашних хозяйств на душу населения и в зависимости от места проживания (в сельских или городских районах), 1991–2015 гг. (средний год за период 2009)[a]



[a] Анализ основан на черте бедности в размере 1,90 долл. США на душу населения в день из последних доступных данных обследований в 106 странах с доступными оценками за февраль 2017 г. Горизонтальная линия показывает средние изменения между 106 странами.

Достижение прогресса

Несмотря на реформирование своих систем здравоохранения, все страны стремятся расширить охват населения качественными медико-санитарными услугами с финансовой защитой, в том числе страны с высокими доходами с давно сформированными институциональными механизмами для функционирования систем здравоохранения, которые, например, могут работать над поддержанием высокого уровня охвата медицинским обслуживанием в условиях роста цен. Демографические и эпидемиологические изменения играют важную роль наряду с технологическими достижениями и изменениями в структуре использования услуг. Таким образом, для достижения показателей в рамках ЦУР, связанных со здоровьем, потребуется постепенная реализация всеобщего доступа к медико-санитарным услугам на основе значительных усилий по укреплению систем здравоохранения. Это может быть достигнуто только благодаря целенаправленным и скоординированным инвестициям в управление и финансирование здравоохранения; кадровые ресурсы, разработку лекарственных препаратов и других технологий здравоохранения; а также в информационные системы. Ключом к предоставлению высококачественных, ориентированных на людей и комплексных услуг здравоохранения является: (а) создание эффективных, децентрализованных и интегрированных систем здравоохранения, укомплектованных мотивированными и хорошо подготовленными специалистами; и (б) обеспечение надлежащего использования полного набора основных лекарственных средств гарантированного качества, на основе предсказуемого и адекватного финансирования систем здравоохранения с одновременной финансовой защитой потребителей услуг.

1.3 Справедливость в здоровье — никого не оставить без внимания

В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. подчеркивается необходимость проведения мониторинга, выходящего за рамки измерения совокупной эффективности, чтобы гарантировать, что никто не останется без внимания. Это означает, что данные по целевым показателям, относящимся к здравоохранению, должны быть дезагрегированы по ключевым социально уязвимым подгруппам населения в странах, что, в свою очередь, может способствовать определению показателей неравенства в отношении здоровья. В соответствии с взаимозависимым характером ЦУР прогресс в достижении этого будет не только способствовать выполнению задач в рамках Цели 3, связанной со здоровьем, но также и ЦУР 5 по достижению гендерного неравенства, ЦУР 10 по сокращению неравенства и показателю ЦУР 17.18.1 о дезагрегации данных.

Как свидетельствуют недавние доклады ВОЗ *(29, 30)*, неравенство в отношении здоровья между странами и внутри стран может быть значительным. Поэтому крайне важно укреплять и реформировать национальные информационные системы здравоохранения, чтобы они могли собирать, анализировать и предоставлять данные, имеющие отношение к справедливости, а также поддерживать систематическую интеграцию и использование таких данных в процессе принятия решений в области планирования здравоохранения, разработки программ, составления отчетов и проведения мониторинга и оценки как на национальном, так и на субнациональном уровне.

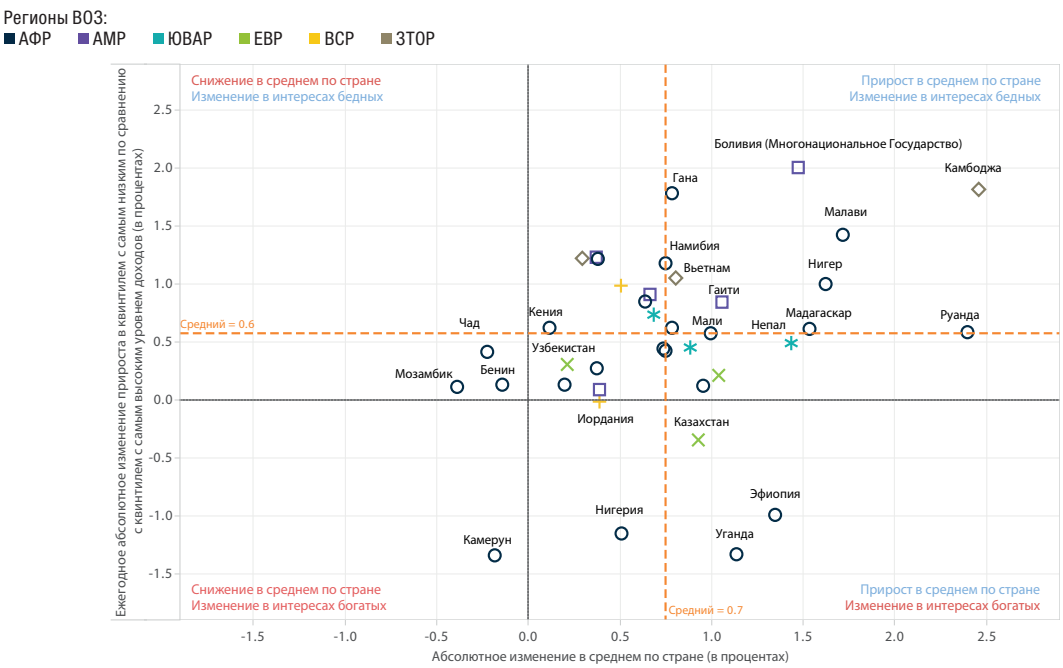
Тенденции в неравенстве в отношении здоровья

В *«Мировой статистике здравоохранения ВОЗ» 2013 г.* были рассмотрены проблемы в области здоровья в разных странах и сделан вывод о том, что согласованные усилия по достижению ЦТР и других целей в области здоровья привели к сокращению разрывов в показателях, по крайней мере, в абсолютном выражении между странами с высоким и странами с низким уровнем дохода *(31)*. Труднее оценить тенденции в области неравенства в отношении здоровья внутри стран из-за отсутствия сопоставимых и соответствующих данных по показателям здоровья на национальном уровне в большом количестве стран. В связи с этим важно различать понятия неравенства в отношении здоровья — различия в показателях здоровья среди различных подгрупп населения — и неравенство в доходах или благосостоянии. Несмотря на средний рост неравенства в доходах за последние десятилетия как в развивающихся странах, так и во многих странах с высоким уровнем доходов *(32)*, уровень неравенства в отношении здоровья не обязательно соответствует той же схеме.

Последние глобальные доклады ВОЗ о неравенстве в отношении здоровья *(29, 30)* и ряд недавних исследований *(33, 34)* показали, что, по имеющимся данным, как на мировом уровне в целом, так и в большинстве стран неравенство в отношении здоровья снижается в таких областях, как репродуктивное здоровье, охрана здоровья матери и ребенка (Рисунок 1.8) *(24)* и детская смертность. С другой стороны, тенденции неравенства в отношении недостаточного питания в детском возрасте неоднозначны при том, что в целом отмечается отсутствии как роста, так и снижения этого показателя на глобальном уровне.

В настоящее время нет сравнительных международных исследований в странах по тенденциям в отношении смертности взрослых, ожидаемой продолжительности жизни, неинфекционных заболеваний или травм по группам в зависимости от уровня доходов. Однако имеются свидетельства расширения неравенства в отношении здоровья в некоторых странах с высоким уровнем дохода. Например, в нескольких исследованиях было обнаружено увеличение неравенства в ожидаемой продолжительности жизни в Соединенных Штатах Америки — с падением ожидаемой продолжительности жизни среди неиспаноязычных белых американцев, особенно с более низким социально-экономическим статусом *(36–38)*. Основными факторами роста смертности являются самоубийства, отравления наркотиками и насилие. В то же время в одном из исследований здоровья населения в 45 графствах Англии группировка показателей по квинтилям в области социального неравенства *(39)* показала, что в период с 1990 по 2013 гг. различия в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин между разными социальными группами оставались на уровне 8.2 года, а у женщин сократились с 7.2 лет в 1990 г. до 6.9 лет в 2013 г. Тенденции в отношении неравенства по факторам риска в области неинфекционных

Рисунок 1.8
Обобщенный показатель охвата вмешательствами в области репродуктивного здоровья, охраны здоровья матери и ребенка: динамика в среднем по группе стран (в 39 странах с низким и средним уровнем дохода), а также в квинтилях стран с самыми низкими и высокими уровнями доходов[a]



[a] Данные взяты из ДМСО и МИКС за 1995-2004 гг. и 2005-2014 гг. Каждая страна представлена цветом, соответствующим региону ВОЗ. Пунктирные оранжевые линии указывают средние значения. Текст, обозначенный синим и красным цветом, указывает соответственно на желательные и нежелательные сценарии. Для каждой страны, участвующей в исследовании, ежегодное абсолютное изменение в среднем по стране было рассчитано путем вычитания охвата на национальном уровне в первый год обследования (проведенного в период с 1995 по 2004 гг.) из охвата во 2-й год обследования (проведенного в период с 2005 по 2014 гг.) и деления на количество промежуточных лет. Абсолютное годовое изменение прироста было рассчитано путем вычитания абсолютного годового изменения квинтиля 5 (стран с самым низким уровнем доходов) из абсолютного годового изменения квинтиля 1 (стран с самым высоким уровнем доходов).

заболеваний, вероятно, очень зависят от страны и конкретного фактора риска при отсутствии сопоставимых данных, исключающих любое сравнение этих тенденций на глобальном уровне *(40)*.

Мониторинг неравенства в отношении здравоохранения

Мониторинг неравенства в сфере здравоохранения позволяет выявить проблемы в отношении здоровья среди уязвимых групп населения и обеспечить, чтобы стратегии, программы и практика были направлены на эти группы. Дополнительные данные о причинах различий в здоровье предоставляют лицам, принимающим решения, информацию, необходимую им для более эффективного понимания барьеров в получении услуг здравоохранения разными группами населения и разработки мер и подходов к их преодолению.

Разработка информационных систем по оценке справедливости в здравоохранении влечет за собой наращивание потенциала стран в целях содействия сбору, анализу и представлению данных по показателям ЦУР в области здоровья и связанных со здоровьем населения показателям по подгруппам населения. Социально-уязвимые группы могут быть определены с точки зрения их экономического статуса, уровня образования, пола, возраста, места проживания, этнической принадлежности, статуса мигранта, инвалидности и других характеристик, которые актуальны с учетом национальных условий, например, кастовой принадлежности (в Индии).

В Таблице 1.5 перечислены возможные пути улучшения источников данных для мониторинга неравенства в отношении здоровья *(41)*. Обследования домашних хозяйств и переписи населения позволяют собирать ряд измерений неравенства на уровне индивидуумов и домохозяйств, включая социально-экономические переменные, статус меньшинства и статус инвалидности. Программы обследования домашних хозяйств, такие как ДМСО и МИКС, в настоящее время предлагают сопоставимые данные в большом числе развивающихся стран *(42, 43)* и обычно повторяются через определенный период времени. Основным недостатком обследований домохозяйств

Таблица 1.5
Улучшение источников данных для мониторинга неравенства в отношении здоровья

Источник данных				
Перепись населения	ЕДН	Обследование домохозяйств	Статистическая отчетность учреждений здравоохранения	Системы надзора
Потенциальные меры по улучшению				
• Включение персональных идентификационных номеров и идентификаторов для малых населенных пунктов	• Расширение охвата • Включение персональных идентификационных номеров и идентификаторов для малых населенных пунктов • Включение, как минимум, одного социально-экономического показателя (например, уровень образования) • Включение причины смерти, массы тела при рождении и гестационного возраста	• Регулярное повторение обследований • Гармонизация вопросов обследования с течением времени • Увеличение размера выборки • Включение персональных идентификационных номеров и идентификаторов для малых населенных пунктов • Включение исчерпывающего списка соответствующих неравенств	• Стандартизация электронной отчетности среди учреждений • Включение персональных идентификационных номеров и идентификаторов для малых населенных пунктов	• Интеграция функционирования надзорных органов в национальные информационные системы здравоохранения • Включение персональных идентификационных номеров и идентификаторов для малых территориальных образований

для мониторинга неравенства является требование относительно большого размера выборки, позволяющего проводить значимые сопоставления подгрупп, в то время как переписи населения проводятся нечасто (обычно один раз каждые 10 лет) и, как правило, не охватывают такого количества вопросов, как обследования домашних хозяйств. Системы ЕДН обычно включают данные о месте проживания и могут также собирать индивидуальные показатели социально-экономического неблагополучия. В случае регистрации смерти существуют опасения относительно точности индивидуальных оценок, полученных от тех, кто предоставляет информацию об умершем. Тем не менее, хорошо функционирующие системы регистрации и информационные системы здравоохранения позволяют некоторым странам предоставлять всестороннюю информацию по показателям здоровья, дезагрегированным по соответствующим аспектам неравенства. Данные о состоянии здравоохранения могут использоваться на более низких административных уровнях, таких как районы, но фрагментация и низкое качество препятствуют их более широкому использованию. Кроме того, в данные медицинских учреждений не входят люди, не пользующихся услугами здравоохранения, которые также могут оказаться наиболее социально-уязвимыми.

Во многих странах потребуются значительные инвестиции для создания потенциала для проведения мониторинга неравенства в сфере здравоохранения. Они будут включать инвестиции в разработку и укрепление практики сбора данных из различных источников, включая обследования домашних хозяйств в отношении здоровья населения, переписи, системы ЕДН и статистическую отчетность медицинских учреждений. Например, обследования домашних хозяйств в отношении здоровья могут быть расширены для охвата проблем, таких как неинфекционные заболевания и травмы, данные по которым часто недоступны. Странам также предлагается перейти к внедрению стандартизированных электронных систем отчетности, которые обеспечивают более эффективную обработку данных по сравнению с ручным методом. Дальнейшие шаги по улучшению информационных систем предусматривают возможность включения различных источников данных путем использования идентификаторов для малых населенных пунктов таких, как почтовые коды, или персональные идентификационные номера. Особое внимание следует уделить обеспечению адекватных мер защиты личной информации и безопасного хранения данных. Кроме того, этические гарантии, такие как Основополагающие принципы официальной статистики или Декларация о профессиональной этике Международного статистического института, должны приниматься и применяться в целях создания институциональной основы, которая помогает предотвратить неправильное использование данных *(44)*. Помимо улучшений в сборе данных, упомянутых выше, многим странам также необходимо расширить технические знания в области анализа неравенства в отношении здоровья и отчетности.

Национальный мониторинг неравенства в отношении здоровья является основой глобального мониторинга, который потребует сопоставимости данных и показателей как внутри стран, так и между странами для отслеживания прогресса, достигнутого в таких международных инициативах, как ЦУР и ВОУЗ. Мониторинг справедливости в сфере здравоохранения, разработанный ВОЗ *(45)*, является примером глобальной базы данных, которая предоставляет дезагрегированные и сопоставимые данные по репродуктивному, материнскому, неонатальному, детскому и подростковому здоровью. ВОЗ также разработала другие инструменты и ресурсы для оказания помощи своим государствам-членам в мониторинге неравенства в отношении здоровья (Вставка 1.1) и провела учебные семинары в ряде регионов.

Вставка 1.1
Избранные инструменты и ресурсы ВОЗ по мониторингу[a] и использованию данных о неравенстве в области здоровья

Хранилище данных мониторинга ВОЗ по неравенству в области здоровья и тематическая страница содержат сопоставимые и дезагрегированные данные по репродуктивному здоровью, здоровью матерей, новорожденных и детей, а также здоровью подростков (РМНДиПЗ). В целях обеспечения как глобального, так и национального мониторинга неравенства в сфере здравоохранения в хранилище данных мониторинга имеется более 30 показателей РМНДиПЗ с данными из более чем 280 ДМСО и МИКС, проведенных в 102 странах. Тематическая страница оказывает поддержку анализу и интерпретации дезагрегированных данных путем выделения ключевых сообщений и демонстрации инновационных подходов к отчетности.
- Тематическая страница доступна на сайте: www.who.int/gho/health_equity/en/
- Хранилище (репозиторий) данных доступен по адресу: http://apps.who.int/gho/data/node. main.HE-1540?lang_en

Справочник ВОЗ по мониторингу неравенства в отношении здоровья: с особым вниманием к странам с низким и средним уровнем дохода — это ресурс, предназначенный для содействия разработке и укреплению систем мониторинга неравенства в сфере здравоохранения на национальном уровне. Справочник содержит введение в концепцию мониторинга неравенства и описывает поэтапный подход к его проведению, опираясь на примеры из стран с низким и средним уровнем дохода.
- Справочник доступен на сайте ВОЗ: www.who.int/gho/health_equity/handbook/en

Модуль электронного обучения мониторингу ВОЗ по вопросам неравенства в сфере здравоохранения основан на содержании и структуре *Справочника по мониторингу неравенства в отношении здоровья: с особым вниманием к странам с низким и средним уровнем дохода*. Модуль электронного обучения позволяет формировать теоретическое понимание мониторинга неравенства в области здоровья посредством самостоятельного освоения материала. Обучение построено на основе обсуждений тех или иных проблем, упражнений по практическому использованию справочника, контрольных вопросов и рекомендованной литературы.
- Модуль электронного обучения доступен на сайте: extranet.who.int/elearn/course/category. php?id

Инструментарий ВОЗ по оценке справедливости в сфере здравоохранения (HEAT) был разработан как онлайн-инструмент для анализа неравенства в отношении здоровья. HEAT позволяет пользователям проводить вычисления суммарного измерения неравенства в отношении здоровья с использованием существующей базы дезагрегированных данных и создавать персонализированные визуальные профили на основе дезагрегированных данных или сводных показателей. В настоящее время разрабатывается новая версия программного пакета HEAT Plus, которая позволит пользователям загружать информацию и работать с собственной базой данных.
- HEAT доступен на сайте://www.who.int/gho/health_equity/assessment_ toolkit/en/

Подход ВОЗ «Инновации 8» для обзора национальных программ в области здравоохранения призван поддержать ввод в действие обязательство ЦУР «никого не оставить без внимания».
«Инновации 8» — это аналитический процесс, состоящий из 8 этапов, проводимый многопрофильной группой по составлению обзора. На основе обзора группа может разработать рекомендации по улучшению эффективности программ посредством конкретных действий по решению проблем неравенства в области здоровья, поддержки гендерного равенства и обеспечения последовательной реализации ВОУЗ и права на здоровье, а также для анализа важнейших социальных детерминант здоровья.
- Материалы по подходу «Инновации 8» доступны на сайте: http://www.who.int/life-course/partners/ innov8/en/

[a] Источник: Explorations of inequality: Childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2016

Что лежит в основе неравенства?

Мониторинг неравенства в отношении здоровья определяет, как проявляется неравенство и насколько велики его масштабы. Также важно понять, почему неравенство существует. Количественные исследования помогают выявить взаимосвязи между потенциальными детерминантами неравенства и соответствующими показателями здоровья. Существуют также более конкретные аналитические технологии для дальнейшего сокращения воздействия детерминант в области неравенства. Кроме того, важно, чтобы национальные информационные системы здравоохранения имели возможность привлекать и отслеживать данные из других секторов для оценки их факторов риска (таких как социальная защита или детерминанты окружающей среды), которые также воздействуют на здоровье и неравенство в отношении здоровья.

Дополнительные качественные данные и анализ сторон, участвующих в процессе, могут позволить «распознать» движущие механизмы, лежащие в основе неравенства в отношении здоровья на национальном и субнациональном уровнях. Например, собеседование с людьми, принимающими участие в опросах, может быть проведено специалистами здравоохранения для обсуждения узких мест в работе системы, которые могут оказывать влияние на неравенство. Фокус-группы также могут проводиться с целевыми выборками населения для оценки медико-санитарной помощи. Они должны включать людей, которые имеют доступ к полноценному лечению, и, что важно, тех, кто не имеет такого доступа. Фокус-группы могут предоставлять информацию о проблемах с получением медицинской

помощи, которые имеются в непропорционально большом количестве у более социально-уязвимых групп населения — они часто связаны с неблагоприятными социальными и экологическими детерминантами, а также гендерными нормами, ролями и отношениями. Другие меры включают в себя усилия по мониторингу местных сообществ, такие как шкала оценок местных групп населения, они отражают подход по планированию и внедрению мероприятий, основанный на правах человека. Организация совещаний представителей заинтересованных сторон, на которых встречаются лица, принимающие решения, поставщики услуг, местное население и партнеры из общественных организаций, для проведения обзора количественных и качественных данных о том, кто остается без внимания со стороны системы здравоохранения и почему, обеспечивает жизненно важный вклад, необходимый для пересмотра планов, реорганизации деятельности служб и мер финансовой защиты.

Повышение использования данных о том, кто остается без внимания и почему

Сбор данных, их анализ и составление отчетов о положении дел в области неравенства в отношении здоровья и его механизмов сами по себе не будут достаточными для обеспечения того, чтобы «никто не остался без внимания» в контексте ЦУР. Следующим важнейшим шагом является использование этих данных. Внесение изменений в политику, программы и бюджетные ассигнования необходимо на основе систематического подхода к формированию спроса на данные, который будет представлен путем сопоставления главных стратегических направлений на всех уровнях системы здравоохранения и на межправительственном уровне.

Одним из важнейших этапов в этом процессе могут стать Национальная политика, стратегии и планы в области здравоохранения *(46)*, которые будут обновляться в ближайшие годы и должны быть адаптированы к дальнейшей синергии с ЦУР. В качестве поддержки для разработки политики и программ, в которых основное внимание уделяется принципу «никто не останется без внимания», ВОЗ предлагает свою *Стратегию национального здравоохранения в XXI веке: справочник (47)*, который включает в себя всестороннюю ориентацию на справедливость. В Национальной политике, стратегиях и планах в области здравоохранения и связанных с ними субнациональных планах данные о неравенстве в отношении здоровья могут быть включены в анализ ситуации, процесс установления приоритетов, а также в подходы к проведению мониторинга, оценки и составления обзора. Поэтому важно, чтобы соответствующие меры и подходы к устранению неравенства проявлялись в основных направлениях реализации Национальной политики, а также в планировании бюджета здравоохранения. Такие меры могут включать в себя ликвидацию несправедливых несоответствий в охвате медико-санитарной помощью по признаку пола, месту жительства (городской и сельской местности) или квинтилями по уровню дохода. Кроме того, необходимо совершенствование систем информации о здоровье, которые будут более восприимчивыми к вопросам справедливости. Национальная политика, стратегии и планы в области здравоохранения могут наряду с межправительственными стратегиями развития также включать повышенное внимание к межсекторальным действиям по вопросам здоровья и справедливости *(47)*. Также в этом процессе будет иметь важное значение сбор и использование данных о социальных и экологических детерминантах здоровья.

Национальная политика, стратегии и планы в области здравоохранения могут включать задачи, связанные со стратегическими направлениями и основными целями сектора здравоохранения. Таким образом, будут созданы возможности для разработки целей в поддержку концепции прогрессивного универсализма *(48)*. В соответствии с этой концепцией более обездоленные группы населения извлекут больше пользы из реформ, направленных на достижение ВОУЗ, чем группы населения, находящиеся в более благоприятной ситуации.

Важно также, чтобы национальные информационные стратегии в области здравоохранения уделяли надлежащее внимание мониторингу неравенства в отношении здоровья, связанному с повышением качества источников данных, укреплением аналитического потенциала, представления отчетности и распространения информации, а также установлению связей по обмену данным на межсекторальном уровне. Национальные стратегии в области информации здравоохранения, если они достаточно ориентированы на справедливость, могут быть важными механизмами для повышения спроса на данные и, следовательно, обеспечения лучшей подотчетности о том, чтобы никто не оказался без внимания системы здравоохранения в контексте ЦУР.

Еще один важный момент для использования данных о неравенстве в отношении здоровья и факторах, способствующих этому неравенству, возникает во время регулярного и постоянного обзора программ в области здравоохранения. Данные о группах населения, не имеющих доступа к услугам в рамках тех или иных программ здравоохранения и/или испытывающих финансовые трудности в результате получения медико-санитарной помощи, могут быть источниками для составление обзоров по эффективности программ. Эта информация может стимулировать внесение изменений в программы, которые помогают закрыть пробелы в охвате услугами здравоохранения и уменьшить неравенство. Подход ВОЗ *«Инновации 8» для обзора национальных программ здравоохранения, чтобы никого не оставить без внимания (49)* (Вставка 1.1), может помочь создать спрос на использование данных о неравенствах в отношении здоровья и их движущих силах.

1.4 Устойчивое финансирование здравоохранения

Устойчивое финансирование здравоохранения означает, что обязательства, которые система здравоохранения имеет в отношении того, какую медико-санитарную помощь имеет право получать население, а также каким образом страна стремится к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, сбалансированы с ее способностью выполнять эти обязательства с учетом имеющихся ресурсов *(50)*. Следуя краткому обзору последних тенденций в финансировании здравоохранения, в этом разделе основное внимание уделяется подходу, который может быть использован странами для финансирования здравоохранения в эпоху ЦУР.

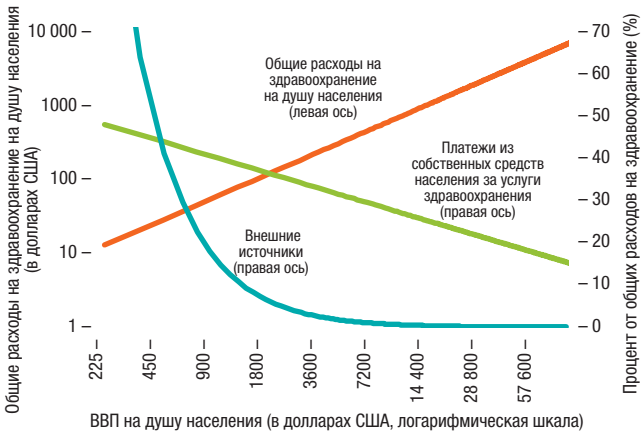
Тенденции

По уровню доходов — в среднем, по мере роста экономики общие расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются. При этом, увеличение уровня общих расходов на здравоохранение маскирует динамику перемещения средств из разных источников. По мере того, как страны переходят из категории низкого уровня дохода к статусу ниже среднего и выше среднего уровня дохода, внешние источники финансирования (то есть доноры), и ресурсы, поступающие от платежей за медико-санитарную помощь из собственных средств населения[1], в качестве доли от общих расходов на здравоохранение, как правило, снижаются, в то же время доля общих расходов на здравоохранение, поступающая из общественных (то есть государственных)

[1] Платежи из собственных средств населения относятся к платежам, производимым пациентами в пункте получения любой медицинской помощи, для любого вида услуг, от любого типа поставщика этих услуг, при любом типе проблемы со здоровьем. См. Раздел 1.2 для более подробной информации.

источников, имеет тенденцию к росту. Однако эти тенденции не всегда развиваются одновременно. Снижение доли общих расходов на здравоохранение, поступающих из внешних источников, как правило, происходит в среднем медленнее в странах с низким уровнем дохода, чем снижение темпов поступлений от платежей из собственных средств населения за услуги здравоохранения (Рисунок 1.9) *(27, 28, 51)*.

Рисунок 1.9
Модели финансирования здравоохранения по уровню доходов, 2014 г.[a]



[a] На рисунке в виде линейной диаграммы показаны наиболее точные тенденции, основанные на наблюдаемых значениях для всех стран.

По периоду времени — в период с 1995 по 2014 годы наблюдалось общее незначительное увеличение уровня расходов на здравоохранение из государственных источников как в глобальном масштабе, так и в странах с низким уровнем дохода (Рисунок 1.10), а также небольшое снижение доли, получаемой из собственных средств населения за медико-санитарные услуги. При этом, доля общих расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода, поступающих из собственных средств населения за медико-санитарные услуги в этот период, была выше, чем в среднем на глобальном уровне (Рисунок 1.11), а доля средств, поступающая из государственных источников в этих странах, наоборот, была ниже, чем в среднем на глобальном уровне (Рисунок 1.12) *(27)*.

Рисунок 1.10
Общественные расходы на здравоохранение как процент от ВВП, 1996–2014 гг.

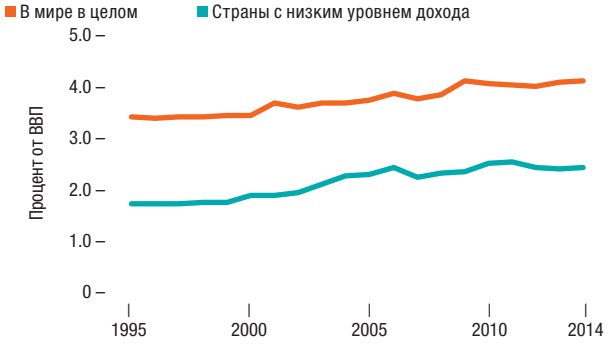


Рисунок 1.11
Оплата за медико-санитарные услуги из собственных средств населения как процент от общих расходов на здравоохранение, 1996–2014 гг.

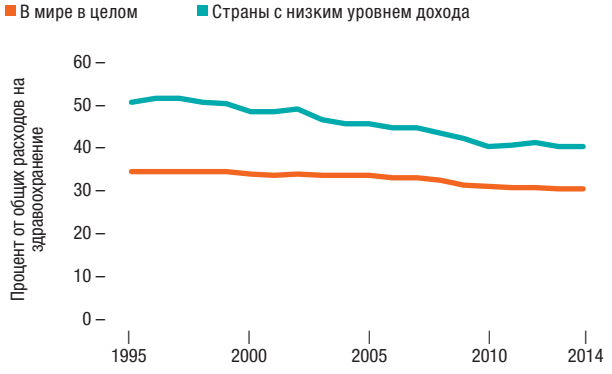
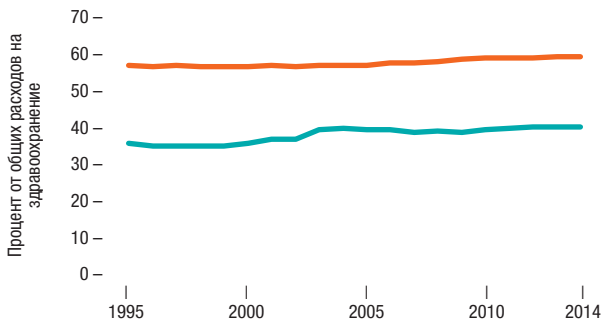


Рисунок 1.12
Общественные расходы на здравоохранение как процент от общих расходов на здравоохранение, 1996–2014 гг.



Несмотря на сильное политическое давление по обеспечению приоритета государственных расходов на здравоохранение для поддержки ВОУЗ как на глобальном, так и на региональном уровнях, реальная доля этих расходов в среднем во всем мире увеличилась незначительно (Рисунок 1.13) *(27)*. Кроме того, после существенного увеличения доли общих расходов на здравоохранение, полученных странами с низким уровнем дохода из внешних источников в 2000-х годах, в настоящее время на фоне сокращения финансирования здравоохранения этих стран из внешних источников имеются признаки того, что темпы роста общих расходов на здравоохранение замедляются или даже сокращаются (Рисунок 1.14) *(27)*.

Рисунок 1.13
Общественные расходы на здравоохранение как процент от общих государственных расходов, 1996–2014 гг.

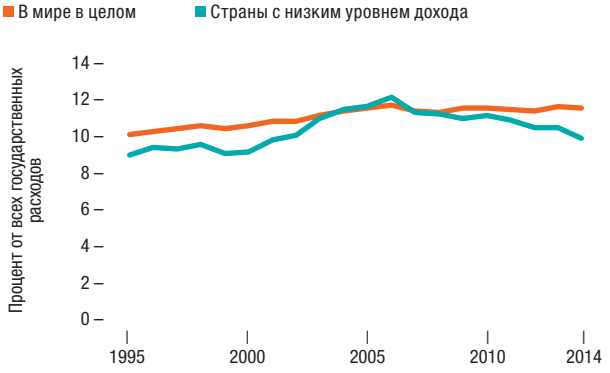
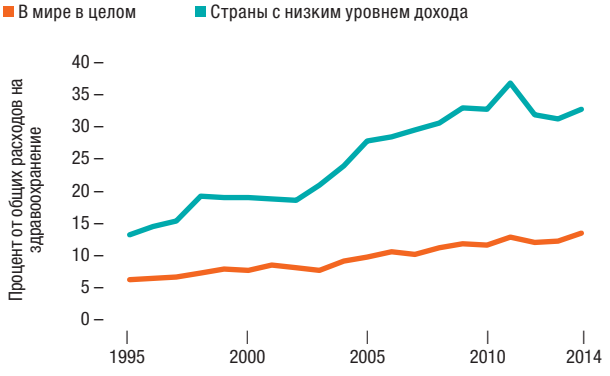


Рисунок 1.14
Внешние ресурсы как процент от общих расходов на здравоохранение, 1996–2014 гг.



Такие тенденции подчеркивают сложность осуществления мер финансовой защиты, особенно в странах с низким уровнем дохода, где требуются постоянные согласованные усилия для снижения высоких уровней расходов по оплате за услуги здравоохранения из собственных средств граждан.

Финансирование здравоохранения в эпоху ЦУР

Концепция всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) подчеркивает, что все программы и приоритетные вмешательства относятся к общей системе здравоохранения и являются частью целей по обеспечению всеобщего охвата *(1)*. В отличие от эпохи ЦТР, когда часто применялся фрагментарный подход к финансированию борьбы с конкретными заболеваниями или отдельных вмешательств, сейчас основное внимание уделяется тому, как обеспечить устойчивый эффективный охват приоритетными вмешательствами, а не только реализацию конкретных программ. ВОУЗ объединяет эти и другие проблемы в единый общесистемный подход, который необходим для выполнения Целей в области устойчивого развития *(52)*.

Одним из важных направлений является усиление акцента на внутренние государственные источники финансирования сектора здравоохранения. Данные, полученные в ряде стран, четко показывают, что в среднем более высокие государственные расходы на здравоохранение связаны с более низкой зависимостью систем здравоохранения от возможной оплаты за услуги здравоохранения из собственных средств граждан, ведущей к обнищанию отдельных групп населения *(53)*. В условиях современного глобального экономического климата и по мере того, как страны при росте их экономики отходят от донорской поддержки, больший акцент в настоящее время делается на внутренние государственные источники финансирования системы здравоохранения *(54, 55)*. Это требует согласованных усилий правительств по предоставлению государственного финансирования медико-санитарной помощи, получаемого из общих налогов *(56)*. В частности, многие страны стали активно использовать доходы общего бюджета для расширения охвата услугами здравоохранения бедных групп населения, лиц из неформального сектора или всего населения. Это движение требует, чтобы доноры и страны могли уточнить пути оказания помощи, требуя от правительств наращивания усилий по созданию ресурсов посредством совершенствования национальных систем налогообложения, которые должны быть справедливыми и эффективными *(57)*.

Еще одна важная задача заключается в разработке комплексных подходов, которые выходят за рамки обеспечения устойчивости как единственной проблемы. Помимо этого необходимо решать комплекс проблем, связанных с неэффективностью системы здравоохранения и управлением расходами *(58)*. Для поддержания текущего уровня охвата услугами здравоохранения и его улучшения потребуются усилия по изменению существующих способов выделения и использования ресурсов. Решающее значение подхода по двойному контролю «и доходов, и расходов», подчеркивается недавно полученными результатами, которые отмечают большие различия в ключевых показателях охвата услугами здравоохранения и финансовой защиты при очень низком уровне государственных расходов на здравоохранение (< 40 долл. США на душу населения). Было отмечено, что в некоторых странах уровни охвата медико-санитарными услугами более чем в два раза выше, чем в других странах с аналогичным уровнем расходов *(59)*. Такие результаты подчеркивают, что обеспечение устойчивости не связано с достижением конкретной цели по расходам или выделением финансирования для конкретной программы, поскольку прогресс в области ВОУЗ не будет зависеть только от уровня расходов на здравоохранение. Во всех странах устранение существующих ограничений, неэффективности и других узких мест в системе здравоохранения имеет важное значение для поддержания прогресса в достижении ВОУЗ *(59)*.

Стратегические приоритеты

Несмотря на то, что единой «наилучшей модели» финансирования здравоохранения не существует, имеется ряд ключевых стратегических приоритетов для поддержания прогресса в области ВОУЗ, которые применимы в разных странах.

- **Сохранение важности основ надлежащей политики финансирования здравоохранения** — В то время как конкретные национальные системы здравоохранения претерпевают изменения, в целом в странах наблюдается приближение к желательным механизмам финансирования здравоохранения, необходимым для достижения прогресса в области ВОУЗ. К ним относятся: (a) переход к преобладающей зависимости от обязательных (то есть государственных) источников финансирования системы здравоохранения *(60)*; (b) сокращение фрагментации в общем бюджете для повышения способности системы здравоохранения к перераспределению имеющихся фондов для удовлетворения потребностей в области здравоохранения и защиты от финансового риска при оплате услуг из собственных средств граждан *(61–64)*; и (c) повышение взаимосвязи оплаты услуг, предоставляемых поставщиками, с информацией об их эффективности и потребностях в области здоровья населения, которым они служат («стратегические закупки») *(54)*.

- **Увеличение общих доходов государственного бюджета —** это центральное место в мобилизации ресурсов для сектора здравоохранения. Как указано в Аддис-Абебской программе действий, привлечение дополнительных доходов включает в себя совершенствование управления финансами посредством прогрессивных налоговых систем, совершенствование налоговой политики, более эффективного сбора налогов и сокращения незаконных финансовых потоков *(65)*. Эти ключевые элементы лежат в основе сильных фискальных возможностей, что, в свою очередь, имеет важное значение для финансирования здравоохранения. Без них системы будут в большей степени зависеть от частных источников финансирования, таких как оплата медико-санитарных услуг из средств граждан и добровольное медицинское страхование, высокие уровни которых ведут к неравенству и плохой финансовой защите населения.

- **Продуктивный диалог между сектором здравоохранения и финансовыми органами, которым поручено выделять государственные ресурсы** — такой подход важен на секторальном уровне (а не для финансирования отдельной программы или лечения конкретной болезни), при этом необходимо сосредоточить внимание на общем уровне финансирования здравоохранения. Такие каналы взаимодействия имеют важное значение для согласования стратегий реформы финансирования здравоохранения с правилами управления государственными финансами и позволяют системе здравоохранения предпринимать реальные шаги в направлении отчетности, ориентированной на конкретные результаты, а не просто сосредоточиться на контроле финансовых поступлений и исполнении бюджета.

- **Уход от разобщенности** — это потребует решения вопросов о распределении ресурсов для укрепления здоровья населения и о том, что лежит в основе организации системы здравоохранения. В настоящее время зачастую осуществляются вертикальные программы здравоохранения, финансируемые извне, которые часто действуют независимо от остальной системы здравоохранения, чтобы сосредоточить ресурсы на одном заболевании или вмешательстве. Обоснование такого узкого организационного

подхода уже не будет иметь смысла, когда эти программы будут финансироваться внутри страны. Скорее, в контексте общих усилий по укреплению системы здравоохранения, общая эффективность программ может быть усовершенствована, если некоторые ключевые аспекты будут лучше интегрированы или скоординированы с остальной частью системы здравоохранения. Например, объединение ранее дублирующих и несогласованных информационных систем и баз данных может привести к важным преимуществам с точки зрения эффективности и согласованности всей системы. В более общем плане проблема устойчивости финансирования здравоохранения не должна зависеть от конкретных программ, как таковых, а содействовать более эффективному охвату приоритетными услугами здравоохранения.

1.5 Инновации, научные исследования и развитие

Цели устойчивого развития, связанные со здоровьем, включают смелые и амбициозные задачи, такие как Задача 3.2 в области ЦУР — положить конец предотвратимой детской смертности и Задача 3.3 — положить конец эпидемии СПИДа, туберкулеза, малярии и забытых тропических болезней (ЗТБ) к 2030 г. Эти цели не будут достигнуты во всех странах путем простого продолжения прошлых достижений. Вместо этого потребуются инновационные решения как в технологиях, так и в средствах осуществления деятельности. Глобальная Обсерватория ВОЗ по исследованиям и разработкам в области здравоохранения *(66)* (далее именуемая «Обсерватория») собирает и анализирует данные о НИОКРах в области здравоохранения во всем мире, в том числе о потоках финансирования инновационных подходов для развития технологий здравоохранения и улучшения доступа к ним за счет лучшей координации новых инвестиций в НИОКРы, основанной на потребностях общественного здравоохранения.

Исследования и разработки в области здравоохранения — инновационные решения и доступ к лекарственным препаратам

Исследования и разработки в области здравоохранения имеют жизненно важное значение не только для наличия соответствующих технологий здравоохранения, но и для обеспечения доступа к ним для всех нуждающихся групп населения. Обеспечение доступа к технологиям здравоохранения имеет огромное значение для защиты и укрепления здоровья. Однако, несмотря на улучшение положения в последние десятилетия, инновационные подходы при разработке новых лекарственных препаратов по-прежнему не учитывают потребностей тех, кто живет в беднейших странах. Например, всего лишь 1% всех средств на финансирование НИОКР в области здравоохранения выделяется на болезни, которыми в основном страдают в развивающихся странах, такие как малярия, туберкулез и другие тропические болезни, несмотря на то, что они составляют более 12,5% глобального бремени болезней *(67, 68)*. В результате эти болезни считаются «забытыми», что ведет к недостатку стимулов для развития инвестиций, ориентированных на рынок. Эти запросы на справедливость существуют не только на международном уровне, но и внутри стран, где имеются проблемы с наличием, доступностью и соответствием требованиям — трех аспектах доступа к технологиям и услугам здравоохранения.

Новые технологии здравоохранения, такие как медикаменты, вакцины и диагностика, к тому же становятся все более дорогостоящими. ВОЗ сотрудничает с ключевыми партнерами, включая Всемирную торговую организацию, Всемирную организацию по интеллектуальной собственности и другими соответствующими межправительственными организациями, по вопросам общественного здравоохранения, интеллектуальной собственности и торговли, в частности, по ключевой роли охраны прав интеллектуальной собственности при содействии инновациям и ее влияния на доступ к лекарствам. Это включает в себя усилия по повышению прозрачности патентования основных лекарственных средств и поощрению доступа к медицинским препаратам с помощью различных способов, в том числе путем использования «гибких возможностей» в области торговли и прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), а также устранения взаимосвязи затрат на разработку технологий с их рыночной стоимостью.

Создание Глобальной Обсерватории по исследованиям и разработкам в области здравоохранения

В мае 2013 г. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в своей резолюции WHA66.22 постановила создать Глобальную Обсерваторию:

… для консолидации, мониторинга и анализа соответствующей информации о научных исследованиях и разработках в области здравоохранения … с целью содействия выявлению пробелов и возможностей в отношении научных исследований и разработок в области здравоохранения и определения приоритетов при консультировании с государствами-членами, а также в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами, в соответствующих случаях, для поддержки координированных действий.

Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г. вновь подчеркнула центральную роль Обсерватории и просила учредить Комитет экспертов по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения по определению приоритетов для новых инвестиций на основе информации, в основном предоставляемой Обсерваторией. Обсерватория была создана в январе 2017 г. после анализа отзывов пользователей ее демонстрационной версии, размещенной онлайн в 2016 г. Эта инициатива на глобальном уровне направлена на достижение целей, изложенных в резолюции WHA66.22:

- консолидации, мониторинга и анализа соответствующей информации о потребностях развивающихся стран в научных исследованиях и разработках в области здравоохранения;
- опоры на существующие механизмы сбора данных;
- поддержки координированных действий по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения.

Таким образом, Обсерватория будет способствовать достижению ЦУР, в частности ЦУР 3 Задачи 3.b и ЦУР 9 Задачи 9.5 (Вставка 1.2).

Вставка 1.2
Задачи ЦУР и показатели, имеющие отношение к научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения

- **ЦУР 3 задача 3.b**

Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех

Показатель ЦУР 3.b.2: Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения

- **ЦУР 9 Задача 9.5**

Активизировать научные исследования, наращивать технологический потенциал промышленных секторов во всех странах, особенно развивающихся, в том числе путем стимулирования к 2030 году инновационной деятельности и значительного увеличения числа работников в сфере НИОКР в расчете на 1 млн. человек, а также государственных и частных расходов на НИОКР

Показатель ЦУР 9.5.1: Расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в процентном отношении к ВВП

Показатель ЦУР 9.5.2: Количество исследователей (в эквиваленте полной занятости) на миллион жителей

Сопоставление и анализ данных о научных исследованиях и разработках в области здравоохранения для скоординированного определения приоритетов по новым инвестициям

Процесс удовлетворения потребностей в научных исследованиях и разработках в области здравоохранения для достижения ЦУР может быть разбит на три этапа (Рисунок 1.15)

Рисунок 1.15
Три этапа для информированного и скоординированного процесса установления приоритетов для новых инвестиций в научные исследования и разработки, основанные на потребностях общественного здравоохранения



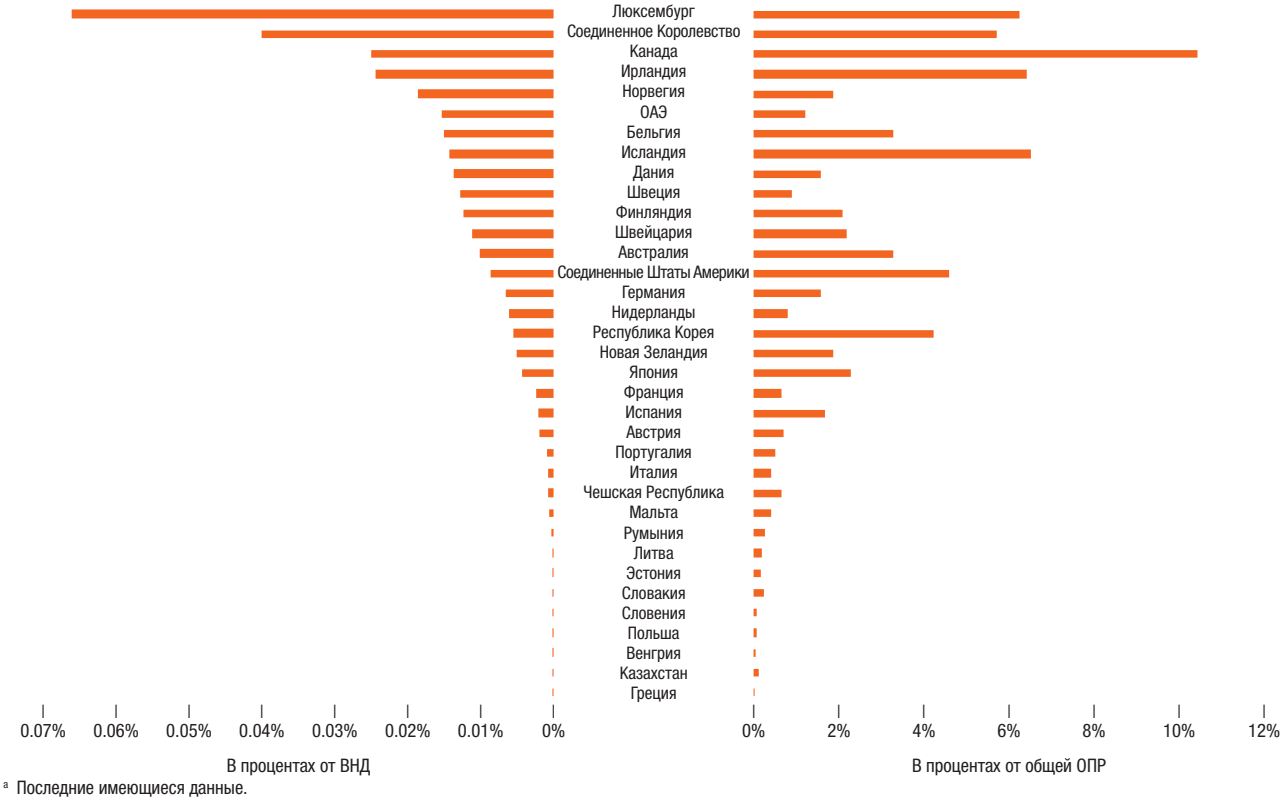
Внедрение этих этапов приведет к рациональному распределению ресурсов, направленных на научные исследования и разработки, для удовлетворения приоритетов, основанных на потребностях населения. Обсерватория была создана для работы на всех трех этапах — так, на этапе 3 — на основе тесного взаимодействия с недавно созданным Комитетом экспертов ВОЗ по исследованиям и разработкам в области здравоохранения.

Структура Обсерватории — и как ее можно использовать

Обсерватория была создана для работы в шести областях:

- **Мониторинг** — объединение данных из глобальных источников, которые позволяют контролировать деятельность по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, с описанием объема и ограничений для каждого набора данных. Примеры включают в себя вклад в научные исследования и разработки, такие как финансирования или наличие научных кадров; научно-технологические процессы, такие как клинические испытания или отслеживание технологий здравоохранения для разработки новых продуктов, а также результаты, такие как научные публикации.
- **Сравнительный анализ** — сравнение деятельности в области научных исследований и разработок в области здравоохранения в разных странах — например, с точки зрения затрат или исследовательских возможностей по сравнению с другими критериями, такими как бремя болезней.
- **Показатели** — контрольные показатели, которые тесно связаны с целевыми показателями ЦУР, касающимися научных исследований и разработок в области здравоохранения, например, показатели ЦУР 3.b.2, 9.5.1 и 9.5.2.
- **Анализ** — определение стратегических потребностей в научных исследованиях и разработках, приоритетов и проблем в изучении конкретных заболеваний с помощью экспертной оценки и предварительного анализа текущей ситуации, в частности, по туберкулезу, малярии и лейшманиозу.
- **Базы данных и ресурсы** — предоставление пользователям доступа к разнообразной информации, связанной с научными исследованиями и разработками в области здравоохранения.
- **Классификации и стандарты** — предоставление классификационных стандартов по данным, используемым

Рисунок 1.16
Официальная помощь в целях развития (ОПР) для медицинских исследований и основных секторов здравоохранения в процентах от валового национального дохода (ВНД) и как процент от общей ОПР между 35 странами-донорами, 2010–2015 гг.[a]



[a] Последние имеющиеся данные.

Обсерваторией, в качестве стимулирования и поощрения для повышения единообразия в сборе и совместном использовании данных по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения.

Данные для мониторинга ЦУР, доступные в Обсерватории

Данные для мониторинга показателя ЦУР 3.в.2 и показателя ЦУР 9.5.1. по компоненту, связанному со здоровьем, доступны в Обсерватории и представлены ниже. На Рисунке 1.16 *(69)* показана официальная помощь в целях развития (ОПР) для медицинских исследований и основных секторов здравоохранения в процентах от валового национального дохода (ВНД) (левый график), и как процент от общей официальной помощи в целях развития (ОПР) (правый график) между 35 странами-донорами на основе имеющихся данных, начиная с 2010 г. Объем ОПР для медицинских исследований и основных секторов здравоохранения в процентах от ВНД колеблется от менее 0,01% в некоторых странах до 0,07% в Люксембурге. Объем ОПР для медицинских исследований и основных секторов здравоохранения как процент от общей ОПР колеблется от менее 1,0% в некоторых странах до 10,4% в Канаде. ОПР для медицинских исследований и основных секторов здравоохранения на душу населения страны-получателя представлены в приложениях A и B.

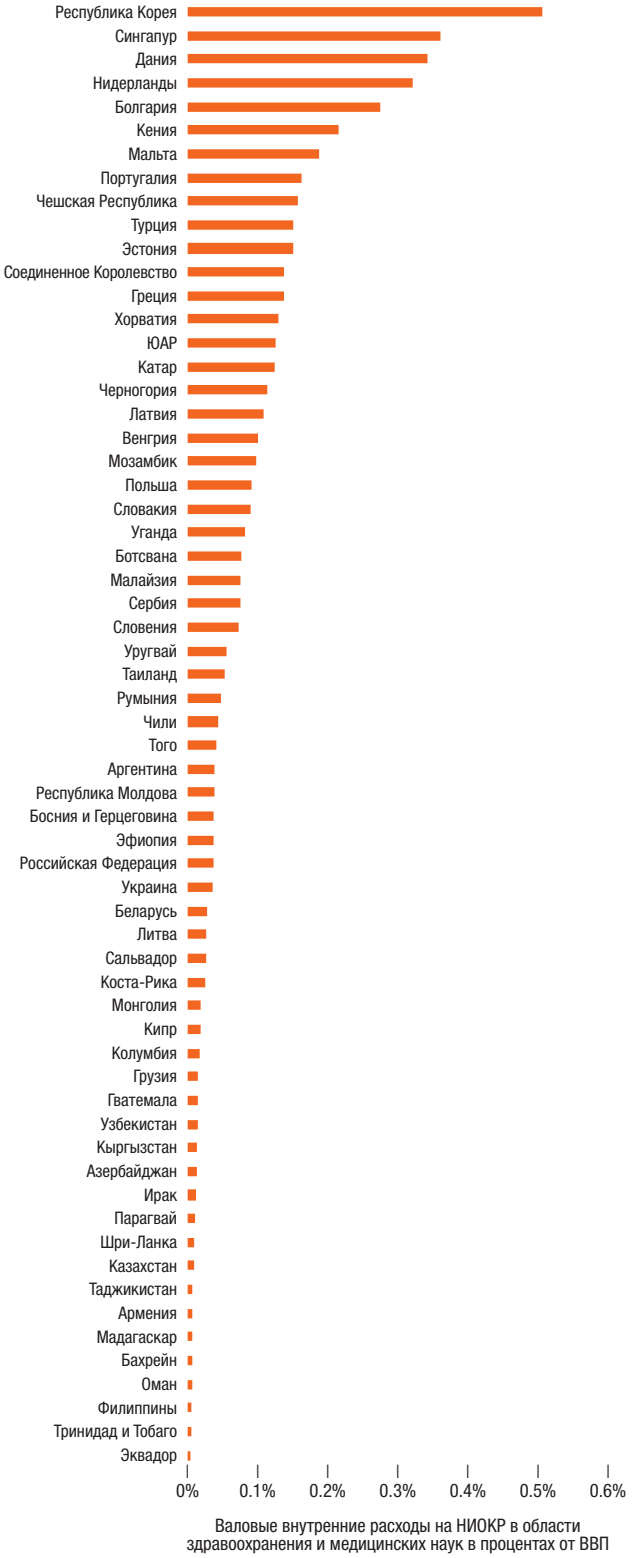
На Рисунке 1.17 *(27, 70)* показаны валовые внутренние расходы на научные исследования и разработки в области здравоохранения и медицинских наук в процентах от ВВП между 62 странами на основе последних имеющихся данных, начиная с 2010 г. Значения варьируются от 0,01% или менее в некоторых странах до 0,51% в Республике Корея.

Данный анализ предоставляет базовую информацию для сопоставления прогресса в достижении показателя ЦУР 3.b.2 и показателя связанного со здоровьем компонента ЦУР 9.5.1. Другая аналитическая информация, имеющаяся в Обсерватории и относящаяся к показателям ЦУР по научным исследованиям и разработкам в области медицинских наук и здравоохранения включает валовые внутренние расходы на медицинские НИОКР в процентах от ВВП и число научных работников в области медицинских наук и здравоохранения на миллион населения и в процентах от всех научных работников в стране. Кроме того, имеется широкий спектр подробных анализов данных и их визуализации для мониторинга и оценки конкретных областей НИОКР по здравоохранению, в том числе с особым упором на забытые тропические болезни.

Расширение Обсерватории

Обсерватория продолжит расширять объем и содержание, типы и источники данных, используемых для картографирования и анализа исследований и разработок в области здравоохранения. Она также будет продолжать вносить вклад в существующие усилия по улучшению стандартов качества данных и их классификации, чтобы улучшить обмен информацией и базу знаний в этой области.

Рисунок 1.17
Валовые внутренние расходы на НИОКР в области здравоохранения и медицинских наук, как процент от ВВП, 2010–2014 гг.[a]



[a] Последние имеющиеся данные.

1.6 Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья

ЦУР представляют собой первый всеобъемлющий проект человеческого развития, в рамках которого здоровье населения играет центральную роль в качестве условия, результатов и показателя устойчивого развития *(1)*. Достижение Целей в области устойчивого развития способствует улучшению здоровья населения. Это открывает новые возможности для сектора здравоохранения. При этом развитие межсекторального сотрудничества дает возможность дополнительно усовершенствовать как систему здравоохранения, так и развивать деятельность в рамках других секторов для укрепления здоровья и благосостояния населения.

Межсекторальное сотрудничество в целом направлено на согласование стратегий и ресурсов между представителями двух или

более секторов политики для достижения взаимодополняющих целей *(71)*. Там, где межсекторальное взаимодействие не имеет существенного значения, это негативно отражается и на деятельности по укреплению здоровья, поскольку большая часть бремени болезней во всем мире обусловлена модифицированными детерминантами здоровья. Например, считается, что более 15% всех смертей обусловлены экологическими рисками, 22% — факторами риска в области питания, 3% — низким уровнем физической активности и 3% — недостаточным питанием матери и ребенка *(72–73)*. Большая часть этих смертей может быть предотвращена, при этом многие из наиболее эффективных вмешательств являются межсекторальными.

В эпоху ЦТР были достигнуты важные успехи в отношении детерминантов здоровья, а увеличение доступа к улучшенным источникам воды и уменьшение стигмы по отношению к больным ВИЧ/СПИДом стали двумя ключевыми достижениями. В последнее десятилетие в глобальном здравоохранении активно использовалась Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака и Международные медико-санитарные правила. Эти документы способствовали улучшению согласованности политики между секторами финансов, торговли, сельского хозяйства, промышленности и образования. Кроме того, сотрудничество Организации Объединенных Наций по безопасности дорожного движения и Конференция сторон по изменению климата укрепили взаимодействие с секторами транспорта и окружающей среды. Однако все межсекторальные усилия также имеют проблемы, требующие постоянного внимания, например, для улучшения межведомственного понимания, признания и устранения конфликтов интересов, выявления и пересмотра устаревшего законодательства в области здравоохранения и получения поощрений за укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Сектор здравоохранения должен продемонстрировать сильное лидерство в области общественного здравоохранения в эпоху ЦУР *(74)*, а также разработать устойчивые, всеобъемлющие системы для поддержки важных управленческих решений по охране здоровья населения.

Возможности для действий

Существует большое количество возможностей для улучшения здоровья посредством межсекторальных действий *(75)*. Прежде всего, это меры по снижению вредных воздействий, которые в основном определяются политикой других секторов за рамками сектора здравоохранения (Таблица 1.6). Во многих случаях можно выявить преимущества, которые помогают приносить пользу для здоровья при продвижении Целей в области устойчивого развития в других секторах *(76)*. В этом разделе излагается ряд стратегий достижения межсекторального взаимодействия.

Взаимосвязь политики и планирования в области общественного здравоохранения и скоординированное предоставление стратегических рекомендаций по вопросам здравоохранения, всеобъемлющих национальных планов и процессов развития

Планы в области улучшения здоровья, которые включают четкую ориентацию на детерминанты, а не исключительно на систему здравоохранения, будут способствовать большей межсекторальной координации. Межсекторальные подходы к управлению, такие как подход «Здоровье во всех стратегиях» *(77)*,— создают системы для предоставления стратегических консультаций между различными органами, осуществляющими планы развития страны, и совместной разработки политики (Вставка 1.3). В это же время сектор здравоохранения становится более открытым для приоритетов других секторов.

Таблица 1.6
Примеры возможностей для активизации межсекторальных действий по улучшению здоровья и достижению ряда других задач в области ЦУР

Направления деятельности	Последствия для здоровья	Межсекторальные действия: примеры основных направлений деятельности за пределами сектора здравоохранения	Задачи в области ЦУР
Несоответствующее состояние водных источников, средств санитарии и гигиены	Диаррейные болезни, белково-энергетическая недостаточность, кишечные нематодные инфекции (вызванные гельминтами), шистосомоз, гепатиты A и E, тиф и полиомиелит	Деятельность сектора водоснабжения, санитарии и образования по улучшению управления, ценовой доступности и применения соответствующих технологий с одновременным расширением прав и возможностей местных общин	1.4; 4.1; 6.1; 6.2; 16.7
Бедность и отсутствие продовольственной безопасности	Смертность детей в возрасте до пяти лет, задержка роста и истощение	Программы социального обеспечения по предоставлению денежных средств для улучшения питания детей и повышению использования профилактических услуг	1.1; 1.2; 1.3; 2.1; 2.2; 10.4
Загрязнение воздуха	Сердечно-сосудистые болезни (ССБ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), респираторные инфекции и рак легких	Укрепляющая здоровье городская планировка и транспортные системы, приводящие к многочисленным совместным выгодам для здоровья и окружающей среды	7.1; 7.2; 9.1; 11.2; 11.6; 13.1
Несоответствующие стандартам и небезопасные жилые помещения и небезопасные сообщества	Смертность от астмы, ССБ, травм и насилия	Реализация жилищных стандартов и градостроительства, которые способствуют укреплению здоровья	1.4; 5.2; 7.1; 7.2; 9.1; 11.1; 11.6; 12.6; 16.1
Опасные, несоответствующие стандартам и наносящие вред здоровью условия труда	Хроническая обструктивная болезнь легких, ССБ, рак легких, лейкемия, потеря слуха, боли в спине, травмы, депрессия	Внедрение в производственный сектор профессиональных социально-гигиенических стандартов и прав трудящихся для защиты здоровья и безопасности работников в разных отраслях (включая теневой сектор)	8.5; 8.8; 12.6; 13.1; 16.10
Воздействие канцерогенов, содержащихся в небезопасных химических веществах и продуктах питания	Рак различной локализации, неврологические расстройства	Рациональное использование химических веществ и продуктов питания в пищевой промышленности, сельском хозяйстве и в различных отраслях промышленного производства	6.3; 12.3; 12.4
Нездоровое потребление пищи и отсутствие физической активности	Ожирение, ССБ, диабет, рак различной локализации и зубной кариес	Совершенствование стандартов продуктов питания, общественных пространств и использование информационных и финансовых стимулов с участием секторов образования, сельского хозяйства, торговли, транспорта и городского планирования	2.2; 2.3; 4.1; 9.1; 12.6
Неудовлетворительный уход за детьми и плохие условия обучения	Задержки интеллектуального, социального и физического развития	Специальные программы раннего развития детей, разработанные в области здравоохранения и других секторов, с поддерживающей социальной политикой (например, оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком, бесплатное дошкольное образование и улучшение образования женщин	1.3; 4.1; 4.2; 4.5; 5.1; 8.6; 8.7

Вставка 1.3
Инструменты всеобъемлющей межсекторальной работы и управления для здоровья и справедливости в отношении здоровья *(80–83)*

Финские разработки для справедливости и благосостояния 2015 г.

Для учета здоровья, благополучия и справедливости во всех секторах Финляндии Министерство социальных дел и здравоохранения при содействии Национального института здравоохранения и социального обеспечения возглавляет процесс добровольного межведомственного сотрудничества по вопросам справедливости в отношении здоровья и благополучия. Первоначально сотрудничество было нацелено на ограниченное число ключевых правительственных программ, осуществляемых различными министерствами (включая оцифровку государственных услуг, стратегии в области энергетики и климата, реформу профессионального среднего образования и гарантию для решения проблемы безработицы среди молодежи). Справедливость рассматривается многими как межсекторальная цель, а не только как цель для сектора здравоохранения.

Запуск программы «Здоровье во всех стратегиях» в Южной Австралии в 2007–2017 гг.

В политическом подходе Южной Австралии «Здоровье во всех стратегиях» используется модель, характерная для организационной структуры правительства, по решению общих стратегических задач. Делая акцент на здоровье населения в процессе разработки политики в различных ведомствах, правительство может на систематической основе более эффективно решать проблемы, связанные с социальными детерминантами здоровья. На успешную адаптацию и внедрение политики «Здоровье во всех стратегиях» в Южной Австралии оказали влияние следующие четыре фактора: мандат высокого уровня от центрального правительства; всеобъемлющая политическая основа, которая может способствовать применению подходов в интересах улучшения здоровья в различных областях; принятие различными секторами обязательств работать совместно и активный процесс проведения оценки.

Национальный план действий Эстонии в области здравоохранения на 2009–2020 гг. Основные направления деятельности

- Безопасное и здоровое развитие детей и подростков
- Окружающая среда, условия труда и обучения
- Здоровый образ жизни
- Развитие системы здравоохранения

Вставка 1.4
Социально-экономическая политика *(84–87)*

Предоставление денежных пособий в Замбии

Предоставление денежных пособий, начатое в 2004 году Министерством развития общин, первоначально охватывали 1000 домашних хозяйств в районе Каломо. Ежемесячные гранты были предоставлены семьям, которые считались нуждающимися. Наиболее уязвимыми оказались те из них, кто болен ВИЧ/СПИДом (70%); 30% составили дети-сироты (в среднем по стране — 17%); 55% -домохозяйства, где глава семьи был в возрасте 65 лет и старше. К 2007 году население, включенное в программу, увеличило потребление продуктов питания и сообщило о сокращении заболеваемости (Рисунок 1.18). Положительные результаты, зарегистрированные к 2014 году, вызывали увеличение числа бенефициаров до 48 000 домашних хозяйств.

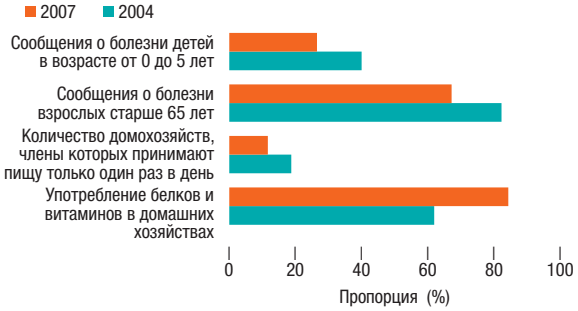
Мексика процветает (предыдущее название «Возможности»)

Эта программа предоставления денежных пособий была запущена в 1997 году для смягчения крайней нищеты. Программа *«Процветание»* систематически демонстрирует прямое положительное влияние на результаты в области здравоохранения и питания, а также на важные социальные детерминанты, такие как образование. Одним из основных показателей, используемых для мониторинга ее эффективности, является процент людей, живущих в условиях крайней нищеты. Имеются данные, свидетельствующие о том, что программа *«Процветание»* способствовала постепенному сокращению населения, живущего в нищете.

Чили «растет вместе с вами»

Программа «Чили растет вместе с вами» — это политика социальной защиты детей в возрасте от 0 до 4 лет, основанная на системе льгот, вмешательств и социальных услуг. Она включает визиты на дом, обучение родителей по вопросам воспитания и развития детей, ухода за ними, а также обращения к службам здравоохранения, консультирования и к справочным службам. Наиболее бедные домохозяйства имеют свободный доступ для приема детей в детские ясли и другие дошкольные учреждения. То же относится и к семьям из социально-уязвимых групп, а также к людям со специфическими потребностями.

Рисунок 1.18
Анализ предоставления денежных пособий (временной период до- и после получения), Замбия, 2004-2007 гг.



Содействие разработке политики, ориентированной на население, в решении социально-экономических проблем

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья ссылалась на «структурные детерминанты», связанные с дискриминацией, рынком труда и уровнем благосостояния, а также на политику, направленную на борьбу с нищетой, неравенством, социальной изоляцией и ранним развитием детей. Усиление социальной защиты дает огромные экономические выгоды, безопасность, здоровье и справедливость. К потенциальным подходам в этом отношении относятся: (a) предоставление денежных средств (Вставка 1.4); b) отпуск по уходу за ребенком для матери или отца; c) меры в отношении минимальной заработной платы и условий труда для социально уязвимых групп (например, работников теневого сектора экономики и работающих детей); и (d) доступное жилье. Такая политика учитывает социально-экономическое неравенство и неравенство в отношении здоровья, способствуя тем самым вкладу в ЦУР 1 — в борьбу с нищетой, ЦУР 2 — борьбу с голодом, ЦУР 4 — качественное образование, ЦУР 5 — гендерное равенство и ЦУР 10 — снижение неравенства, а также способствует устойчивости систем здравоохранения с непосредственной актуальностью для ЦУР 3. Например, было подсчитано, что каждый дополнительный месяц оплачиваемого отпуска по беременности и родам в странах со средним и низким уровнем дохода связан с уменьшением на 7,9 количества младенческих смертей на 1000 живорождений *(78)*, а интегрированные социальные и медицинские услуги, предназначенные для неблагополучных семей и предоставленные медсестрами на дому, приводят к значительным преимуществам для развития детей *(79)*.

Эффективное использование систем производства, потребления и торговли на мировом уровне, а также частота глобальных явлений, таких как миграция и изменение климата

Экономические и юридические рычаги, такие как налоги, законы и регулирование, используются для изменения производства и торговли продуктами, в частности, табаком, алкоголем, жирами и сахарами, для устранения связанных с ними рисков для здоровья, включая курение, плохое питание, межличностное насилие и ожирение. Законодательные рычаги также эффективны при регулировании качества материалов, используемых в строительстве (например, асбеста или свинцовой краски). Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2014 г. о воздействии ртути и ее соединений на здоровье населения *(88)* направлена на защиту здоровья человека и окружающей среды от неблагоприятного воздействия этого химического элемента и призывает министерства здравоохранения сотрудничать в этом направлении с соответствующими министерствами, в том числе с министерствами экологии,

труда, промышленности и сельского хозяйства. В других секторах глобальная безопасность в области здравоохранения может быть улучшена за счет национальных межведомственных комитетов, созданных в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). В последнее время в области общественного здравоохранения все более пристальное внимание уделяется проблеме глобальной миграции, расширяясь от кодексов практики международного найма медицинских работников до оказания помощи беженцам и экономическим мигрантам *(89)*.

Создание физических, экономических и социальных условий, благоприятных для здоровья

Уделение особого внимания созданию здоровой окружающей среды, как например, в инициативе «Здоровые города» *(90)*, может принести огромные выгоды для здоровья и может быть достигнуто посредством межсекторальных действий и комплексной политики, объединяющей национальные и местные органы власти. Разработка политических решений в отношении экологических служб (включая обеспечение безопасным водоснабжением, улучшенными санитарно-техническими средствами и удаление отходов), комплексной, безопасной и развитой системой транспорта, жилищами, соответствующими гигиеническим нормам, чистым воздухом, пространством для физических упражнений, здоровыми и безопасными школами и рабочими местами, доступной питательной и здоровой пищей, а также борьбой с табаком, злоупотреблением алкоголем, жирами и сахаром играет все более важную роль в профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также в содействии охране здоровья матери и ребенка.

Роль сектора здравоохранения

Все роли сектора здравоохранения - будь то руководящая роль министерства, участие в переговорах или партнерстве - требуют хорошо развитых навыков руководства в области общественного здравоохранения. Органы здравоохранения могут: (a) инициировать действия; (b) присоединиться к инициативам, разработанным главой правительства или новыми интегрированными государственными структурами (такими как инициативы по миграции или справедливости); (c) выступать в партнерстве с властями за пределами здравоохранения в борьбе с теми или иными проблемами (например, предотвращение смертельных случаев на дорогах); или (d) обеспечить связь между национальными органами и местными органами власти для поддержки действий местных сообществ *(91)*. Общегосударственные подходы, такие как «Здоровье во всех стратегиях», с использованием международных инструментов, например, «Рамочной программы межсекторальных действий в странах для повышения уровня здоровья и справедливости в области здравоохранения» *(92)* и учебные ресурсы *(93)*, представляют практическую важность для укрепления всех сфер межсекторальной работы. Междисциплинарные технические знания особенно ценны в местных условиях и требуют развития посредством межведомственных партнерств. Научно-обоснованные инструменты, ориентированные на практическую деятельность, становятся все более доступными в широком спектре областей, включая окружающую среду и здоровье детей, неинфекционные заболевания, питание, изменение климата, водоснабжение, санитарию и гигиену в медицинских учреждениях, оценки химического риска и безопасность пищевых продуктов[1]. Лица, принимающие решения на национальном уровне, могут использовать различные международные документы и партнерства, в которых ВОЗ играет ключевую роль, в отношении 27 целевых показателей ЦУР в рамках девяти задач в области ЦУР (ЦУР 1-3, 5-7, 11, 13, 16 и 17).

Влияние на повестку дня, политику и законы в других секторах требует: (a) совместного использования целевых показателей, ориентированных на здоровье, различными секторами; (b) понимание политической необходимости; (c) использование перспективных методов оценки (таких как оценки воздействия на человека) при подготовке предложений в области политики; (d) разработку руководства о последствиях для здоровья принятия политических решений в других секторах; (e) оценку затрат на разработку политики и решений, а также интеграцию стратегий; и (f) отслеживание воздействия такой политики на здоровье и обеспечение совместной подотчетности посредством регулярных национальных отчетов в области общественного здравоохранения. В процесс реализации этих усилий будут вовлекаться представители сектора здравоохранения, специализирующиеся на межсекторальной деятельности на политическом уровне, а также на взаимодействии с представителями более высоких уровней центрального руководства *(77)*.

Другие политические секторы в качестве основных игроков в области здоровья

Центральное правительство на самом высоком уровне играет ключевую роль в улучшении здоровья населения как ключевого элемента развития общества. Формирование приверженности повышению уровня здоровья населения как общегосударственной ценности может быть реализовано только в том случае, если глава правительства, кабинет и/или парламент, а также административное руководство различных секторов экономики будут полностью задействованы в этом процессе. Такое взаимодействие может привести к созданию стимулирующей среды для совместной работы и разработки комплексной политики, а также оценке совместного решения проблем. Политические процессы на высшем уровне могут способствовать высокой ответственности их исполнения и реализации правительственных стратегий, целей и задач в различных секторах политики.

Сектору здравоохранения на высоком уровне может быть предоставлено пространство для разработки политических решений с привлечением других секторов экономики в зависимости от национальных приоритетов, и понимания того, что рассмотрение аспектов здравоохранения во всех политических предложениях будет приносить значительные выгоды от сотрудничества. В конечном счете, для успеха будут необходимы крепкие союзы и партнерства, которые признают взаимные интересы и разделяют целевые показатели.

[1] См. доступные ресурсы в этих областях на веб-сайтах: http://www.who.int/ceh/capacity/training_modules/en/; http://www.who.int/nmh/action-plan-tools/en/; http://www.who.int/elena/en/; http://www.who.int/globalchange/mediacentre/news/country-profiles/en/; https://www.washinhcf.org/home/; http://www.who.int/ipcs/methods/en/.

Библиография

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [without reference to a Main Committee (A/70/L.1)]. A/RES/70/1. United Nations General Assembly, Seventieth session, agenda items 15 and 116 (https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication, accessed 13 March 2017).

2. Our common future. Report of the United Nations World Commission on Environment and Development. Geneva: United Nations World Commission on Environment and Development (www.un-documents.net/our-common-future.pdf, accessed 13 March 2017).

3. Measurement of healthy life expectancy and wellbeing. Report of a technical meeting, Geneva, Switzerland, 10–11 December 2012. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthinfo/SAGE_MeetingReport_Dec2012.pdf?ua=1, accessed 13 March 2017).

4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003, updated reprint 2004, 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1, accessed 13 March 2017).

5. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. Addis Ababa, Ethiopia, 13–16 July 2015. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf, accessed 13 March 2017).

6. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [without reference to a Main Committee (A/70/L.1)]. A/RES/70/1. United Nations General Assembly, Seventieth session, agenda items 15 and 116; paragraphs 72–91 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 3 April 2017).

7. Based on data reported to the WHO Mortality Database (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/) as of 12 October 2016.

8. Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, accessed 22 March 2017).

9. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2011. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2013.3. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/GHE_TR2013-3_COD_MethodsFinal.pdf , accessed 3 April 2017).

10. Adapted from: Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017 [forthcoming].

11. International Health Partnership for UHC 2030 [website]. See: https://www.internationalhealthpartnership.net/en/

12. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/).

13. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Survive, thrive, transform. Every Woman Every Child; 2015 (see: http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/).

14. Global health sector strategies for HIV, viral hepatitis, STIs, 2016–2021. Geneva: World Health Organization (see: http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/en/).

15. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (see: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/).

16. Health Data Collaborative. Data for health and sustainable development [website]. See: https://www.healthdatacollaborative.org/

17. Universal Health Coverage Data Portal [online database]. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp).

18. Universal health coverage: financial protection [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection).

19. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from selected countries. Dmytraczenko T, Almeida G, editors. Washington (DC): World Bank; 2015 (see: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en).

20. WHO Eastern Mediterranean Region Framework for health information systems and core indicators for monitoring the health situation and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016 (WHO-EM/HST/242/E; http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1, accessed 7 April 2017).

21. Universal health coverage. Moving towards better health [website]. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia (http://apps.searo.who.int/uhc).

22. Millennium Development Goal 8. Taking stock of the Global Partnership for Development. MDG Gap Task Force Report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (www.un.org/en/development/desa/policy/mdg_gap/mdg_gap2015/2015GAP_FULLREPORT_EN.pdf, accessed 7 April 2017).

23. WHO Global Health Workforce Statistics [online database]. Health workforce. Geneva: World Health Organization (http://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/).

24. Health Equity Monitor [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/health_equity/en/).

25. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Resolution WHA58.33. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Resolutions and decisions, annex. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1; http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf, accessed 7 April 2017).

26. OECD/WHO/Eurostat. 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/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en, accessed 7 April 2017).

27. WHO Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en, accessed 20 March 2017). Global and regional aggregates are unweighted averages. Income classification is based on the World Bank analytical income of economies (July 2016), based on the 2015 Atlas gross national income per capita estimates.

28. World Development Indicators [online database]. Washington (DC): World Bank (http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators, accessed 20 March 2017).

29. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1, accessed 8 April 2017).

30. State of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252541/1/9789241511735-eng.pdf?ua=1, accessed 8 April 2017).

31. Are efforts to meet the MDGs reducing health gaps between countries? In: World Health Statistics 2013. Part II. Highlighted topics. Geneva: World Health Organization; 2013 (see: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/, accessed 8 April 2017).

32. Humanity divided: Confronting inequality in developing countries. New York: UNDP; 2014 (see: http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/humanity-divided--confronting-inequality-in-developing-countries.html, accessed 8 April 2017); and: Income inequality. The gap between rich and poor. Paris: OECD; 2015 (see: http://www.oecd.org/social/income-inequality-9789264246010-en.htm, accessed 8 April 2017).

33. Gwatkin DR. Trends in health inequalities in developing countries. Lancet Glob Health. 2017;5(4):e371–2 (http://thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30080-3/fulltext#back-bib8, accessed 8 April 2017).

34. Victora CG, Barros AJD, França GVA, da Silva ICM, Carvajal-Velez L, Amouzou A. The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries. Lancet Glob Health. 2017;5(4):e402–7 (http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30077-3.pdf, accessed 8 April 2017).

35. Paciorek CJ, Stevens GA, Finucane MM, Ezzati M and on behalf of the Nutrition Impact Model Study Group (Child Growth). Children's height and weight in rural and urban populations in low-income and middle-income countries: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 2013;1(5):e300–9 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547325/, accessed 8 April 2017).

36. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. Proc Natl Acad Sci USA, 2015;112(49):15078–83 (doi: 10.1073/pnas.1518393112).

37. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. JAMA. 2016;315(16):1750–66 (doi:10.1001/jama.2016.4226).

38. Wang H, Schumacher AE, Levitz CE, Mokdad AH, Murray CJL. Left behind: widening disparities for males and females in US county life expectancy, 1985–2010. Popul Health Metr. 2013;11:8.

39. Newton JN, Briggs ADM, Murray CJL, Dicker D, Foreman KJ, Wang H et al. Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(10010):2257–74.

40. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. Lancet. 2013;381(9866):585–597 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61851-0/fulltext, accessed 8 April 2017); and: Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. BMC Public Health. 2015;15:914 (http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2227-y, accessed 8 April 2017); and: Allen L, Williams J, Townsend N, Mikkelsen B, Roberts N, Foster C et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. Lancet Glob Health. 2017;5(3):e277–89 (http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30058-X/fulltext, accessed 8 April 2017).

41. Adapted from: Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1, accessed 5 April 2017).

42. The DHS Program [website]. Rockville (MD): United States Agency for International Development (http://dhsprogram.com).

43. Statistics and monitoring: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) [website]. New York (NY): United Nations Children's Fund (http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).

44. Human rights indicators: A guide to measurement and implementation. New York (NY) and Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (see: http://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/documents.aspx, accessed 8 April 2017).

45. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlotheuber A, Victora C, Boerma T, Barros AJD. Data Resource Profile: WHO Health Equity Monitor (HEM). International J Epidemiol. 2016;45(5):1404–5e (https://academic.oup.com/ije/article/45/5/1404/2450924/Data-Resource-Profile-WHO-Health-Equity-Monitor, accessed 8 April 2017).

46. Country Planning Cycle Database. A World Health Organization Resource [online database]. Geneva: World Health Organization (http://www.nationalplanningcycles.org/).

47. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/, accessed 8 April 2017).

48. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? Lancet. 2011;377(9784):2160–1 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2962058-2/fulltext, accessed 8 April 2017).

49. The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind. Technical handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/, accessed 8 April 2017).

50. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf, accessed 15 March 2017).

51. Tandon A. Financial sustainability challenges in transitioning from external sources of financing [meeting presentation]. Washington (DC): World Bank. Presented at: UHC2030 Working Group meeting on sustainability, transition from aid, and health system strengthening. April, 2017 (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/working_groups/Transition_working_group_docs/ATandon_TransitionSustainability.pdf, accessed 23 April 2017).

52. Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. Bull World Health Organ. 2016;94(1):2 (http://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-165050.pdf, accessed 15 March 2017).

53. Kutzin J, Yip W, Cashin C. Alternative financing strategies for universal health coverage. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy. World Scientific; 2016:267–309 (http://www.worldscientific.com/doi/pdf/10.1142/9789813140493_0005, accessed 15 March 2017).

54. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–8 (http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654.pdf, accessed 15 March 2017).

55. Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249527/1/WHO-HIS-HGF-Tech.Report-16.2-eng.pdf?ua=1, accessed 15 March 2017).

56. Jowett M, Kutzin J. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192280/1/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf?ua=1, accessed 15 March 2017).

57. Fryatt R, Mills A. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems: showing the way forward. Bull World Health Organ. 2010;88(6):476–7 (http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-075507/en/, accessed 15 March 2017).

58. Buckley GJ, Lange JE, Peterson EA, editors. Investing in global health systems: sustaining gains, transforming lives. Washington (DC): National Academies Press; 2014.

59. Jowett M, Brunal MTP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf?ua=1, accessed 15 March 2017).

60. Fuchs VR. What every philosopher should know about health economics. Proc Am Philos Soc. 1996; 140(2):186–96 (http://www.worldscientific.com/doi/suppl/10.1142/8167/suppl_file/8167_p155_free.pdf, accessed 15 March 2017).

61. Fragmentation in pooling arrangements. Technical Briefing Series – Brief No 5. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/FragmentationTBNo5.pdf?ua=1, accessed 15 March 2017).

62. Kutzin J, Shishkin S, Bryndová L, Schneider P, Hroboň P. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform. Lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010: 119–53 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf, accessed 15 March 2017).

63. Londoño J-L, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997;41(1):1–36.

64. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy. 1995;32(1–3):257–77.

65. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. Addis Ababa, Ethiopia, 13–16 July 2015. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf, accessed 13 March 2017).

66. Global Observatory on Health R&D [online database]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/research-observatory/en/).

67. Røttingen J-A, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory. Lancet. 2013;382(9900):1286–307 (summary: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61046-6/fulltext, accessed 8 April 2017).

68. Kieny MP, Viergever RF, Adam T, Boerma T, Røttingen J-A. Global platform to inform investments for health R&D. Lancet. 2016;387(10024):1157 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00705-4/fulltext, accessed 8 April 2017).

69. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) database (http://stats.oecd.org/, accessed 15 December 2016).

70. Health GERD data are from the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) as of 15 December 2016. Data on GDP are from the WHO Global Health Expenditure Database (see reference 27).

71. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to equity in health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action [Conference Working Document]. Geneva: World Health Organization. Presented at: 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. (http://pediatriesociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf, accessed 5 May 2017).

72. Prüss-Ustün et al. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1, accessed 28 April 2016).

73. IHME Global Health Data Exchange [online database]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool, accessed 21 April 2017).

74. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/EIP/DP/02.48; www.who.int/healthinfo/paper48.pdf, accessed 9 April 2017); and: Jakubowski E, Donaldson L, Martin-Moreno JM. Developing public health leadership. In: Facets of public health in Europe. Rechel B, McKee M, editors. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies Series; 2014:267–83.

75. Intersectoral action on health. A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. Kobe: World Health Organization, The WHO Centre for Health Development; 2011 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf, accessed 9 April 2017).

76. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1, accessed 21 April 2017).

77. Adelaide Statement II. Implementing the Sustainable Development Agenda through good governance for health and wellbeing: building on the experience of Health in All Policies. Outcome Statement from the 2017 International Conference on Health in All Policies: progressing the Sustainable Development Goals, Adelaide, Australia, 2017. Geneva and Adelaide: World Health Organization and Government of South Australia; 2017 (http://www.who.int/social_determinants/SDH-adelaide-statement-2017.pdf?ua=1, accessed 27 April 2017).

78. Nandi A, Hajizadeh M, Harper S, Koski A, Strumpf EC, Heymann J. Increased duration of paid maternity leave lowers infant mortality in low- and middle-income countries: a quasi-experimental study. PLoS Med. 2016;13(3):e1001985 (doi:10.1371/journal.pmed.1001985).

79. Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. The Future of Children; 2009:19(2):119–46.

80. Rotko T, et al. How to take into account health, wellbeing and equity in all sectors in Finland. In: Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world, editors: Vivian Lin, Ilona Kickbusch. Geneva and Adelaide: World Health Organization and Government of South Australia; 2017 (forthcoming).

81. Williams C, et al. Health in All Policies in South Australia: lessons from 10 years of practice. In: Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world, editors: Vivian Lin, Ilona Kickbusch. Geneva and Adelaide: World Health Organization and Government of South Australia; 2017 (forthcoming).

82. National Health Plan 2009–2020. Tallinn: Government of Estonia; 2008 (amended 2012) (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf, accessed 27 April 2017).

83. National Health Plan: better life for longer. Tallinn: Government of Estonia (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Estonia/nhp_estonia.pdf, accessed 27 April 2017).

84. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. Social Determinants of Health Sectoral Briefing Series. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44876/1/9789241503655_eng.pdf, accessed 9 April 2017).

85. Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programmes for social equity. Las Condes, Santiago: Chile: Social Determinants of Health Initiative. From: The Database on Intersectoral Action for Health Equity (ISACS) [online database]. Geneva: World Health Organization (https://extranet.who.int/isacs/case/1087, accessed 9 April 2017); and: Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Lopez Boo F, Behrman JR et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Lancet; 2017;389(10064):103–18.

86. A decade towards better health in Chile. Bull World Health Organ. Special theme: Social determinants of health. 2011;89(10):701–76.

87. Martinez Valle, A. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. Glob Health Action. Special issue: Monitoring health determinants with an equity focus. 2016;9 (Doi: 10.3402/gha.v9.29030).

88. Public health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: the role of WHO and ministries of public health in the implementation of the Minamata Convention. WHA67.11. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2014:21–23 (WHA67/2014/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=1, accessed 9 April 2017).

89. The 2nd Global Consultation on Migrant Health: Resetting the agenda. Geneva: World Health Organization; 2017 (see: http://www.who.int/migrants/news-events/en/#global-consultationMH, accessed 9 April 2017).

90. Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-city-pledge/en/, accessed 9 April 2017).

91. Practising a health in all policies approach – lessons for universal health coverage and health equity: a policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf, accessed 9 April 2017).

92. First draft of the framework for country action across sectors for health and health equity. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf?ua=1, accessed 9 April 2017).

93. Health in all policies training manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (see: http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/, accessed 9 April 2017).



2 ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦУР, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

WHO/Hans Everts

Обзор

Более 50 показателей в области ЦУР из более чем 10 целей, связанных со здоровьем, было отобрано для оценки результатов по улучшению здоровья, прямых детерминант здоровья или предоставления услуг здравоохранения. Эти показатели могут быть сгруппированы по семи тематическим областям:

- репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей;
- инфекционные болезни;
- неинфекционные заболевания и психическое здоровье;
- травмы и насилие;
- всеобщий охват услугами здравоохранения и системы здравоохранения;
- факторы риска, связанные с состоянием окружающей среды;
- факторы риска для здоровья и вспышки болезней.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что, несмотря на прогресс, достигнутый в эпоху ЦТР, все еще сохраняются большие проблемы в ряде областей, таких как сокращение материнской и детской смертности, улучшение питания и осуществление дальнейшего прогресса в борьбе с такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез (ТБ), малярия, забытые тропические болезни и гепатит. К тому же, результаты ситуационного анализа дают четкие доказательства, что в рамках Повестки дня в области устойчивого развития решающее значение приобретают неинфекционные заболеваниям (НИЗ) и их факторы риска, такие как употребление табака, проблемы психического здоровья, дорожно-транспортный травматизм и состояние окружающей среды.

Во многих странах слабые системы здравоохранения по-прежнему препятствуют прогрессу и приводят к недостаткам в охвате даже самыми базовыми медико-санитарными услугами, а также к плохой готовности систем здравоохранения к чрезвычайным ситуациям. Глобальная и региональная ситуация по семи тематическим областям на основе последних имеющихся данных приводится ниже. Данные по конкретным странам по различным показателям, если таковые имеются, представлены графически в Приложении A и в табличной форме в Приложении B.

2.1 Репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей

Во всем мире в 2015 г. около 830 женщин умирали каждый день из-за осложнений во время беременности или родов *(1)*. Задача 3.1. в области ЦУР — сокращение глобального коэффициента материнской смертности с 216 на 100 000 живорождений в 2015 г. до менее 70 на 100 000 живорождений к 2030 г.— потребует глобального годового снижения уровня этого коэффициента не менее, чем на 7,5%, что более, чем в три раза превышает годовые темпы сокращения, достигнутые в период с 1990 по 2015 гг. *(2)*. Большинство случаев материнской смертности можно предотвратить, поскольку необходимые медицинские вмешательства хорошо известны. Поэтому крайне важно увеличить доступ женщин к качественным службам репродуктивного здоровья до, во время и после родов. В 2016 г. миллионы родов во всем мире прошли без помощи обученной акушерки, врача или медсестры, причем только 78% родов прошли при квалифицированном родовспоможении *(3)*.

В 2016 г. 77% женщин репродуктивного возраста, которые состояли в официально зарегистрированном или гражданском браке, нуждались в услугах по планированию семьи и использованию современных методов контрацепции. При этом, если девять из 10 женщин в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана использовали в той или иной мере средства контрацепции, то в Африканском регионе ВОЗ только половина женщин смогла удовлетворить свои потребности в планировании семьи *(4)*. В глобальном масштабе уровень подростковой рождаемости в 2015 году составил 44,1 на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет *(5)*.

Глобальный коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет в 2015 г. составлял 43 на 1000 живорождений, в то время как коэффициент неонатальной смертности составлял 19 на 1000 живорождений, что означает снижение на 44% и 37% соответственно по сравнению с показателями 2000 г. Коэффициент младенческой смертности составил в 2015 г. половину и более от всех смертей среди детей в возрасте до 5 лет во всех регионах ВОЗ, за исключением Африканского региона ВОЗ, где одна треть от смертности детей в возрасте до пяти лет относилась к смертности детей после первого месяца жизни (Рисунок 2.1). Африканский регион ВОЗ также имел самый высокий коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет в 2015 г. (81,3 на 1000 живорождений) — почти в два раза выше, чем в мире в целом *(6)*.

Рисунок 2.1
Коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет по периодам жизни по регионам ВОЗ, 2015 г.



В 2016 г. в мире было зарегистрировано 155 миллионов детей в возрасте до пяти лет с отставанием в росте (слишком низкий рост для своего возраста), 52 миллиона детей с истощением (слишком низкая масса тела для своего роста) и 41 миллион с избыточной массой тела (превышение веса для своего роста). Наиболее высокая распространенность отставания в росте (34%) отмечалась у детей в Африканском регионе ВОЗ и в Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии. Наивысшие цифры распространенности истощения у детей (15,3%) и общее количество детей с истощением (27 миллионов) отмечались в Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии. В период с 2000 по 2016 гг. число детей с избыточным весом в возрасте до пяти лет увеличилось на глобальном уровне на 33% *(7)*.

2.2 Инфекционные болезни

По оценкам, в мире в 2015 г. у 2,1 миллиона человек зарегистрированы новые случаи ВИЧ-инфекции, что соответствует коэффициенту — 0,3 новых случаев на 1000 неинфицированных людей. В том же году около 1,1 миллиона человек умерли от болезней, связанных с ВИЧ. К концу 2015 г. в мире насчитывалось около 36,7 миллионов человек, живущих с ВИЧ. Наиболее сильно пострадал Африканский регион ВОЗ, где 4,4% взрослых в возрасте 15–49 лет живут с ВИЧ. В глобальном масштабе к середине 2016 г. 18,2 миллиона человек, живущих с ВИЧ, получали антиретровирусную терапию *(8)*.

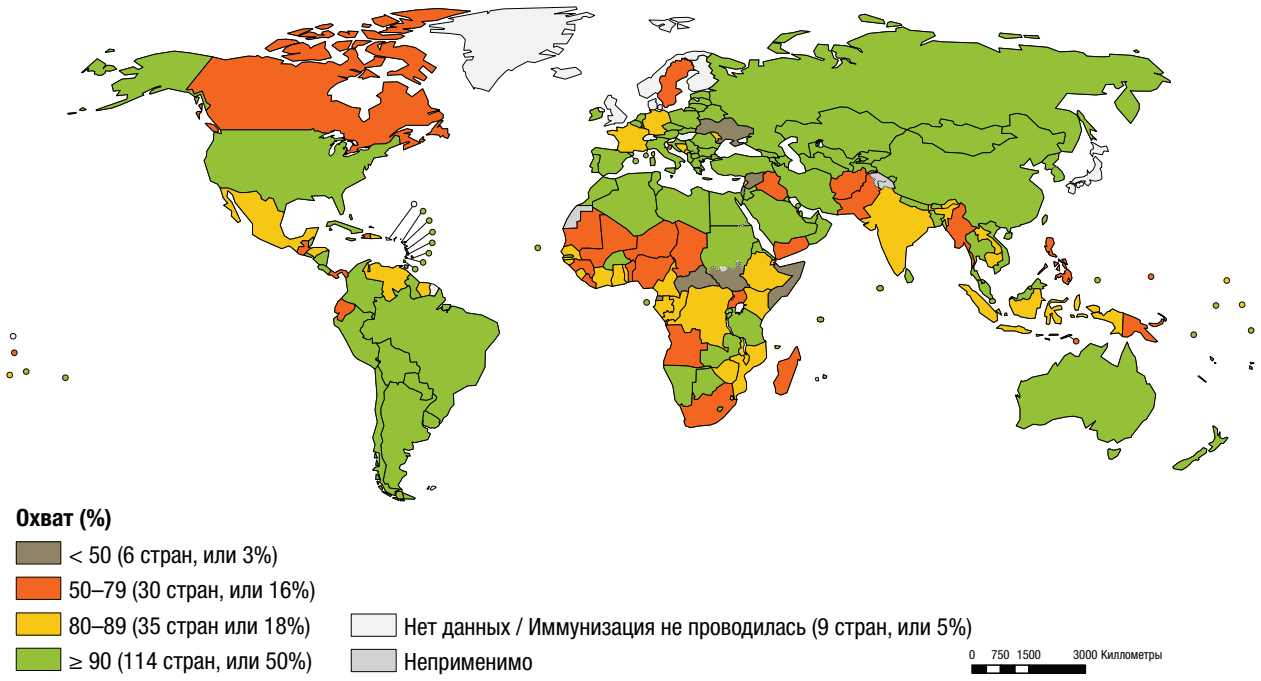
В 2015 г. в мире насчитывалось 212 миллионов случаев малярии, что соответствует коэффициенту заболеваемости 94 на 1000 человек, подверженных риску, что на 41% меньше, чем в 2000 году. Наибольшее снижение было достигнуто в Европейском регионе ВОЗ, при этом число случаев эндемической малярии в 2015 г. сократилось там до нуля. По оценкам, во всем мире насчитывалось 429 000 случаев смерти от малярии, причем наибольшее бремя несет Африканский регион ВОЗ, где, по оценкам, 92% всех смертей произошло от малярии — среди возрастных групп наиболее пострадали дети в возрасте до 5 лет, у которых смерть от малярии составила более 70% от всех смертей *(9)*.

Туберкулез (ТБ) по-прежнему остается одной из основных глобальных проблем здравоохранения, несмотря на то, что он является излечимым заболеванием. В 2015 г. было зарегистрировано 10,4 млн. новых случаев ТБ и 1,4 млн. смертей от туберкулеза, а также 0,4 млн. смертей, вызванных сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ. В 2015 г. коэффициент летальности от туберкулеза (рассчитанный как число умерших, деленное на заболевших) варьировал в широких пределах — от менее 5% в некоторых странах до более 20% в большинстве стран Африканского региона ВОЗ. Эти данные подчеркивают сохранение большого неравенства в доступе к высококачественным услугам диагностики и лечения туберкулеза. Европейский регион ВОЗ имеет самый высокий коэффициент заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РР-ТБ) на уровне 14 случаев на 100 000 населения *(10)*.

По оценкам, в 2015 г. в мире в целом число смертей, обусловленных гепатитом, составило около 1,3 млн. человек *(11)*. Эта цифра включает случаи смерти от острого гепатита, рака печени и цирроза печени, вызванных гепатитом. В том же году, по оценкам, 257 миллионов человек были инфицированы вирусом гепатита В, а 71 миллион человек — вирусом гепатита С *(12)*. Глобальный охват иммунизацией тремя дозами вакцины против гепатита В (приоритетное направление борьбы с гепатитом) достигло 84% среди детей первого года жизни в 2015 г. Однако в 36 странах, по оценкам, охват иммунизацией составил менее 80% (Рисунок 2.2) *(13)*.

В 2015 г. 1,6 миллиарду человек потребовалось массовые профилактические меры или индивидуальное лечение и уход от забытых тропических болезней (ЗТБ) — по сравнению с 2,0 миллиардами человек в 2010 г. Большинство из этих людей нуждались в очаговом лечении от лимфатического филяриоза, гельминтозов, передаваемых через почву, шистосомоза, трахомы и/или онхоцеркоза. Прогресс, достигнутый в сокращении числа людей, нуждающихся в массовых профилактических мероприятиях, во многом был обусловлен тем фактом, что лимфатический филяриоз и трахома либо были ликвидированы в 18 странах, либо находятся под наблюдением для проверки ликвидации в восьми странах соответственно. В 2015 г. меньше людей, чем когда-либо прежде, нуждались в индивидуальном лечении и уходе от дракункулеза, африканского трипаносомоза человека и висцерального лейшманиоза *(14)*.

Рисунок 2.2
Охват детей в возрасте одного года иммунизацией тремя дозами вакцины против гепатита B (%), 2015 г.



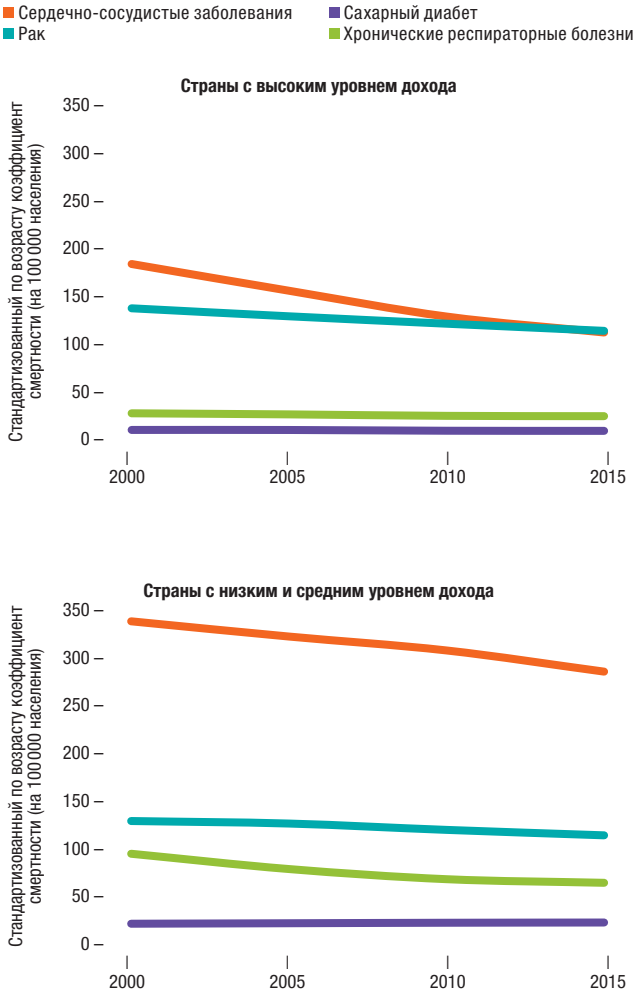
2.3 Неинфекционные заболевания и психическое здоровье

По оценкам, в 2015 г. на глобальном уровне произошло 40 миллионов смертей от неинфекционных заболеваний (НИЗ), что составляет 70% от общего числа в 56 миллионов смертей в мире. Большинство таких смертей были вызваны четырьмя основными НИЗ, а именно: сердечно-сосудистыми заболеваниями — 17,7 млн. смертей (на которые приходится 45% всех смертей от НИЗ); рак — 8,8 миллиона смертей (22%); хронические респираторные заболевания — 3,9 миллиона смертей (10%); и диабет — 1,6 миллиона смертей (4%). Риск смерти от любого из четырех основных НИЗ в возрасте от 30 до 70 лет уменьшился с 23% в 2000 г. до 19% в 2015 г. В последние годы в странах с высоким уровнем дохода стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний резко сократились, в то же время коэффициенты смертности от других основных НИЗ снижались более медленными темпами. При этом, несмотря на то, что стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от хронических респираторных заболеваний значительно снизились в странах с высоким уровнем дохода, в странах с низким и средним уровнем дохода, эти коэффициенты по-прежнему намного выше (Рисунок 2.3) *(11)*.

Мировой уровень потребления алкоголя в 2016 г. составил 6,4 литра чистого алкоголя на человека в возрасте 15 лет и старше, при этом отмечалась значительная разница в этом показателе между регионами ВОЗ *(15)*. Имеющиеся данные указывают на то, что охват лечением лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, недостаточен, хотя для улучшения измерения такого охвата необходима дальнейшая работа.

В 2015 г. более 1,1 миллиарда человек курили табак, причем этот показатель гораздо выше у регулярно курящих мужчин, чем у регулярно курящих женщин *(16)*. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака в настоящее время ратифицирована 180 сторонами,

Рисунок 2.3
Глобальные тенденции в стандартизованных по возрасту коэффициентах смертности от неинфекционных заболеваний в странах, сгруппированных по уровню дохода, 2000–2015 гг.



представляющими 90% мирового населения. Более 80% стран, подписавших Рамочную конвенцию ВОЗ, либо ужесточили свои уже существующие законы и нормы в области борьбы против табака, либо приняли новые.

В 2015 г. около 800 000 человек погибли от самоубийств, что стало второй причиной смерти от травм после дорожно-транспортного травматизма. Мужчины умирают от самоубийств почти в два раза чаще, чем женщины. Наиболее высокие коэффициенты смертности от самоубийств отмечаются в Европейском регионе ВОЗ (14,1 на 100 000 человек), а самые низкие в Восточно-Средиземноморском Регионе ВОЗ (3,8 на 100 000 населения) *(11)*.

2.4 Травмы и насилие

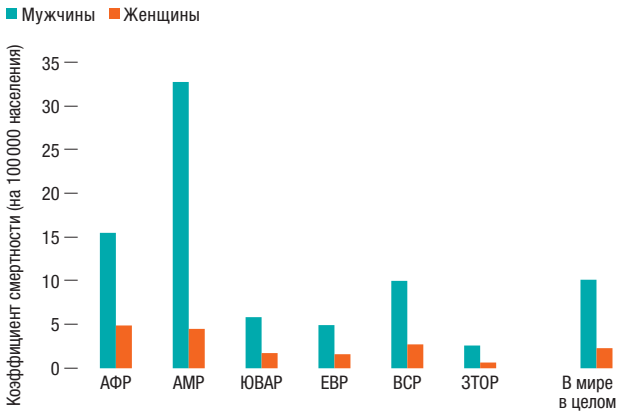
Около 1,25 миллиона человек погибли вследствие дорожно-транспортного травматизма в 2013 г. в мире, при этом до 50 миллионов человек получили несмертельные ранения в результате дорожно-транспортных происшествий или аварий на дорогах. Дорожно-транспортный травматизм является основной причиной смерти среди людей в возрасте 15–29 лет и в наибольшей степени относится к участникам дорожного движения, подверженным повышенной опасности, а именно пешеходам, велосипедистам и мотоциклистам. В период с 2000 по 2013 гг. число смертей в результате дорожно-транспортных происшествий во всем мире увеличилось примерно на 13% *(17)*.

По последним оценкам, почти четверть взрослых людей (23%) подвергались физическому насилию в детстве *(18)*, а около одной трети (35%) женщин, испытывали когда-либо в своей жизни физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера или сексуальное насилие со стороны постороннего лица *(19)*.

В 2011–2015 гг. среднегодовой коэффициент смертности в результате стихийных бедствий составлял 0,3 случая смерти на 100 000 населения. Самый высокий показатель — 0,5 смертей на 100 000 населения — отмечен в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана *(11)*.

По оценкам, в 2015 г., отмечалось 468 000 убийств, причем мужчины составили четыре пятых всех жертв убийств. Самый высокий коэффициент смертности от убийств среди мужчин отмечен в Американском регионе ВОЗ и составил 32,9 на 100 000 населения, что в 12 раз превышает показатель смертности от убийств среди мужчин в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана (Рисунок 2.4). В глобальном масштабе в период 2000–2015 гг. наблюдалось заметное снижение коэффициента смертности от убийств — на 19% *(11)*.

Рисунок 2.4
Коэффициент смертности от убийств по возрасту, по регионам ВОЗ и в мире в целом, 2015 г.



По оценкам, в 2015 г. в войнах и конфликтах погибло 152 000 человек, что соответствует примерно 0,3% от всех смертей в мире в указанном году. Эта оценка не включает потери из-за непрямого воздействия войн и конфликтов, вызвавших распространение болезней, плохое питание и невозможность оказания услуг здравоохранения *(11)*.

2.5 Всеобщий охват услугами здравоохранения и системы здравоохранения

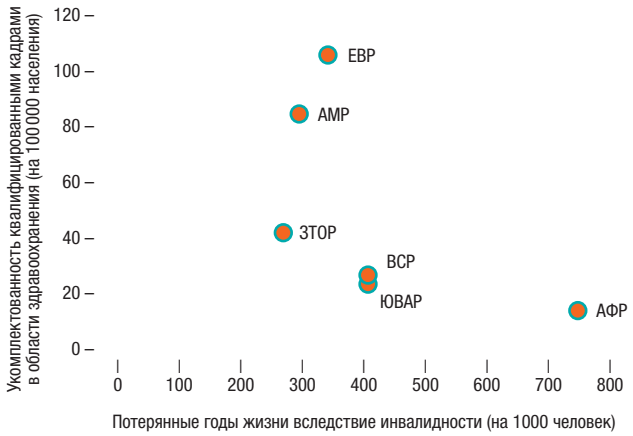
Средний процент расходов на здравоохранение от общих государственных расходов в странах в 2014 г. составил 11,7%. Среди регионов ВОЗ этот средний показатель составлял от 8,8% в Восточно-Средиземноморском Регионе ВОЗ до 13,6% в Американском Регионе ВОЗ *(20)*. Эта цифра указывает на уровень государственных расходов на здравоохранение в общей сумме государственных расходов в странах и является частью показателя ЦУР 1.a.2 — Доля расходов на основные услуги (образование, здравоохранение и социальную защиту) в общей сумме государственных расходов.

В феврале 2017 г. ВОЗ начала консультации с государствами-членами по оценке показателей ЦУР, необходимых для мониторинга задачи ЦУР 3.8 по всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ). После завершения оценки показателей ЦУР 3.8.1 — охват основными медико-санитарными услугами — и 3.8.2 — доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств — будет представлен первый сопоставимый набор показателей по мониторингу ЦУР, чтобы разработать индекс для использования в качестве меры финансовой защиты. В среднем, с 2010 г. страны имеют данные по 70% контрольных индикаторов для показателя ЦУР 3.8.1[1], при этом с 2005 г. 50% стран имеют, по крайней мере, один источник данных для показателя ЦУР 3.8.2.

В 2015 г.у глобальный охват детей иммунизацией тремя дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3) составил 86% в качестве рекомендованного средства для проведения полной иммунизации детского населения *(13)*. Данные за 2007–2014 гг. показывают, что средняя доступность некоторых основных лекарственных средств в государственном секторе составляла лишь 60% в ряде стран с низким доходом и 56% в отдельных странах с низким и средним уровнем дохода *(21)*. Доступ к лекарственным средствам для лечения хронических болезней и НИЗ еще хуже, чем при острых заболеваниях. Несмотря на улучшения положения в последние десятилетия, разработка новых инновационных медицинских препаратов по-прежнему не учитывает потребности тех, кто живет в развивающихся странах. В результате современное состояние исследований и разработок в области здравоохранения (см. Раздел 1.5) недостаточно согласовано с глобальными потребностями в области здоровья населения. Укомплектованность кадрами здравоохранения также неравномерно распределяется

[1] Показатель ЦУР 3.8.1.— Охват основными медико-санитарными услугами — определяется 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.

Рисунок 2.5
Укомплектованность кадрами здравоохранения по регионам ВОЗ, 2005–2015 гг., и общее оценочное бремя болезней, 2010 г.



по всему миру. Как показано на Рисунке 2.5, регионы ВОЗ с самым высоким бременем болезней, выраженным в потерянных годах жизни вследствие инвалидности *(22)*, имеют самую низкую укомплектованность работниками здравоохранения, которые необходимы для оказания столь необходимых медико-санитарных услуг. Данные за 2005–2015 гг. показывают, что в почти 40% стран имеется менее одного врача на 1000 человек населения, а около половины всех стран мира имеют менее трех медицинских сестер и акушерок на 1000 человек *(23)*. Даже в странах с более высокой укомплектованностью кадрами здравоохранения распределение медицинских работников происходит неравномерно, а в сельских и труднодоступных районах работники здравоохранения имеют недостаточную квалификацию по сравнению со столицами и другими городами.

В области мониторинга и оценки (см. Раздел 1.1), ВОЗ считает, что только половина из ее 194 государств-членов регистрирует не менее 80% смертей с соответствующей информацией о причине смерти *(11, 24)*. Кроме того, проблемы с качеством данных дополнительно ограничивают использование такой информации.

2.6 Риски, связанные с состоянием окружающей среды

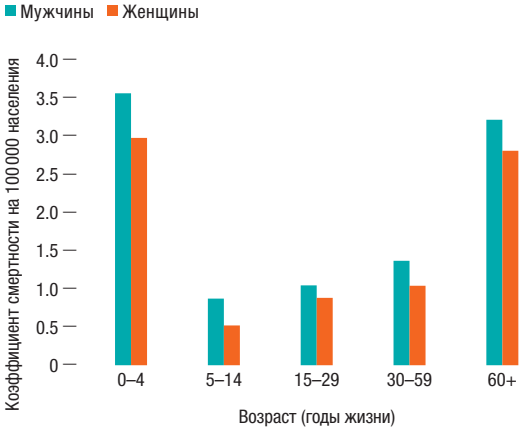
Около 3 миллиардов человек все еще готовят пищу на открытом огне и обогревают свои дома традиционными печами без дымохода с использованием твердого топлива (то есть, используя древесину, отходы, древесный и каменный уголь или навоз). Использование таких неэффективных видов топлива и технологий приводит к высоким уровням загрязнения воздуха в домашних хозяйствах. В 2012 г. загрязнение воздуха внутри помещений привело к гибели 4,3 миллионов человек во всем мире. Женщины и дети подвергаются особенно высокому риску заболеваний, вызванных воздействием загрязненного воздуха внутри жилых помещений. На эти причины приходится 60% всех смертей *(25)*.

В 2014 г. 92% населения в мире проживало в тех местах, где не соблюдались стандарты ВОЗ по качеству воздуха. По оценкам, загрязнение атмосферного воздуха в городах и сельских районах в 2012 г. привело к 3 миллионам смертей во всем мире. Около 87% этих смертей произошло в странах со средним и низким уровнем дохода *(26)*. Загрязнение атмосферного воздуха и воздуха внутри помещений вместе привели в 2012 г. к 6,5 миллионам смертей (11,6% от всех смертей в мире) *(27)*.

Небезопасная вода, отсутствие санитарии и гигиены также остаются важными причинами смерти, причем в 2012 г., по оценкам, эти факторы риска обусловили 871 000 смертей[1]. Такие случаи смерти непропорционально высоки в общинах с низким уровнем дохода и среди детей в возрасте до 5 лет *(28, 29)*. Несмотря на то, что в 2015 г. 6,6 млрд. человек использовали улучшенные источники питьевой воды, охват населения безопасными услугами по снабжению питьевой водой остается низким, что, по предварительным оценкам, составило 68% населения в городских районах и только 20% в сельских районах *(30, 31)*. Около трети населения мира (32%) не имели доступа к улучшенным санитарно-техническим средствам в 2015 г., в том числе 946 миллионов человек, практиковали дефекацию на открытом воздухе *(30)*.

По оценкам, в 2015 г. 108 000 случаев смерти были вызваны непреднамеренными отравлениями. В странах с низким и средним уровнем дохода пестициды, керосин, бытовая химия и окись углерода являются распространенными причинами такого отравления. В странах с высоким уровнем дохода отравления чаще всего вызывают вещества, которые включают монооксид углерода, наркотики, а также продукты для чистки и личной гигиены в домашних условиях. Число смертей, обусловленных этой причиной, является самым высоким среди детей в возрасте до 5 лет и среди взрослых в возрасте 60 лет и старше. Показатели смертности также выше среди мужчин, чем среди женщин во всех возрастных группах (Рисунок 2.6) *(11)*.

Рисунок 2.6
Глобальный коэффициент смертности, обусловленной непреднамеренными отправлениями, по полу и возрасту, 2015 г.



2.7 Риски для здоровья и вспышки болезней

В процессе мониторинга Международных медико-санитарных правил (ММСП) использовался вопросник по самооценке, направленный государствам-участникам для оценки 13 основных возможностей реагирования на вспышки болезней на национальном уровне. В 2016 г. на вопросник по мониторингу ответили 129 государств-участников (66% всех государств-участников). Средние показатели основных возможностей реагирования всех стран-респондентов в 2016 г. составили 76% *(32, 33)*.

[1] Включая смерти от диареи, кишечных глистных инфекций и нарушений питания, связанных с недостатком белков и энергии, вследствие отсутствия доступа к очищенным источникам питьевой воды и улучшенным санитарно-техническим средствам.

Библиография

1. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/, accessed 23 March 2017).

2. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462–74 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615008387.pdf, accessed 23 March 2017).

3. WHO global database on maternal health indicators, 2017 update [online database]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/maternal_health/en/).

4. Estimates and projections of family planning indicators 2016. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015 (see: http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml, accessed 23 March 2017). Special tabulations were prepared for estimates by WHO region.

5. World Population Prospects, the 2015 Revision (DVD edition). New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015 (http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/, accessed 13 April 2016).

6. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015 (http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf, accessed 22 March 2017).

7. Global database on child growth and malnutrition [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en).

8. AIDS by the numbers: AIDS is not over, but it can be. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf , accessed 18 April 2016). Estimates by WHO region were calculated by WHO.

9. World Malaria Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/, accessed 22 March 2017).

10. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1, accessed 22 March 2017).

11. Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, accessed 22 March 2017).

12. Global hepatitis report, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/, accessed 17 April 2017).

13. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage. July 2016 revision (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html, accessed 22 March 2017).

14. Neglected tropical diseases [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/); and the Preventive chemotherapy and transmission control (PCT) databank. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/databank/en/).

15. WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/alcohol/en/).

16. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf, accessed 22 March 2017).

17. Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/, accessed 22 March 2017).

18. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime and United Nations Development Programme. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (see: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/, accessed 23 March 2017).

19. World Health Organization, London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/, accessed 23 March 2017).

20. Unweighted averages of country-specific data from WHO Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en, accessed 22 March 2017).

21. Millennium Development Goal 8: taking stock of the global partnership for development. MDG Gap Task Force Report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (www.un.org/en/development/desa/policy/mdg_gap/mdg_gap2015/2015GAP_FULLREPORT_EN.pdf, accessed 23 March 2017).

22. Global Health Estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html, accessed 23 March 2017).

23. WHO Global Health Workforce Statistics. 2014 update [online database]. Geneva: World Health Organization (http://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/).

24. Based on data reported to the WHO Mortality Database (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/) as of 12 October 2016.

25. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf, accessed 23 March 2017).

26. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/, accessed 23 March 2017).

27. Public health and environment [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/phe/en/ and http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDGAIRBODREGv?lang=en, accessed 10 Aprié 2017)

28. Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1, accessed 23 March 2017).

29. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene. Exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150112/1/9789241564823_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 23 March 2017).

30. Progress on sanitation and drinking water – 2015 update and MDG assessment. New York (NY): UNICEF; and Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177752/1/9789241509145_eng.pdf?ua=1, accessed 23 March 2017).

31. Hutton, G, Varughese M. The costs of meeting the 2030 Sustainable Development Goals targets on drinking water, sanitation and hygiene. Washington (DC): World Bank; 2016 (http://documents.worldbank.org/curated/en/415441467988938343/pdf/103171-PUB-Box394556B-PUBLIC-EPI-K8543-ADD-SERIES.pdf, accessed 10 April 2017).

32. International Health Regulations (2005) Monitoring Framework [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/ihr/en/).

33. States Parties to the International Health Regulations (2005) [website]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/, accessed 24 April 2017).



3 ПРИМЕРЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ОПЫТА В СТРАНАХ

WHO/Sergey Volkov

Обзор

В Повестке дня в области устойчивого развития поставлены амбициозные цели и задачи, включая одну цель, полностью посвященную здоровью, и большое количество задач, связанных со здоровьем, из других ЦУР. Столкнувшись с этой потенциально сложной проблемой, страны ускорили действия по улучшению здоровья своего населения. В части 3 представлен ряд кратких обзоров, которые иллюстрируют широкий спектр действий, предпринятых странами для достижения документально подтвержденного прогресса. Эти обзоры показывают, что задачи в области ЦУР, связанные со здоровьем, могут быть достигнуты по шести направлениям деятельности, изложенным в части 1 настоящего доклада.

Одной из центральных тем в этой части является широкий спектр межсекторальных действий, предпринятых Ганой, Ирландией, Республикой Корея, Российской Федерацией и Уругваем для достижения ощутимых успехов в укреплении потенциала в области ММСП, сокращения смертности от неинфекционных болезней, самоубийств, вредного употребления алкоголя и табака. Эти действия по-разному затрагивают сотрудничество с сельскохозяйственным, финансовым, транспортным, таможенным, иммиграционным и жилищным секторами. Многие из этих межсекторальных действий связаны с инновационными стратегиями и вмешательствами, такими как общенациональный запрет на курение во всех закрытых общественных пространствах и на рабочих местах в Ирландии, а также самые большие в мире предупреждающие надписи, размещенные на сигаретных упаковках, в Уругвае.

Еще одним ярко выраженным направлением в истории успеха этих стран является жизненно важное значение укрепления системы здравоохранения. Не следует недооценивать важность неустанных усилий по внедрению определенных действий системы здравоохранения с использованием проверенных стратегий. Об этом свидетельствует опыт Камбоджи, Папуа-Новой Гвинеи и Российской Федерации в их усилиях по улучшению охвата вакцинацией против гепатита В, снижению заболеваемости малярией и лечению нарушений, связанных с употреблением алкоголя, соответственно. Эти примеры показывают, что рост доступности медико-санитарной помощи для всех групп населения, а также непосредственное следование к достижению важной цели являются необходимым шагом в обеспечении высокого уровня охвата населения услугами здравоохранения. В Папуа-Новой Гвинее также была подчеркнута задача обеспечения устойчивого финансирования — там, где источники финансирования для деятельности системы здравоохранения не поддерживаются, любой достигнутый прогресс будет подвергнут риску.

Невозможно переоценить важность мониторинга в повышении осведомленности, определении областей для улучшения и выявления успешных политических действий. Существование данных мониторинга, демонстрирующих улучшение показателя ЦУР, связанного со здоровьем, является предпосылкой для выбора обзоров по странам. В Казахстане и Исламской Республике Иран особое внимание уделялось совершенствованию систем мониторинга для учета материнской смертности и созданию национальной системы ЕДН для мониторинга смертности по причине, соответственно.

Представленные здесь фактические данные об успешных усилиях по укреплению потенциала стран в достижении задач в отношении ЦУР в области здравоохранения и, в конечном итоге, для улучшения здоровья населения, обнадеживают. Выбранные примеры успешных действий представлены из разных стран, разных регионов ВОЗ и различных уровней дохода по широкому спектру задач и целевых показателей ЦУР, связанных со здоровьем. Все разделяют общее мнение о том, что усилия, предпринятые в соответствии с шестью направлениями действий, описанными в этом докладе, могут стать катализатором для глубокого изменения в жизни огромного количества людей.

3.1 Положить конец предотвратимой материнской смертности в Казахстане

Задача в области ЦУР 3.1
К 2030 г. снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений

Показатель 3.1.1: Коэффициент материнской смертности

Страна:	**Казахстан**
Регион ВОЗ:	**Европейский регион ВОЗ**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Уровень дохода выше среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**70,2 года**
Коэффициент материнской смертности, 2015 г.:	**12 на 100 000 живорождений**

Несмотря на глобальный прогресс в снижении коэффициента материнской смертности (MMR) *(1)* необходимы незамедлительные действия для достижения задачи в отношении здоровья ЦУР 3.1, чтобы положить конец предотвратимой материнской смертности. Хотя темпы сокращения, которые необходимы для достижения целевых показателей ЦУР для конкретной страны, могут быть амбициозными для большинства стран с высокой смертностью, некоторые страны уже добились значительного прогресса в сокращении своего коэффициента материнской смертности. Такие страны могут стать примером решительных действий в отношении того, как добиться ускорения усилий, необходимых для сокращения предотвратимой материнской смертности.

Оценка материнской смертности является сложной задачей из-за ограниченной доступности данных, и даже страны с хорошо функционирующей системой регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (ЕДН) испытывают трудности из-за ошибок в диагностике и кодировании причин смерти в соответствии с классификацией в выяснении причин материнской смертности. Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (UN-MMEIG), членом которой является ВОЗ, опубликовала ряд оценок коэффициента материнской смертности, используемых для глобальной отчетности и сравнения *(2–7)*. Перед каждым выпуском новых оценок коэффициента материнской смертности ВОЗ проводит процесс консультаций со странами, в ходе которого у каждой страны есть возможность ознакомиться и обсудить сделанные оценки, а также данные и методологию, используемые для их проведения. Особое внимание уделяется сильным и слабым сторонам получения данных и проблемам, связанным с ошибками в диагностике и кодировании причин смерти в соответствии с классификацией материнской смертности.

Признавая проблему ошибок в кодировании в соответствии с классификацией (МКБ-10), Казахстан является одной из ряда стран, которые внедряют специализированные системы эпиднадзора и проводят «конфиденциальные расследования» в отношении материнской смертности. Это позволило укрепить систему ЕДН, а также дало возможность для пересмотра и исправления ошибок в кодировании причин смерти. Такие конфиденциальные опросы предназначены для улучшения охраны здоровья матерей и системы здравоохранения в целом путем сбора данных, выявления недостатков в предоставляемой помощи и разработки рекомендаций по улучшению помощи в будущем. Этот подход включает выявление и расследование причин всех случаев смерти женщин репродуктивного возраста с использованием множества источников данных, включая интервью с членами семьи и работниками здравоохранения на местном уровне, а также анализ данных ЕДН, обследований домашних хозяйств, записей медицинских учреждений и записей о захоронениях.

Казахстан создал свою систему конфиденциального расследования в 2011 г., когда Центральная комиссия по проверке конфиденциальных данных (ССАС) провела аудит официально зарегистрированных случаев материнских смертей за 2009–2010 гг., чтобы определить их причины *(8)*. Эта проверка привела к рекомендациям по пересмотру клинических руководств. В 2014 г. проверка Центральной комиссии была расширена для охвата смертей среди женщин репродуктивного возраста, которые официально не были отнесены к материнской смертности. Затем Центральная комиссия проанализировала смертность, связанную с беременностью[1], которая имело место в период с 2011 по 2013 гг. Она включала 166 смертельных случаев, которые были официально зарегистрированы как материнская смертность[2] и 18 смертей, которые были зарегистрированы как несчастные случаи или случаи смерти по другим причинам. После обзора Центральной комиссии по проверке конфиденциальных данных было обнаружено, что 10 из первоначальных 166 случаев смерти были не связаны с материнской смертностью, а восемь из 18 случаев смерти, связанных с беременностью, были переклассифицированы как материнская смертность (Таблица 3.1) *(9)*.

Этот пример показывает, как превентивная оценка может улучшить кодирование случаев смерти по МКБ-10 и количественно оценить соответствие систем данных, используемых для мониторинга материнской смертности. Эти усилия получили признание Межучрежденческой группы по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (UN-MMEIG) — как пример для стран, которые проводят и описывают такие исследования, что позволяет ООН проводить оценки материнской смертности непосредственно из национальных данных без глобальных корректирующих факторов. В результате можно отметить, что в странах с исключительно качественными данными ЕДН, данные на национальном уровне и глобальные оценки гармонизированы. Кроме того, результаты конфиденциальных опросов могут быть использованы для пересмотра и улучшения клинических руководств, а также для поддержки мероприятий, направленных на предотвращение материнских смертей.

Таблица 3.1
Результаты расследования Центральной комиссии по проверке конфиденциальных данных 2014 г., Казахстан

Категория	Количество смертей			
	2011	2012	2013	Всего
Официально зарегистрированы в качестве материнских смертей (a)	65	52	49	166
Переведены из категории материнских смертей в другую категорию (b)	4	1	5	10
Подтвердились, как материнские смерти (a - b = c)	61	51	44	156
Новые случаи смертей, связанных с беременностью, выявленные в результате проверки (d)	8	3	7	18
Переведены в категорию материнских смертей (e)	4	2	2	8
Всего материнских смертей (c + e)	**65**	**53**	**46**	**164**

[1] Определено как: *смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти* (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятый пересмотр. Том 2: Сборник инструкций. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2011 г.).

[2] Определено как: *смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, независимо от ее продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины* (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятый пересмотр. Том 2: Сборник инструкций. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2011 г.).

3.2 Снижение уровня малярии в Папуа-Новая Гвинея

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.3: Заболеваемость малярией на 1000 населения

Страна:	**Папуа-Новая Гвинея**
Регион ВОЗ:	**Регион ВОЗ для стран Западной части Тихого океана**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Уровень дохода ниже среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**62,9 года**
Заболеваемость малярией, 2015 г.:	**122 на 1000 населения из группы риска**

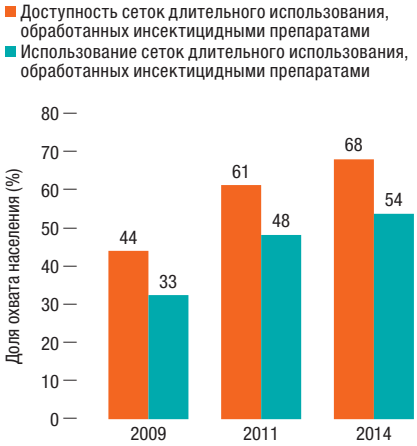
Большая часть территории Папуа-Новой Гвинеи находится в горах, однако эта страна имеет разнообразную географию, которая также включает прибрежные равнины, болота, плантации и коралловые острова на шельфе. Малярия в высокой степени эндемична в прибрежных районах, где проживают две трети населения. Люди в этих районах постоянно подвергаются заражению малярией, причем наиболее высокая заболеваемость и смертность сосредоточены в младших возрастных группах. Паттерны малярии менее устойчивы в горных районах, которые имеют тенденцию к развитию эпидемий, вызывающих значительное количество смертельных случаев. В 2005 г., по оценкам, было зарегистрировано 1,4 миллиона случаев заболевания малярией, что привело к 2800 смертельным исходам, это представляет собой один из самых высоких показателей заболеваемости и смертности от малярии за пределами Африки *(10)*.

Рекомендуемый ВОЗ пакет основных вмешательств для профилактики заражения, снижения заболеваемости и смертности от малярии включает в себя борьбу с переносчиками инфекции, химиопрофилактику, диагностическое тестирование и лечение. Две формы борьбы с переносчиками инфекции — обработанные инсектицидами надкроватные сетки (ITN) и опрыскивание дезинфицирующими растворами в помещении — эффективны в самых разных условиях. ВОЗ рекомендует, чтобы все случаи подозрения на малярию были подтверждены с помощью диагностического тестирования на наличие паразитов — с использованием либо микроскопии, либо экспресс-диагностики — до начала любого лечения. Все случаи малярии следует лечить, по крайней мере, двумя эффективными противомалярийными препаратами с различными механизмами действия (комбинированная терапия).

Сокращение заболеваемости и смертности, связанной с малярией, является одной из основных целей Национального плана здравоохранения Папуа-Новой Гвинеи, при этом массовое распределение сеток, обработанных инсектицидными препаратами, рассматривается как важный компонент стратегии борьбы с малярией. В 2009 г. страна получила 102 млн. долл. США от Глобального фонда, что способствовало распределению среди населения более 7,5 млн. сеток, обработанных инсектицидными препаратами, во время трех периодов массового распространения малярии в период с 2009 по 2015 гг. Кроме того, в 2011 г. были внедрены тесты экспресс-диагностики для улучшения постановки диагноза и лечения с использованием комбинированной терапии (артеметер-люмефантрин). Значительные инвестиции, в том числе в деятельность неправительственных организаций, были направлены на то, чтобы охватить одни из самых отдаленных групп населения в мире.

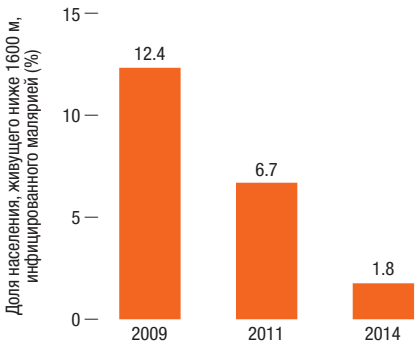
Число случаев заболевания малярией, госпитализаций и смертей в медицинских учреждениях от этой инфекции отслеживается через национальную информационную систему здравоохранения. Кроме того, контроль за улучшением борьбы с малярией осуществлялся путем проведения трех национальных репрезентативных обследований домохозяйств в 2009, 2011 и 2014 гг. *(11–13)*, а также обследований учреждений здравоохранения в 2010, 2011, 2012, 2014 и 2016 гг. *(14)*. Обследования домашних хозяйств показали, что доля населения, имеющего доступ к инсектицидным сеткам длительного использования, увеличилась (Рисунок 3.1). Обследование медицинских учреждений показало, что доля случаев подозрения на малярию, при которых пациентам назначались диагностические тесты, выросла с 17,5% в 2010 г. до 73,5% в 2016 г. Выписка противомалярийных препаратов, не прошедших клинических испытаний, пациентам с лихорадкой за тот же период снизилась.

Рисунок 3.1
Тенденции в доступности и использовании сеток длительного использования, обработанных инсектицидными препаратами, в Папуа-Новая Гвинея, 2009–2014 гг.



Обследования домашних хозяйств *(11, 12)* также выявили снижение распространенности паразитов среди населения, живущего на высоте 1600 метров (Рисунок 3.2). В целом, по оценкам ВОЗ, в 2015 г. число случаев заболеваемости малярией в Папуа-Новой Гвинее сократилось до 900 000 человек, а случаев смерти до 1200 *(10)*.

Рисунок 3.2
Тенденции в распространенности малярийных паразитов *Plasmodium falciparum* и *vivax* в Папуа-Новой Гвинее, 2009–2014 гг.



Несмотря на впечатляющий прогресс, проблемы в охвате населения антималярийными программами остаются, поэтому необходимы постоянные усилия для обеспечения непрерывности распределения инсектицидных сеток между массовыми кампаниями, а также расширение применения диагностических тестов и лечения для групп населения, живущих в наиболее отделенных районах. Однако значительное сокращение случаев малярии и смертей может привести к тому, что заболевание больше не станет рассматриваться в качестве приоритета для финансирования. Примерно 80% финансирования расширенной программы по борьбе с малярией в Папуа-Новой Гвинее происходит из средств Глобального фонда, а для обеспечения стабильности программы потребуются диверсификация источников финансирования. Согласно данным, представленным в ВОЗ *(10)*, государственное финансирование программы по борьбе с малярией в стране увеличилось более чем в десять раз за период между 2010 и 2015 гг. Однако недавний рост ВВП Папуа-Новой Гвинеи, который позволил использовать эти инвестиции, в значительной степени обусловлен расширением естественных ресурсных проектов, а международный спрос на такие ресурсы может быть неустойчивым.

3.3 Борьба с вирусным гепатитом в Камбодже

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.4: Заболеваемость гепатитом B на 100 000 населения

Страна:	**Камбоджа**
Регион ВОЗ:	**Регион ВОЗ для стран Западной части Тихого океана**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Уровень дохода ниже среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**68,7 лет**
Дети в возрасте одного года, получившие 3 дозы вакцины от гепатита B, 2015 г.:	**89%**

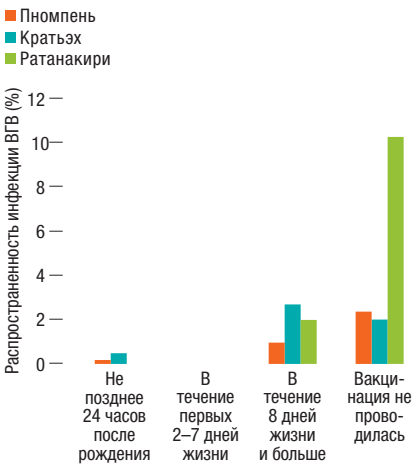
В 2015 году инфицирование вирусом гепатита B (ВГВ) вызвало, по оценкам, 887 000 случаев смерти во всем мире. Большинство из этих смертей являются следствием хронических осложнений инфекции ВГВ, таких как цирроз (52%) и рак печени (38%) *(15)*. Эти хронические осложнения во взрослой жизни чаще всего являются результатом инфицирования ВГВ, приобретенного при рождении или в детстве. Распространенность поверхностного антигена гепатита B (HBsAg) среди детей в возрасте 5 лет может быть использована в качестве идентификатора суммарной частоты хронических инфекций ВГВ от рождения до пяти лет. Такое раннее инфицирование ВГВ может быть предотвращено путем своевременной вакцинации.

В нескольких исследованиях указывалось, что распространенность хронической инфекции ВГВ, измеренная по распространенности HBsAg, была высокой в Камбодже, причем распространенность среди конкретных взрослых популяций, таких как доноры крови и эмигранты, колеблется от 8 до 14% *(16)*. В 2001 г. Камбоджа начала фазу всеобщей иммунизации детей 1 года жизни против ВГВ на основе первой дозы, вводимой как можно раньше после рождения и двух последующих доз. В 2005 г. вакцинация против гепатита B была внедрена по всей стране. Исследования биомаркеров, проведенные в 2006 и 2011 гг., подтвердили улучшение показателей иммунизации, которые произошли с 2000 г.

Национальное исследование биомаркеров было проведено в 2006 г. специально для обеспечения официальной предварительной оценки до крупномасштабного внедрения вакцинации *(16)*. Распространенность HBsAg была измерена среди детей в возрасте 5 лет — все они родились до введения регулярной иммунизации против гепатита в их географическом районе. На национальном уровне было установлено, что у 55 из 1558 детей был выявлен положительный тест на HBsAg, что соответствует распространенности вирусного гепатита B — 3,5%. Распространенность была выше у мужчин, чем у женщин (4,8% против 2,2% соответственно) и в наименее развитых районах по сравнению с наиболее развитым регионом (8,6% против 3,2% соответственно).

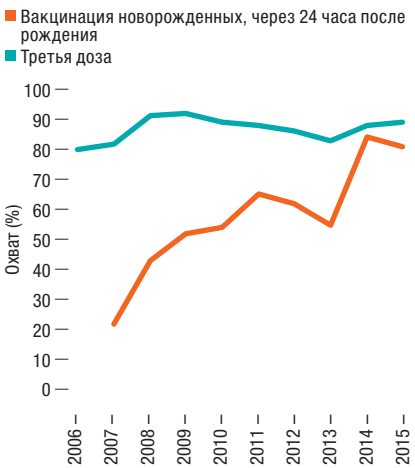
В 2011 г. второе исследование биомаркеров было проведено в трех провинциях среди детей, родившихся в 2006–2007 гг., после начала национальной вакцинации против ВГВ *(17)*. Во всех трех провинциях распространенность HBsAg уменьшилась по сравнению с оценками, полученными для детей, родившихся в аналогичных условиях в 2000 г. В Пномпене, где охват вакцинацией третьей дозы и своевременный охват вакцинацией новорожденных составляли 91% и 55% соответственно, положительный тест на HBsAg был выявлен у 0,33% из 1196 детей. В Кратьэхе, где вакцинация третьей дозой и своевременная вакцинация новорожденных составила 82% и 36% соответственно, положительные тесты на HBsAg были выявлены у 1,41% из 569 детей. При этом в Ратанакири, где вакцинация третьей дозой и своевременная вакцинация новорожденных составили до 64% и 22% соответственно, положительный тест на HBsAg был выявлен у 3,45% из 637 детей. Дети, родившиеся дома без помощи квалифицированной акушерки, в 1,94 раза реже получали своевременную вакцинацию в период новорожденности по сравнению с детьми, рожденными в медицинских учреждениях с квалифицированной акушеркой. Было обнаружено, что у детей, получивших первую дозу вакцины после 7 дней жизни или тех, у кого никогда не было вакцинации, имеют самую высокую распространенность HBsAg (Рисунок 3.3).

Рисунок 3.3
Распространенность инфекции ВГВ (HBsAg) после первой дозы вакцинации у детей четырех и пяти лет в Пномпене, Кратьэхе и Ратанакири, Камбоджа, 2011 г.



Несмотря на отсутствие национальных репрезентативных данных после внедрения вакцинации против ВГВ, промежуточная оценка на основе биомаркеров, проведенная в 2011 г., показала, что Камбоджа находится на пути к достижению цели, поставленной Региональным комитетом ВОЗ для стран Западной части Тихого океана по сокращению серопозитивной реакции на HBsAg до <2% у детей в возрасте до 5 лет к 2012 г. *(18)*. Уроки, полученные в ходе этой промежуточной оценки, также привели к успешным национальным усилиям как по увеличению охвата третьей дозой вакцинации, так и своевременного охвата вакцинацией новорожденных (Рисунок 3.4). Такое увеличение, если оно будет поддерживаться, позволит стране выполнить новые контрольные цели глобальной стратегии сектора здравоохранения по борьбе с вирусным гепатитом на 2016–2021 гг. по сокращению серопозитивных реакций на HBsAg у детей в возрасте до 5 лет до 1% к 2020 г. и до 0,1% к 2030 г. *(19)*. Новое исследование биомаркеров, которое планируется на 2017 г., будет дополнительно отслеживать прогресс в достижении поставленных целей. Включение надежных мероприятий по мониторингу и оценке в рамках активного внедрения вакцины против вируса гепатита B в Камбодже позволит эффективно использовать ресурсы для обеспечения того, чтобы все дети были охвачены программой вакцинации.

Рисунок 3.4
Оценки[a] ВОЗ и ЮНИСЕФ по охвату своевременной вакцинацией новорожденных и третьей дозой вакцины против гепатита B, Камбоджа, 2006–2015 гг.



[a] На основе национальных данных по охвату иммунизацией, представленных в ВОЗ и ЮНИСЕФ.

3.4 Улучшение здоровья от повышения чистоты воздуха в Ирландии

Задача в области ЦУР 3.4
К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения, а также поддержания психического здоровья и благополучия

Показатель 3.4.1: Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний

Страна:	**Ирландия**
Регион ВОЗ:	**Европейский регион ВОЗ**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Высокий уровень дохода**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**81,4 года**
Вероятность умереть от сердечно-сосудистых болезней, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний в возрасте от 30 до 70 лет, 2015 г.:	**10,3%**

Задача 3.4 в области ЦУР по сокращению преждевременной смертности от неинфекционных болезней (НИЗ) потребует многогранных действий. Такие меры будут включать улучшение первичной медико-санитарной помощи для лечения заболеваний сердца, диабета и гипертонии; пропаганду здорового питания и физической активности; и создание здоровой окружающей среды. В период с 2000 по 2015 гг. в мире уровень смертности, вызванный четырьмя основными НИЗ[1], снизился на 17% *(15)*. Такие недавние улучшения, по оценкам, в основном связаны с сокращением смертности от сердечно-сосудистых и хронических респираторных заболеваний. Поскольку существует различные способы, с помощью которых можно предотвратить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в исследованиях изучается, как правило, какие конкретные факторы привели к наблюдаемому снижению смертности. Эти исследования показали, что улучшения в странах с высоким доходом, достигнутые в предыдущие годы, были, примерно в равной степени, результатом сокращения влияния факторов риска и улучшения медицинского обслуживания *(20, 21)*. В случае хронических респираторных заболеваний основными факторами риска являются курение табака, загрязнение атмосферного воздуха и использование твердого топлива в жилых помещениях *(22)*.

Ирландия добилась образцового сокращения смертности от НИЗ — достигнув второго по величине сокращения смертности от четырех основных НИЗ в период между 2000 и 2015 гг. В течение этого периода вероятность смерти от любого из четырех основных НИЗ в возрасте от 30 до 70 лет сократилась с 17,8% до 10,3% (Рисунок 3.5), что соответствует общему снижению на 42%. Наибольшее снижение уровня смертности от четырех основных НИЗ связано со снижением уровня смертности от сердечно-сосудистых болезней (Рисунок 3.6). Среди факторов, способствующих такому сокращению смертности, было снижение распространенности курения сигарет *(23, 24)*, нормализации кровяного давления *(25)*, а также улучшение медицинского обслуживания. Еще одним фактором, способствующим снижению смертности от ССБ, стало уменьшение воздействия вредных частиц в воздухе.

Известно, что вдыхаемые из воздуха мелкие частицы вызывают сердечно-сосудистые и респираторные заболевания, а также рак *(26)*. Эти опасные частицы могут исходить от табачного дыма, дыма от открытого огня при приготовлении пищи и обогреве домашних помещений или от транспортных и промышленных источников. В зависимости от источника воздействие мелких частиц может возникать внутри помещения или на открытом воздухе. Политика, проводимая в Ирландии в целях сокращения воздействия опасных частиц, привела к документально подтвержденному сокращению смертности от хронических респираторных заболеваний. В сентябре 1990 г. запрет на продажу каменного угля резко улучшил качество воздуха в Дублине и снизил смертность от хронических респираторных заболеваний *(27)*. В последующие десятилетия запрет был распространен на другие крупные города, что способствовало снижению показателей концентрации черного дыма и сокращению смертности от НИЗ, наблюдаемой с 2000 г.

Рисунок 3.5
Вероятность умереть от любого из четырех основных НИЗ в возрасте от 30 лет до 70 лет, в Ирландии (по полу), Европейском регионе ВОЗ и мире в целом

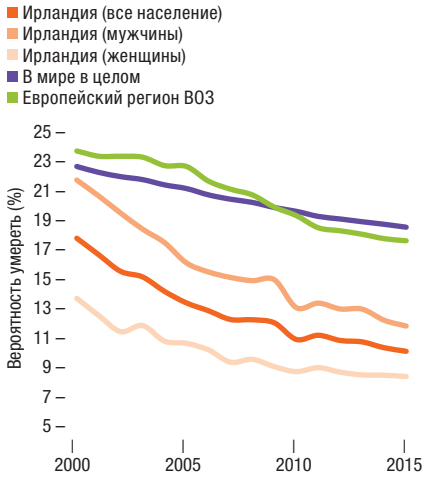


Рисунок 3.6
Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от четырех основных НИЗ, Ирландия



Хотя запрет на уголь в Дублине был введен более 25 лет назад, каменный уголь все еще используется для удовлетворения домашних потребностей в небольших городах и сельских районах Ирландии. В настоящее время дым от использования твердого топлива по-прежнему является основным источником твердых частиц (ТЧ) в сельских районах, где концентрации ТЧ10[2] аналогичны тем, которые наблюдаются в крупных городах *(28)*. Ожидается, что эти риски сократятся после запланированного общенационального введения запрета на использования угля к концу 2018 г. *(29)*.

В 2004 г. Ирландия стала первой страной в мире, которая запретила курение во всех закрытых общественных помещениях и на рабочих местах. Запрет строго соблюдается и включает в себя бары, рестораны, клубы, офисы, общественные здания, автомобили компаний, грузовики, такси и микроавтобусы. Частный дом считается рабочим местом, когда там работают люди, такие как сантехники или электрики. Помещения должны иметь предупреждающий знак, информирующий о запрете курения, а также информацию, с кем необходимо связаться в случае возникновения каких-либо жалоб. Рабочее место может быть обложено штрафом в размере 3000 евро за каждого курящего человека (что составит, например, 15000 евро для пяти человек, нарушающих запрет на курение). Кроме того, Управление по борьбе против табака разработало «горячую линию», на которую люди могут сообщать о случаях курения в закрытом общественном месте. Исследования показали, что этот запрет привел к значительному сокращению госпитализаций при болезни легких и острых коронарных синдромах *(30)*, а также смертности от ишемической болезни сердца, инсульта и хронической обструктивной болезни легких *(31)*. Эти результаты согласуются с международными обзорами воздействия запретов на курение на здоровье *(32, 33)*. Вместе с другими антитабачными инициативами запрет на курение также может способствовать наблюдаемому снижению уровня курения сигарет.

[1] Относится к вероятности умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого сердечно-сосудистого заболевания, рака, диабета или хронического респираторного заболевания

[2] Концентрации твердых частиц с аэродинамическим диаметром 10 мкм или менее.

3.5 Профилактика самоубийств в Республике Корея

Задача в области ЦУР 3.4
К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения, а также поддержания психического здоровья и благополучия

Показатель 3.4.2: Смертность от самоубийств

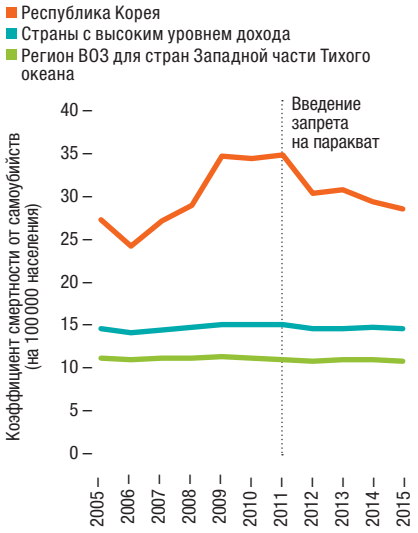
Страна:	**Республика Корея**
Регион ВОЗ:	**Регион ВОЗ для стран Западной части Тихого океана**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Высокий уровень дохода**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**82,3 года**
Коэффициент смертности от самоубийств, 2015 г.:	**28,3 на 100 000 населения**[1]

В 2015 г. было зафиксировано почти 800 000 смертей от самоубийств, что привело к тому, что самоубийство стало второй ведущей внешней причиной смерти после дорожно-транспортного травматизма и одной из ведущих причин смерти в целом *(15)*. Некоторые самоубийства вызваны депрессией — расстройством психического здоровья, которое, по оценкам, затронуло 311 миллион человек во всем мире *(34)*. Из-за этой связи смертность от самоубийств была выбрана в качестве одного из двух показателей для целевой задачи 3.4 в области ЦУР.

Важность ограничения доступа к средствам совершения самоубийства как эффективного способа снижения смертности от самоубийств была отмечена в первом в своем роде докладе ВОЗ о предотвращении самоубийств в 2014 г. *(35)*. Ведущим способом совершения самоубийства во многих частях мира является отравление пестицидами *(36)*. Влияние доступа к пестицидам на показатели смертности впервые было выявлено в исследовании 1995 г. *(37)*, которое продемонстрировало как увеличение смертности от самоубийств после введения параквата (высокотоксичного гербицида) в Самоа в 1972 г., так и последующее снижение такой смертности после его запрета в 1981 г. С тех пор появились дальнейшие исследования, демонстрирующие связь между доступностью пестицидов и уровнем самоубийств *(38–40)*. Недавнее исследование предлагаемого запрета на пестициды в Индии позволило сделать вывод о том, что такая политика приведет к снижению неравенства в отношении здоровья путем обеспечения «более высокой защиты малоимущих по сравнению с богатыми» с учетом большей доступности пестицидов в сельских районах *(41)*.

В течение многих лет смертность от самоубийств в Республике Корея была более высокой по сравнению с другими странами с высоким уровнем дохода и в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана в целом (Рисунок 3.7) *(15)*. Согласно оценкам ВОЗ, уровень самоубийств в Республике Корея составил 14,8 на 100 000 населения в 2000 г., 34,1 на 100 000 в 2010 г. и 28,3 на 100 000 в 2015 г.— при этом уровень самоубийств среди мужчин в 2015 г. был в 2,5 раза выше, чем среди женщин.

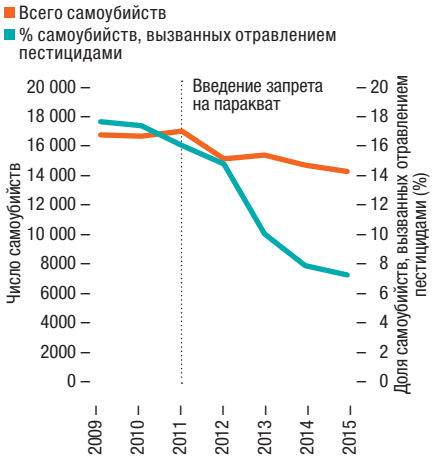
Рисунок 3.7
Оценочные показатели смертности от самоубийств в Республике Корея[1], странах с высоким уровнем дохода и Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, 2000–2015 гг.



В течение 2006–2010 гг. самоубийства с использованием пестицидов составляли около одной пятой всех самоубийств в Республике Корея *(42)*. Усилия по контролю и минимизации вредного воздействия пестицидов в Республике Корея до 2011 г. не оказали значимого воздействия, поскольку пестициды, на которые приходится большинство смертей, не находились под надлежащим контролем. В 2011 г. Республика Корея отменила перерегистрацию параквата и запретила его продажу в 2012 г. Эти действия привели к немедленному и явному снижению количества самоубийств, вызванных отравлением пестицидами, и способствовали снижению показателей общей смертности от самоубийств (Рисунок 3.8) *(15, 42–44)*. Предпринятый запрет на паракват привел к сокращению числа самоубийств среди всех групп населения, включая мужчин, женщин, всех возрастных групп и людей, живущих в городских и сельских районах *(42)*. Более половины снижения коэффициента общего смертности от самоубийств между 2011 и 2013 гг. можно отнести к запрету паракватов. Примечательно, что это было достигнуто без какого-либо влияния на урожайность сельскохозяйственных культур.

Учитывая масштабы самоубийств, вызванных отравлением пестицидами во всем мире, можно спасти десятки тысяч жизней ежегодно, если обеспечить эффективное регулирование доступности пестицидов на мировом уровне. Для обеспечения более безопасного доступа к пестицидам потребуется межсекторальный подход, в том числе запреты на пестициды и другие соответствующие политические решения, мероприятия в общинах *(45)*, улучшение медицинского обслуживания *(46)*, а также мероприятия по обучению и надзору. Успешный подход, предпринятый Республикой Корея, является обнадеживающей моделью для других стран, направленной на сокращение смертности от самоубийств.

Рисунок 3.8
Общее число самоубийств и доля самоубийств, вызванных отравлением пестицидами в Республике Корея, 2009–2015 гг[1]



3.6 Профилактика преждевременной смертности, обусловленной алкоголем, в Российской Федерации

Задача в области ЦУР 3.5
Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем

Показатель 3.5.2: Злоупотребление алкоголем (определяемое в соответствии с национальными особенностями употребление алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет и старше) в литрах чистого спирта в календарный год

Страна: **Российская Федерация**
Регион ВОЗ: **Европейский регион ВОЗ**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.: **Уровень дохода выше среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.: **70,5 лет**
Общее потребление алкоголя на душу населения (≥ 15 лет), 2016 г.: **13,9 литров чистого спирта**

После распада Советского Союза в 1991 г. в Российской Федерации произошел крупный демографический кризис, сопровождавшийся серьезными изменениями в состоянии здоровья населения, характеризующимися ростом преждевременной смертности, плохим здоровьем и инвалидностью среди молодых людей *(47)*. Исследование основополагающих детерминант повышения смертности показало, что это было вызвано крахом социально-экономической системы и системы здравоохранения в стране; высокой распространенностью нездорового поведения и отсутствием согласованных усилий по предотвращению и контролю НИЗ. Приватизация и дерегулирование алкогольного рынка в 1990-х гг., оказали влияние на эскалацию проблем, связанных с алкоголем *(48, 49)*, при этом потребление алкоголя в значительной степени способствовало повышению уровня заболеваемости и смертности *(48–51)*.

Серьезность ситуации вызвала необходимость пересмотра политики здравоохранения для борьбы с алкогольным рынком и снижением вредного употребления алкоголя. В 2004 г. Правительство стимулировало процесс усиления антиалкогольной политики *(49, 51, 52)*. В 2005 г. Президент Российской Федерации прямо признал актуальность этой проблемы, связывая более короткую продолжительность жизни населения по сравнению с западноевропейскими странами распространенностью НИЗ и злоупотреблением алкоголем *(47)*. Позднее, в том же году, была принята серия поправок к закону, регулирующему объемы производства и торговли алкогольной продукцией. Затем последовали поправки к другим законам и правилам в отношении алкоголя (Вставка 3.1).

В период с 2007 по 2016 гг. общее (зарегистрированное и неучтенное) потребление алкоголя было сокращено на 3,5 литра чистого спирта на душу населения (Рисунок 3.9) *(53)*. В период 2005–2015 гг. число новых случаев алкогольных психозов уменьшилось с 52,3 до 20,5 на 100 000 населения *(54)*. Кроме того, снизился уровень смертности, обусловленной употреблением алкоголя, особенно у мужчин (Рисунок 3.10) *(15)*. Аналогичные закономерности наблюдались у пациентов с диагнозом алкогольной зависимости и других заболеваний, связанных с алкоголем, а также с существенным снижением общей смертности среди взрослых — все это, вероятно, можно связать с тенденциями к снижению общего потребления алкоголя *(55)*. Есть мнение, потребление алкоголя, произведенного в домашних условиях не увеличилось в ответ на ограничения на официальном рынке алкоголя *(56)*.

Таким образом, новая политика внесла важный вклад в сокращение потребления алкоголя в Российской Федерации с благотворным воздействием на заболеваемость и смертность *(57)*.

Многие из стратегий, осуществленных в период 2005–2016 гг., были разработаны с учетом фактических данных в соответствии с *Глобальной стратегией ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя (58)* и *Глобальным планом действий ВОЗ на 2013–2020 гг. по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними (59)* и вводились поэтапно. Опыт страны наглядно демонстрирует, что всеобъемлющие правительственные инициативы, которые используют научно-обоснованные мероприятия и межсекторальные подходы, могут дать заметные результаты.

Рисунок 3.9
Общее употребление алкоголя на душу населения (взрослые в возрасте 15 лет и старше) в Российской Федерации, Европейском регионе ВОЗ и Европейском Союзе, 2006–2016 гг.

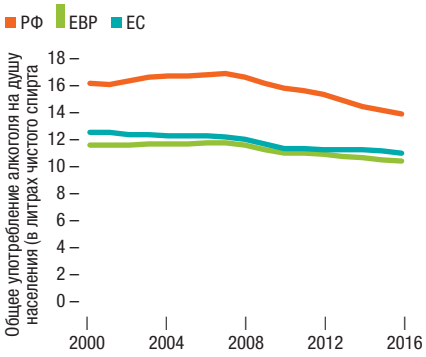
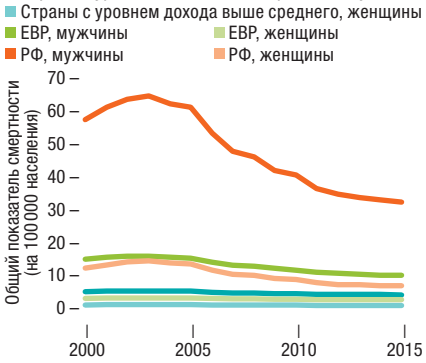


Рисунок 3.10
Показатель смертности, обусловленной употреблением алкоголя, на 100 000 населения в Российской Федерации[a], Европейском регионе ВОЗ и странах с уровнем дохода выше среднего (UMIC), 2000–2015 гг.



[a] Последний год доступных данных Российской Федерации — 2011. Оценки за 2012–2015 гг. являются прогнозными, основанными на тенденциях предыдущих лет.

Вставка 3.1
Антиалкогольная политика в Российской Федерации (2006–2016 гг.): временная шкала избранных ключевых изменений политики ***(52, 53, 57, 60)***

— 2005 —
- Укрепление системы контроля производства, распространения и продажи алкоголя (в оптовой и розничной торговле) и запрет на продажи алкоголя в определенных общественных местах.
- Обязательное введение акцизной марки на все алкогольные напитки для продажи на внутреннем рынке.
- Запрет на продажу алкогольных напитков, содержащих в объеме более 15% чистого спирта в определенных общественных местах, физическим лицам и в местах, не имеющих надлежащей лицензии.

— 2008 —
- Запрет на рекламу алкоголя на всех видах общественного транспорта.
- Увеличение акцизов на алкогольные напитки на 10% в год в рамках поправки к Налоговому кодексу.

— 2010 —
- Принятие национальной программы действий по сокращению вреда, связанного с алкоголем, и предотвращение алкоголизма среди населения России на период 2010–2020 гг.
- Установление минимальной розничной цены на напитки, содержащие в объеме более 28% чистого спирта.
- Нулевая толерантность к употреблению алкоголя водителями и введение допустимого порога концентрации алкоголя в крови в 0,0% для вождения транспортных средств.

— 2011 —
- Строгое соблюдение запрета и повышение степени административной ответственности за продажу алкогольной продукции несовершеннолетним.
- Запрет продажи алкоголя на заправочных станциях.
- Реализация инициативы по совершенствованию системы лечения нарушений, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков.

— 2012 —
- Запрет на продажу пива в определенных местах.
- Запрет на рекламу алкоголя в Интернете и электронных СМИ.

— 2013 —
- Запрет на рекламу алкоголя в любых печатных СМИ.
- Дальнейшее увеличение минимальных розничных цен на спиртные напитки.
- Введение предела в 0,16 мг/л (в качестве максимальной погрешности измерения) для теста на дыхание водителя при сохранении политики «нулевой толерантности»; повышение тяжести наказания за вождение в нетрезвом виде.

— 2014 —
- Программа «Здоровое развитие», направленная на предотвращение вредного употребления алкоголя.
- Дальнейшее увеличение штрафов за продажу алкоголя несовершеннолетним и уголовная ответственность за повторное нарушение.
- Увеличение акцизов на алкоголь на 33% и дальнейшее повышение минимальных цен на спиртные напитки.
- Смягчение законов о запрете рекламы отечественных спиртных напитков и снятия некоторых ограничений на рекламу пива и напитков до 2019 г. в связи с чемпионом мира по футболу, который пройдет в Российской Федерации в 2018 г.

— 2015 —
- Снижение минимальной цены на водку.
- Инициирование проекта социальной коммуникации «Фабрика здоровья», направленного на устранение факторов риска (в том числе расстройств, связанных с употреблением алкоголя) и нацеленных на активных людей трудоспособного возраста.

— 2016 —
- Увеличение минимальной цены на водку.
- Внедрение системы регистрации алкоголя на уровне розничной торговли.

3.7 Борьба с табачной промышленностью в Уругвае

Задача в области ЦУР 3.a
Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах

Показатель 3.a.1: Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше

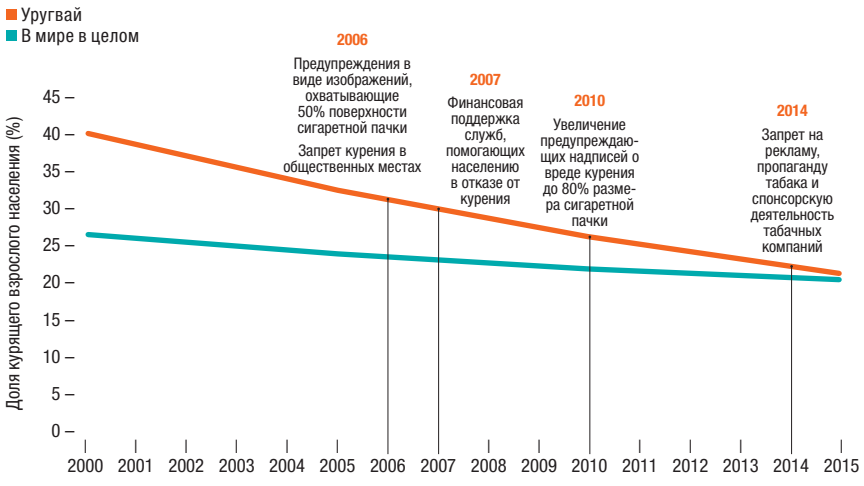
Страна:	**Уругвай**
Регион ВОЗ:	**Американский регион ВОЗ**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Высокий уровень дохода**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**77,0 лет**
Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше, 2015 г.:	**26,7% (мужчины), 19,4% (женщины)**

В сентябре 2004 г. Уругвай подписал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). С тех пор страна стала мировым лидером в этой области благодаря своему поэтапному и всеобъемлющему подходу к осуществлению Конвенции (Рисунок 3.10). В марте 2005 г. Министерство здравоохранения учредило официальную национальную программу борьбы против табака. В течение нескольких месяцев к предупреждающим надписям были добавлены изображения, а вводящие в заблуждение термины, такие как «легкий», «сверхлегкий» и «мягкий», были запрещены. В 2006 г. Уругвай стал первой страной в Латинской Америке, которая запретила курение внутри помещений в общественных местах. В 2009 г. Уругвай ввел постановление, разрешающее только один вариант маркировки конкретного табачного изделия в любое время. Цель этого постановления заключалась в гарантии того, что упаковка и маркировка табачных изделий не продвигают табачный продукт любыми способами, которые могли бы ввести в заблуждение покупателя, в том числе с помощью дизайна упаковки, цвета или любых других признаков, чтобы не создавать ложное впечатление о том, что один табачный продукт менее вреден, чем другой. В том же году размер предупреждающих надписей был дополнительно увеличен до 80% площади табачной пачки — самой большой в мире в то время. В целях мониторинга воздействия этих и других вмешательств, а также для выявления масштабов употребления табака среди взрослых проводились национальные обследования в 2003, 2006, 2009 и 2013 гг.

В ответ на действия, предпринятые Уругваем, международная табачная компания Филипп Моррис Интернэшнл оспорила законы об упаковке и маркировке путем беспрецедентного разбирательства в международном арбитраже в начале 2010 г. В Международном центре по урегулированию инвестиционных споров Всемирного банка компания утверждала, что Уругвай нарушил двусторонний инвестиционный договор со Швейцарией. Однако Уругвай смог противостоять табачной промышленности и активно защитить свои национальные законы. Со стороны ВОЗ Уругваю была оказана поддержка силами Секретариата РКБТ ВОЗ и Панамериканской организации здравоохранения, которые добровольно представили краткие компетентные справки по этому вопросу, а также международными и национальными НПО и Майклом Блумбергом, выделившими финансовую помощь. В июле 2016 г. табачная компания, наконец, проиграла шестилетнее знаменательное сражение по отмене антитабачных надписей и рисунков на упаковках и маркировке табачных изделий в Уругвае. Это решение стало крупной победой народа Уругвая. Оно показало странам во всем мире, что можно противостоять табачным компаниям и побеждать. Опыт Уругвая создает важный прецедент для других стран, рассматривающих применение аналогичного законодательства, и укрепляет решимость правительств не бояться угроз табачной промышленности в судебных разбирательствах.

На основе данных мониторинга, проведенного в Уругвае, ВОЗ подсчитала, что доля взрослых, курящих табак, сократилась в течение 2000–2015 гг. почти вдвое с 40% до 22%, что примерно в два раза превышает глобальную норму сокращения для этого периода (Рисунок 3.11) *(61)*. Примерное абсолютное число курильщиков в возрасте 15 лет и старше в Уругвае сократилось с одного миллиона в 2000 г. до менее 600 000 человек в 2015 г. Постепенно укрепляя свои меры в борьбе против табака и добиваясь победы в борьбе с табачной промышленностью, Уругвай возглавил ускоренное внедрение РКБТ ВОЗ в мире.

Рисунок 3.11
Тенденции в распространенности курения у лиц в возрасте 15 лет и старше, в Уругвае и мире в целом, а также внедрение мер по борьбе с табаком в Уругвае, 2000–2015 гг.



3.8 Повышение готовности реагирования на чрезвычайные ситуации в Гане

Задача в области ЦУР 3.d
Наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья

Показатель 3.d.1: Способность соблюдать Международные медико-санитарные правила (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения

Страна:	**Гана**
Регион ВОЗ:	**Африканский регион ВОЗ**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Уровень дохода ниже среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**62,4 года**
Среднее значение оценки по 13 основным национальным возможностям в области Международных медико-санитарных правил, 2016 г.:	**74**

Международные медико-санитарные правила (2005 г.) (ММСП) *(62)* — международный правовой инструмент, который является обязательным для 196 стран, включая все государства-члены ВОЗ, направленный на то, чтобы помочь странам предотвращать и реагировать на острые проблемы для общественного здравоохранения, которые могут проникать через границы и угрожать людям во всем мире. Для того, чтобы иметь возможности оповещать международное сообщество о неблагоприятных случаях и ответных мерах общественного здравоохранения на риски и чрезвычайные ситуации, страны взяли на себя обязательства по укреплению своих возможностей по выявлению таких событий и реагированию на основе хорошо организованной национальной структуры санэпиднадзора и ответных действий.

Рамочная программа мониторинга и оценки в области Международных медико-санитарных правил представляет собой общий подход к обзору осуществления основных возможностей реагирования общественного здравоохранения, необходимых в этой области. Рамочная программа состоит из четырех компонентов: (a) годовых отчетов государств-участников; (в) обзора о действиях, предпринятых для ликвидации чрезвычайной ситуации; (c) имитационных учений (тренировок); совместной внешней оценки. Этот подход обеспечивает получение всестороннего представления о способности страны реагировать на различные риски путем выявления сильных сторон, проблем и приоритетов. Таким образом, статус реализации 13 основных национальных возможностей в области ММСП может быть использован в качестве показателя для мониторинга прогресса в отношении задачи 3.d ЦУР.

Вспышка Эболы в 2014 г. в странах Западной Африки подчеркнула необходимость укрепления национального потенциала по реагированию систем общественного здравоохранения на вспышки инфекционных заболеваний в Африканских странах. Во время этой вспышки Гана служила жизненно важной координационной и оперативной базой для деятельности по реагированию и, таким образом, имела хорошие возможности для участия и широкого распространения программных мероприятий. Гана была одной из первых стран в Африке, которая развернула мероприятия, изложенные в контрольном перечне *(63)* сводной готовности к эпидемии болезни, вызванной вирусом Эбола, разработанном ВОЗ и ее партнерами для руководства мероприятиями по обеспечению ответных мер в странах с высоким уровнем риска. В соответствии с требованиями ММСП они направлены на укрепление потенциала стран в области раннего предупреждения, снижения и управления рисками для здоровья на национальном и глобальном уровнях.

Хорошо функционирующая система эпиднадзора играет решающую роль в обеспечении безопасности местного населения со стороны общественного здравоохранения и гарантирует уверенность в быстром обнаружении рисков для здоровья и адресном ответе с помощью скоординированных механизмов реагирования. Эти мероприятия включали ориентацию 239 добровольцев в области общественного здравоохранения в пяти пограничных районах на руководящие принципы Интегрированной программы эпиднадзора за болезнями и стратегии реагирования, а также информационно-пропагандистскую работу в более чем 276 общинах, путем рассылки сообщений по вопросам общественного здравоохранения. Для усиления процесса выявления заболеваний команды, созданные совместно ВОЗ и Министерством здравоохранения, обучили более 40 врачей принципам Интегрированной программы эпиднадзора за болезнями и стратегии реагирования. В рамках содействия участию общин Гана разработала уникальную стратегию обучения более 200 представителей Ассоциации практических работников традиционной медицины и радиооператоров местного уровня Интегрированной программе эпиднадзора за болезнями и стратегии реагирования по вопросам их роли в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения.

Постоянной проблемой также является отсутствие диагностических реагентов, материалов и оборудования. Поэтому расходные материалы и реактивы для сбора, упаковки, транспортировки и диагностики образцов были закуплены и распространены среди национальных лабораторий общественного здравоохранения и исследовательских организаций в рамках создания диагностических возможностей. Закупка таких материалов наряду с обучением более 200 человек работе с образцами на основе требований биобезопасности и биозащиты повысила способность Ганы точно и быстро обнаруживать возникающие и опасные патогены, такие как вирус Эбола. Некоторые из этих лабораторных материалов были позже использованы во время вспышек холеры и менингита, зарегистрированных в 2016 г.

Другим ключевым аспектом эпиднадзора является контроль за въездом в страну. ВОЗ подготовила 28 штатных сотрудников по инспекции судов и их санитарному состоянию в соответствии с обновленными процедурами сертификации ММСП. В целях поощрения трансграничной коммуникации и сотрудничества в пограничном пункте Татале было также проведено координационное совещание с участием более 30 представителей из Ганы и Того.

Все эти мероприятия способствовали укреплению основных возможностей Ганы в рамках ММСП, о чем свидетельствует оценка выполнения страной контрольного перечня готовности к болезни, вызванной вирусом Эболы (БВВЭ) в 2015 г. (Рисунок 3.12). В конце 2015 г., поскольку угроза болезни Эбола уменьшилась в Регионе, мероприятия по обеспечению готовности были расширены для применения ко всем заболеваниям. В 2016 г. Гана провела теоретические ситуационные учения — в форме упрощенного обсуждения эмитации чрезвычайной ситуации — для проверки лабораторных преддиагностических возможностей (таких как сбор и транспортировка проб), которые помогли выявить основные проблемы и ключевые области, требующие усиления.

В дополнение к самооценке, проводимой в рамках ежегодной отчетности по ММСП перед Всемирной ассамблеей здравоохранения, и для определения своего уровня готовности после нескольких месяцев интенсивной подготовки, Гана согласилась на проведение совместной внешней оценки, которая состоялась в феврале 2017 г. Во время этого процесса внешняя группа экспертов проводит серию многосекторальных обсуждений на основе 19 технических областей, определенных в инструменте проведения оценки (64). В Гане он состоял из официального представления национального потенциала со всеми национальными заинтересованными сторонами в области безопасности здравоохранения. Во время процесса проведения внешней оценки были определены передовые методы во всех технических областях, а также рекомендации по их дальнейшему совершенствованию. Хотя итоговые результаты внешней оценки были ниже результатов самооценки, проведенной в 2016 г. (Рисунок 3.13), отчет позволяет стране подвести итоги и воплотить рекомендации, сделанные в процессе оценки, в реальные действия. Это приведет к дальнейшему укреплению национального потенциала Ганы в области ММСП по обеспечению готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации.

Рисунок 3.12
Внедрение компонентов контрольного перечня готовности к болезни, вызванной вирусом Эболы (БВВЭ), Гана, 2015 г.

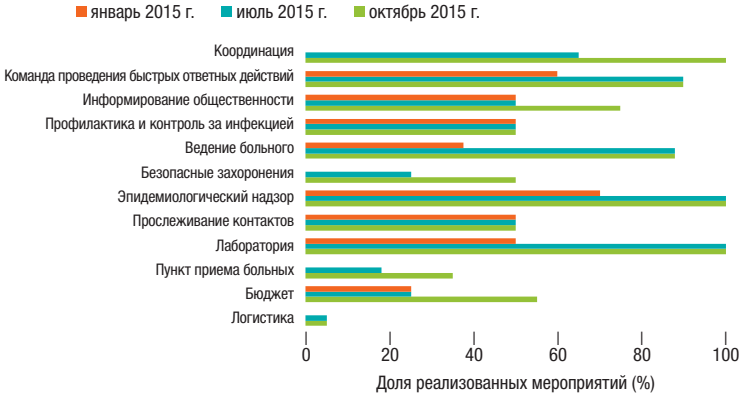
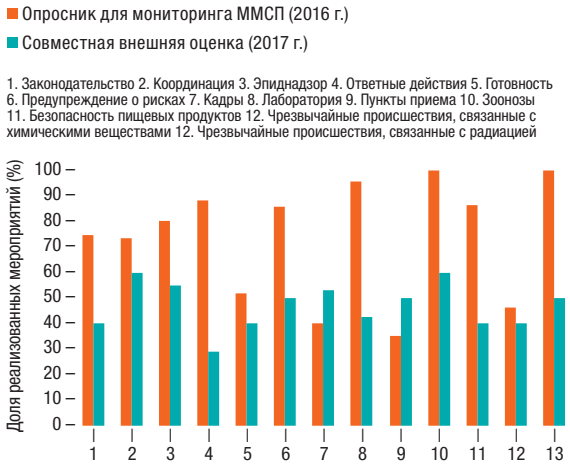


Рисунок 3.13
Сравнение результатов самооценки ММСП и совместной внешней оценки, Гана



3.9 Мониторинг смертности и причин смерти в Исламской Республике Иран

Задача в области ЦУР 17.9
К 2030 году, опираясь на нынешние инициативы, разработать, в дополнение к показателю валового внутреннего продукта, и другие показатели измерения прогресса в деле обеспечения устойчивого развития и содействовать наращиванию потенциала развивающихся стран в области статистики

Показатель 17.19.2: Доля стран, которые a) провели хотя бы одну перепись населения и жилищного фонда в течение последних 10 лет; и b) достигли цели регистрации рождений в 100 процентах случаев и регистрации смерти в 80 процентах случаев

Страна:	**Исламская Республика Иран**
Регион ВОЗ:	**Регион ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья**
Категория Всемирного банка по уровню дохода страны, 2015 г.:	**Уровень дохода выше среднего**
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2015 г.:	**75,5 лет**
Полнота регистрации причин смерти, 2015 г.:	**90%**

Хорошо функционирующая система регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (ЕДН) формирует информацию о жизненно важных событиях, таких как рождения, браки, случаи смерти и их причины. В 15 из 17 ЦУР требуются данные ЕДН для измерения показателей. Поэтому инвестирование в системы ЕДН является ключевым шагом в мониторинге ЦУР. Только благодаря использованию таких систем могут быть получены регулярно собираемые и рутинные данные по численности населения, рождаемости и смертности по причине, дезагрегированной по социально-экономическому статусу и географическому району.

Во многих странах регистрация смертей отстает от регистрации рождений. Однако регистрация смертей жизненно важна для целого ряда юридических, административных и статистических целей, включая мониторинг состояния здоровья населения. Кроме того, для более чем двенадцати показателей ЦУР требуется информация об общей смертности или смертности от конкретных причин. Конкретные показатели ЦУР, связанные со здоровьем, разработанные на основе данных регистрации смертей, включают данные по показателям материнской и младенческой смертности, смертности от конкретных причин, таких как смертность от рака, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, а также от внешних причин, таких как дорожно-транспортные происшествия, самоубийства и насилие.

В Исламской Республике Иран существуют два учреждения, которые осуществляют регистрацию смертей: Национальная организация гражданской регистрации (НОГР) и Министерство здравоохранения и медицинского образования (МЗ и МО). НОГР несет юридическую ответственность за регистрацию четырех жизненно важных событий: рождений, смертей, браков и разводов. Однако в системе НОГР регистрируется только ограниченная информация о причине смерти. В ответ на требование по предоставлению своевременных и точных данных о причинах смерти в МЗ и МО была разработана программа заместителя Министра здравоохранения, которая направлена на улучшение данных регистрации смертей, в том числе путем улучшения медицинской сертификации причины смерти *(65)*. Эта программа работает параллельно с системой НОГР, при этом обе системы получают копию каждого выданного свидетельства о смерти.

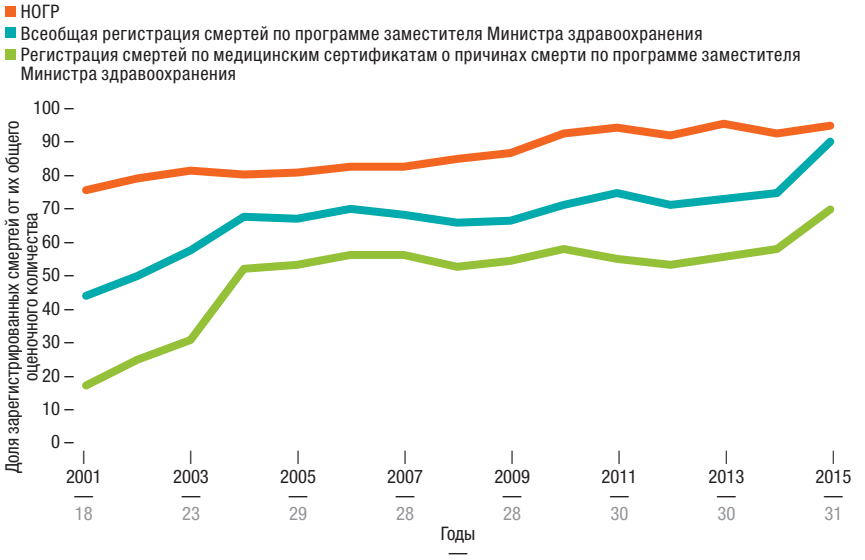
Первая пилотная программа 1997 г., а также программа заместителя Министра здравоохранения 1999 г. собирали только данные о смертности в четырех провинциях, при этом охват сбором данных составил 5% от общего количества смертей во всей стране. В 2001 г. система была расширена и охватила 18 провинций, а к 2014 г. она распространилась на 30 из 31 провинции, таким образом, охватив 65 миллионов человек и около 75% всех смертей (Рисунок 3.14). Тегеран, самая густонаселенная провинция, был единственной территорией, не вовлеченной в этот процесс. В 2015 г. в Тегеране была запущена программа сбора всех свидетельств о смерти перед захоронением,— таким образом, получение информации о причине смерти стало обязательным для всех провинций по всей стране. В дополнение к географическому расширению сбор данных о смерти и причинах смерти был усилен путем перекрестной проверки данных из нескольких источников на районном уровне, таких как НОГР, списки захоронений и данные из медицинских учреждений, для выявления упущений и дублирования.

В дополнение к значительному увеличению числа смертей, для которых указана причина смерти, уровень детализации данных о причинах смерти также возрос. В течение периода 2006–2012 гг. данные о причинах смерти были закодированы на основании сокращенного списка из 318 кодов причин смерти по классификации МКБ-10. Впоследствии крупные инвестиции в улучшение системы (включая подготовку регистраторов и кодировщиков) привели к тому, что данные за 2013 г. были закодированы подробными

четырехзначными кодами МКБ-10, соответствующими более чем 1500 категориям причин смерти. Такие подробные данные позволяют проводить в стране эпидемиологические исследования для поддержки принятия политических решений на основе фактических данных.

Исламская Республика Иран ясно продемонстрировала что, долгосрочная, пошаговая стратегия развития системы ЕДН имеет решающее значение для создания надежной доказательной базы, позволяющей следить за здоровьем нации. Использование нескольких источников данных МЗ и МО для оценки полноты и улучшения сбора данных о смертности позволило стране создать систему мониторинга смертности по причинам и, следовательно, мониторинга по многим показателям ЦУР, связанным с здоровьем,— менее чем за два десятилетия. МЗ и МО планируют дальнейшее совершенствование сбора данных о смертности, включая связь регистрации смертей в программе заместителя Министра и НОГР.

Рисунок 3.14
Охват регистрацией смертей НОГР, охват всеобщей регистрацией смертей по программе заместителя Министра здравоохранения, охват регистрацией смертей по медицинским сертификатам о причинах смерти по программе заместителя Министра здравоохранения (DH), количество провинций Исламской Республикой Иран, охваченных программой заместителя Министра здравоохранения, 2001–2015 гг.[a]



[a] Данные о количестве смертей, зарегистрированных НОГР и программой заместителя Министра здравоохранения, количество провинций, охваченных программой регистрации смертей, а также количество смертей, зарегистрированных по медицинским сертификатам о причине смерти, были представлены в ВОЗ Исламской Республикой Иран. Оценочный охват регистрацией смертей (%) в Исламской Республике Иран был затем рассчитан с использованием оценок ВОЗ по общей смертности в этой страны (15).

Библиография

1. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/, accessed 30 March 2017).

2. Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2001 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66837/1/WHO_RHR_01.9.pdf, accessed 30 March 2017).

3. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42930/1/9241562706.pdf, accessed 30 March 2017).

4. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/, accessed 30 March 2017).

5. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/, accessed 30 March 2017).

6. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/, accessed 30 March 2017).

7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462–74 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615008387.pdf, accessed 30 March 2017).

8. Improvement of maternal and child health in Kazakhstan. Entre Nous, No. 74. 2011: pages16–7 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/146978/313914_Entre_Nous_74_low.pdf, accessed 30 March 2017).

9. Commission CCA. Findings of a confidential audit of maternal mortality rates in the Republic of Kazakhstan 2011–2013. Astana: Ministry of Health; 2014.

10. World Malaria Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/en/, accessed 18 March 2017).

11. Hetzel MW, Pulford J, Ura Y, Robinson L, Morris H, Mueller I et al. Country-wide household survey 2010/11: malaria control intervention coverage and prevalence of parasitaemia. Goroka: Papua New Guinea Institute of Medical Research; 2012 (http://www.adi.org.au/wp-content/uploads/2016/11/Country-Wide-Household-Survey-Malaria-Control-Intervention-Coverage-and-Prevalence-of-Parasitaemia-2014.pdf, accessed 18 March 2017).

12. Hetzel MW, Pulford J, Gouda H, Hodge A, Siba PM, Mueller I. The Papua New Guinea National Malaria Control Program: primary outcome and impact indicators, 2009–2014. Goroka: Papua New Guinea Institute of Medical Research; 2014 (http://www.pngimr.org.pg/research%20publications/IMR%20-%20outcome%20and%20impact%202014.pdf, accessed 18 March 2017).

13. Hetzel MW, Choudhury AAK, Pulford J, Ura Y, Whittaker M, Siba PM et al. Progress in mosquito net coverage in Papua New Guinea. Malar J. 2014;13:242 (https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-13-242, accessed 18 March 2017).

14. Kurumop SF, Tandrapah A, Hetzel MW, Siba PM, Mueller I, Pulford J. The Papua New Guinea National Malaria Control Program: health facility surveys, 2010–2106. Goroka: Papua New Guinea Institute of Medical Research; 2016 (http://www.pngimr.org.pg/research%20publications/PNGIMR%202016%20-%20HFS%202010-2016.pdf, accessed 18 March 2017).

15. Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, accessed 18 March 2017).

16. Soeung SC, Rani M, Huong V, Sarath S, Kimly C, Kohei T. Results from nationwide hepatitis B serosurvey in Cambodia using simple and rapid laboratory test: implications for National Immunization Program. Am J Trop Med Hyg. 2009;81(2):252–7 (http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.2009.81.252#html_fulltext, accessed 18 March 2017).

17. Mao B, Patel MK, Hennessey K, Duncan RJW, Wannemuehler K, Soeung SC. Prevalence of chronic hepatitis B virus infection after implementation of a hepatitis B vaccination program among children in three provinces in Cambodia. Vaccine. 2013;31(40):4459–64 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663664/, accessed 18 March 2017).

18. Measles Elimination, Hepatitis B Control and Poliomyelitis Eradication. Resolution WPR/RC56.R8. In: Report of the Regional Committee for the Western Pacific fifty-sixth session, Noumea, 19–23 September 2005 (http://www2.wpro.who.int/rcm/en/archives/rc56/rc_resolutions/wpr_rc56_r08.htm, accessed 18 March 2017).

19. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1, accessed 18 March 2017).

20. Di Cesare M, Bennett JE, Best N, Stevens GA, Danaei G, Ezzati M. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries. Int J Epidemiol. 2013;42(3):838–48 (https://academic.oup.com/ije/article/42/3/838/912718/The-contributions-of-risk-factor-trends-to, accessed 32 March 2017).

21. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. Nat. Rev. Cardiol. 2015;12(9):508–30 (abstract: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076950, accessed 31 March 2017).

22. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Viz Hub [online tool]. Seattle (WA): University of Washington; 2017 (see: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare, accessed 22 February 2017).

23. Smoking in Ireland 2014: Synopsis of key patterns. Dublin: Health Service Executive; 2015 (http://www.hse.ie/eng/about/Who/TobaccoControl/Research/smokinginireland2014.pdf, accessed 31 March 2017).

24. Tobacco use. Data by country [online database]. Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gho/data/node.main.65).

25. Mean systolic blood pressure trends, age-standardized (mmHg). Estimates by country [online database]. Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gho/data/node.main.A882?lang=en).

26. Burnett RT, Pope III CA, Ezzati M, Olives C, Lim SS, Mehta S et al. An integrated risk function for estimating the global burden of disease attributable to ambient fine particulate matter exposure. Environ Health Perspect. 2014;122(4):397–403 (https://ehp.niehs.nih.gov/1307049/, accessed 31 March 2017).

27. Dockery DW, Rich DQ, Goodman PG, Clancy L, Ohman-Strickland P, George P et al. Effect of air pollution control on mortality and hospital admissions in Ireland. Research Report 176. Boston (MA): Health Effects Institute; 2013 (https://www.healtheffects.org/system/files/Dockery-176.pdf, accessed 31 March 2017).

28. Air quality in Ireland 2015: Key indicators of ambient air quality. County Wexford: Environmental Protection Agency; 2016 (http://www.epa.ie/pubs/reports/air/quality/Air%20Quality%20Report%202015.pdf, accessed 31 March 2017).

29. Smokeless zones. Brief outline of the "smoky coal" ban [website]. Greenheat (http://www.greenheat.ie/useful-information/smoky-coal-ban/, accessed 31 March 2017).

30. Kent BD, Sulaiman I, Nicholson TT, Lane SJ, Moloney ED. Acute pulmonary admissions following implementation of a national workplace smoking ban. Chest. 2012;142(3):673–9 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22383660, accessed 31 March 2017).

31. Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P, Kabir Z, Clancy L. Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the national Irish smoking ban: Interrupted time-series analysis. PloS One. 2013;8(4)1–7 (http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062063, accessed 1 April 2017).

32. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005992 (abstract: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005992.pub3/epdf/abstract, accessed 1 April 2017).

33. Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation. 2012;126(18):2177–83 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109514, accessed 1 April 2017).

34. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Lancet. 2016;388(10053):1545–1602 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext, accessed 1 April 2017).

35. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (see: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, accessed 1 April 2017).

36. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. BMC Public Health. 2007;7:357 (http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-357, accessed 1 April 2017).

37. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention programme in a developing country. In: Diekstra, RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, de Leo D, editors. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill Academic Publishers; 1995:173–206.

38. Kong Y, Zhang J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. Psychiatry Res. 2010;179(2):217–21 (doi: 10.1016/j.psychres.2009.12.005).

39. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston D. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. Int J Epidemiol. 2007;36(6):1235–42 (doi:10.1093/ije/dym164).

40. Knipe DW, Metcalfe C, Fernando R, Pearson M, Konradsen F, Eddleston M et al. Suicide in Sri Lanka 1975–2012: age, period and cohort analysis of police and hospital data. BMC Public Health. 2014;14:839 (http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-839, accessed 1 April 2017).

41. Nigam A, Raykar R, Chisholm D. Self-harm in India: Cost-effectiveness analysis of a proposed pesticide ban. 2015. Unpublished Working Paper (available at; www.dcp-3.org, accessed 1 April 2017).

42. Cha ES, Chang SS, Gunnell D, Eddleston M, Khang YH, Lee WJ. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. Int J Epidemiol. 2016;45(2):470–9 (https://academic.oup.com/ije/article/45/2/470/2572538/Impact-of-paraquat-regulation-on-suicide-in-South, accessed 1 April 2017).

43. Korea Statistical Information Service. Cause of Death. Daejeon: Statistics Korea; 2016. (https://mdis.kostat.go.kr/index.do, accessed 9 March 2017).

44. Myung W, Lee GH, Won HH, Fava M, Mishoulon D, Nyer M et al. Paraquat prohibition and change in the suicide rate and methods in South Korea. PLoS ONE. 2015;10(6):e0128980. doi:10.1371/journal.pone.0128980

45. Safer access to pesticides for suicide prevention: Experiences from community interventions. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246233/1/WHO-MSD-MER-16.3-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2017).

46. Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf, accessed 1 April 2017).

47. Dying too young: Addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. Washington (DC): World Bank; 2005 (http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DTY-Final.pdf, accessed 13 April 2017).

48. Nemtsov AV. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. Addiction. 2002;97(11):1413–25.

49. Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: Policy briefing. 2006, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98804/E88757.pdf, accessed 1 April 2017).

50. Leon, D.A., et al., Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. Lancet, 2007. 369(9578): p. 2001-9.

51. Levintova M. Russian alcohol policy in the making. Alcohol Alcohol. 2007;42(5):500–5.

52. Yashkin AP. The dynamics of alcohol consumption in the Russian Federation: Implications of using price related policies to control alcohol use. Doctoral dissertation. Department of Health Policy and Management, University of South Florida, Tampa, Florida, the USA; 2013:110.

53. WHO Global Information System on Alcohol and Health [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH).

54. Diseases of social importance in the population of Russia in 2015. Statistical materials. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation; 2016.

55. Shield KD, Rylett M, Rehm J. Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf, accessed 1 April 2017).

56. Radaev V. Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia. Alcohol Alcohol. 2015;50(3):365–72 (https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agv008, accessed 13 April 2017).

57. Neufeld M, Rehm J. Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? Alcohol Alcohol. 2013;48(2):222–30 (https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/ags134, accessed 13 April 2017).

58. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (see: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/, accessed 1 April 2017).

59. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (see: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/, accessed 1 April 2017).

60. Alcohol policy timeline database of countries in the WHO European Region [online database]. Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1500?lang=en&showonly=GISAH).

61. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf, accessed 22 March 2017).

62. International Health Regulations (2005). Third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/, accessed 2 April 2017).

63. Ebola virus disease. Consolidated preparedness checklist. Geneva: World Health Organization; 2014: Revision 1; 15 January 2015 (WHO/EVD/Preparedness/14 Rev.1; see: http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-preparedness-checklist/en/, accessed 2 April 2017).

64. IHR (2005) Monitoring and Evaluation Framework. Joint external evaluation tool and process overview. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HSE/GCR/2016.18; http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/, accessed 2 April 2017).

65. Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez A. Mortality in the Islamic Republic of Iran, 1964–2004. Bull World Health Organ. 2007;85(8):607–14 (http://www.who.int/bulletin/volumes/85/8/06-038802/en/, accessed 2 April 2017).

ПРИЛОЖЕНИЕ A

Резюме по избранным показателям ЦУР, связанным со здоровьем

Пояснительная записка

Ниже представлены официальные статистические данные ВОЗ по отдельным показателям ЦУР, связанным со здоровьем, на основе фактических данных, имеющихся на начало 2017 г. Они были собраны в основном с использованием публикаций и баз данных, подготовленных и поддерживаемых ВОЗ или учреждениями Организации Объединенных Наций, членом которых ВОЗ является. Ряд статистических данных был получен из баз данных, формируемых и поддерживаемых другими международными организациями. В некоторых случаях, когда определения показателей уточняются и собираются только базовые данные, представлены косвенные показатели (прокси). Все подобные показатели в этом приложении четко обозначаются с помощью соответствующих сносок.

Для показателей, собранных в определенный отчетный период, представленный допустимым диапазоном, значения стран относятся к последнему доступному году в указанном диапазоне, если не указано иное. В каждом регионе ВОЗ страны расположены в порядке возрастания показателей смертности, заболеваемости и показателей риска или в порядке убывания в случае показателей охвата и потенциала. Страны, данные которых недоступны или низкого качества, представлены по алфавиту в нижней части каждого региона, если не указано иное.

По мере возможности, оценки были рассчитаны с использованием методов стандартизации в целях повышения сопоставимости между странами. Такой подход может привести к появлению некоторых различий между представленными здесь оценками и официальными данными национальной статистики, подготовленными и одобренными отдельными государствами-членами ВОЗ. Важно подчеркнуть, что эти оценки также подвержены существенной неопределенности, особенно для стран со слабыми статистическими и медицинскими информационными системами, где качество основных эмпирических данных ограничено.

Более подробная информация о представленных здесь показателях и оценках имеется в Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ[1].

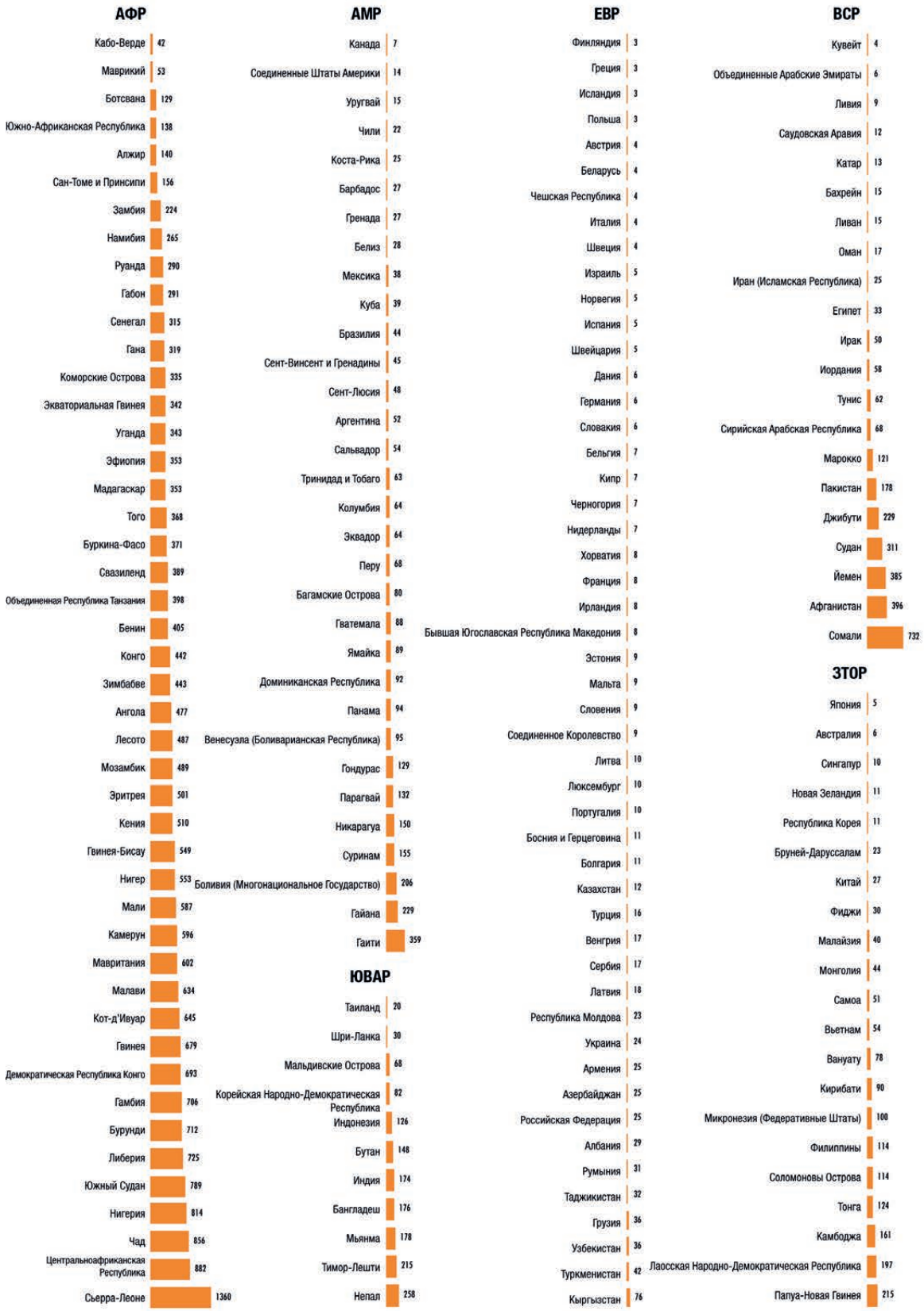
[1] Глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ) — это портал ВОЗ, обеспечивающий доступ к данным и результатам аналитических исследований ВОЗ по мониторингу глобальной ситуации в области здравоохранения. См.: http://www.who.int/gho/en/ — по состоянию на 18 марта 2017 г.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Задача в области ЦУР 3.1
К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений

Показатель 3.1.1: Коэффициент материнской смертности

Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорождений), 2015 г.[1]



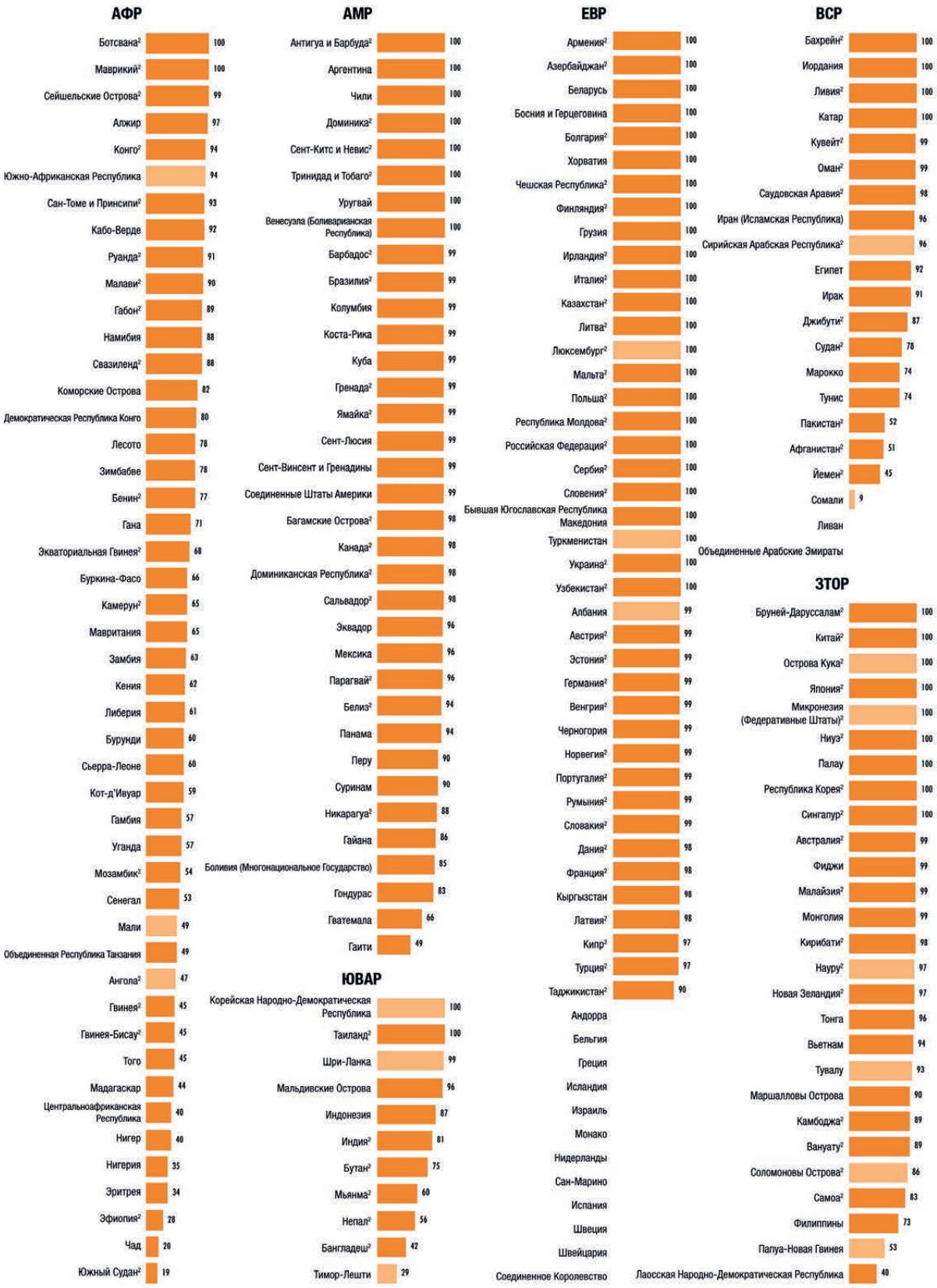
[1] Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en — по состоянию на 23 марта 2017 г.). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 100 000 человек в 2015 г., не были включены в анализ.

ДЕТОРОЖДЕНИЯ ПРИ КВАЛИФИЦИРОВАННОМ РОДОВСПОМОЖЕНИИ

Задача в области ЦУР 3.1
К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений

Показатель 3.1.2: Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками

Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками, (%), 2005–2016 гг.[1]



[1] Объединенная глобальная база данных ВОЗ/ЮНИСЕФ 2017 г. (http://www.who.int/gho/maternal_health/en/ и https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care). Данные собираются из общедоступных государственных источников без проведения консультаций со странами. На графике показаны последние доступные данные за 2005-2016 гг. Данные за 2005-2009 гг. показаны в бледно-оранжевом цвете.

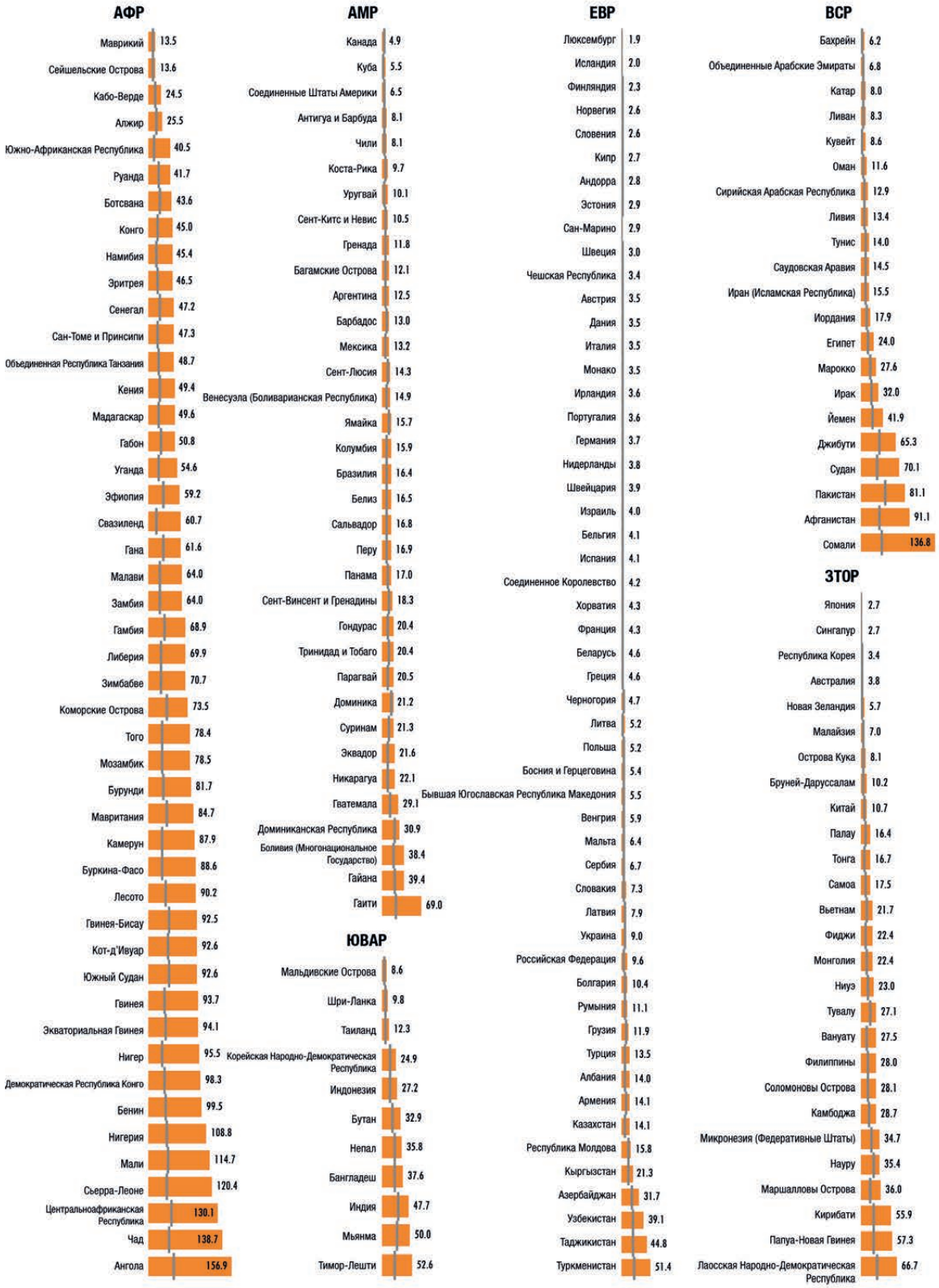
[2] Нестандартное определение. Более подробную информацию можно найти в Объединенной глобальной базе данных ВОЗ/ЮНИСЕФ 2017 г.

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Задача в области ЦУР 3.2
К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до 5 лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность детей в возрасте до 5 лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений

Показатель 3.2.1: Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет
Показатель 3.2.2: Коэффициент неонатальной смертности

Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет и коэффициент неонатальной смертности (на 1000 живорождений), 2015 г.[1]



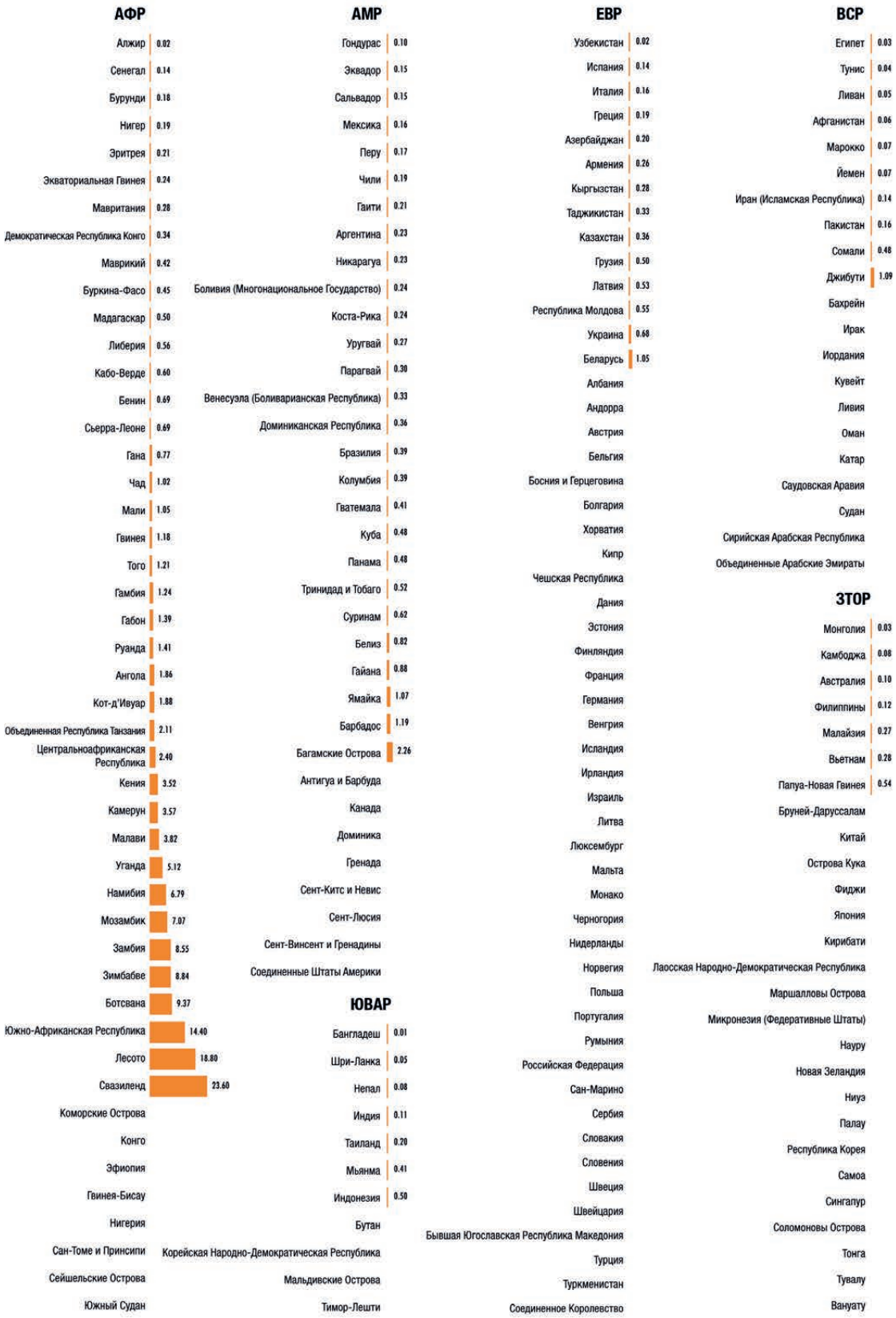
[1] Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет представлен в виде горизонтальных столбцов и в цифровых значениях. Коэффициент неонатальной смертности представлен в виде вертикальных серых линий. Источник: . Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2015 (http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf — по состоянию на 22 марта 2017 г.).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.1: Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по полу, возрасту и принадлежности к основным группам населения

Число новых заражений ВИЧ среди взрослых в возрасте 15–49 лет (на 1000 неинфицированного населения), 2015 г.[1]



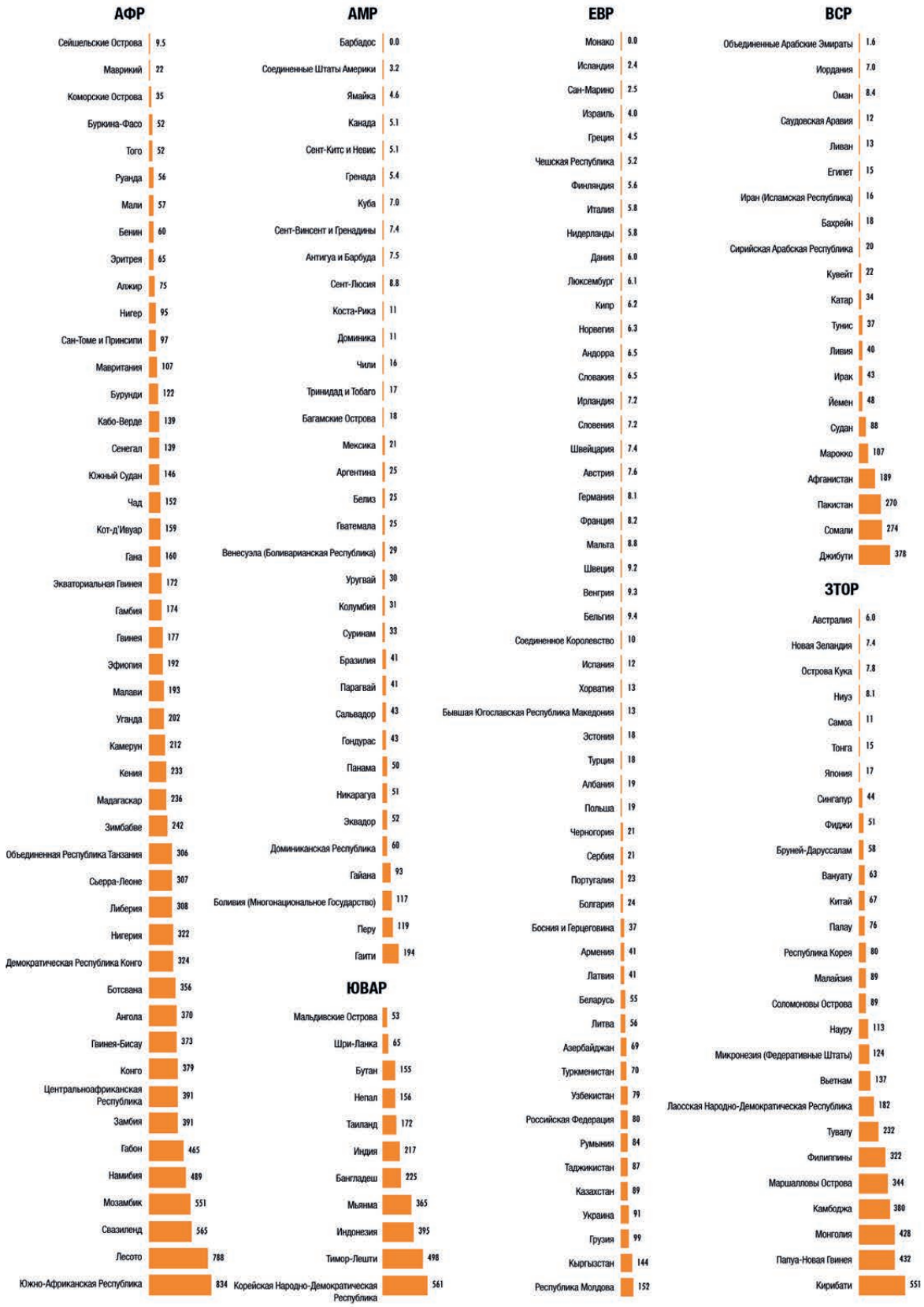
[1] Оценки ЮНЭЙДС/ВОЗ; 2016 г. (http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/incidence/en/).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.2: Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения

Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения, 2015 г.[1]



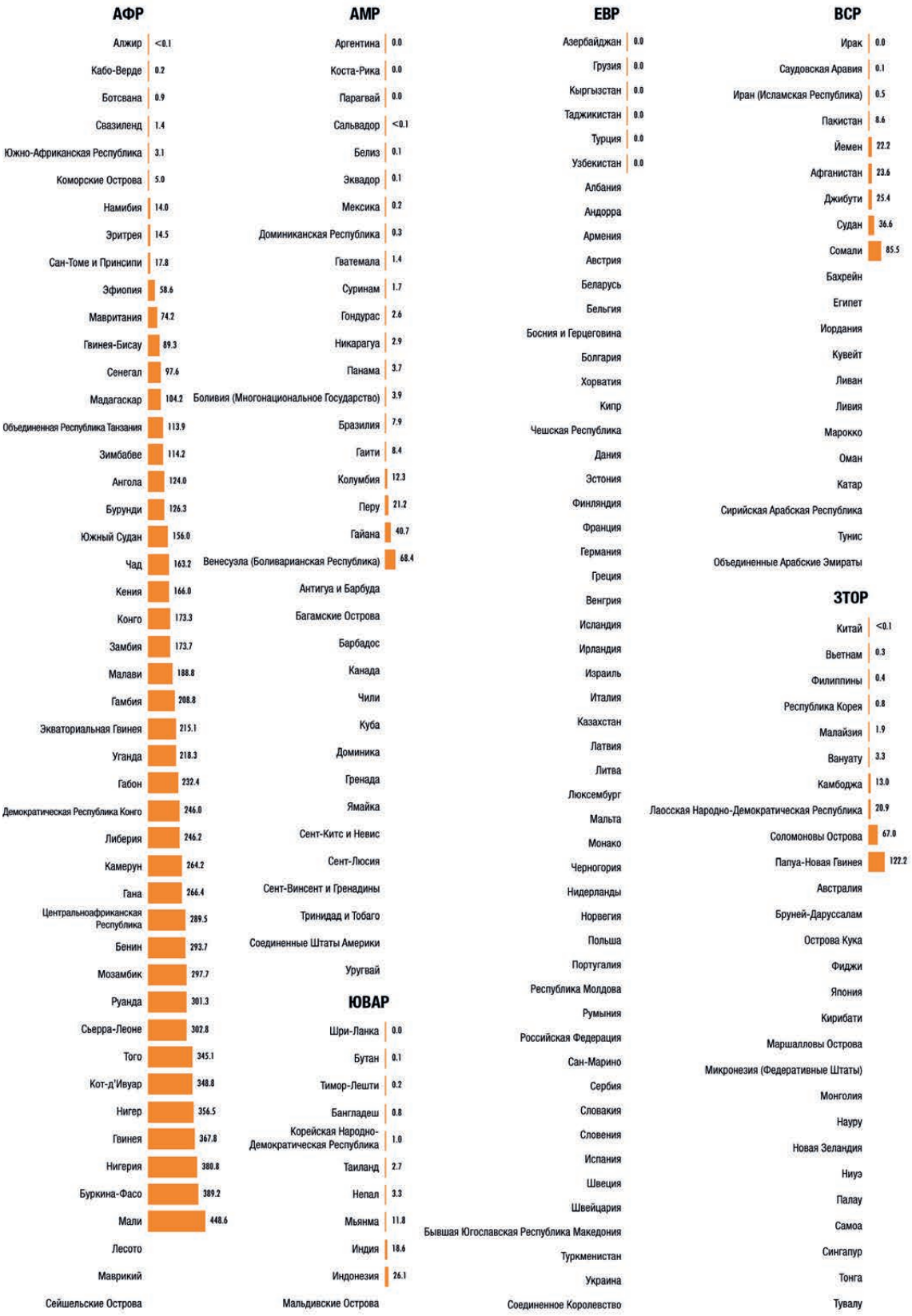
[1] Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2016 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г.: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf — по состоянию на 22 марта 2017 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МАЛЯРИЕЙ

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.3: Заболеваемость малярией на 1 000 населения

Заболеваемость малярией (на 1 000 населения из группы риска), 2015 г.[1]



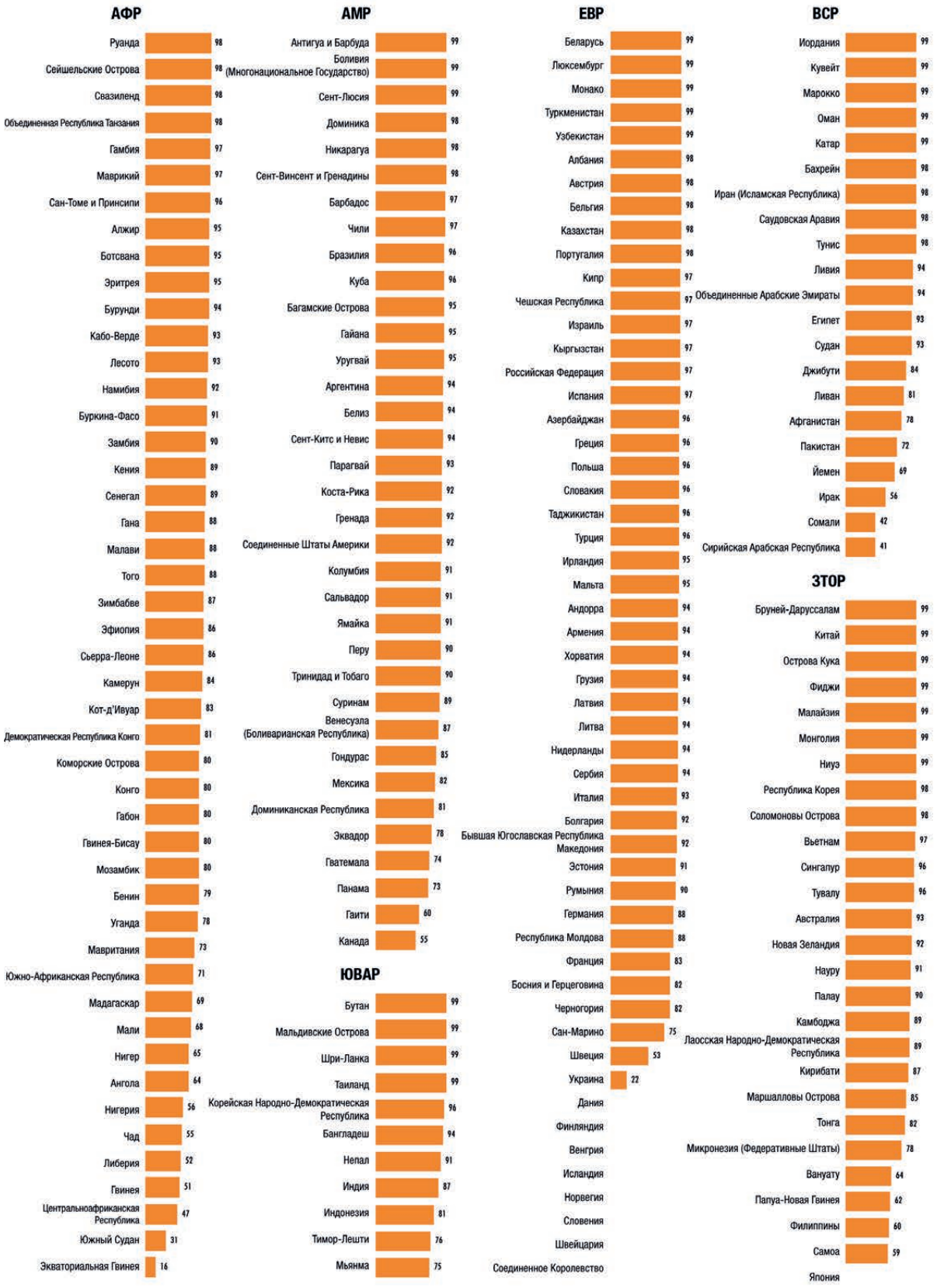
[1] World malaria report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 г.: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252038/1/9789241511711-eng.pdf — по состоянию на 22 марта 2017 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЕПАТИТОМ B

Задача в области ЦУР 3.3
К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.4: Заболеваемость гепатитом B на 100 000 населения

Дети в возрасте 1 года, получившие 3 дозы вакцины против гепатита B (%), 2015 г.[1]



[1] Данный показатель используется здесь в качестве косвенного показателя (прокси), находящегося в стадии разработки для ЦУР. Источник данных: Оценки ЮНИСЕФ/ВОЗ по национальному охвату иммунизацией. Данные за июль 2016 г. (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html — по состоянию на 22 марта 2017 г.).

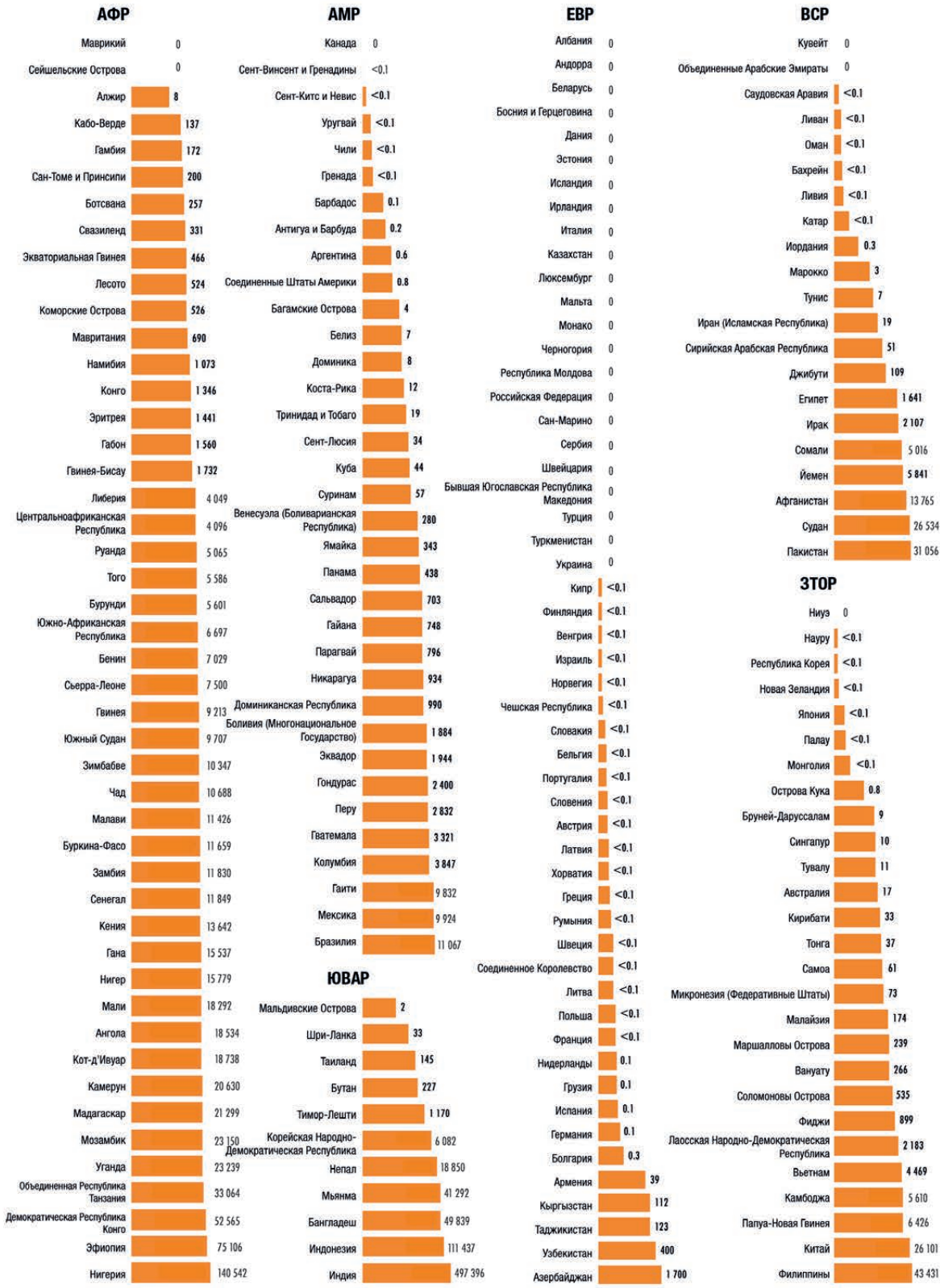
ПОТРЕБНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБЫТЫХ ТРОПИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Задача в области ЦУР 3.3

К 2030 г. положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

Показатель 3.3.5: Число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней, 2015 г.

Зарегистрированное число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней, 2015 г.[1]



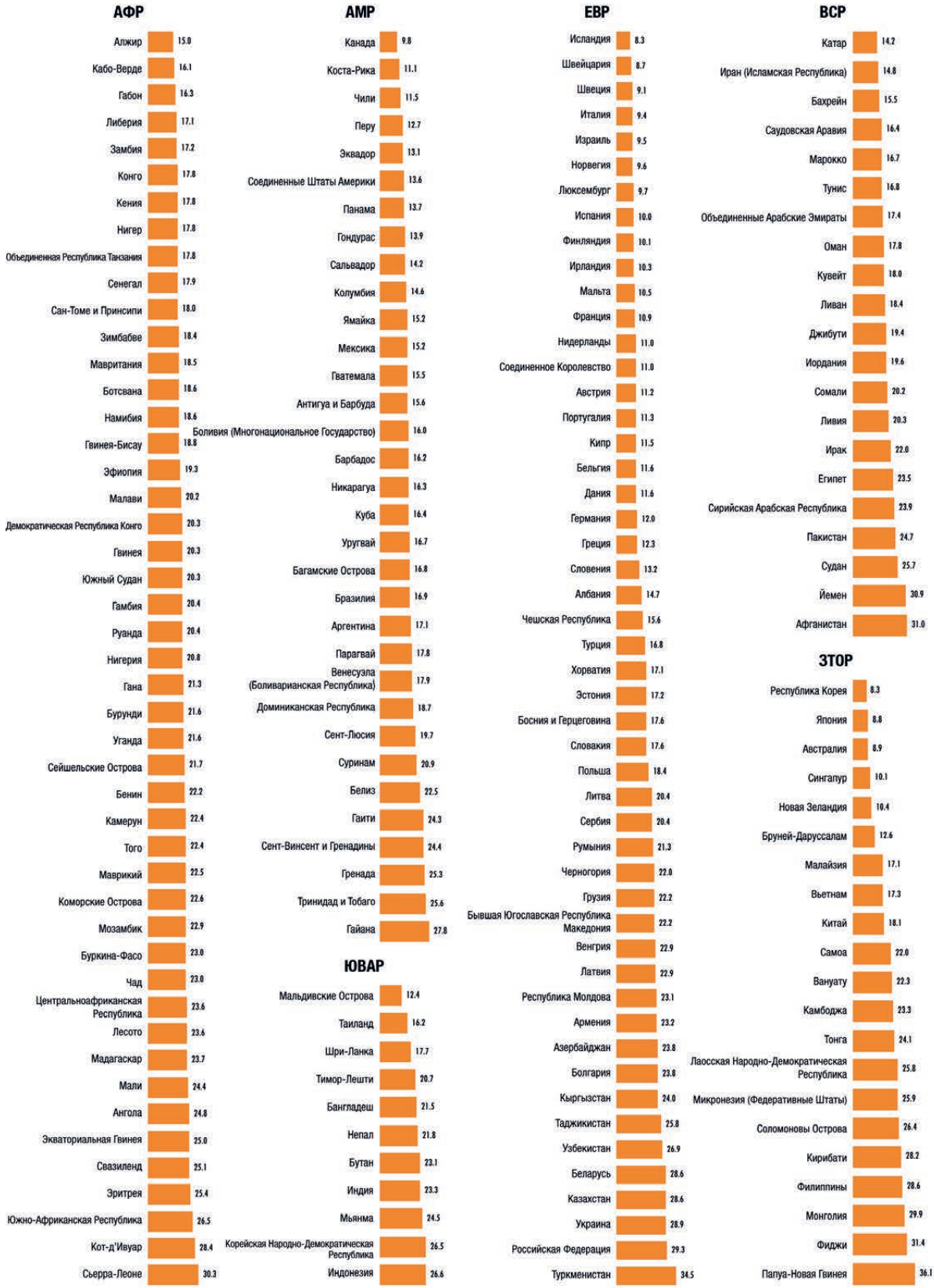
[1] На данном графике представлено число людей в странах, которым требуется лечение от «забытых» тропических болезней, в тысячах человек. Значения расположены по логарифмической шкале. Источник: «Забытые» тропические болезни (база данных онлайн), Данные Глобальной Обсерватории Здравоохранения (ГОЗ). Всемирная организация здравоохранения: (http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/).

СМЕРТНОСТЬ ОТ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Задача в области ЦУР 3.4
К 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия

Показатель 3.4.1: Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний

Вероятность умереть в возрасте от 30 до достижения 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний (%), 2015 г.[1]



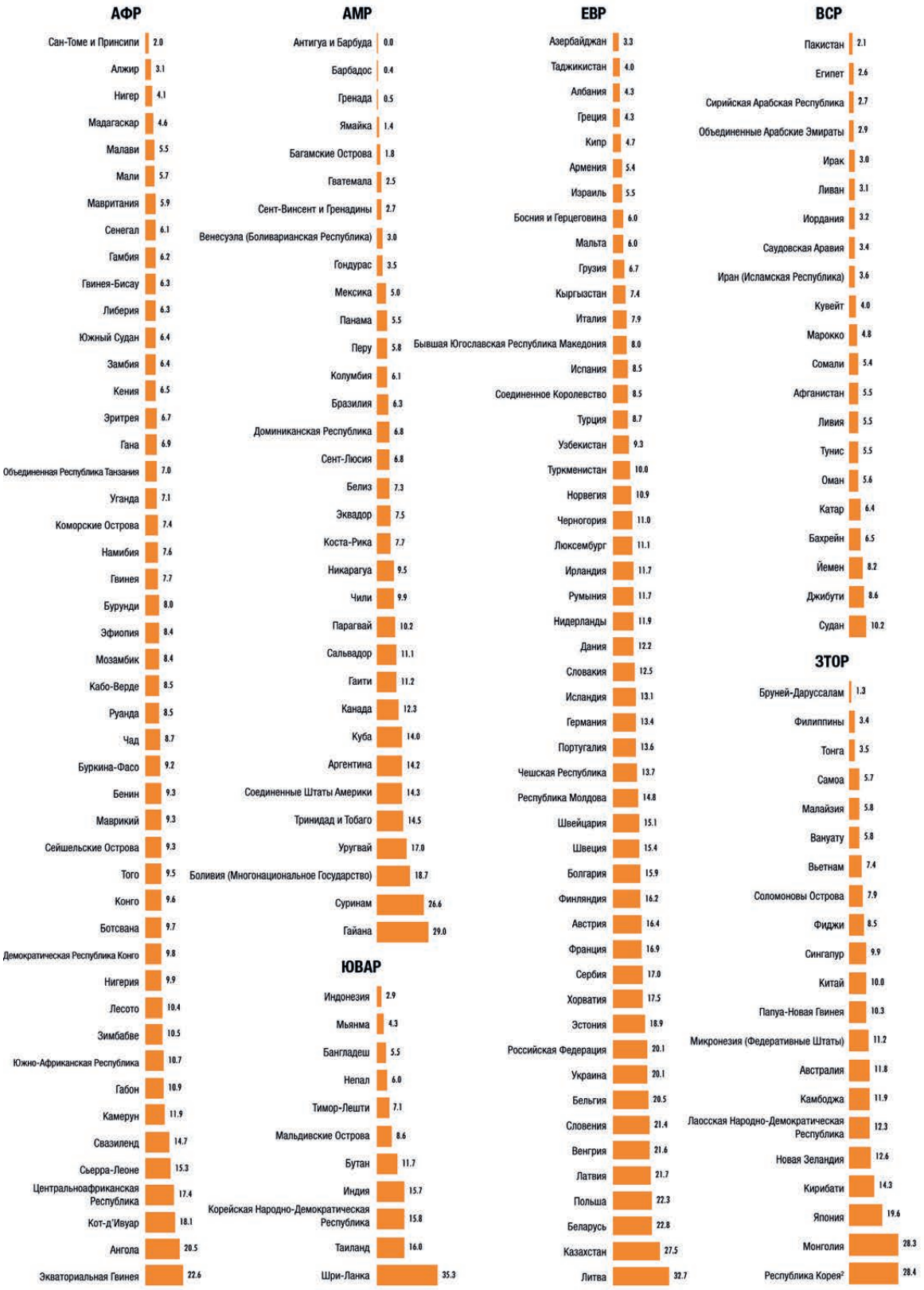
[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ.

СМЕРТНОСТЬ ОТ САМОУБИЙСТВ

Задача в области ЦУР 3.4
К 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия

Показатель 3.4.2: Смертность от самоубийств

Коэффициент смертности от самоубийств (на 100 000 населения), 2015 г.[1]



[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ.

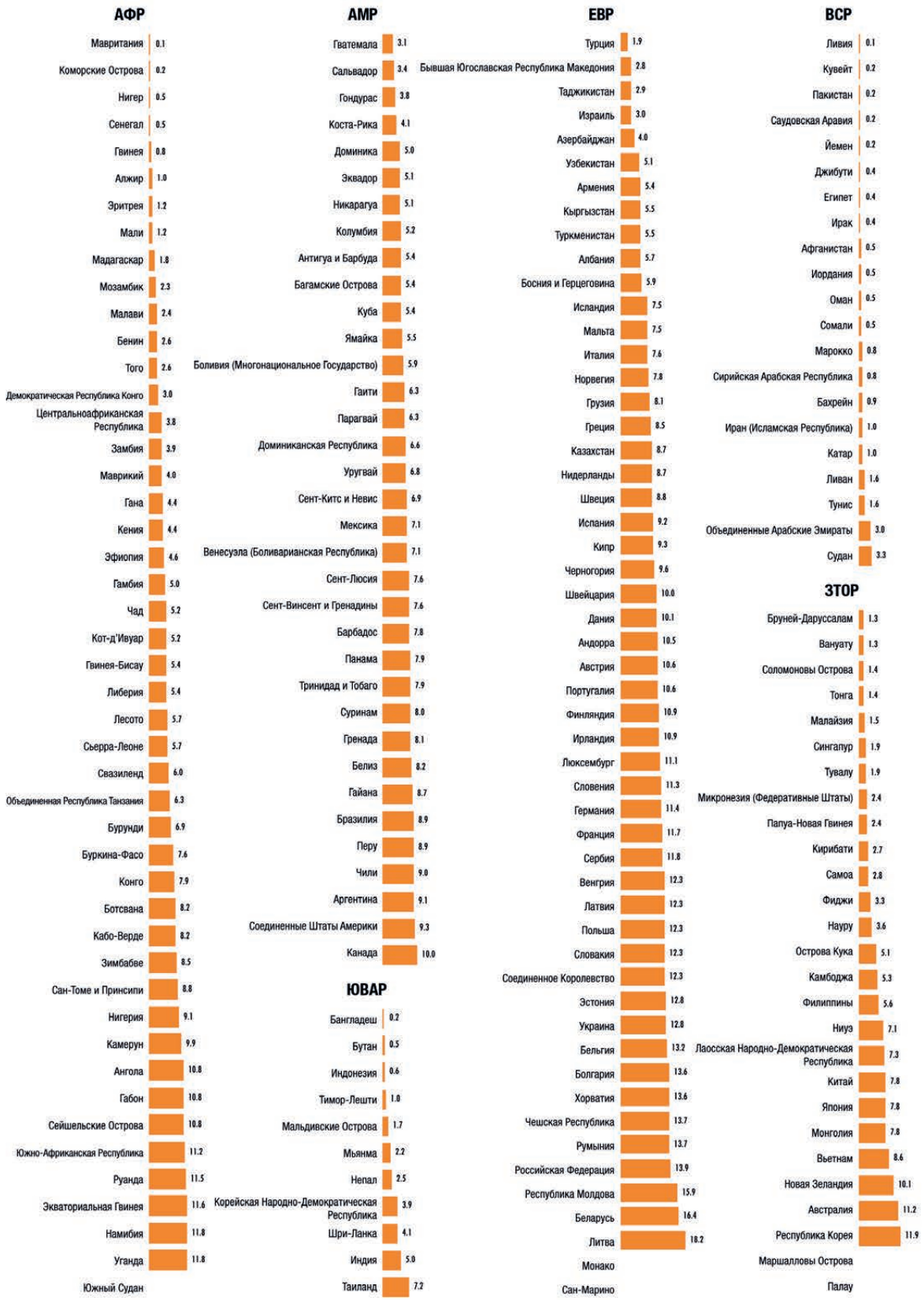
[2] Оценка общей смертности от самоубийств для Республики Корея была обновлена с использованием данных, опубликованных в базе данных ВОЗ по смертности, после даты закрытия Глобальных оценок состояния здоровья, 2015 г. (Global Health Estimates 2015).

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Задача в области ЦУР 3.5
Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем

Показатель 3.5.2: Злоупотребление алкоголем (определяемое в соответствии с национальными особенностями употребления алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет) в литрах чистого спирта в календарный год

Общее потребление алкоголя на душу населения (≥ 15 лет), (в литрах чистого спирта), прогнозные оценки, 2016 г.[1]



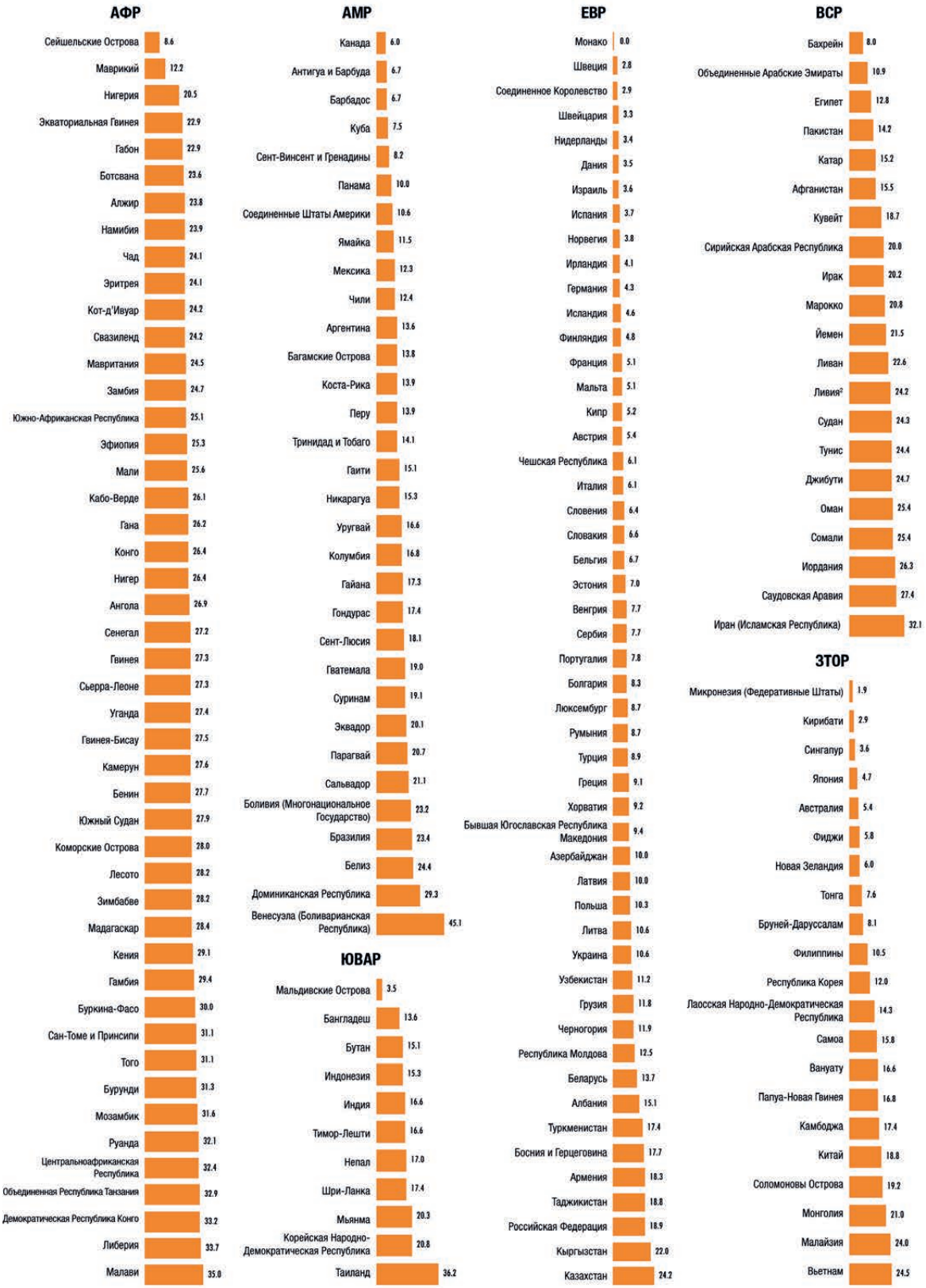
[1] WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/alcohol/en/).

СМЕРТНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Задача в области ЦУР 3.6
К 2020 г. вдвое сократить во всем мире число смертей от травм в результате дорожно-транспортных происшествий

Показатель 3.6.1: Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий

Коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (на 100 000 населения), 2013 г.[1]



[1] Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., которые не участвовали в обследовании для составления указанного доклада, не были включены в этот анализ.

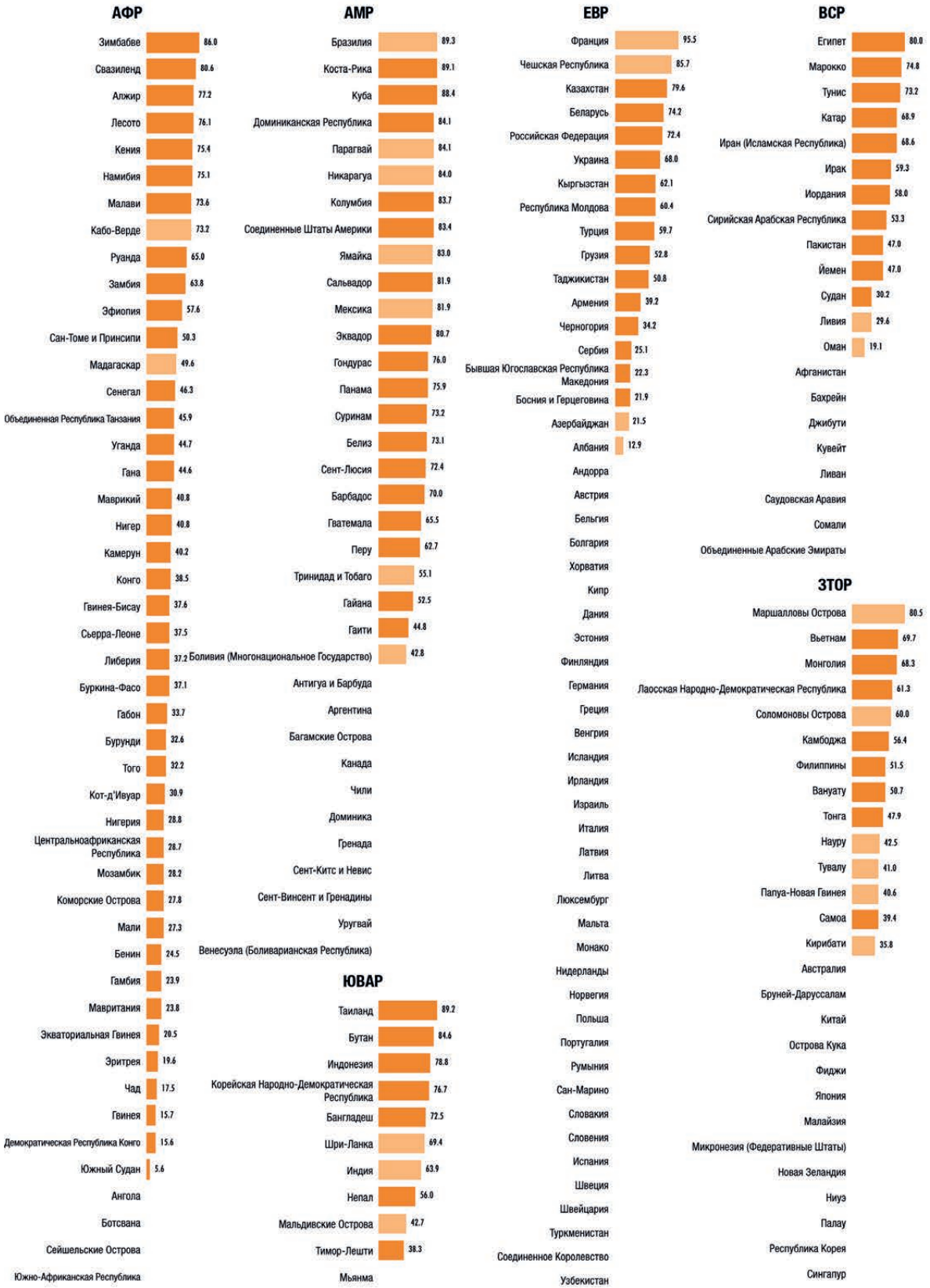
[2] Данное оценочное значение получено из Глобальных оценок состояния здоровья, 2015 г.: смертность по причинам, возрасту и полу по странам и регионам, 2000–2015 гг. (Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г.).

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Задача в области ЦУР 3.7
К 2030 г. обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, а также учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах

Показатель 3.7.1: Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами

Доля женщин репродуктивного возраста, состоявших в официально зарегистрированном или гражданском браке, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами (%), 2005–2015 гг.[1]



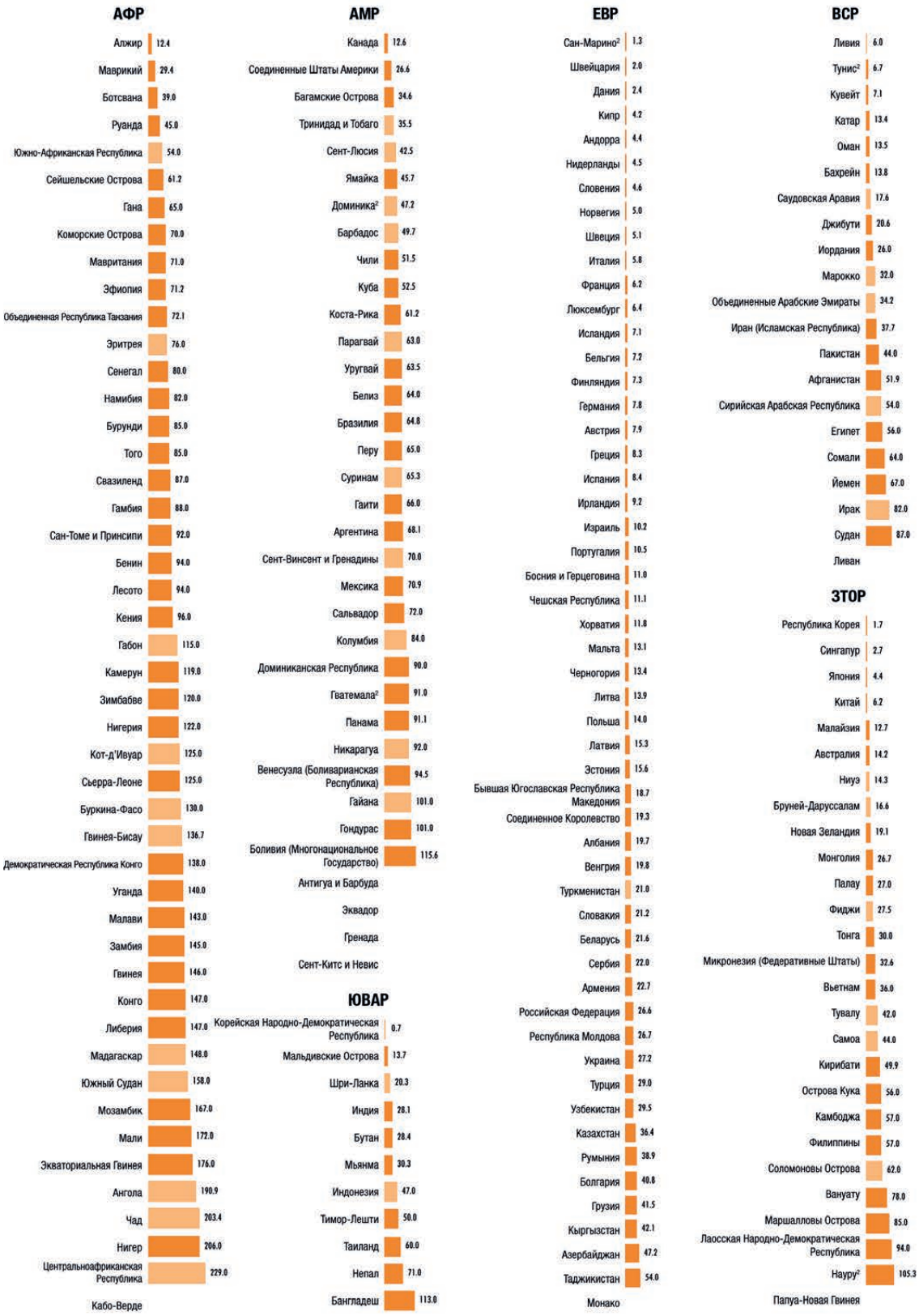
[1] World Contraceptive Use 2016 [online database]. Нью-Йорк: Отдел народонаселения, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Организация Объединенных Наций, 2016 г. Представленные данные являются последними доступными данными для 2005–2015 гг. Данные за 2005–2009 гг. обозначены бледно-оранжевым цветом.

РОЖДАЕМОСТЬ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Задача в области ЦУР 3.7
К 2030 г. обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, а также учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах

Показатель 3.7.2: Рождаемость среди подростков (в возрасте от 10 до 14 лет и в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе

Рождаемость среди подростков (на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет), 2005–2014 гг.[1]



[1] World Fertility Data 2015 [online database]. Нью-Йорк: Отдел народонаселения, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Организация Объединенных Наций, 2015 г. (http://www.un.org/en/development/ desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml). Представленные данные являются последними доступными данными для 2005–2014 гг. Данные за 2005–2009 гг. обозначены бледно-оранжевым цветом.

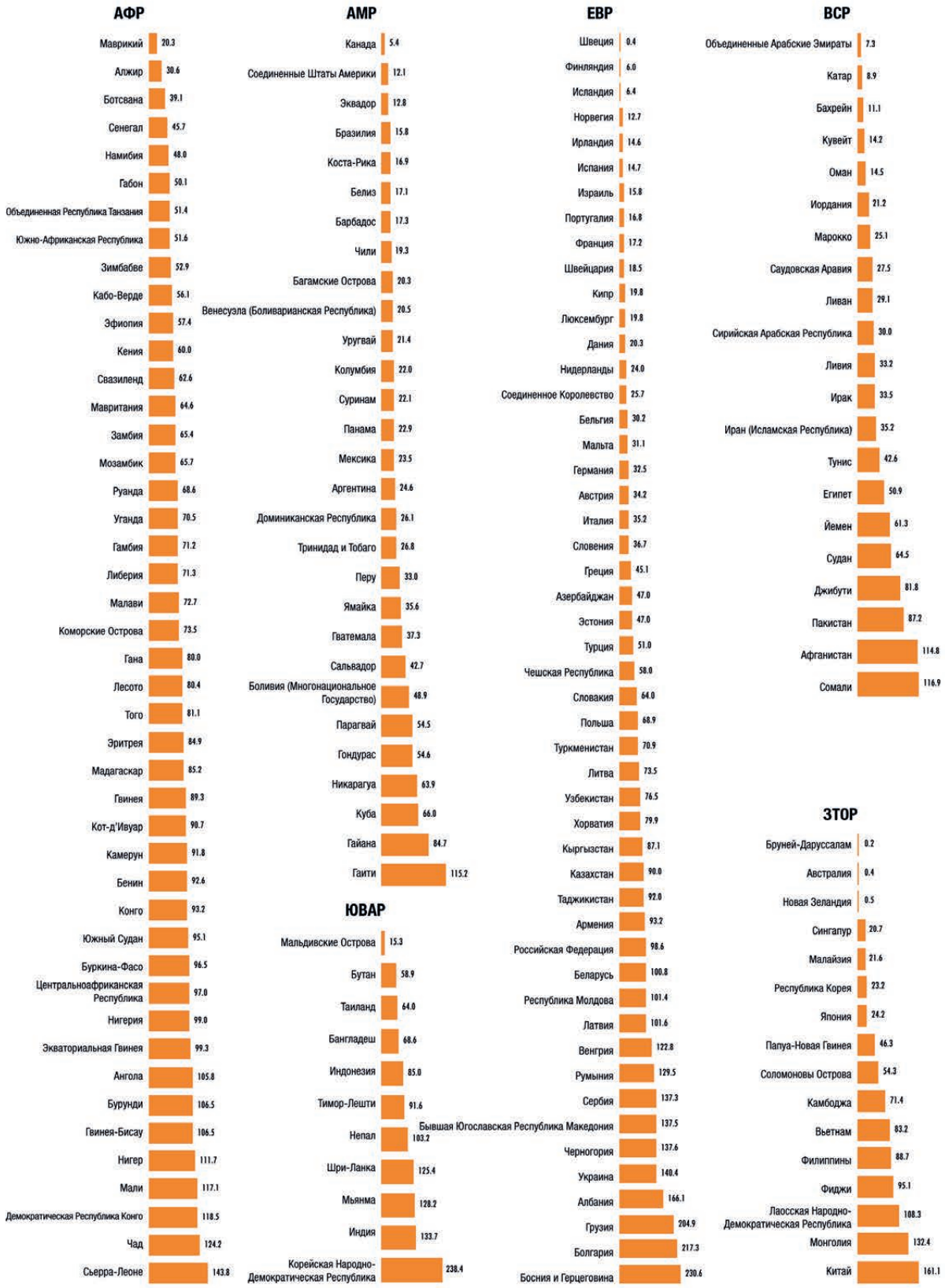
[2] Обновленная оценка.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА

Задача в области ЦУР 3.9
К 2030 г. существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв

Показатель 3.9.1: Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха

Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха (на 100 000 населения), 2012 г.[1]



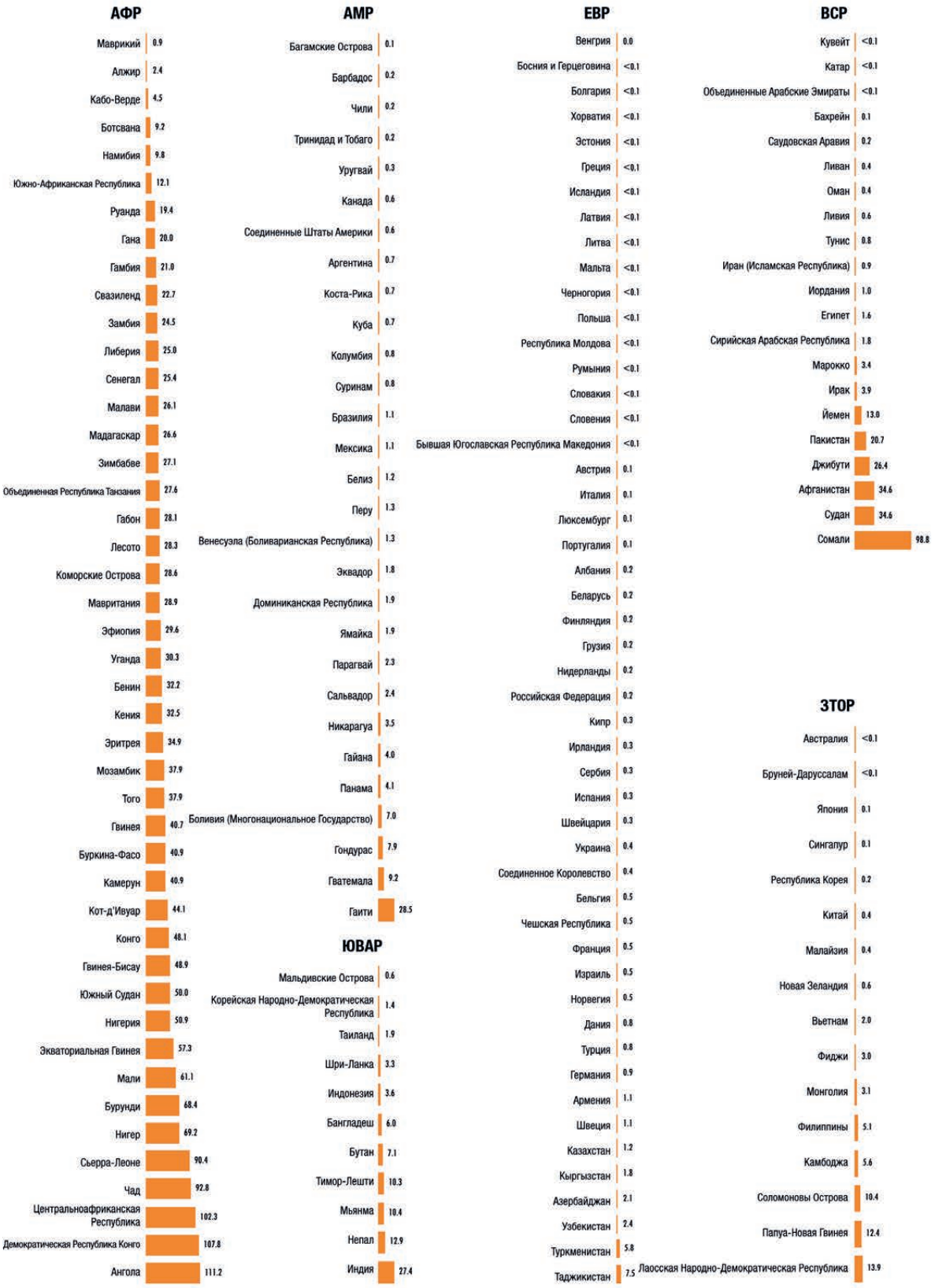
[1] Public health and environment [online database]. Данные из Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ). Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/gho/phe/en/). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 250 000 человек в 2012 г., не были включены в этот анализ.Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ)

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОТСУТСТВИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ, САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ (ВССГ)

Задача в области ЦУР 3.9
К 2030 г. существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв

Показатель 3.9.2: Смертность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены (от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) для всех)

Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) (на 100 000 населения), 2012 г.[1]



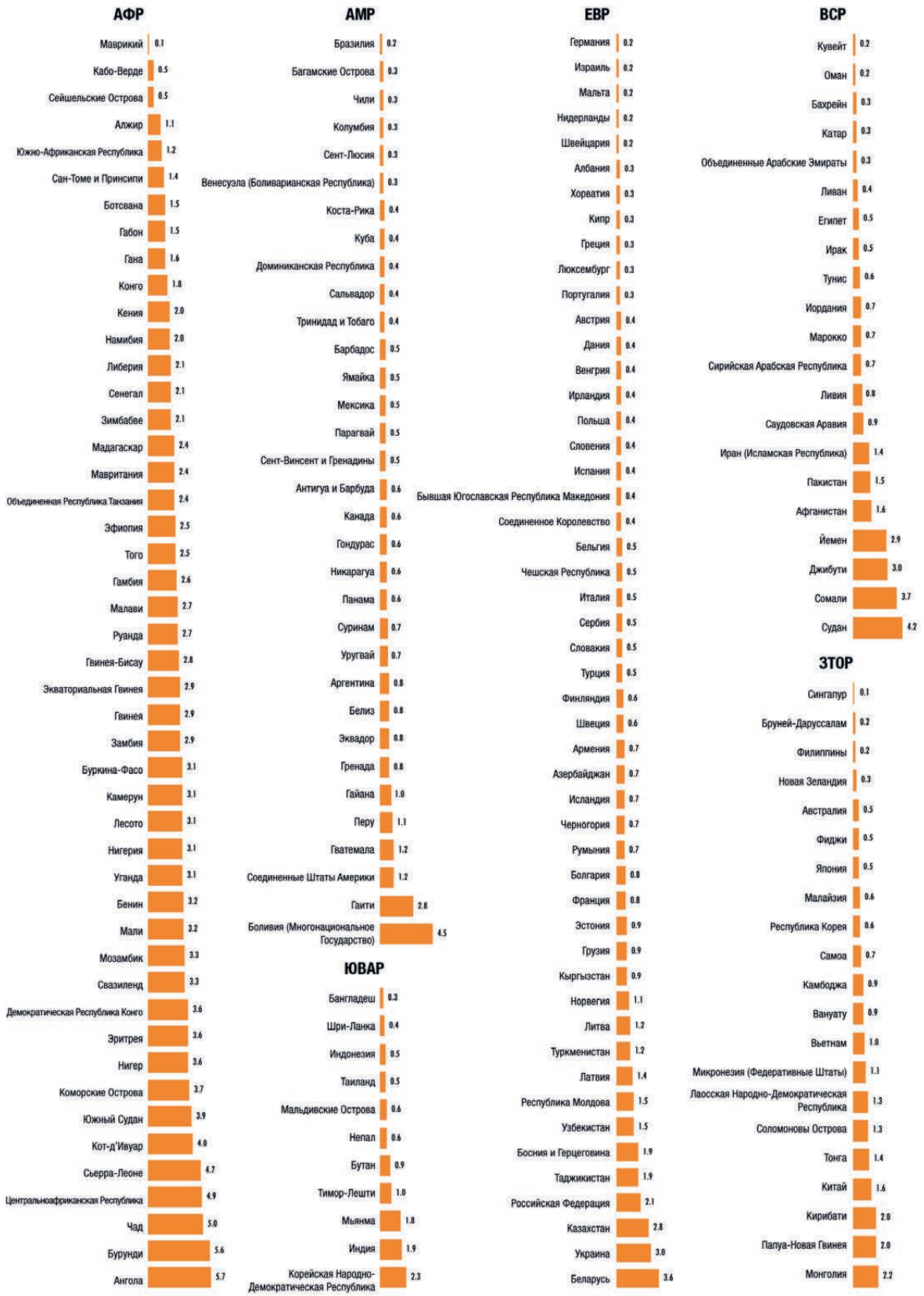
[1] Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.); и: Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene. Exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150112/1/9789241564823_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 250 000 человек в 2012 г., не были включены в этот анализ.

СМЕРТНОСТЬ ОТ НЕУМЫШЛЕННОГО ОТРАВЛЕНИЯ

Задача в области ЦУР 3.9
К 2030 г. существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв

Показатель 3.9.3: Смертность от неумышленного отравления

Смертность от неумышленного отравления (на 100 000 населения), 2015 г.[1]



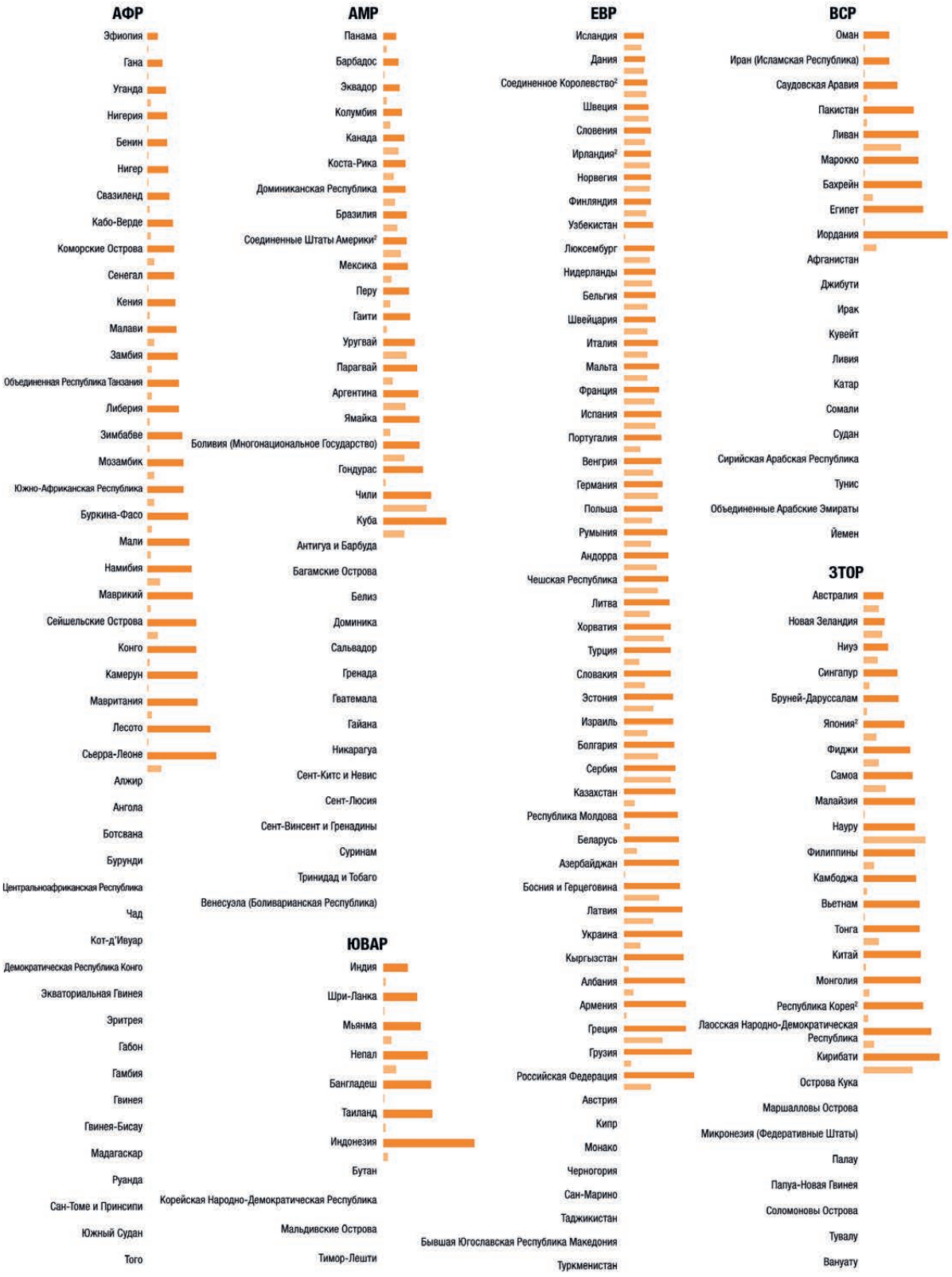
[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ.

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

Задача в области ЦУР 3.a
Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака во всех странах

Показатель 3.a.1: Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет

Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака лицами в возрасте 15 лет и старше, по полу, 2015 г.[1]



[1] WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf — по состоянию на 22 марта 2017 г. Более темные оранжевые полосы показывают распространенность курения табака среди мужчин. Бледно-оранжевые полосы показывают распространенность курения среди женщин.

[2] Только курение сигарет.

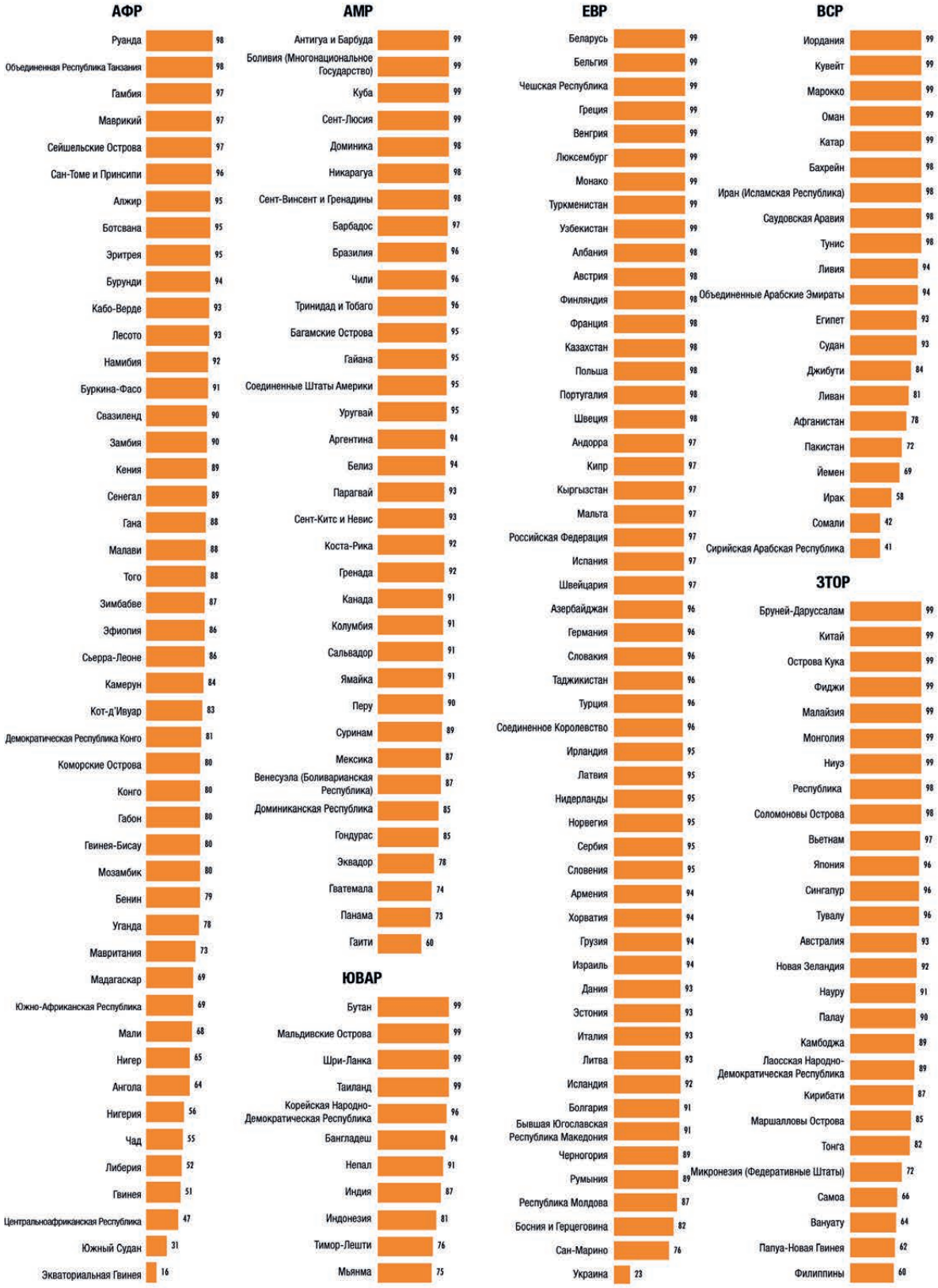
ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ

Задача в области ЦУР 3.b

Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех

Показатель 3.b.1: Доля целевой группы населения, охваченная иммунизацией всеми вакцинами, включенными в национальные программы

Охват иммунизаций детей в возрасте 1 года 3 дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3) (%), 2015 г.[1]



[1] Настоящий показатель используется в данном графике в качестве косвенного показателя в области ЦУР (прокси). Источник данных: Оценки ВОЗ/ЮНИСЕФ по национальному охвату иммунизацией. Данные на июль 2016 г. (см. http://www.who.int/ immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html — по состоянию на 22 марта 2017 г.).

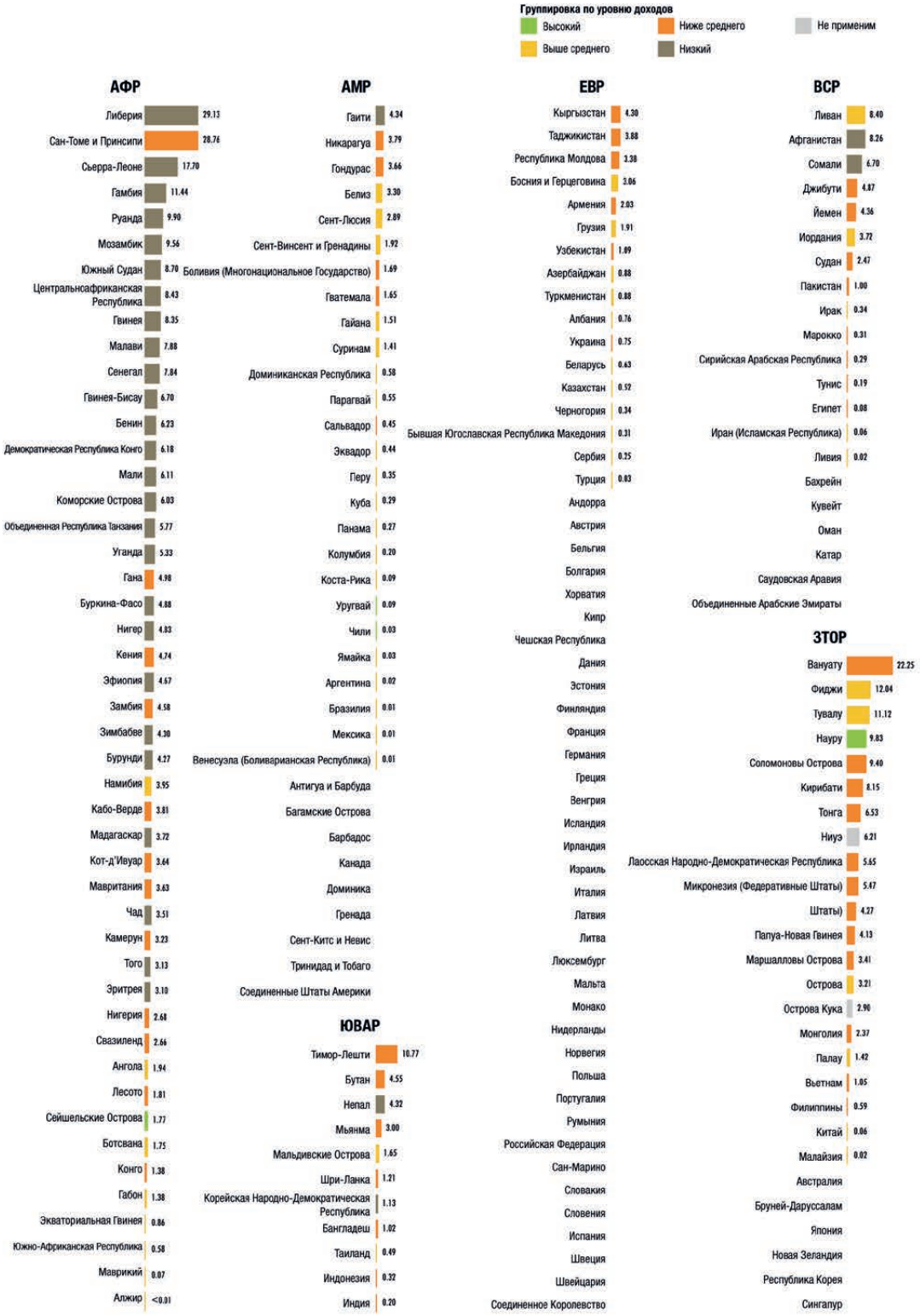
ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ (ОПР) ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Задача в области ЦУР 3.b

Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех

Показатель 3.b.2: Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения

Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения, на душу населения (на основе постоянного курса доллара США, 2014 г.), по странам-реципиентам, 2014 г.[1]



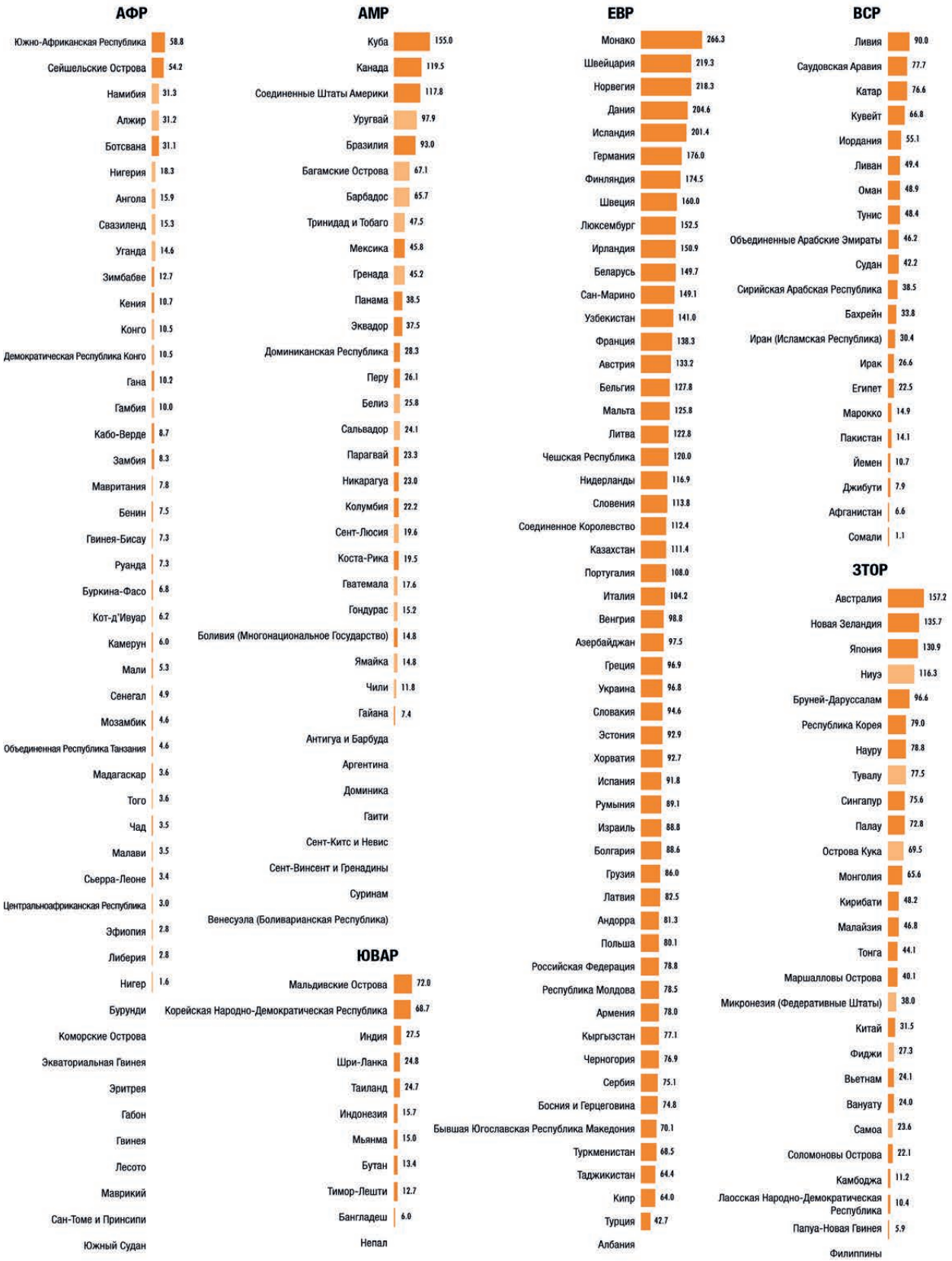
[1] Глобальная база данных ООН по ЦУР ((https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.b.2 — по состоянию на 6 апреля 2017 г.), на основе базы данных Системы отчетности кредиторов (CRS) Организации Экономического Сотрудничества и Развития (ОЭСР), 2016 г. Более подробная информация представлена в Раздел 1.5. Классификация по уровню дохода основана на аналитической Группировке стран по уровню дохода Всемирного банка (июль 2016 г.).

ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Задача в области ЦУР 3.с
Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах

Показатель 3.с.1: Число медицинских работников на душу населения и их распределение

Обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами на душу населения (на 10 000 населения), 2000–2015 гг.[1]



[1] Цифры, отражающие число квалифицированных медицинских кадров в области здравоохранения, относятся к последним доступным значениям (2000–2015 гг.). Источник: WHO Global Health Workforce Statistics. 2016 update [online database]. Geneva: World Health Organization (http://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/). Данные представлены по врачам и медицинским сестрам/акушеркам. Пожалуйста, обращайтесь к этому источнику для получения последних значений, а также дезагрегации и описания метаданных. Данные за 2005–2009 гг. обозначены бледно-оранжевым цветом.

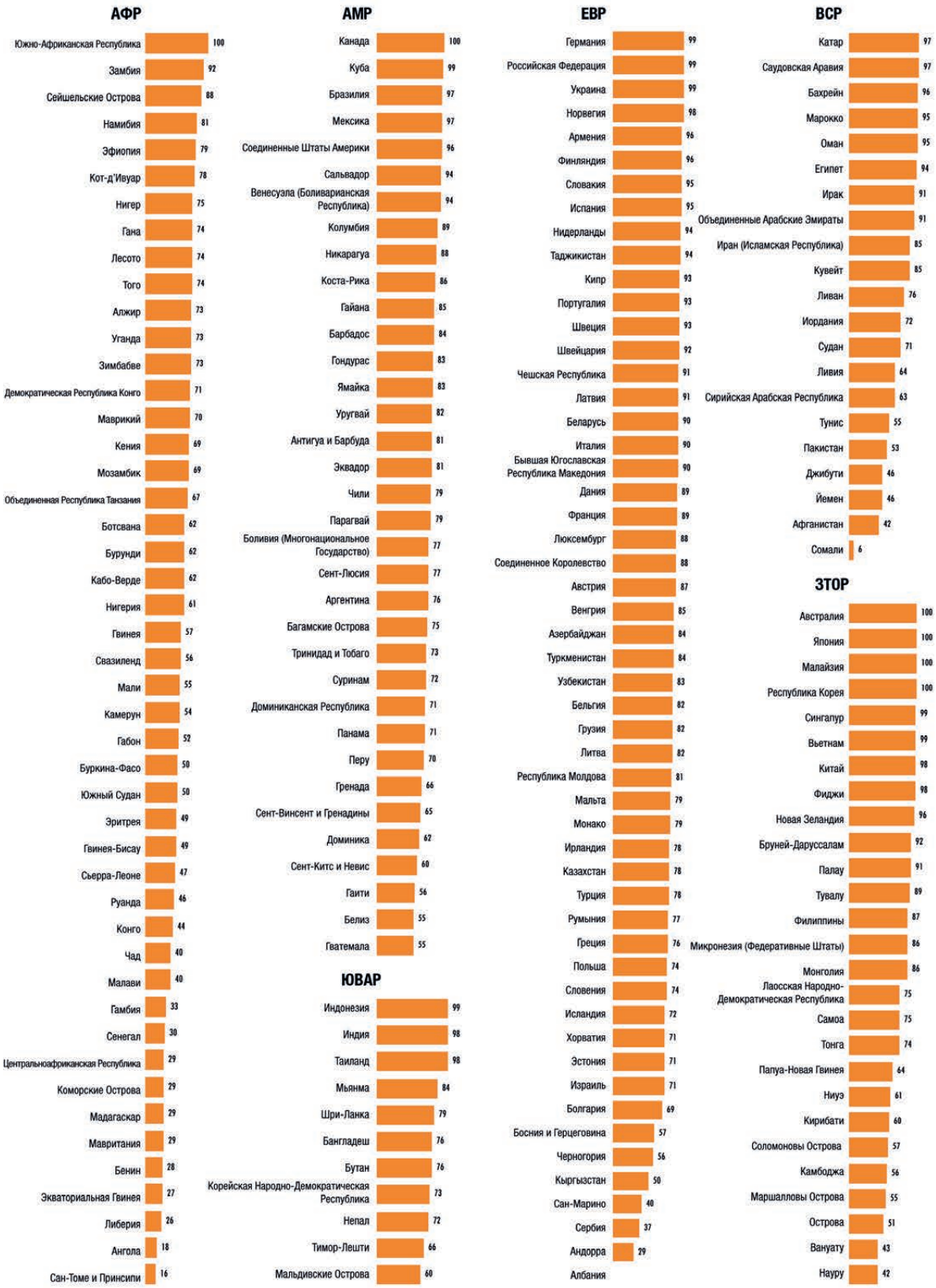
СПОСОБНОСТЬ СОБЛЮДАТЬ МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСП) И ГОТОВНОСТЬ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Задача в области ЦУР 3.d

Наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья

Показатель 3.d.1: Способность соблюдать Международные медико-санитарные правила (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения

Соблюдение Международных медико-санитарных правил: в среднем по 13 основным показателям, 2010–2016 гг.[1]



[1] International Health Regulations (2005) Monitoring Framework [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/ihr/en/). Представлены последние доступные данные за 2010–2016 гг.

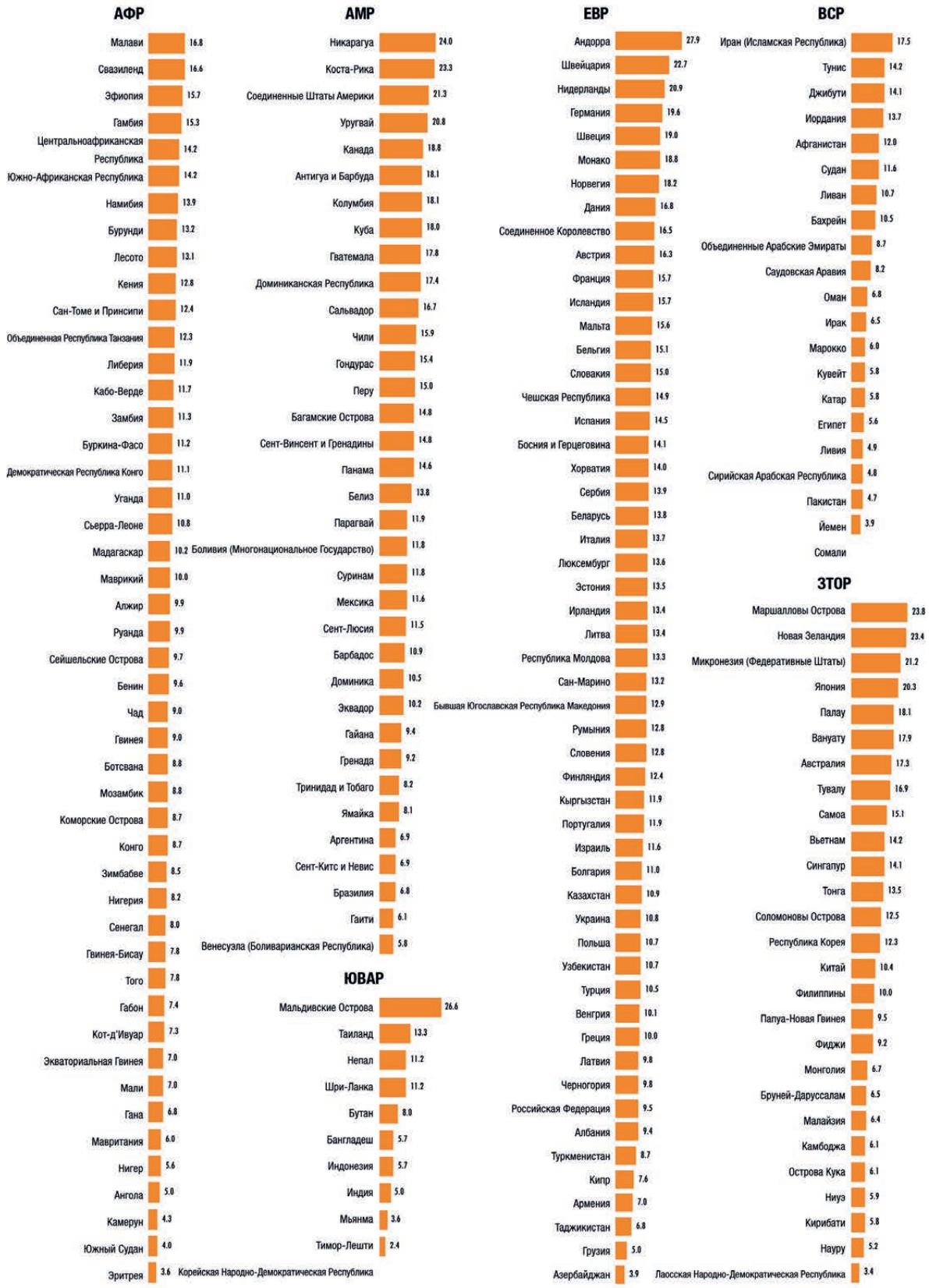
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОСНОВНЫЕ УСЛУГИ, ВКЛЮЧАЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Задача в области ЦУР 1.a

Обеспечить мобилизацию значительных ресурсов из самых разных источников, в том числе на основе активизации сотрудничества в целях развития, с тем, чтобы предоставить развивающимся странам, особенно наименее развитым странам, достаточные и предсказуемые средства для осуществления программ и стратегий по ликвидации нищеты во всех ее формах

Показатель 1.a.2: Доля расходов на основные услуги (образование, здравоохранение и социальную защиту) в общей сумме государственных расходов

Общие государственные расходы на здравоохранение как процент от общих государственных расходов, 2014 г.[1]



[1] Данный показатель отражает часть показателя ЦУР, относящуюся к здравоохранению. Источник: Data source: Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva. World Health Organization. 2017 (http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en — по состоянию на 23 марта 2017 г.)

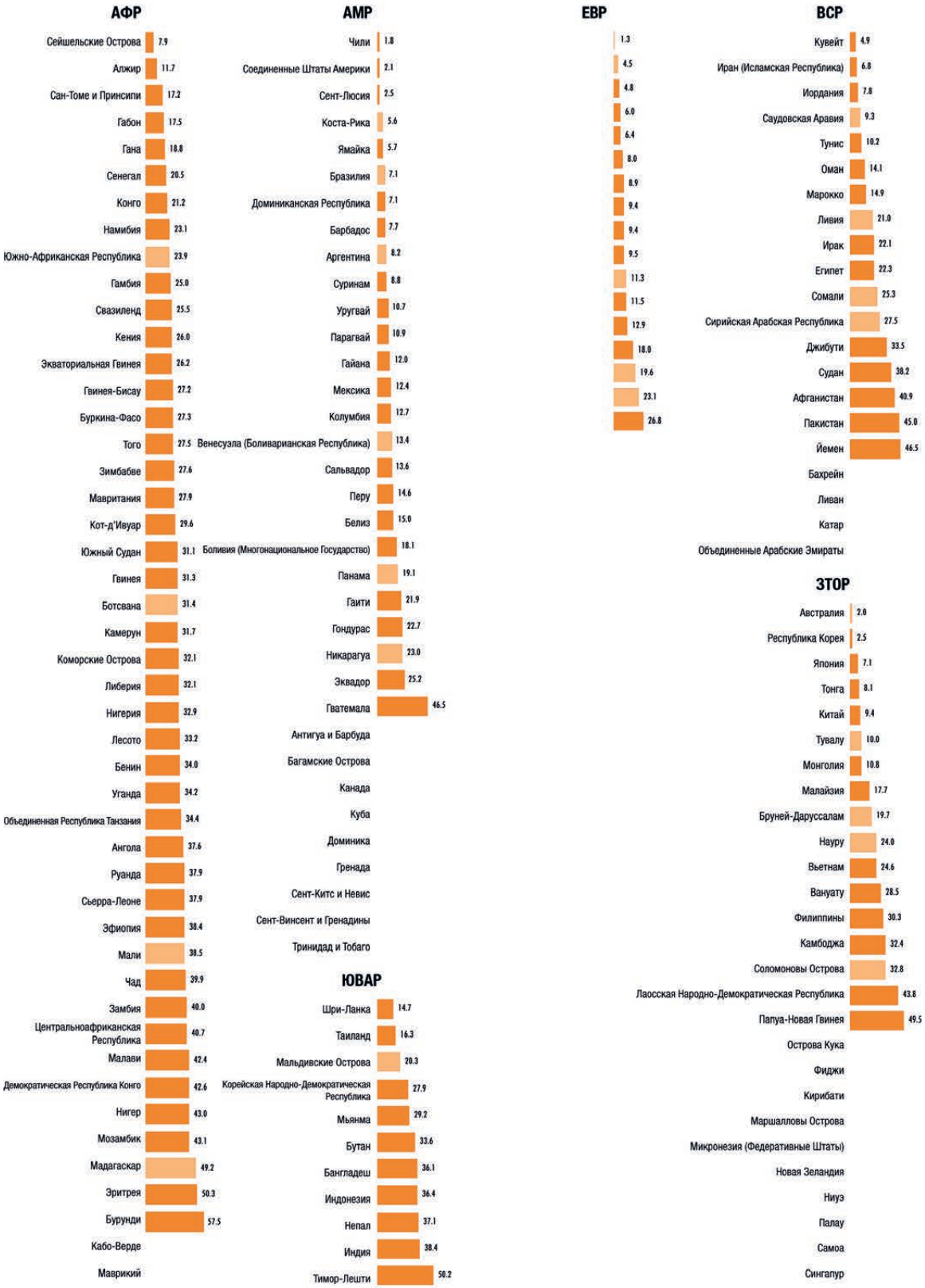
ОТСТАВАНИЕ В РОСТЕ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Задача в области ЦУР 2.2

К 2030 г. покончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 г. согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин и пожилых людей

Показатель 2.2.1: Распространенность задержки роста среди детей в возрасте до пяти лет (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя роста к возрасту ребенка в соответствии с нормами роста детей, установленными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), <-2)

Распространенность отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет (%), 2005–2016 гг.[1]



[1] Детский Фонд Организации Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения, Группа Всемирного банка. Уровни и тенденции нарушения питания у детей. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; the World Bank Group, Washington (DC); May 2017. На графике представлены последние доступные данные за 2005–2016 гг. Данные за 2005–2009 гг. отмечены бледно-оранжевым цветом.

ИСТОЩЕНИЕ И ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС У ДЕТЕЙ

Задача в области ЦУР 2.2

К 2030 г. покончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 г. согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин и пожилых людей

Показатель 2.2.2: Распространенность неполноценного питания среди детей в возрасте до пяти лет в разбивке по виду (истощение или ожирение) (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя веса к возрасту в соответствии с нормами роста детей, установленными ВОЗ, >+2 или <-2)

Распространенность истощения (зеленая полоса) и избыточного веса (оранжевая полоса) среди детей в возрасте до 5 лет (%), 2005–2016 гг.[1]



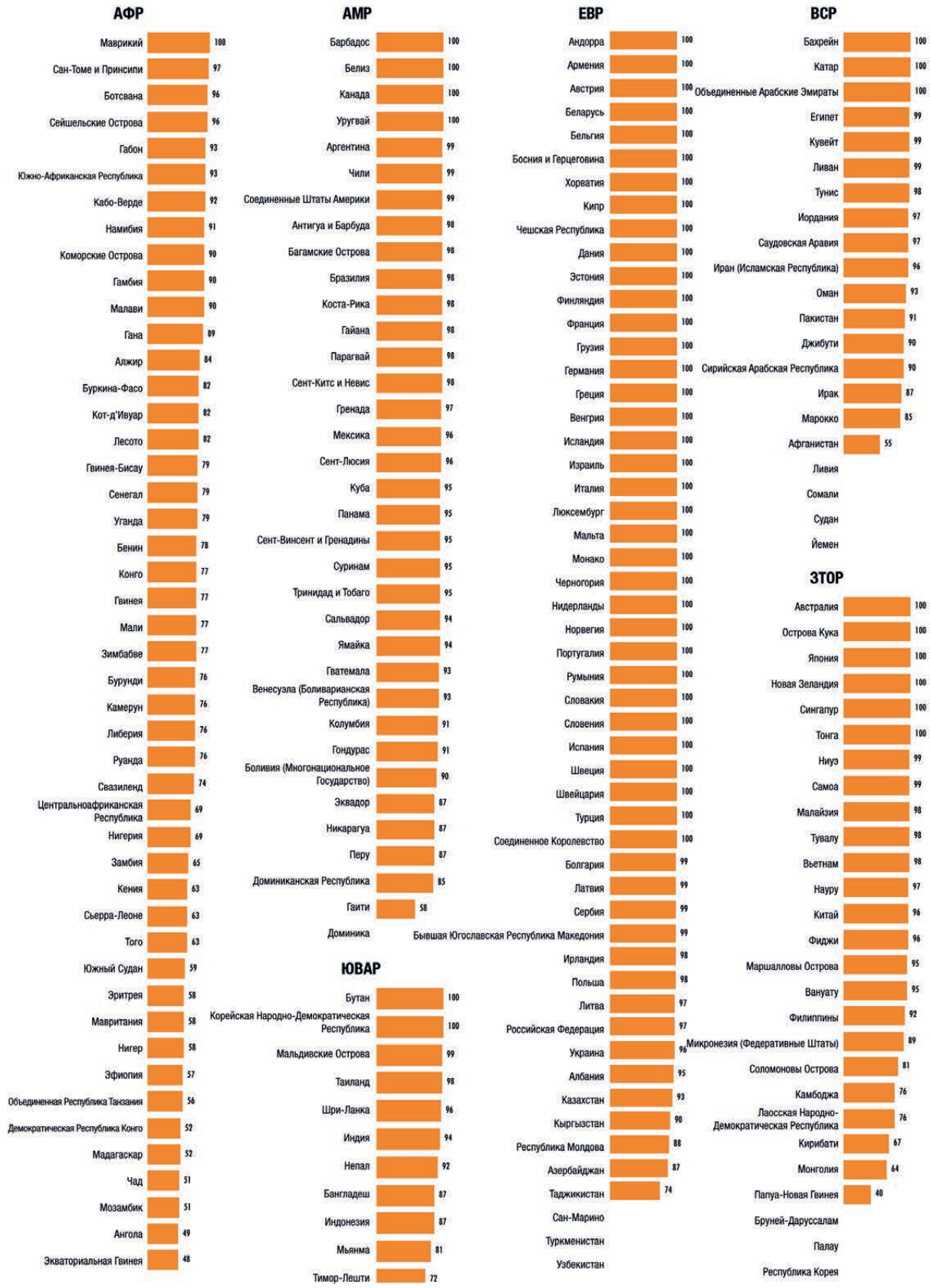
[1] Детский Фонд Организации Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения, Группа Всемирного банка. Уровни и тенденции нарушения питания у детей. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; the World Bank Group, Washington (DC); May 2017. На графике представлены последние доступные данные за 2005–2016 гг. Данные за 2005–2009 гг. отмечены бледно-оранжевым и бледно-зеленым цветами.

УСЛУГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ, ОРГАНИЗОВАННЫЕ С СОБЛЮДЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Задача в области ЦУР 6.1
К 2030 г. обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех

Показатель 6.1.1: Доля населения, пользующегося услугами водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности

Доля населения, использующая улучшенные источники питьевой воды (%), 2015 г.[1]



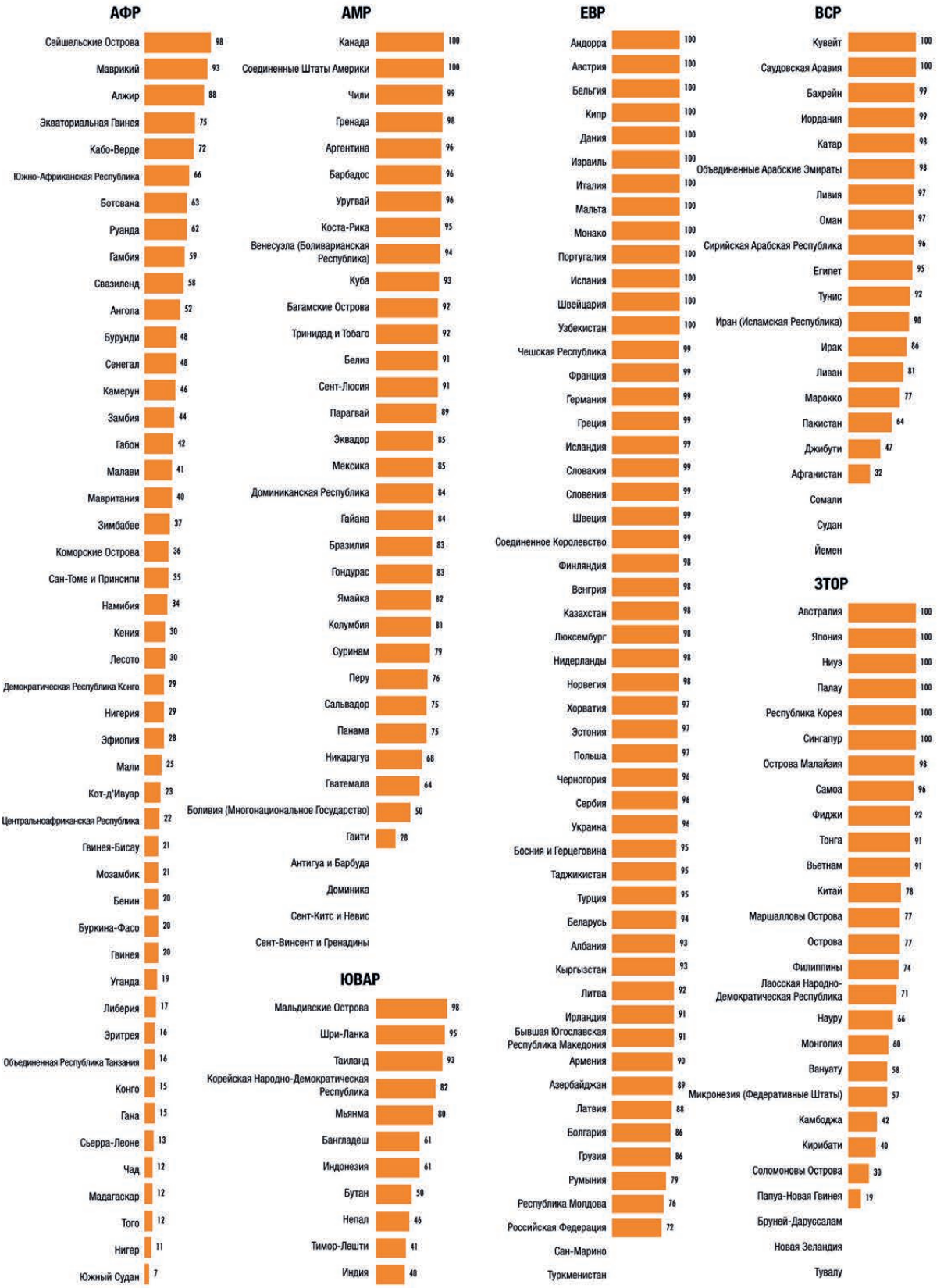
[1] Настоящий показатель используется в данном графике в качестве косвенного показателя в области ЦУР (прокси). Источник данных: Progress on sanitation and drinking water — 2015 update and MDG assessment. New York (NY): UNICEF; and Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177752/1/9789241509145_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.

УСЛУГИ САНИТАРИИ, ОРГАНИЗОВАННЫЕ С СОБЛЮДЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Задача в области ЦУР 6.2
К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к надлежащим санитарно-гигиеническим средствам и положить конец открытой дефекации, уделяя особое внимание потребностям женщин и девочек и лиц, находящихся в уязвимом положении

Показатель 6.2.1: Доля населения, использующего организованные с соблюдением требований безопасности услуги санитарии, включая устройства для мытья рук с мылом и водой

Доля населения, использующая улучшенные санитарно-технические средства (%), 2015 г.[1]



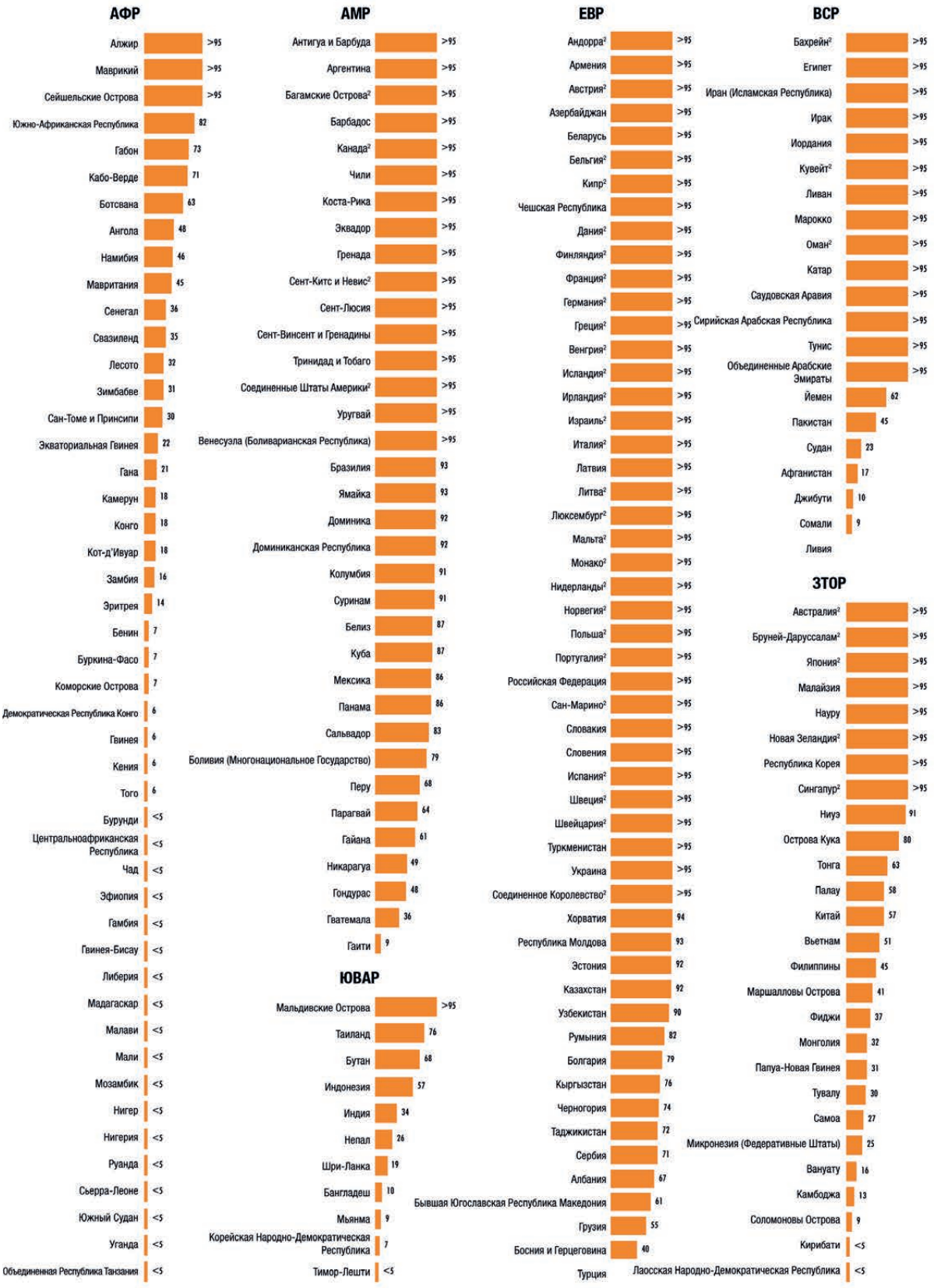
[1] Настоящий показатель используется в данном графике в качестве косвенного показателя в области ЦУР (прокси). Источник данных: Progress on sanitation and drinking water — 2015 update and MDG assessment. New York (NY): UNICEF; and Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177752/1/9789241509145_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.

ЧИСТЫЕ ВИДЫ ТОПЛИВА И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ

Задача в области ЦУР 7.1
К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к недорогому, надежному и современному энергоснабжению

Показатель 7.1.2: Доля населения, использующего в основном чистые виды топлива и технологии

Доля населения, использующая в основном чистые виды топлива (%), 2014 г.[1]



[1] Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.).

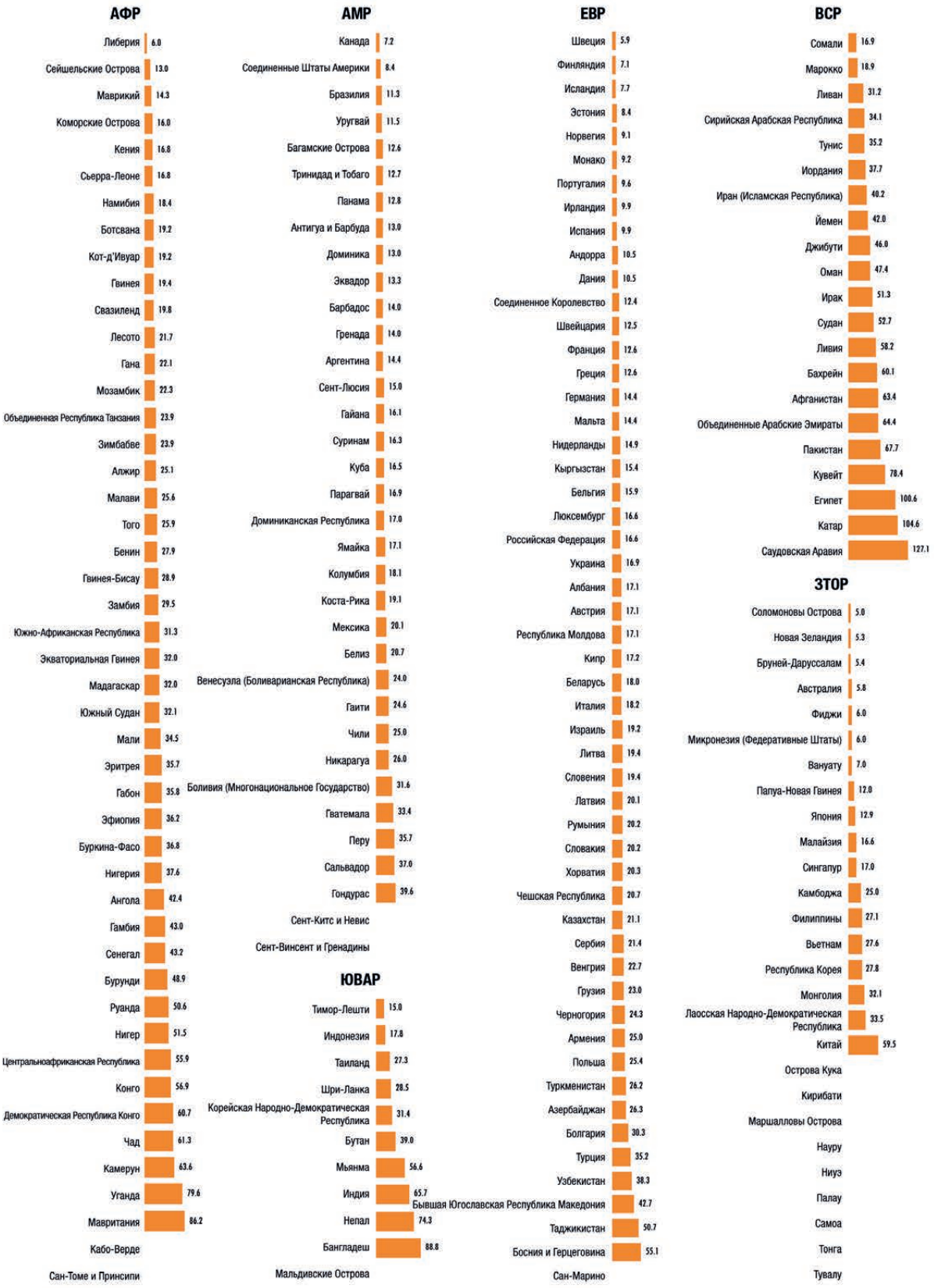
[2] Для стран с высоким уровнем дохода, по которым нет информации об использовании чистых видов топлива, оценка использования такого топлива составила >95%.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ВОЗДУХА

Задача в области ЦУР 11.6
К 2030 году уменьшить негативное экологическое воздействие городов в пересчете на душу населения, в том числе посредством уделения особого внимания качеству воздуха и удалению городских и других отходов

Показатель 11.6.2: Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц (например, класса PM2.5 и PM10) в атмосфере городов (в пересчете на численность населения)

Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц ($PM_{2.5}$) в городских районах (в мг/м^3), 2014 г.[1]



[1] Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/ — по состоянию на 23 марта 2017 г.).

СМЕРТНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СТИХИЙНЫМИ БЕДСТВИЯМИ

Задача в области ЦУР 13.1
Повысить сопротивляемость и способность адаптироваться к опасным климатическим явлениям и стихийным бедствиям во всех странах

Показатель 13.1.1: Число погибших, пропавших без вести и пострадавших непосредственно в результате бедствий на 100 000 населения

Среднегодовой коэффициент смертности от стихийных бедствий (на 100 000 населения), 2011–2015 гг.[1]



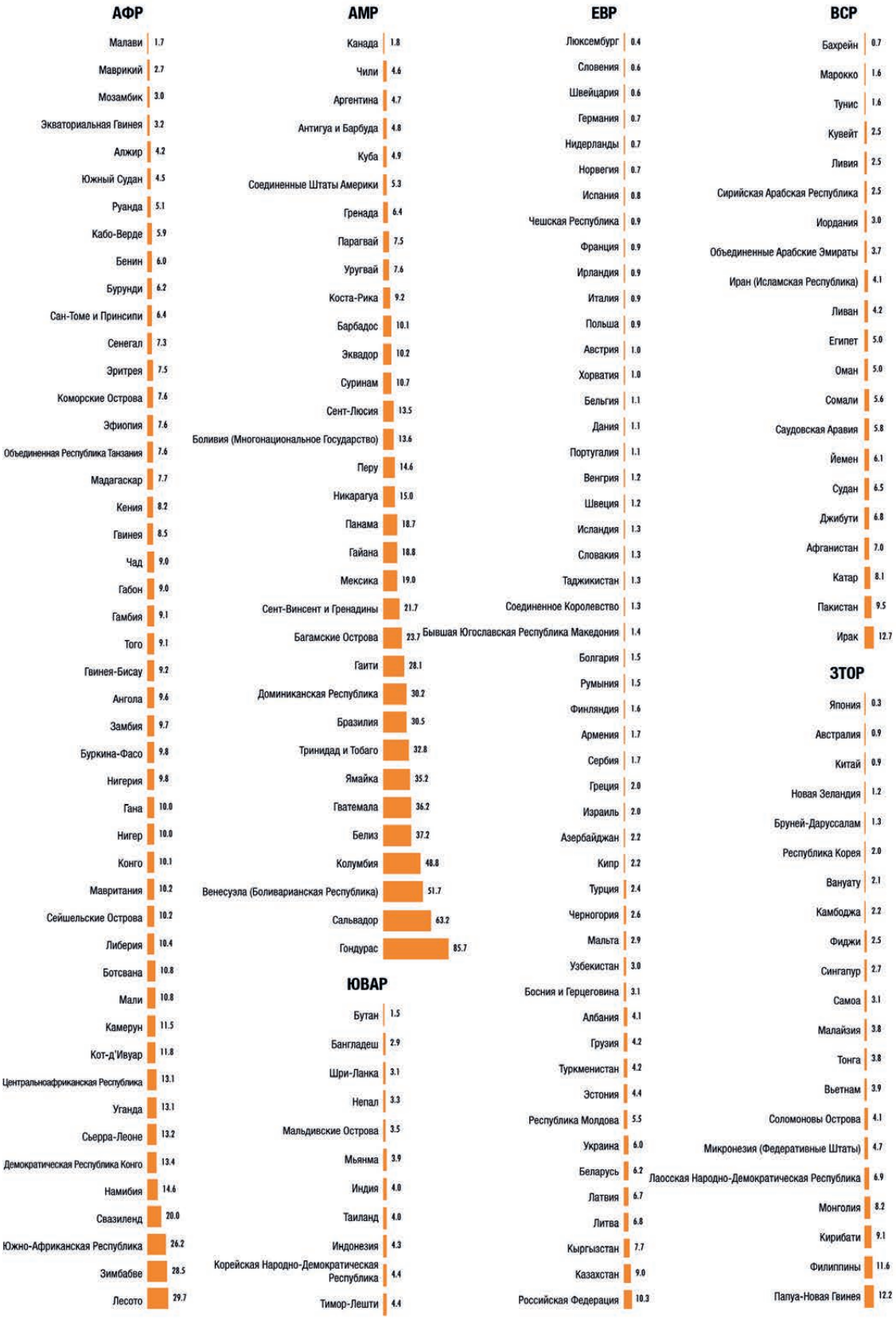
[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ. Данный коэффициент смертности представляет среднее значение за пятилетний период 2011–2015 гг.

УМЫШЛЕННЫЕ УБИЙСТВА

Задача в области ЦУР 16.1
Значительно сократить распространенность всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире

Показатель 16.1.1: Число жертв умышленных убийств на 100 000 населения в разбивке по возрастной группе и полу

Смертность от умышленных убийств (на 100 000 населения), 2015 г.[1]



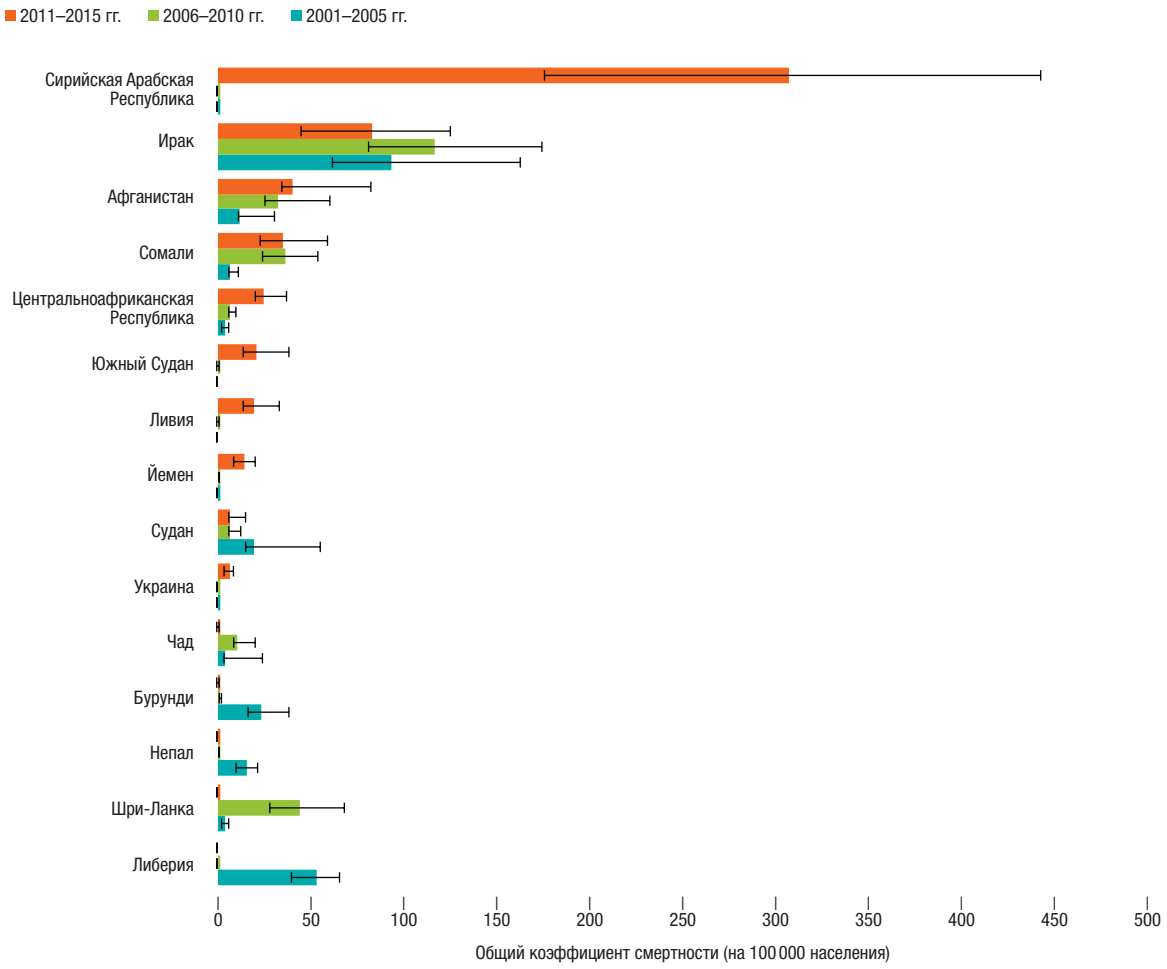
[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ.

СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННАЯ С КОНФЛИКТАМИ

Задача в области ЦУР 16.1
Значительно сократить распространенность всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире

Показатель 16.1.2: Число связанных с конфликтами смертей на 100 000 населения (в разбивке по возрастной группе, полу и причине)

Оценочный показатель смертности в результате крупных конфликтов (на 100 000 населения), 2001–2015 гг.[1]



[1] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Смертность, связанная с конфликтами, включает случаи смерти от коллективного насилия и исключает случаи смерти в результате действий, предусмотренных законом. На графике представлены государства-члены ВОЗ, у которых оценочный показатель смертности в результате конфликтов превышает 5 случаев смерти на 100 000 населения в 2011–2015 гг. и 10 случаев на 100 000 населения в более ранние пятилетние периоды. Уровень смертности представляет среднее значение за каждый пятилетний период. Доверительный интервал показан черными горизонтальными линиями.

РЕГИСТРАЦИЯ СМЕРТИ

Задача в области ЦУР 17.19

К 2030 году, опираясь на нынешние инициативы, разработать, в дополнение к показателю валового внутреннего продукта, и другие показатели измерения прогресса в деле обеспечения устойчивого развития и содействовать наращиванию потенциала развивающихся стран в области статистики

Показатель 17.19.2: Доля стран, которые a) провели хотя бы одну перепись населения и жилищного фонда в течение последних 10 лет; и b) достигли цели регистрации рождений в 100 процентах случаев и регистрации смерти в 80 процентах случаев

Полнота сбора данных[1] (%) и качество[2] данных смертности по причинам, 2005–2015 гг.



[1] Цифры показывают полноту сбора данных на основе последней доступной информации (2005–2015 гг.). Полнота сбора данных была подсчитана на основе фактических значений постоянно поживающего населения. Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г.).

[2] См. раздел 1.1. Разным цветом показаны оценки качества данных за период 2005–2015 гг.

[3] Полученная оценка относится к году до 2010 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ B

Таблицы по показателям ЦУР, связанным со здоровьем, по странам, регионам ВОЗ и на глобальном уровне

Пояснительная записка

В Приложении B представлены официальные статистические оценки ВОЗ, основанные на фактических данных, доступных на начало 2017 г. Они были проведены в основном с использованием публикаций и баз данных, созданных и поддерживаемых ВОЗ или структурами Организации Объединенных Наций, членом которой является ВОЗ. Ряд статистических данных был получен из других международных организаций. В некоторых случаях, когда определения индикаторов уточняются и собираются только базовые данные, были представлены косвенные показатели (прокси). Все косвенные показатели (прокси), приведенные в этом приложении, четко обозначаются путем использования сопроводительных сносок.

Эти оценки там, где это было возможно, произведены ВОЗ с использованием стандартизованных категорий и методов в целях достижения сопоставимости между странами. Данный подход может в некоторых случаях привести к появлению различий между представленными оценками и официальными данными национальной статистики, которые предоставляют государства-члены. Кроме того, важно отметить, что эти оценки могут характеризоваться значительной погрешностью, особенно для стран с недостаточно надежными системами статистики и медико-санитарной информации, и где качество исходных эмпирических данных ограничено.

Для показателей с отчетным периодом, представленным допустимым диапазоном, значения относятся к последнему доступному году в указанном диапазоне, если не указано иное.

Если не указано иное, укрупненные данные о коэффициентах и соотношениях по регионам и для мира в целом в соответствующих случаях представляют собой средневзвешенные величины, а абсолютные данные представлены суммарным значением. Укрупненные показатели рассчитываются только в том случае, если имеются данные, по крайней мере, для 50% населения (или другого знаменателя), входящего в указанную группу. Для показателей с отчетным периодом, представленным допустимым диапазоном, укрупненные показатели относятся к тому отчетному периоду, который приведен в заголовке, если не указано иное. Некоторые региональные и глобальные укрупненные показатели ВОЗ могут включать страновые оценки, которые отсутствуют в национальной отчетности.

Более подробную информацию о показателях и оценках, представленных в этом приложении, можно найти в Глобальной обсерватории здравоохранения[1].

Примечание: — указывает, что данные недоступны или не применимы.

[1] Глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ) — это портал ВОЗ, обеспечивающий доступ к данным и результатам аналитических исследований ВОЗ по мониторингу глобальной ситуации в области здравоохранения. См. http://www.who.int/gho/en — по состоянию на 18 марта 2017 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ В
Часть 1

						3.1		3.2		3.3
	Численность населения[a] (тыс. человек)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении[b] (лет)			Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении[b] (лет)	Коэффициент материнской смертности[c] (на 100 000 живорождений)	Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками[d] (%)	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет[e] (на 1000 живорож-дений)	Коэффициент неонатальной смертности[e] (на 1000 живорождений)	Число новых заражений ВИЧ среди взрослых в возрасте 15-49 лет[f] (на 1000 неинфицированного населения)
Государства-члены	2015	Мужчины	Женщины	Оба пола	2015	2015	2005–2016	2015	2015	2015
Австралия	23 969	80.9	84.8	82.8	71.9	6	99[ac]	3.8	2.2	0.10
Австрия	8 545	79.0	83.9	81.5	72.0	4	99[ac]	3.5	2.1	–
Азербайджан	9 754	69.6	75.8	72.7	64.7	25	100[ac]	31.7	18.2	0.20
Албания	2 897	75.1	80.7	77.8	68.8	29	99	14.0	6.2	–
Алжир	39 667	73.8	77.5	75.6	66.0	140	97	25.5	15.5	0.02
Ангола	25 022	50.9	54.0	52.4	45.8	477	47[ac]	156.9	48.7	1.86
Андорра	70	–	–	–	–	–	–	2.8	1.4	–
Антигуа и Барбуда	92	74.1	78.6	76.4	67.5	–	100[ac]	8.1	4.9	–
Аргентина	43 417	72.7	79.9	76.3	67.6	52	100	12.5	6.3	0.23
Армения	3 018	71.6	77.7	74.8	66.8	25	100[ac]	14.1	7.4	0.26
Афганистан	32 527	59.3	61.9	60.5	52.2	396	51[ac]	91.1	35.5	0.06
Багамские Острова	388	72.9	79.1	76.1	66.6	80	98[ac]	12.1	6.9	2.26
Бангладеш	160 996	70.6	73.1	71.8	62.3	176	42[ac]	37.6	23.3	0.01
Барбадос	284	73.1	77.9	75.5	66.6	27	99[ac]	13.0	8.0	1.19
Бахрейн	1 377	76.2	77.9	76.9	67.0	15	100[ac]	6.2	1.1	–
Беларусь	9 496	66.5	78.0	72.3	65.1	4	100	4.6	1.9	1.05
Белиз	359	67.5	73.1	70.1	62.3	28	94[ac]	16.5	8.3	0.82
Бельгия	11 299	78.6	83.5	81.1	71.1	7	–	4.1	2.2	–
Бенин	10 880	58.8	61.1	60.0	52.5	405	77[ac]	99.5	31.8	0.69
Болгария	7 150	71.1	78.0	74.5	66.4	11	100[ac]	10.4	5.6	–
Боливия (Многонациональное Государство)	10 725	68.2	73.3	70.7	62.2	206	85	38.4	19.6	0.24
Босния и Герцеговина	3 810	75.0	79.7	77.4	68.6	11	100	5.4	4.0	–
Ботсвана	2 262	63.3	68.1	65.7	56.9	129	100[ac]	43.6	21.9	9.37
Бразилия	207 848	71.4	78.7	75.0	65.5	44	99[ac]	16.4	8.9	0.39
Бруней-Даруссалам	423	76.3	79.2	77.7	70.4	23	100[ac]	10.2	4.3	–
Буркина-Фасо	18 106	59.1	60.5	59.9	52.6	371	66	88.6	26.7	0.45
Бурунди	11 179	57.7	61.6	59.6	52.2	712	60	81.7	28.6	0.18
Бутан	775	69.5	70.1	69.8	61.2	148	75[ac]	32.9	18.3	–
Бывшая Югославская Республика Македония	2 078	73.5	77.8	75.7	67.5	8	100[ac]	5.5	3.5	–
Вануату	265	70.1	74.0	72.0	64.6	78	89[ac]	27.5	11.6	–
Венгрия	9 855	72.3	79.1	75.9	67.4	17	99[ac]	5.9	3.5	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	31 108	70.0	78.5	74.1	65.2	95	100[ac]	14.9	8.9	0.33
Вьетнам	93 448	71.3	80.7	76.0	66.6	54	94	21.7	11.4	0.28
Габон	1 725	64.7	67.2	66.0	57.2	291	89[ac]	50.8	23.2	1.39
Гаити	10 711	61.5	65.5	63.5	55.4	359	49	69.0	25.4	0.21
Гайана	767	63.9	68.5	66.2	58.9	229	86	39.4	22.8	0.88
Гамбия	1 991	59.8	62.5	61.1	53.8	706	57	68.9	29.9	1.24
Гана	27 410	61.0	63.9	62.4	55.3	319	71	61.6	28.3	0.77
Гватемала	16 343	68.5	75.2	71.9	62.1	88	66	29.1	13.4	0.41
Гвинея-Бисау	1 844	57.2	60.5	58.9	51.5	549	45[ac]	92.5	39.7	–
Гвинея	12 609	58.2	59.8	59.0	51.7	679	45[ac]	93.7	31.3	1.18
Германия	80 689	78.7	83.4	81.0	71.3	6	99[ac]	3.7	2.1	–
Гондурас	8 075	72.3	77.0	74.6	64.9	129	83	20.4	11.0	0.10
Гренада	107	71.2	76.1	73.6	65.0	27	99[ac]	11.8	6.0	–
Греция	10 955	78.3	83.6	81.0	71.9	3	–	4.6	2.9	0.19
Грузия	4 000	70.3	78.3	74.4	66.5	36	100	11.9	7.2	0.50
Дания	5 669	78.6	82.5	80.6	71.2	6	98[ac]	3.5	2.5	–
Демократическая Республика Конго	77 267	58.3	61.5	59.8	51.7	693	80	98.3	30.1	0.34
Джибути	888	61.8	65.3	63.5	55.8	229	87[ac]	65.3	33.4	1.09
Доминика	73	–	–	–	–	–	100[ac]	21.2	15.6	–
Доминиканская Республика	10 528	70.9	77.1	73.9	65.1	92	98[ac]	30.9	21.7	0.36

3.3				3.4		3.5	3.6	3.7		
Заболеваемость туберкулезом[g] (на 100 000 населения)	Заболеваемость малярией[h] (на 1000 населения из группы риска)	Дети в возрасте до 1 года, получившие 3 дозы вакцины от гепатита B[i] (%)	Зарегистрированное число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней[j]	Вероятность умереть в возрасте от 30 до достижения 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний[k] (%)	Коэффициент смертности от самоубийств[k] (на 100 000 населения)	Общее потребление алкоголя на душу населения (в возрасте ≥ 15 лет), (в литрах чистого спирта), прогнозные оценки[l]	Коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий[m] (на 100 000 населения)	Доля женщин репродуктивного возраста, состоявших в официально зарегистрированном или гражданском браке, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами[n] (%)	Рождаемость среди подростков[o] (на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет)	
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2013	2005–2015	2005–2014	**Государства-члены**
6.0	–	93	17 476	8.9	11.8	11.2	5.4	–	14.2	Австралия
7.6	–	98	8	11.2	16.4	10.6	5.4	–	7.9	Австрия
69	0.0	96	1 699 962	23.8	3.3	4.0	10.0	21.5	47.2	Азербайджан
19	–	98	0	14.7	4.3	5.7	15.1	12.9	19.7	Албания
75	<0.1	95	7 561	15.0	3.1	1.0	23.8	77.2	12.4	Алжир
370	124.0	64	18 534 219	24.8	20.5	10.8	26.9	–	190.9	Ангола
6.5	–	94	0	–	–	10.5	7.6	–	4.4	Андорра
7.5	–	99	158	15.6	0.0	5.4	6.7	–	–	Антигуа и Барбуда
25	0.0	94	634	17.1	14.2	9.1	13.6	–	68.1	Аргентина
41	–	94	39 044	23.2	5.4	5.4	18.3	39.2	22.7	Армения
189	23.6	78	13 765 392	31.0	5.5	0.5	15.5	–	51.9	Афганистан
18	–	95	4 127	16.8	1.8	5.4	13.8	–	34.6	Багамские Острова
225	0.8	94	49 839 493	21.5	5.5	0.2	13.6	72.5	113.0	Бангладеш
0.0	–	97	97	16.2	0.4	7.8	6.7	70.0	49.7	Барбадос
18	–	98	6	15.5	6.5	0.9	8.0	–	13.8	Бахрейн
55	–	99	0	28.6	22.8	16.4	13.7	74.2	21.6	Беларусь
25	0.1	94	7 300	22.5	7.3	8.2	24.4	73.1	64.0	Белиз
9.4	–	98	6	11.6	20.5	13.2	6.7	–	7.2	Бельгия
60	293.7	79	7 029 345	22.2	9.3	2.6	27.7	24.5	94.0	Бенин
24	–	92	313	23.8	15.9	13.6	8.3	–	40.8	Болгария
117	3.9	99	1 883 582	16.0	18.7	5.9	23.2	42.8	115.6	Боливия (Многонациональное Государство)
37	–	82	0	17.6	6.0	5.9	17.7	21.9	11.0	Босния и Герцеговина
356	0.9	95	257 169	18.6	9.7	8.2	23.6	–	39.0	Ботсвана
41	7.9	96	11 067 291	16.9	6.3	8.9	23.4	89.3	64.8	Бразилия
58	–	99	9 239	12.6	1.3	1.3	8.1	–	16.6	Бруней-Даруссалам
52	389.2	91	11 658 638	23.0	9.2	7.6	30.0	37.1	130.0	Буркина-Фасо
122	126.3	94	5 601 304	21.6	8.0	6.9	31.3	32.6	85.0	Бурунди
155	0.1	99	227 111	23.1	11.7	0.5	15.1	84.6	28.4	Бутан
13	–	92	0	22.2	8.0	2.8	9.4	22.3	18.7	Бывшая Югославская Республика Македония
63	3.3	64	266 041	22.3	5.8	1.3	16.6	50.7	78.0	Вануату
9.3	–	–	2	22.9	21.6	12.3	7.7	–	19.8	Венгрия
29	68.4	87	280 243	17.9	3.0	7.1	45.1	–	94.5	Венесуэла (Боливарианская Республика)
137	0.3	97	4 468 764	17.3	7.4	8.6	24.5	69.7	36.0	Вьетнам
465	232.4	80	1 560 166	16.3	10.9	10.8	22.9	33.7	115.0	Габон
194	8.4	60	9 831 829	24.3	11.2	6.3	15.1	44.8	66.0	Гаити
93	40.7	95	747 901	27.8	29.0	8.7	17.3	52.5	101.0	Гайана
174	208.8	97	171 850	20.4	6.2	5.0	29.4	23.9	88.0	Гамбия
160	266.4	88	15 536 903	21.3	6.9	4.4	26.2	44.6	65.0	Гана
25	1.4	74	3 321 447	15.5	2.5	3.1	19.0	65.5	91.0[ad]	Гватемала
373	89.3	80	1 731 541	18.8	6.3	5.4	27.5	37.6	136.7	Гвинея-Бисау
177	367.8	51	9 213 212	20.3	7.7	0.8	27.3	15.7	146.0	Гвинея
8.1	–	88	147	12.0	13.4	11.4	4.3	–	7.8	Германия
43	2.6	85	2 399 777	13.9	3.5	3.8	17.4	76.0	101.0	Гондурас
5.4	–	92	11	25.3	0.5	8.1	–	–	–	Гренада
4.5	–	96	13	12.3	4.3	8.5	9.1	–	8.3	Греция
99	0.0	94	65	22.2	6.7	8.1	11.8	52.8	41.5	Грузия
6.0	–	–	0	11.6	12.2	10.1	3.5	–	2.4	Дания
324	246.0	81	52 564 709	20.3	9.8	3.0	33.2	15.6	138.0	Демократическая Республика Конго
378	25.4	84	108 810	19.4	8.6	0.4	24.7	–	20.6	Джибути
11	–	98	7 546	–	–	5.0	15.3	–	47.2[ad]	Доминика
60	0.3	81	989 731	18.7	6.8	6.6	29.3	84.1	90.0	Доминиканская Республика

ПРИЛОЖЕНИЕ B
Часть 1

						3.1		3.2		3.3
	Численность населения[a] (тыс. человек)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении[b] (лет)			Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении[b] (лет)	Коэффициент материнской смертности[c] (на 100 000 живорождений)	Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками[d] (%)	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет[e] (на 1000 живорож-дений)	Коэффициент неонатальной смертности[e] (на 1000 живорож-дений)	Число новых заражений ВИЧ среди взрослых в возрасте 15-49 лет[f] (на 1000 неинфицированного населения)
Государства-члены	2015	Мужчины 2015	Женщины	Оба пола	2015	2015	2005–2016	2015	2015	2015
Египет	91 508	68.8	73.2	70.9	62.2	33	92	24.0	12.8	0.03
Замбия	16 212	59.0	64.7	61.8	53.6	224	63	64.0	21.4	8.55
Зимбабве	15 603	59.0	62.3	60.7	52.3	443	78	70.7	23.5	8.84
Израиль	8 064	80.6	84.3	82.5	72.8	5	–	4.0	2.1	–
Индия	1 311 051	66.9	69.9	68.3	59.5	174	81[ac]	47.7	27.7	0.11
Индонезия	257 564	67.1	71.2	69.1	62.2	126	87	27.2	13.5	0.50
Иордания	7 595	72.5	75.9	74.1	65.0	58	100	17.9	10.6	–
Ирак	36 423	66.2	71.8	68.9	60.0	50	91	32.0	18.4	–
Иран (Исламская Республика)	79 109	74.5	76.6	75.5	66.6	25	96	15.5	9.5	0.14
Ирландия	4 688	79.4	83.4	81.4	71.5	8	100[ac]	3.6	2.3	–
Исландия	329	81.2	84.1	82.7	72.7	3	–	2.0	0.9	–
Испания	46 122	80.1	85.5	82.8	72.4	5	–	4.1	2.8	0.14
Италия	59 798	80.5	84.8	82.7	72.8	4	100[ac]	3.5	2.1	0.16
Йемен	26 832	64.3	67.2	65.7	57.7	385	45[ac]	41.9	22.1	0.07
Кабо-Верде	521	71.3	75.0	73.3	64.4	42	92	24.5	12.2	0.60
Казахстан	17 625	65.7	74.7	70.2	63.3	12	100[ac]	14.1	7.0	0.36
Камбоджа	15 578	66.6	70.7	68.7	58.9	161	89[ac]	28.7	14.8	0.08
Камерун	23 344	55.9	58.6	57.3	50.3	596	65[ac]	87.9	25.7	3.57
Канада	35 940	80.2	84.1	82.2	72.3	7	98[ac]	4.9	3.2	–
Катар	2 235	77.4	80.0	78.2	67.7	13	100	8.0	3.8	–
Кения	46 050	61.1	65.8	63.4	55.6	510	62	49.4	22.2	3.52
Кипр	1 165	78.3	82.7	80.5	71.3	7	97[ac]	2.7	1.5	–
Кирибати	112	63.7	68.8	66.3	59.1	90	98[ac]	55.9	23.7	–
Китай	1 383 925	74.6	77.6	76.1	68.5	27	100[ac]	10.7	5.5	–
Колумбия	48 229	71.2	78.4	74.8	65.1	64	99	15.9	8.5	0.39
Коморские Острова	788	61.9	65.2	63.5	55.9	335	82	73.5	34.0	–
Конго	4 620	63.2	66.3	64.7	56.6	442	94[ac]	45.0	18.0	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	25 155	67.0	74.0	70.6	64.0	82	100	24.9	13.5	–
Коста-Рика	4 808	77.1	82.2	79.6	69.7	25	99	9.7	6.2	0.24
Кот-д'Ивуар	22 702	52.3	54.4	53.3	47.0	645	59	92.6	37.9	1.88
Куба	11 390	76.9	81.4	79.1	69.2	39	99	5.5	2.3	0.48
Кувейт	3 892	73.7	76.0	74.7	65.8	4	99[ac]	8.6	3.2	–
Кыргызстан	5 940	67.2	75.1	71.1	63.8	76	98	21.3	11.5	0.28
Лаосская Народно-Демократическая Республика	6 802	64.1	67.2	65.7	57.9	197	40	66.7	30.1	–
Латвия	1 971	69.6	79.2	74.6	67.1	18	98[ac]	7.9	5.2	0.53
Лесото	2 135	51.7	55.4	53.7	46.6	487	78	90.2	32.7	18.80
Либерия	4 503	59.8	62.9	61.4	52.7	725	61	69.9	24.1	0.56
Ливан	5 851	73.5	76.5	74.9	65.7	15	–	8.3	4.8	0.05
Ливия	6 278	70.1	75.6	72.7	63.8	9	100[ac]	13.4	7.2	–
Литва	2 878	68.1	79.1	73.6	66.0	10	100[ac]	5.2	2.5	–
Люксембург	567	79.8	84.0	82.0	71.8	10	100[ac]	1.9	0.9	–
Маврикий	1 273	71.4	77.8	74.6	66.8	53	100[ac]	13.5	8.4	0.42
Мавритания	4 068	61.6	64.6	63.1	55.1	602	65	84.7	35.7	0.28
Мадагаскар	24 235	63.9	67.0	65.5	56.9	353	44	49.6	19.7	0.50
Малави	17 215	56.7	59.9	58.3	51.2	634	90[ac]	64.0	21.8	3.82
Малайзия	30 331	72.7	77.3	75.0	66.5	40	99[ac]	7.0	3.9	0.27
Мали	17 600	58.2	58.3	58.2	51.1	587	49	114.7	37.8	1.05
Мальдивские Острова	364	76.9	80.2	78.5	69.6	68	96	8.6	4.9	–
Мальта	419	79.7	83.7	81.7	71.7	9	100[ac]	6.4	4.4	–
Марокко	34 378	73.3	75.4	74.3	64.9	121	74	27.6	17.6	0.07
Маршалловы Острова	53	–	–	–	–	–	90	36.0	16.7	–
Мексика	127 017	73.9	79.5	76.7	67.4	38	96	13.2	7.0	0.16

3.3				3.4		3.5	3.6	3.7		
Заболеваемость туберкулезом[g] (на 100 000 населения)	Заболеваемость малярией[h] (на 1000 населения из группы риска)	Дети в возрасте до 1 года, получившие 3 дозы вакцины от гепатита B[i] (%)	Зарегистрированное число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней[j]	Вероятность умереть в возрасте от 30 до достижения 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний[k] (%)	Коэффициент смертности от самоубийств[k] (на 100 000 населения)	Общее потребление алкоголя на душу населения (в возрасте ≥ 15 лет), (в литрах чистого спирта), прогнозные оценки[l]	Коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий[m] (на 100 000 населения)	Доля женщин репродуктивного возраста, состоявших в официально зарегистрированном или гражданском браке, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами[n] (%)	Рождаемость среди подростков[o] (на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет)	
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2013	2005–2015	2005–2014	**Государства-члены**
15	–	93	1 640 557	23.5	2.6	0.4	12.8	80.0	56.0	Египет
391	173.7	90	11 830 416	17.2	6.4	3.9	24.7	63.8	145.0	Замбия
242	114.2	87	10 346 543	18.4	10.5	8.5	28.2	86.0	120.0	Зимбабве
4.0	–	97	2	9.5	5.5	3.0	3.6	–	10.2	Израиль
217	18.6	87	497 396 247	23.3	15.7	5.0	16.6	63.9	28.1	Индия
395	26.1	81	111 437 132	26.6	2.9	0.6	15.3	78.8	47.0	Индонезия
7.0	–	99	258	19.6	3.2	0.5	26.3	58.0	26.0	Иордания
43	0.0	56	2 107 072	22.0	3.0	0.4	20.2	59.3	82.0	Ирак
16	0.5	98	18 692	14.8	3.6	1.0	32.1	68.6	37.7	Иран (Исламская Республика)
7.2	–	95	0	10.3	11.7	10.9	4.1	–	9.2	Ирландия
2.4	–	–	0	8.3	13.1	7.5	4.6	–	7.1	Исландия
12	–	97	91	10.0	8.5	9.2	3.7	–	8.4	Испания
5.8	–	93	0	9.4	7.9	7.6	6.1	–	5.8	Италия
48	22.2	69	5 840 695	30.9	8.2	0.2	21.5	47.0	67.0	Йемен
139	0.2	93	136 792	16.1	8.5	8.2	26.1	73.2	–	Кабо-Верде
89	–	98	0	28.6	27.5	8.7	24.2	79.6	36.4	Казахстан
380	13.0	89	5 610 240	23.3	11.9	5.3	17.4	56.4	57.0	Камбоджа
212	264.2	84	20 630 132	22.4	11.9	9.9	27.6	40.2	119.0	Камерун
5.1	–	55	0	9.8	12.3	10.0	6.0	–	12.6	Канада
34	–	99	26	14.2	6.4	1.0	15.2	68.9	13.4	Катар
233	166.0	89	13 642 040	17.8	6.5	4.4	29.1	75.4	96.0	Кения
6.2	–	97	2	11.5	4.7	9.3	5.2	–	4.2	Кипр
551	–	87	33 294	28.2	14.3	2.7	2.9	35.8	49.9	Кирибати
67	<0.1	99	26 100 630	18.1	10.0	7.8	18.8	–	6.2	Китай
31	12.3	91	3 846 506	14.6	6.1	5.2	16.8	83.7	84.0	Колумбия
35	5.0	80	525 978	22.6	7.4	0.2	28.0	27.8	70.0	Коморские Острова
379	173.3	80	1 346 327	17.8	9.6	7.9	26.4	38.5	147.0	Конго
561	1.0	96	6 082 191	26.5	15.8	3.9	20.8	76.7	0.7	Корейская Народно-Демократическая Республика
11	0.0	92	11 684	11.1	7.7	4.1	13.9	89.1	61.2	Коста-Рика
159	348.8	83	18 738 388	28.4	18.1	5.2	24.2	30.9	125.0	Кот-д'Ивуар
7.0	–	96	43 862	16.4	14.0	5.4	7.5	88.4	52.5	Куба
22	–	99	0	18.0	4.0	0.2	18.7	–	7.1	Кувейт
144	0.0	97	111 901	24.0	7.4	5.5	22.0	62.1	42.1	Кыргызстан
182	20.9	89	2 183 066	25.8	12.3	7.3	14.3	61.3	94.0	Лаосская Народно-Демократическая Республика
41	–	94	10	22.9	21.7	12.3	10.0	–	15.3	Латвия
788	–	93	523 534	23.6	10.4	5.7	28.2	76.1	94.0	Лесото
308	246.2	52	4 048 546	17.1	6.3	5.4	33.7	37.2	147.0	Либерия
13	–	81	5	18.4	3.1	1.6	22.6	–	–	Ливан
40	–	94	8	20.3	5.5	0.1	24.2k	29.6	6.0	Ливия
56	–	94	33	20.4	32.7	18.2	10.6	–	13.9	Литва
6.1	–	99	0	9.7	11.1	11.1	8.7	–	6.4	Люксембург
22	–	97	0	22.5	9.3	4.0	12.2	40.8	29.4	Маврикий
107	74.2	73	690 268	18.5	5.9	0.1	24.5	23.8	71.0	Мавритания
236	104.2	69	21 298 533	23.7	4.6	1.8	28.4	49.6	148.0	Мадагаскар
193	188.8	88	11 426 323	20.2	5.5	2.4	35.0	73.6	143.0	Малави
89	1.9	99	174 457	17.1	5.8	1.5	24.0	–	12.7	Малайзия
57	448.6	68	18 291 866	24.4	5.7	1.2	25.6	27.3	172.0	Мали
53	–	99	1 892	12.4	8.6	1.7	3.5	42.7	13.7	Мальдивские Острова
8.8	–	95	0	10.5	6.0	7.5	5.1	–	13.1	Мальта
107	–	99	2 742	16.7	4.8	0.8	20.8	74.8	32.0	Марокко
344	–	85	239 476	–	–	–	5.7	80.5	85.0	Маршалловы Острова
21	0.2	82	9 923 501	15.2	5.0	7.1	12.3	81.9	70.9	Мексика

ПРИЛОЖЕНИЕ B
Часть 1

						3.1		3.2		3.3
	Численность населения[a] (тыс. человек)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении[b] (лет)			Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении[b] (лет)	Коэффициент материнской смертности[c] (на 100 000 живорождений)	Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками[d] (%)	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет[e] (на 1000 живорож-дений)	Коэффициент неонатальной смертности[e] (на 1000 живорождений)	Число новых заражений ВИЧ среди взрослых в возрасте 15-49 лет[f] (на 1000 неинфицированного населения)
		Мужчины	Женщины	Оба пола						
Государства-члены	2015	2015			2015	2015	2005–2016	2015	2015	2015
Микронезия (Федеративные Штаты)	104	68.1	70.6	69.4	62.5	100	100[ac]	34.7	18.8	–
Мозамбик	27 978	55.7	59.4	57.6	49.6	489	54[ac]	78.5	27.1	7.07
Монако	38	–	–	–	–	–	–	3.5	1.9	–
Монголия	2 959	64.7	73.2	68.8	62.0	44	99	22.4	11.1	0.03
Мьянма	53 897	64.6	68.5	66.6	59.2	178	60[ac]	50.0	26.4	0.41
Намибия	2 459	63.1	68.3	65.8	57.5	265	88	45.4	15.9	6.79
Науру	10	–	–	–	–	–	97[ac]	35.4	22.7	–
Непал	28 514	67.7	70.8	69.2	61.1	258	56[ac]	35.8	22.2	0.08
Нигер	19 899	60.9	62.8	61.8	54.2	553	40	95.5	26.8	0.19
Нигерия	182 202	53.4	55.6	54.5	47.7	814	35	108.8	34.3	–
Нидерланды	16 925	80.0	83.6	81.9	72.2	7	–	3.8	2.4	–
Никарагуа	6 082	71.5	77.9	74.8	63.7	150	88[ac]	22.1	9.8	0.23
Ниуэ	2	–	–	–	–	–	100[ac]	23.0	12.5	–
Новая Зеландия	4 529	80.0	83.3	81.6	71.6	11	97[ac]	5.7	3.1	–
Норвегия	5 211	79.8	83.7	81.8	72.0	5	99[ac]	2.6	1.5	–
Объединенная Республика Танзания	53 470	59.9	63.8	61.8	54.1	398	49	48.7	18.8	2.11
Объединенные Арабские Эмираты	9 157	76.4	78.6	77.1	67.9	6	–	6.8	3.5	–
Оман	4 491	75.0	79.2	76.6	66.7	17	99[ac]	11.6	5.2	–
Острова Кука	21	–	–	–	–	–	100[ac]	8.1	4.4	–
Пакистан	188 925	65.5	67.5	66.4	57.8	178	52[ac]	81.1	45.5	0.16
Палау	21	–	–	–	–	–	100	16.4	9.0	–
Панама	3 929	74.7	81.1	77.8	68.1	94	94	17.0	9.6	0.48
Папуа-Новая Гвинея	7 619	60.6	65.4	62.9	56.4	215	53	57.3	24.5	0.54
Парагвай	6 639	72.2	76.0	74.0	65.2	132	96[ac]	20.5	10.9	0.30
Перу	31 377	73.1	78.0	75.5	65.6	68	90	16.9	8.2	0.17
Польша	38 612	73.6	81.3	77.5	68.7	3	100[ac]	5.2	3.1	–
Португалия	10 350	78.2	83.9	81.1	71.4	10	99[ac]	3.6	2.0	–
Республика Корея	50 293	78.8	85.5	82.3	73.2	11	100[ac]	3.4	1.6	–
Республика Молдова	4 069	67.9	76.2	72.1	64.8	23	100[ac]	15.8	11.9	0.55
Российская Федерация	143 457	64.7	76.3	70.5	63.3	25	100[ac]	9.6	5.0	–
Руанда	11 610	61.9	67.4	64.8	55.5	290	91[ac]	41.7	18.7	1.41
Румыния	19 511	71.4	78.8	75.0	66.8	31	99[ac]	11.1	6.3	–
Сальвадор	6 127	68.8	77.9	73.5	64.1	54	98[ac]	16.8	8.3	0.15
Самоа	193	70.9	77.5	74.0	66.6	51	83[ac]	17.5	9.5	–
Сан-Марино	32	–	–	–	–	–	–	2.9	0.7	–
Сан-Томе и Принсипи	190	65.6	69.4	67.5	59.1	156	93[ac]	47.3	17.1	–
Саудовская Аравия	31 540	73.2	76.0	74.5	64.5	12	98[ac]	14.5	7.9	–
Свазиленд	1 287	56.6	61.1	58.9	50.9	389	88[ac]	60.7	14.2	23.60
Сейшельские Острова	96	69.1	78.0	73.2	65.5	–	99[ac]	13.6	8.6	–
Сенегал	15 129	64.6	68.6	66.7	58.3	315	53	47.2	20.8	0.14
Сент-Винсент и Гренадины	109	71.3	75.2	73.2	64.6	45	99[ac]	18.3	11.5	–
Сент-Китс и Невис	56	–	–	–	–	–	100[ac]	10.5	6.5	–
Сент-Люсия	185	72.6	77.9	75.2	66.1	48	99	14.3	9.3	–
Сербия	8 851	72.9	78.4	75.6	67.7	17	100[ac]	6.7	4.2	–
Сингапур	5 604	80.0	86.1	83.1	73.9	10	100[ac]	2.7	1.0	–
Сирийская Арабская Республика	18 502	59.9	69.9	64.5	56.1	68	96[ac]	12.9	7.0	–
Словакия	5 426	72.9	80.2	76.7	68.1	6	99[ac]	7.3	4.2	–
Словения	2 068	77.9	83.7	80.8	71.1	9	100[ac]	2.6	1.4	–
Соединенное Королевство	64 716	79.4	83.0	81.2	71.4	9	–	4.2	2.4	–
Соединенные Штаты Америки	321 774	76.9	81.6	79.3	69.1	14	99	6.5	3.6	–

3.3				3.4		3.5	3.6	3.7		
Заболеваемость туберкулезом[g] (на 100 000 населения)	Заболеваемость малярией[h] (на 1000 населения из группы риска)	Дети в возрасте до 1 года, получившие 3 дозы вакцины от гепатита B[i] (%)	Зарегистрированное число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней[j]	Вероятность умереть в возрасте от 30 до достижения 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний[k] (%)	Коэффициент смертности от самоубийств[k] (на 100 000 населения)	Общее потребление алкоголя на душу населения (в возрасте ≥ 15 лет), (в литрах чистого спирта), прогнозные оценки[l]	Коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий[m] (на 100 000 населения)	Доля женщин репродуктивного возраста, состоявших в официально зарегистрированном или гражданском браке, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами[n] (%)	Рождаемость среди подростков[o] (на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет)	
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2013	2005–2015	2005–2014	**Государства-члены**
124	–	78	72 590	25.9	11.2	2.4	1.9	–	32.6	Микронезия (Федеративные Штаты)
551	297.7	80	23 150 013	22.9	8.4	2.3	31.6	28.2	167.0	Мозамбик
0.0	–	99	0	–	–	–	0.0	–	–	Монако
428	–	99	43	29.9	28.3	7.8	21.0	68.3	26.7	Монголия
365	11.8	75	41 292 086	24.5	4.3	2.2	20.3	–	30.3	Мьянма
489	14.0	92	1 073 269	18.6	7.6	11.8	23.9	75.1	82.0	Намибия
113	–	91	2	–	–	3.6	–	42.5	105.3[ad]	Науру
156	3.3	91	18 850 311	21.8	6.0	2.5	17.0	56.0	71.0	Непал
95	356.5	65	15 779 050	17.8	4.1	0.5	26.4	40.8	206.0	Нигер
322	380.8	56	140 541 791	20.8	9.9	9.1	20.5	28.8	122.0	Нигерия
5.8	–	94	64	11.0	11.9	8.7	3.4	–	4.5	Нидерланды
51	2.9	98	933 780	16.3	9.5	5.1	15.3	84.0	92.0	Никарагуа
8.1	–	99	0	–	–	7.1	–	–	14.3	Ниуэ
7.4	–	92	3	10.4	12.6	10.1	6.0	–	19.1	Новая Зеландия
6.3	–	–	2	9.6	10.9	7.8	3.8	–	5.0	Норвегия
306	113.9	98	33 064 128	17.8	7.0	6.3	32.9	45.9	72.1	Объединенная Республика Танзания
1.6	–	94	0	17.4	2.9	3.0	10.9	–	34.2	Объединенные Арабские Эмираты
8.4	–	99	5	17.8	5.6	0.5	25.4	19.1	13.5	Оман
7.8	–	99	765	–	–	5.1	24.2	–	56.0	Острова Кука
270	8.6	72	31 056 287	24.7	2.1	0.2	14.2	47.0	44.0	Пакистан
76	–	90	15	–	–	–	4.8	–	27.0	Палау
50	3.7	73	437 597	13.7	5.5	7.9	10.0	75.9	91.1	Панама
432	122.2	62	6 425 746	36.1	10.3	2.4	16.8	40.6	–	Папуа-Новая Гвинея
41	0.0	93	795 686	17.8	10.2	6.3	20.7	84.1	63.0	Парагвай
119	21.2	90	2 831 613	12.7	5.8	8.9	13.9	62.7	65.0	Перу
19	–	96	47	18.4	22.3	12.3	10.3	–	14.0	Польша
23	–	98	6	11.3	13.6	10.6	7.8	–	10.5	Португалия
80	0.8	98	2	8.3	28.3[ae]	11.9	12.0	–	1.7	Республика Корея
152	–	88	0	23.1	14.8	15.9	12.5	60.4	26.7	Республика Молдова
80	–	97	0	29.3	20.1	13.9	18.9	72.4	26.6	Российская Федерация
56	301.3	98	5 065 110	20.4	8.5	11.5	32.1	65.0	45.0	Руанда
84	–	90	19	21.3	11.7	13.7	8.7	–	38.9	Румыния
43	<0.1	91	702 992	14.2	11.1	3.4	21.1	81.9	72.0	Сальвадор
11	–	59	61 325	22.0	5.7	2.8	15.8	39.4	44.0	Самоа
2.5	–	75	0	–	–	–	3.2	–	1.3[ad]	Сан-Марино
97	17.8	96	199 686	18.0	2.0	8.8	31.1	50.3	92.0	Сан-Томе и Принсипи
12	0.1	98	3	16.4	3.4	0.2	27.4	–	17.6	Саудовская Аравия
565	1.4	98	331 005	25.1	14.7	6.0	24.2	80.6	87.0	Свазиленд
9.5	–	98	0	21.7	9.3	10.8	8.6	–	61.2	Сейшельские Острова
139	97.6	89	11 849 373	17.9	6.1	0.5	27.2	46.3	80.0	Сенегал
7.4	–	98	1	24.4	2.7	7.6	8.2	–	70.0	Сент-Винсент и Гренадины
5.1	–	94	2	–	–	6.9	–	–	–	Сент-Китс и Невис
8.8	–	99	33 729	19.7	6.8	7.6	18.1	72.4	42.5	Сент-Люсия
21	–	94	0	20.4	17.0	11.8	7.7	25.1	22.0	Сербия
44	–	96	10 473	10.1	9.9	1.9	3.6	–	2.7	Сингапур
20	–	41	50 995	23.9	2.7	0.8	20.0	53.3	54.0	Сирийская Арабская Республика
6.5	–	96	5	17.6	12.5	12.3	6.6	–	21.2	Словакия
7.2	–	–	7	13.2	21.4	11.3	6.4	–	4.6	Словения
10	–	–	30	11.0	8.5	12.3	2.9	–	19.3	Соединенное Королевство
3.2	–	92	754	13.6	14.3	9.3	10.6	83.4	26.6	Соединенные Штаты Америки

ПРИЛОЖЕНИЕ B
Часть 1

						3.1		3.2		3.3
	Численность населения[a] (тыс. человек)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении[b] (лет)			Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении[b] (лет)	Коэффициент материнской смертности[c] (на 100 000 живорождений)	Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками[d] (%)	Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет[e] (на 1000 живорождений)	Коэффициент неонатальной смертности[e] (на 1000 живорождений)	Число новых заражений ВИЧ среди взрослых в возрасте 15-49 лет[f] (на 1000 неинфицированного населения)
		Мужчины	Женщины	Оба пола						
Государства-члены	2015	2015			2015	2015	2005–2016	2015	2015	2015
Соломоновы Острова	584	67.9	70.8	69.2	62.1	114	86[ac]	28.1	12.2	–
Сомали	10 787	53.5	56.6	55.0	47.8	732	9	136.8	39.7	0.48
Судан	40 235	62.4	65.9	64.1	55.9	311	78[ac]	70.1	29.8	–
Суринам	543	68.6	74.7	71.6	63.1	155	90	21.3	11.5	0.62
Сьерра-Леоне	6 453	49.3	50.8	50.1	44.4	1 360	60	120.4	34.9	0.69
Таджикистан	8 482	66.6	73.6	69.7	62.1	32	90[ac]	44.8	20.5	0.33
Таиланд	67 959	71.9	78.0	74.9	66.8	20	100[ac]	12.3	6.7	0.20
Тимор-Лешти	1 185	66.6	70.1	68.3	60.7	215	29	52.6	22.3	–
Того	7 305	58.6	61.1	59.9	52.8	368	45	78.4	26.7	1.21
Тонга	106	70.6	76.4	73.5	66.0	124	96	16.7	6.9	–
Тринидад и Тобаго	1 360	67.9	74.8	71.2	63.3	63	100[ac]	20.4	13.2	0.52
Тувалу	10	–	–	–	–	–	93	27.1	17.6	–
Тунис	11 254	73.0	77.8	75.3	66.7	62	74	14.0	8.2	0.04
Туркменистан	5 374	62.2	70.5	66.3	59.8	42	100	51.4	22.6	–
Турция	78 666	72.6	78.9	75.8	66.2	16	97[ac]	13.5	7.1	–
Уганда	39 032	60.3	64.3	62.3	54.0	343	57	54.6	18.7	5.12
Узбекистан	29 893	66.1	72.7	69.4	62.4	36	100[ac]	39.1	20.4	0.02
Украина	44 824	66.3	76.1	71.3	64.1	24	100[ac]	9.0	5.5	0.68
Уругвай	3 432	73.3	80.4	77.0	67.9	15	100	10.1	5.1	0.27
Фиджи	892	67.0	73.1	69.9	62.9	30	99	22.4	9.6	–
Филиппины	100 699	65.3	72.0	68.5	61.1	114	73	28.0	12.6	0.12
Финляндия	5 503	78.3	83.8	81.1	71.0	3	100[ac]	2.3	1.3	–
Франция	64 395	79.4	85.4	82.4	72.6	8	98[ac]	4.3	2.2	–
Хорватия	4 240	74.7	81.2	78.0	69.4	8	100	4.3	2.6	–
Центральноафриканская Республика	4 900	50.9	54.1	52.5	45.9	882	40	130.1	42.6	2.40
Чад	14 037	51.7	54.5	53.1	46.1	856	20	138.7	39.3	1.02
Черногория	626	74.1	78.1	76.1	67.9	7	99	4.7	3.1	–
Чешская Республика	10 543	75.9	81.7	78.8	69.4	4	100[ac]	3.4	1.8	–
Чили	17 948	77.4	83.4	80.5	70.4	22	100	8.1	4.9	0.19
Швейцария	8 299	81.3	85.3	83.4	73.1	5	–	3.9	2.7	–
Швеция	9 779	80.7	84.0	82.4	72.0	4	–	3.0	1.6	–
Шри-Ланка	20 715	71.6	78.3	74.9	67.0	30	99	9.8	5.4	0.05
Эквадор	16 144	73.5	79.0	76.2	67.0	64	96	21.6	10.8	0.15
Экваториальная Гвинея	845	56.6	60.0	58.2	51.2	342	68[ac]	94.1	33.1	0.24
Эритрея	5 228	62.4	67.0	64.7	55.9	501	34	46.5	18.4	0.21
Эстония	1 313	72.7	82.0	77.6	68.9	9	99[ac]	2.9	1.5	–
Эфиопия	99 391	62.8	66.8	64.8	56.1	353	28[ac]	59.2	27.7	–
Южно-Африканская Республика	54 490	59.3	66.2	62.9	54.5	138	94	40.5	11.0	14.40
Южный Судан	12 340	56.1	58.6	57.3	49.9	789	19[ac]	92.6	39.3	–
Ямайка	2 793	73.9	78.6	76.2	66.9	89	99[ac]	15.7	11.6	1.07
Япония	126 573	80.5	86.8	83.7	74.9	5	100[ac]	2.7	0.9	–
Регионы ВОЗ										
Африканский регион	989 173	58.2	61.7	60.0	52.3	542	53	81.3	28.0	2.72
Американский регион	986 705	74.0	79.9	77.0	67.3	52	96	14.7	7.7	0.30
Регион Юго-Восточной Азии	1 928 174	67.3	70.7	68.9	60.5	164	78	42.5	24.3	0.16
Европейский регион	910 053	73.2	80.2	76.8	68.0	16	99	11.3	6.0	0.47
Регион Восточного Средиземноморья	643 784	67.4	70.4	68.8	60.1	166	71	52.0	26.6	0.13
Регион Западной части Тихого океана	1 855 126	74.5	78.7	76.6	68.7	41	96	13.5	6.7	0.09
В мире в целом	7 313 015	69.1	73.7	71.4	63.1	216	78	42.5	19.2	0.50

3.3				3.4		3.5	3.6	3.7		
Заболеваемость туберкулезом[g] (на 100 000 населения)	Заболеваемость малярией[h] (на 1000 населения из группы риска)	Дети в возрасте до 1 года, получившие 3 дозы вакцины от гепатита B[i] (%)	Зарегистрированное число людей, нуждающихся в лечении от «забытых» тропических болезней[j]	Вероятность умереть в возрасте от 30 до достижения 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний[k] (%)	Коэффициент смертности от самоубийств[k] (на 100 000 населения)	Общее потребление алкоголя на душу населения (в возрасте ≥ 15 лет), (в литрах чистого спирта), прогнозные оценки[l]	Коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий[m] (на 100 000 населения)	Доля женщин репродуктивного возраста, состоявших в официально зарегистрированном или гражданском браке, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами[n] (%)	Рождаемость среди подростков[o] (на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет)	
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2013	2005–2015	2005–2014	**Государства-члены**
89	67.0	98	534 850	26.4	7.9	1.4	19.2	60.0	62.0	Соломоновы Острова
274	85.5	42	5 015 936	20.2	5.4	0.5	25.4	–	64.0	Сомали
88	36.6	93	26 533 962	25.7	10.2	3.3	24.3	30.2	87.0	Судан
33	1.7	89	56 918	20.9	26.6	8.0	19.1	73.2	65.3	Суринам
307	302.8	86	7 500 446	30.3	15.3	5.7	27.3	37.5	125.0	Сьерра-Леоне
87	0.0	96	123 178	25.8	4.0	2.9	18.8	50.8	54.0	Таджикистан
172	2.7	99	145 141	16.2	16.0	7.2	36.2	89.2	60.0	Таиланд
498	0.2	76	1 170 044	20.7	7.1	1.0	16.6	38.3	50.0	Тимор-Лешти
52	345.1	88	5 586 475	22.4	9.5	2.6	31.1	32.2	85.0	Того
15	–	82	36 871	24.1	3.5	1.4	7.6	47.9	30.0	Тонга
17	–	90	19 323	25.6	14.5	7.9	14.1	55.1	35.5	Тринидад и Тобаго
232	–	96	10 550	–	–	1.9	–	41.0	42.0	Тувалу
37	–	98	6 773	16.8	5.5	1.6	24.4	73.2	6.7[ad]	Тунис
70	–	99	0	34.5	10.0	5.5	17.4	–	21.0	Туркменистан
18	0.0	96	0	16.8	8.7	1.9	8.9	59.7	29.0	Турция
202	218.3	78	23 239 105	21.6	7.1	11.8	27.4	44.7	140.0	Уганда
79	0.0	99	399 873	26.9	9.3	5.1	11.2	–	29.5	Узбекистан
91	–	22	0	28.9	20.1	12.8	10.6	68.0	27.2	Украина
30	–	95	6	16.7	17.0	6.8	16.6	–	63.5	Уругвай
51	–	99	898 821	31.4	8.5	3.3	5.8	–	27.5	Фиджи
322	0.4	60	43 430 927	28.6	3.4	5.6	10.5	51.5	57.0	Филиппины
5.6	–	–	2	10.1	16.2	10.9	4.8	–	7.3	Финляндия
8.2	–	83	48	10.9	16.9	11.7	5.1	95.5	6.2	Франция
13	–	94	11	17.1	17.5	13.6	9.2	–	11.8	Хорватия
391	289.5	47	4 096 089	23.6	17.4	3.8	32.4	28.7	229.0	Центральноафриканская Республика
152	163.2	55	10 688 191	23.0	8.7	5.2	24.1	17.5	203.4	Чад
21	–	82	0	22.0	11.0	9.6	11.9	34.2	13.4	Черногория
5.2	–	97	3	15.6	13.7	13.7	6.1	85.7	11.1	Чешская Республика
16	–	97	7	11.5	9.9	9.0	12.4	–	51.5	Чили
7.4	–	–	0	8.7	15.1	10.0	3.3	–	2.0	Швейцария
9.2	–	53	26	9.1	15.4	8.8	2.8	–	5.1	Швеция
65	0.0	99	33 229	17.7	35.3	4.1	17.4	69.4	20.3	Шри-Ланка
52	0.1	78	1 943 932	13.1	7.5	5.1	20.1	80.7	–	Эквадор
172	215.1	16	466 357	25.0	22.6	11.6	22.9	20.5	176.0	Экваториальная Гвинея
65	14.5	95	1 441 264	25.4	6.7	1.2	24.1	19.6	76.0	Эритрея
18	–	91	0	17.2	18.9	12.8	7.0	–	15.6	Эстония
192	58.6	86	75 106 161	19.3	8.4	4.6	25.3	57.6	71.2	Эфиопия
834	3.1	71	6 696 701	26.5	10.7	11.2	25.1	–	54.0	Южно-Африканская Республика
146	156.0	31	9 706 562	20.3	6.4	–	27.9	5.6	158.0	Южный Судан
4.6	–	91	343 044	15.2	1.4	5.5	11.5	83.0	45.7	Ямайка
17	–	–	10	8.8	19.6	7.8	4.7	–	4.4	Япония
										Регионы ВОЗ
275	244.9	76	632 923 079	20.9	8.8	6.0	26.6	49.6	100.3	Африканский регион
27	10.0	89	52 468 604	14.7	9.6	8.2	15.9	82.5	51.7	Американский регион
246	17.9	87	726 474 894	23.2	12.9	4.0	17.0	73.5	33.9	Регион Юго-Восточной Азии
36	0.0	81	2 378 913	17.8	14.1	10.3	9.3	72.9	17.6	Европейский регион
116	19.0	80	86 152 675	21.8	3.8	0.7	19.9	61.1	46.1	Регион Восточного Средиземноморья
86	3.1	90	90 710 965	17.1	10.8	7.8	17.3	89.7	15.3	Регион Западной части Тихого океана
142	94.0	84	1591 109 130	18.8	10.7	6.4	17.4	76.7	44.1	**В мире в целом**

ПРИЛОЖЕНИЕ B

Часть 2

	3.9			3.a		3.b		3.c	3.d	1.a
	Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха[p] (на 100 000 населения)	Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены[q] (ВССГ) (на 100 000 населения)	Смертность от неумышленного отравления[k] (на 100 000 населения)	Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака лицами в возрасте 15 лет и старше[r] (%)		Охват иммунизаций детей в возрасте 1 года 3 дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3)[t] (%)	Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения, на душу населения[s] (на основе постоянного курса доллара США, 2014 г.), по странам-реципиентам	Обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами на душу населения[t] (на 10 000 населения)	Соблюдение Международных медико-санитарных правил: в среднем по 13 основным показателям[u]	Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов[v]
Государства-члены	2012	2012	2015	Мужчины 2015	Женщины 2015	2015	2014	2005–2015	2010–2016	2014
Австралия	0.4	<0.1	0.5	16.7	13.1	93	–	157.2	100	17.3
Австрия	34.2	0.1	0.4	–	–	98	–	133.2	87	16.3
Азербайджан	47.0	2.1	0.7	46.5	0.4	96	0.88	97.5	84	3.9
Албания	166.1	0.2	0.3	51.2	7.6	98	0.76	–	–	9.4
Алжир	30.6	2.4	1.1	–	–	95	<0.01	31.2	73	9.9
Ангола	105.8	111.2	5.7	–	–	64	1.94	15.9	18	5.0
Андорра	–	–	–	37.2	27.8	97	–	81.3	29	27.9
Антигуа и Барбуда	–	–	0.6	–	–	99	–	–	81	18.1
Аргентина	24.6	0.7	0.8	29.5	18.4	94	0.02	–	76	6.9
Армения	93.2	1.1	0.7	52.3	1.5	94	2.03	78.0	96	7.0
Афганистан	114.8	34.6	1.6	–	–	78	8.26	6.6	42	12.0
Багамские Острова	20.3	0.1	0.3	–	–	95	–	67.1	75	14.8
Бангладеш	68.6	6.0	0.3	39.8	0.7	94	1.02	6.0	76	5.7
Барбадос	17.3	0.2	0.5	13.1	0.9	97	–	65.7	84	10.9
Бахрейн	11.1	0.1	0.3	48.8	7.6	98	–	33.8	96	10.5
Беларусь	100.8	0.2	3.6	46.2	10.6	99	0.63	149.7	90	13.8
Белиз	17.1	1.2	0.8	–	–	94	3.30	25.8	55	13.8
Бельгия	30.2	0.5	0.5	26.5	20.0	99	–	127.8	82	15.1
Бенин	92.6	32.2	3.2	17.7	1.0	79	6.23	7.5	28	9.6
Болгария	217.3	<0.1	0.8	42.4	28.2	91	–	88.6	69	11.0
Боливия (Многонациональное Государство)	48.9	7.0	4.5	30.5	17.1	99	1.69	14.8	77	11.8
Босния и Герцеговина	230.6	<0.1	1.9	47.2	30.0	82	3.06	74.8	57	14.1
Ботсвана	39.1	9.2	1.5	–	–	95	1.75	31.1	62	8.8
Бразилия	15.8	1.1	0.2	19.3	11.3	96	0.01	93.0	97	6.8
Бруней-Даруссалам	0.2	<0.1	0.2	29.3	3.1	99	–	96.6	92	6.5
Буркина-Фасо	96.5	40.9	3.1	36.0	4.5	91	4.88	6.8	50	11.2
Бурунди	106.5	68.4	5.6	–	–	94	4.27	–	62	13.2
Бутан	58.9	7.1	0.9	–	–	99	4.55	13.4	76	8.0
Бывшая Югославская Республика Македония	137.5	<0.1	0.4	–	–	91	0.31	70.1	90	12.9
Вануату	–	–	0.9	–	–	64	22.25	24.0	43	17.9
Венгрия	122.8	<0.1	0.4	32.0	24.8	99	–	98.8	85	10.1
Венесуэла (Боливарианская Республика)	20.5	1.3	0.3	–	–	87	0.01	–	94	5.8
Вьетнам	83.2	2.0	1.0	47.1	1.3	97	1.05	24.1	99	14.2
Габон	50.1	28.1	1.5	–	–	80	1.38	–	52	7.4
Гаити	115.2	28.5	2.8	22.1	2.5	60	4.34	–	56	6.1
Гайана	84.7	4.0	1.0	–	–	95	1.51	7.4	85	9.4
Гамбия	71.2	21.0	2.6	–	–	97	11.44	10.0	33	15.3
Гана	80.0	20.0	1.6	13.1	0.4	88	4.98	10.2	74	6.8
Гватемала	37.3	9.2	1.2	–	–	74	1.65	17.6	55	17.8
Гвинея-Бисау	106.5	48.9	2.8	–	–	80	6.70	7.3	49	7.8
Гвинея	89.3	40.7	2.9	–	–	51	8.35	–	57	9.0
Германия	32.5	0.9	0.2	32.4	28.3	96	–	176.0	99	19.6
Гондурас	54.6	7.9	0.6	33.3	2.1	85	3.66	15.2	83	15.4
Гренада	–	–	0.8	–	–	92	–	45.2	66	9.2
Греция	45.1	<0.1	0.3	52.6	32.7	99	–	96.9	76	10.0
Грузия	204.9	0.2	0.9	57.7	5.7	94	1.91	86.0	82	5.0
Дания	20.3	0.8	0.4	17.6	16.4	93	–	204.6	89	16.8
Демократическая Республика Конго	118.5	107.8	3.6	–	–	81	6.18	10.5	71	11.1
Джибути	81.8	26.4	3.0	–	–	84	4.87	7.9	46	14.1
Доминика	–	–	–	–	–	98	–	–	62	10.5
Доминиканская Республика	26.1	1.9	0.4	18.8	9.4	85	0.58	28.3	71	17.4

2.2			6.1	6.2	7.1	11.6	13.1	16.1		17.19	
Распространенность отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность истощения среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Доля населения, использующая улучшенные источники питьевой воды[x] (%)	Доля населения, использующая улучшенные санитарно-технические средства[x] (%)	Доля населения, использующая в основном чистые виды топлива[y] (%)	Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц ($PM_{2.5}$) в городских районах[z] (в мг/м^3)	Среднегодовой коэффициент смертности от стихийных бедствий[k] (на 100 000 населения)	Смертность от умышленных убийств[k] (на 100 000 населения)	Оценочный показатель смертности, непосредственно связанной с крупными конфликтами[k,aa] (на 100 000 населения)	Полнота сбора данных о смертности по причинам[ab] (%)	
2005–2016	2005–2016	2005–2016	2015	2015	2014	2014	2011–2015	2015	2011–2015	2005–2015	**Государства-члены**
2.0	0.0	7.7	100	100	>95[af]	5.8	0.1	0.9	<0.1	100	Австралия
–	–	–	100	100	>95[af]	17.1	0.2	1.0	<0.1	100	Австрия
18.0	3.1	13.0	87	89	>95	26.3	0.0	2.2	0.3	100	Азербайджан
23.1	9.4	23.4	95	93	67	17.1	0.0	4.1	<0.1	76	Албания
11.7	4.1	12.4	84	88	>95	25.1	<0.1	4.2	1.0	–	Алжир
37.6	4.9	3.3	49	52	48	42.4	0.1	9.6	0.0	–	Ангола
–	–	–	100	100	>95[af]	10.5	–	–	–	100	Андорра
–	–	–	98	–	>95	13.0	0.0	4.8	0.0	93	Антигуа и Барбуда
8.2	1.2	9.9	99	96	>95	14.4	0.1	4.7	0.0	99	Аргентина
9.4	4.2	13.6	100	90	>95	25.0	0.0	1.7	0.0	100	Армения
40.9	9.5	5.4	55	32	17	63.4	0.8	7.0	40.9	–	Афганистан
–	–	–	98	92	>95[af]	12.6	0.0	23.7	0.0	89	Багамские Острова
36.1	14.3	1.4	87	61	10	88.8	0.1	2.9	<0.1	–	Бангладеш
7.7	6.8	12.2	100	96	>95	14.0	0.0	10.1	0.0	75	Барбадос
–	–	–	100	99	>95[af]	60.1	0.0	0.7	2.0	83	Бахрейн
4.5	2.2	9.7	100	94	>95	18.0	0.0	6.2	<0.1	90	Беларусь
15.0	1.8	7.3	100	91	87	20.7	0.0	37.2	0.0	76	Белиз
–	–	–	100	100	>95[af]	15.9	<0.1	1.1	<0.1	100	Бельгия
34.0	4.5	1.7	78	20	7	27.9	<0.1	6.0	0.0	–	Бенин
–	–	–	99	86	79	30.3	0.1	1.5	<0.1	98	Болгария
18.1	1.6	8.7	90	50	79	31.6	0.5	13.6	0.0	–	Боливия (Многонациональное Государство)
8.9	2.3	17.4	100	95	40	55.1	0.1	3.1	<0.1	95	Босния и Герцеговина
31.4	7.2	11.2	96	63	63	19.2	0.1	10.8	0.0	–	Ботсвана
7.1	1.6	7.3	98	83	93	11.3	0.2	30.5	0.2	99	Бразилия
19.7	2.9	8.3	–	–	>95[af]	5.4	0.0	1.3	0.0	100	Бруней-Даруссалам
27.3	7.6	1.2	82	20	7	36.8	<0.1	9.8	<0.1	–	Буркина-Фасо
57.5	6.1	2.9	76	48	<5	48.9	0.2	6.2	0.1	–	Бурунди
33.6	5.9	7.6	100	50	68	39.0	0.0	1.5	0.0	–	Бутан
4.8	1.8	12.4	99	91	61	42.7	0.0	1.4	0.3	98	Бывшая Югославская Республика Македония
28.5	4.4	4.6	95	58	16	7.0	0.9	2.1	0.0	–	Вануату
–	–	–	100	98	>95[af]	22.7	0.0	1.2	0.0	100	Венгрия
13.4	4.1	6.4	93	94	>95	24.0	<0.1	51.7	<0.1	90	Венесуэла (Боливарианская Республика)
24.6	6.4	5.3	98	78	51	27.6	0.1	3.9	0.0	–	Вьетнам
17.5	3.4	7.7	93	42	73	35.8	0.0	9.0	0.0	–	Габон
21.9	5.2	3.6	58	28	9	24.6	0.4	28.1	0.0	–	Гаити
12.0	6.4	5.3	98	84	61	16.1	0.0	18.8	0.0	93	Гайана
25.0	11.1	3.2	90	59	<5	43.0	<0.1	9.1	0.0	–	Гамбия
18.8	4.7	2.6	89	15	21	22.1	0.2	10.0	0.0	–	Гана
46.5	0.7	4.7	93	64	36	33.4	0.2	36.2	0.2	92	Гватемала
27.2	5.9	2.3	79	21	<5	28.9	0.0	9.2	<0.1	–	Гвинея-Бисау
31.3	9.9	3.8	77	20	6	19.4	0.0	8.5	0.2	–	Гвинея
1.3	1.0	3.5	100	99	>95[af]	14.4	0.1	0.7	<0.1	100	Германия
22.7	1.4	5.2	91	83	48	39.6	0.1	85.7	<0.1	15	Гондурас
–	–	–	97	98	>95	14.0	0.0	6.4	0.0	100	Гренада
–	–	–	100	99	>95[af]	12.6	<0.1	2.0	<0.1	98	Греция
11.3	1.6	19.9	100	86	55	23.0	0.2	4.2	<0.1	100	Грузия
–	–	–	100	100	>95[af]	10.5	<0.1	1.1	<0.1	100	Дания
42.6	8.1	4.4	52	29	6	60.7	<0.1	13.4	1.8	–	Демократическая Республика Конго
33.5	21.5	8.1	90	47	10	46.0	0.0	6.8	0.1	–	Джибути
–	–	–	–	–	92	13.0	–	–	–	100	Доминика
7.1	2.4	7.6	85	84	92	17.0	<0.1	30.2	0.0	54	Доминиканская Республика

ПРИЛОЖЕНИЕ B

Часть 2

	3.9			3.a		3.b		3.c	3.d	1.a
	Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха[p] (на 100 000 населения)	Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены[q] (ВССГ) (на 100 000 населения)	Смертность от неумышленного отравления[k] (на 100 000 населения)	Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака лицами в возрасте 15 лет и старше[r] (%)		Охват иммунизаций детей в возрасте 1 года 3 дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3)[t] (%)	Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения, на душу населения[s] (на основе постоянного курса доллара США, 2014 г.), по странам-реципиентам	Обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами на душу населения[t] (на 10 000 населения)	Соблюдение Международных медико-санитарных правил: в среднем по 13 основным показателям[u]	Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов[v]
Государства-члены				Мужчины	Женщины					
	2012	2012	2015	2015		2015	2014	2005–2015	2010–2016	2014
Египет	50.9	1.6	0.5	49.9	0.3	93	0.08	22.5	94	5.6
Замбия	65.4	24.5	2.9	26.5	4.6	90	4.58	8.3	92	11.3
Зимбабве	52.9	27.1	2.1	31.2	2.1	87	4.30	12.7	73	8.5
Израиль	15.8	0.5	0.2	41.2	19.3	94	–	88.8	71	11.6
Индия	133.7	27.4	1.9	20.4	1.9	87	0.20	27.5	98	5.0
Индонезия	85.0	3.6	0.5	76.2	3.6	81	0.32	15.7	99	5.7
Иордания	21.2	1.0	0.7	70.2	10.7	99	3.72	55.1	72	13.7
Ирак	33.5	3.9	0.5	–	–	58	0.34	26.6	91	6.5
Иран (Исламская Республика)	35.2	0.9	1.4	21.5	0.7	98	0.06	30.4	85	17.5
Ирландия	14.6	0.3	0.4	22.4[ag]	21.9[ag]	95	–	150.9	78	13.4
Исландия	6.4	<0.1	0.7	17.0	15.1	92	–	201.4	72	15.7
Испания	14.7	0.3	0.4	31.3	27.1	97	–	91.8	95	14.5
Италия	35.2	0.1	0.5	28.3	19.7	93	–	104.2	90	13.7
Йемен	61.3	13.0	2.9	–	–	69	4.36	10.7	46	3.9
Кабо-Верде	56.1	4.5	0.5	22.2	3.5	93	3.81	8.7	62	11.7
Казахстан	90.0	1.2	2.8	43.9	9.3	98	0.52	111.4	78	10.9
Камбоджа	71.4	5.6	0.9	44.1	2.8	89	4.27	11.2	55	6.1
Камерун	91.8	40.9	3.1	43.8	0.9	84	3.23	6.0	54	4.3
Канада	5.4	0.6	0.6	17.7	12.2	91	–	119.5	100	18.8
Катар	8.9	<0.1	0.3	–	–	99	–	76.6	97	5.8
Кения	60.0	32.5	2.0	24.6	2.1	89	4.74	10.7	69	12.8
Кипр	19.8	0.3	0.3	–	–	97	–	64.0	93	7.6
Кирибати	–	–	2.0	63.9	40.9	87	8.15	48.2	60	5.8
Китай	161.1	0.4	1.6	47.6	1.8	99	0.06	31.5	98	10.4
Колумбия	22.0	0.8	0.3	16.0	6.2	91	0.20	22.2	89	18.1
Коморские Острова	73.5	28.6	3.7	23.1	6.0	80	6.03	–	29	8.7
Конго	93.2	48.1	1.8	43.2	1.7	80	1.38	10.5	44	8.7
Корейская Народно-Демократическая Республика	238.4	1.4	2.3	–	–	96	1.13	68.7	73	–
Коста-Рика	16.9	0.7	0.4	18.5	8.3	92	0.09	19.5	86	23.3
Кот-д'Ивуар	90.7	44.1	4.0	–	–	83	3.64	6.2	78	7.3
Куба	66.0	0.7	0.4	52.7	17.8	99	0.29	155.0	99	18.0
Кувейт	14.2	<0.1	0.2	–	–	99	–	66.8	85	5.8
Кыргызстан	87.1	1.8	0.9	50.4	3.6	97	4.30	77.1	50	11.9
Лаосская Народно-Демократическая Республика	108.3	13.9	1.3	56.6	9.1	89	5.65	10.4	75	3.4
Латвия	101.6	<0.1	1.4	48.9	24.3	95	–	82.5	91	9.8
Лесото	80.4	28.3	3.1	55.1	0.4	93	1.81	–	74	13.1
Либерия	71.3	25.0	2.1	27.6	2.4	52	29.13	2.8	26	11.9
Ливан	29.1	0.4	0.4	45.4	31.0	81	8.40	49.4	76	10.7
Ливия	33.2	0.6	0.8	–	–	94	0.02	90.0	64	4.9
Литва	73.5	<0.1	1.2	38.1	22.2	93	–	122.8	82	13.4
Люксембург	19.8	0.1	0.3	25.8	21.4	99	–	152.5	88	13.6
Маврикий	20.3	0.9	0.1	40.1	3.3	97	0.07	–	70	10.0
Мавритания	64.6	28.9	2.4	44.0	3.7	73	3.63	7.8	29	6.0
Мадагаскар	85.2	26.6	2.4	–	–	69	3.72	3.6	29	10.2
Малави	72.7	26.1	2.7	25.4	6.0	88	7.88	3.5	40	16.8
Малайзия	21.6	0.4	0.6	43.0	1.4	99	0.02	46.8	100	6.4
Мали	117.1	61.1	3.2	36.8	3.2	68	6.11	5.3	55	7.0
Мальдивские Острова	15.3	0.6	0.6	–	–	99	1.65	72.0	60	26.6
Мальта	31.1	<0.1	0.2	29.7	20.2	97	–	125.8	79	15.6
Марокко	25.1	3.4	0.7	45.4	1.4	99	0.31	14.9	95	6.0
Маршалловы Острова	–	–	–	–	–	85	3.21	40.1	51	23.8
Мексика	23.5	1.1	0.5	20.8	6.6	87	0.01	45.8	97	11.6

2.2			6.1	6.2	7.1	11.6	13.1	16.1		17.19	
Распространенность отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность истощения среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Доля населения, использующая улучшенные источники питьевой воды[x] (%)	Доля населения, использующая улучшенные санитарно-технические средства[x] (%)	Доля населения, использующая в основном чистые виды топлива[y] (%)	Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц ($PM_{2.5}$) в городских районах[z] (в мг/м^3)	Среднегодовой коэффициент смертности от стихийных бедствий[k] (на 100 000 населения)	Смертность от умышленных убийств[k] (на 100 000 населения)	Оценочный показатель смертности, непосредственно связанной с крупными конфликтами[k,aa] (на 100 000 населения)	Полнота сбора данных о смертности по причинам[ab] (%)	
2005–2016	2005–2016	2005–2016	2015	2015	2014	2014	2011–2015	2015	2011–2015	2005–2015	**Государства-члены**
22.3	9.5	15.7	99	95	>95	100.6	0.0	5.0	0.4	95	Египет
40.0	6.3	6.2	65	44	16	29.5	0.0	9.7	0.0	–	Замбия
27.6	3.3	3.6	77	37	31	23.9	0.2	28.5	<0.1	–	Зимбабве
–	–	–	100	100	>95[af]	19.2	<0.1	2.0	0.3	100	Израиль
38.4	21.0	1.9	94	40	34	65.7	0.2	4.0	0.1	10	Индия
36.4	13.5	11.5	87	61	57	17.8	0.1	4.3	<0.1	–	Индонезия
7.8	2.4	4.7	97	99	>95	37.7	0.0	3.0	<0.1	65	Иордания
22.1	6.5	11.4	87	86	>95	51.3	<0.1	12.7	83.6	75	Ирак
6.8	4.0	0.0	96	90	>95	40.2	0.1	4.1	0.1	90	Иран (Исламская Республика)
–	–	–	98	91	>95[af]	9.9	<0.1	0.9	<0.1	100	Ирландия
–	–	–	100	99	>95[af]	7.7	0.0	1.3	0.0	100	Исландия
–	–	–	100	100	>95[af]	9.9	0.1	0.8	<0.1	100	Испания
–	–	–	100	100	>95[af]	18.2	0.1	0.9	0.0	100	Италия
46.5	16.3	2.0	–	–	62	42.0	<0.1	6.1	14.3	–	Йемен
–	–	–	92	72	71	–	0.0	5.9	0.0	95	Кабо-Верде
8.0	3.1	9.3	93	98	92	21.1	<0.1	9.0	<0.1	86	Казахстан
32.4	9.6	2.0	76	42	13	25.0	0.7	2.2	<0.1	–	Камбоджа
31.7	5.2	6.7	76	46	18	63.6	<0.1	11.5	1.2	–	Камерун
–	–	–	100	100	>95[af]	7.2	0.1	1.8	<0.1	100	Канада
–	–	–	100	98	>95	104.6	0.0	8.1	0.0	67	Катар
26.0	4.0	4.1	63	30	6	16.8	0.1	8.2	0.6	–	Кения
–	–	–	100	100	>95[af]	17.2	0.0	2.2	0.0	68	Кипр
–	–	–	67	40	<5	–	0.0	9.1	0.0	56	Кирибати
9.4	2.3	6.6	96	77	57	59.5	0.1	0.9	<0.1	62	Китай
12.7	0.9	4.8	91	81	91	18.1	0.3	48.8	0.8	83	Колумбия
32.1	11.1	10.9	90	36	7	16.0	0.1	7.6	0.0	–	Коморские Острова
21.2	8.2	5.9	77	15	18	56.9	0.1	10.1	0.0	–	Конго
27.9	4.0	0.0	100	82	7	31.4	0.2	4.4	0.0	–	Корейская Народно-Демократическая Республика
5.6	1.0	8.1	98	95	>95	19.1	0.1	9.2	0.0	90	Коста-Рика
29.6	7.6	3.2	82	23	18	19.2	<0.1	11.8	0.5	–	Кот-д'Ивуар
–	–	–	95	93	87	16.5	0.2	4.9	0.0	99	Куба
4.9	3.1	6.0	99	100	>95[af]	78.4	0.0	2.5	0.1	65	Кувейт
12.9	2.8	7.0	90	93	76	15.4	0.0	7.7	<0.1	95	Кыргызстан
43.8	6.4	2.0	76	71	<5	33.5	0.2	6.9	0.0	–	Лаосская Народно-Демократическая Республика
–	–	–	99	88	>95	20.1	0.0	6.7	0.0	95	Латвия
33.2	2.8	7.4	82	30	32	21.7	0.2	29.7	0.0	–	Лесото
32.1	5.6	3.2	76	17	<5	6.0	0.0	10.4	0.0	–	Либерия
–	–	–	99	81	>95	31.2	0.0	4.2	3.8	–	Ливан
21.0	6.5	22.4	–	97	–	58.2	0.1	2.5	19.6	–	Ливия
–	–	–	97	92	>95[af]	19.4	0.0	6.8	0.0	99	Литва
–	–	–	100	98	>95[af]	16.6	0.0	0.4	0.0	100	Люксембург
–	–	–	100	93	>95	14.3	0.2	2.7	0.0	97	Маврикий
27.9	14.8	1.3	58	40	45	86.2	<0.1	10.2	0.3	–	Мавритания
49.2	15.2	0.0	52	12	<5	32.0	0.2	7.7	<0.1	–	Мадагаскар
42.4	3.8	5.1	90	41	<5	25.6	0.2	1.7	0.0	–	Малави
17.7	8.0	7.1	98	96	>95	16.6	<0.1	3.8	0.1	58	Малайзия
38.5	15.3	4.7	77	25	<5	34.5	<0.1	10.8	3.7	–	Мали
20.3	10.2	6.5	99	98	>95	–	0.0	3.5	0.0	100	Мальдивские Острова
–	–	–	100	100	>95[af]	14.4	0.0	2.9	0.0	100	Мальта
14.9	2.3	10.7	85	77	>95	18.9	<0.1	1.6	<0.1	22	Марокко
–	–	–	95	77	41	–	–	–	–	–	Маршалловы Острова
12.4	1.0	5.2	96	85	86	20.1	0.2	19.0	1.1	100	Мексика

ПРИЛОЖЕНИЕ B

Часть 2

	3.9			3.a		3.b		3.c	3.d	1.a
	Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха[p] (на 100 000 населения)	Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены[q] (ВССГ) (на 100 000 населения)	Смертность от неумышленного отравления[k] (на 100 000 населения)	Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака лицами в возрасте 15 лет и старше[r] (%)		Охват иммунизаций детей в возрасте 1 года 3 дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3)[t] (%)	Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения, на душу населения[s] (на основе постоянного курса доллара США, 2014 г.), по странам-реципиентам	Обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами на душу населения[t] (на 10 000 населения)	Соблюдение Международных медико-санитарных правил: в среднем по 13 основным показателям[u]	Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов[v]
Государства-члены				Мужчины	Женщины					
	2012	2012	2015	2015		2015	2014	2005–2015	2010–2016	2014
Микронезия (Федеративные Штаты)	–	–	1.1	–	–	72	4.13	38.0	86	21.2
Мозамбик	65.7	37.9	3.3	31.4	5.9	80	9.56	4.6	69	8.8
Монако	–	–	–	–	–	99	–	266.3	79	18.8
Монголия	132.4	3.1	2.2	47.7	5.3	99	2.37	65.6	86	6.7
Мьянма	128.2	10.4	1.8	31.6	6.4	75	3.00	15.0	84	3.6
Намибия	48.0	9.8	2.0	38.9	11.4	92	3.95	31.3	81	13.9
Науру	–	–	–	43.0	52.0	91	9.83	78.8	42	5.2
Непал	103.2	12.9	0.6	37.1	11.1	91	4.32	–	72	11.2
Нигер	111.7	69.2	3.6	18.6	0.2	65	4.83	1.6	75	5.6
Нигерия	99.0	50.9	3.1	17.4	1.1	56	2.68	18.3	64	8.2
Нидерланды	24.0	0.2	0.2	26.2	23.3	95	–	116.9	94	20.9
Никарагуа	63.9	3.5	0.6	–	–	98	3.79	23.0	88	24.0
Ниуэ	–	–	–	20.3	11.4	99	6.21	116.3	61	5.9
Новая Зеландия	0.5	0.6	0.3	17.2	15.4	92	–	135.7	96	23.4
Норвегия	12.7	0.5	1.1	22.4	22.1	95	–	218.3	98	18.2
Объединенная Республика Танзания	51.4	27.6	2.4	27.5	3.8	98	5.77	4.6	67	12.3
Объединенные Арабские Эмираты	7.3	<0.1	0.3	–	–	94	–	46.2	91	8.7
Оман	14.5	0.4	0.2	21.0	1.0	99	–	48.9	95	6.8
Острова Кука	–	–	–	–	–	99	2.90	69.5	56	6.1
Пакистан	87.2	20.7	1.5	41.9	3.0	72	1.00	14.1	53	4.7
Палау	–	–	–	–	–	90	1.42	72.8	91	18.1
Панама	22.9	4.1	0.6	10.6	2.6	73	0.27	38.5	71	14.6
Папуа-Новая Гвинея	46.3	12.4	2.0	–	–	62	3.41	5.9	64	9.5
Парагвай	54.5	2.3	0.5	28.3	7.9	93	0.55	23.3	79	11.9
Перу	33.0	1.3	1.1	21.5	5.9	90	0.35	26.1	70	15.0
Польша	68.9	<0.1	0.4	32.4	23.7	98	–	80.1	74	10.7
Португалия	16.8	0.1	0.3	31.5	13.7	98	–	108.0	93	11.9
Республика Корея	23.2	0.2	0.6	49.8[ag]	4.2[ag]	98	–	79.0	100	12.3
Республика Молдова	101.4	<0.1	1.5	45.7	5.4	87	3.38	78.5	81	13.3
Российская Федерация	98.6	0.2	2.1	59.0	22.8	97	–	78.8	99	9.5
Руанда	68.6	19.4	2.7	–	–	98	9.90	7.3	46	9.9
Румыния	129.5	<0.1	0.7	36.9	22.7	89	–	89.1	77	12.8
Сальвадор	42.7	2.4	0.4	–	–	91	0.45	24.1	94	16.7
Самоа	–	–	0.7	41.0	18.9	66	5.47	23.6	75	15.1
Сан-Марино	–	–	–	–	–	76	–	149.1	40	13.2
Сан-Томе и Принсипи	–	–	1.4	–	–	96	28.76	–	16	12.4
Саудовская Аравия	27.5	0.2	0.9	27.9	2.9	98	–	77.7	97	8.2
Свазиленд	62.6	22.7	3.3	19.0	2.2	90	2.66	15.3	56	16.6
Сейшельские Острова	–	–	0.5	43.0	8.8	97	1.77	54.2	88	9.7
Сенегал	45.7	25.4	2.1	23.4	0.7	89	7.84	4.9	30	8.0
Сент-Винсент и Гренадины	–	–	0.5	–	–	98	1.92	–	65	14.8
Сент-Китс и Невис	–	–	–	–	–	93	–	–	60	6.9
Сент-Люсия	–	–	0.3	–	–	99	2.89	19.6	77	11.5
Сербия	137.3	0.3	0.5	43.6	39.7	95	0.25	75.1	37	13.9
Сингапур	20.7	0.1	0.1	28.0	5.0	96	–	75.6	99	14.1
Сирийская Арабская Республика	30.0	1.8	0.7	–	–	41	0.29	38.5	63	4.8
Словакия	64.0	<0.1	0.5	39.7	17.6	96	–	94.6	95	15.0
Словения	36.7	<0.1	0.4	22.3	18.1	95	–	113.8	74	12.8
Соединенное Королевство	25.7	0.4	0.4	19.9[ag]	18.4[ag]	96	–	112.4	88	16.5
Соединенные Штаты Америки	12.1	0.6	1.2	19.5[ag]	15.0[ag]	95	–	117.8	96	21.3

2.2			6.1	6.2	7.1	11.6	13.1	16.1		17.19	
Распространенность отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность истощения среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Доля населения, использующая улучшенные источники питьевой воды[x] (%)	Доля населения, использующая улучшенные санитарно-технические средства[x] (%)	Доля населения, использующая в основном чистые виды топлива[y] (%)	Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц ($PM_{2.5}$) в городских районах[z] (в мг/м^3)	Среднегодовой коэффициент смертности от стихийных бедствий[k] (на 100 000 населения)	Смертность от умышленных убийств[k] (на 100 000 населения)	Оценочный показатель смертности, непосредственно связанной с крупными конфликтами[k,aa] (на 100 000 населения)	Полнота сбора данных о смертности по причинам[ab] (%)	**Государства-члены**
2005–2016	2005–2016	2005–2016	2015	2015	2014	2014	2011–2015	2015	2011–2015	2005–2015	
–	–	–	89	57	25	6.0	1.3	4.7	0.0	–	Микронезия (Федеративные Штаты)
43.1	6.1	7.9	51	21	<5	22.3	0.2	3.0	0.1	–	Мозамбик
–	–	–	100	100	>95[af]	9.2	–	–	–	100	Монако
10.8	1.0	10.5	64	60	32	32.1	0.0	8.2	0.0	95	Монголия
29.2	7.0	1.3	81	80	9	56.6	0.1	3.9	1.6	–	Мьянма
23.1	7.1	4.1	91	34	46	18.4	0.9	14.6	0.0	–	Намибия
24.0	1.0	2.8	97	66	>95	–	–	–	–	–	Науру
37.1	11.3	2.1	92	46	26	74.3	7.2	3.3	<0.1	–	Непал
43.0	18.7	3.0	58	11	<5	51.5	0.2	10.0	0.2	–	Нигер
32.9	7.2	1.6	69	29	<5	37.6	0.1	9.8	3.1	–	Нигерия
–	–	–	100	98	>95[af]	14.9	<0.1	0.7	0.0	100	Нидерланды
23.0	1.5	6.2	87	68	49	26.0	0.2	15.0	<0.1	82	Никарагуа
–	–	–	99	100	91	–	–	–	–	–	Ниуэ
–	–	–	100	–	>95[af]	5.3	0.9	1.2	0.0	100	Новая Зеландия
–	–	–	100	98	>95[af]	9.1	0.1	0.7	0.3	100	Норвегия
34.4	4.5	3.6	56	16	<5	23.9	<0.1	7.6	<0.1	–	Объединенная Республика Танзания
–	–	–	100	98	>95	64.4	0.0	3.7	<0.1	66	Объединенные Арабские Эмираты
14.1	7.5	4.4	93	97	>95[af]	47.4	0.1	5.0	0.0	81	Оман
–	–	–	100	98	80	–	–	–	–	100	Острова Кука
45.0	10.5	4.8	91	64	45	67.7	0.4	9.5	4.2	–	Пакистан
–	–	–	–	100	58	–	–	–	–	95	Палау
19.1	1.2	0.0	95	75	86	12.8	0.3	18.7	0.0	94	Панама
49.5	14.3	13.8	40	19	31	12.0	0.2	12.2	0.2	–	Папуа-Новая Гвинея
10.9	2.6	11.7	98	89	64	16.9	<0.1	7.5	0.1	81	Парагвай
14.6	0.6	7.2	87	76	68	35.7	0.1	14.6	<0.1	62	Перу
–	–	–	98	97	>95[af]	25.4	<0.1	0.9	0.0	100	Польша
–	–	–	100	100	>95[af]	9.6	0.1	1.1	0.0	100	Португалия
2.5	1.2	7.3	–	100	>95	27.8	0.3	2.0	0.0	100	Республика Корея
6.4	1.9	4.9	88	76	93	17.1	0.0	5.5	0.0	90	Республика Молдова
–	–	–	97	72	>95	16.6	<0.1	10.3	0.5	89	Российская Федерация
37.9	2.2	7.7	76	62	<5	50.6	<0.1	5.1	0.7	–	Руанда
–	–	–	100	79	82	20.2	0.6	1.5	0.0	100	Румыния
13.6	2.1	6.4	94	75	83	37.0	0.1	63.2	0.0	84	Сальвадор
–	–	–	99	92	27	–	2.4	3.1	0.0	–	Самоа
–	–	–	–	–	>95[af]	–	–	–	–	100	Сан-Марино
17.2	4.0	2.4	97	35	30	–	0.0	6.4	0.0	–	Сан-Томе и Принсипи
9.3	11.8	6.1	97	100	>95	127.1	<0.1	5.8	<0.1	36	Саудовская Аравия
25.5	2.0	9.0	74	58	35	19.8	0.2	20.0	0.0	–	Свазиленд
7.9	4.3	10.2	96	98	>95	13.0	0.0	10.2	0.0	94	Сейшельские Острова
20.5	7.8	1.0	79	48	36	43.2	<0.1	7.3	0.1	–	Сенегал
–	–	–	95	–	>95	–	2.2	21.7	0.0	100	Сент-Винсент и Гренадины
–	–	–	98	–	>95[af]	–	–	–	–	88	Сент-Китс и Невис
2.5	3.7	6.3	96	91	>95	15.0	0.7	13.5	0.0	88	Сент-Люсия
6.0	3.9	13.9	99	96	71	21.4	0.1	1.7	<0.1	93	Сербия
–	–	–	100	100	>95[af]	17.0	0.0	2.7	0.0	68	Сингапур
27.5	11.5	17.9	90	96	>95	34.1	0.0	2.5	309.0	81	Сирийская Арабская Республика
–	–	–	100	99	>95	20.2	0.0	1.3	0.0	100	Словакия
–	–	–	100	99	>95	19.4	<0.1	0.6	0.0	100	Словения
–	–	–	100	99	>95[af]	12.4	0.1	1.3	<0.1	100	Соединенное Королевство
2.1	0.5	6.0	99	100	>95[af]	8.4	0.4	5.3	<0.1	100	Соединенные Штаты Америки

ПРИЛОЖЕНИЕ B

Часть 2

	3.9			3.a		3.b		3.c	3.d	1.a
	Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха[p] (на 100 000 населения)	Смертность от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены[q] (ВССГ) (на 100 000 населения)	Смертность от неумышленного отравления[k] (на 100 000 населения)	Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака лицами в возрасте 15 лет и старше[r] (%)		Охват иммунизаций детей в возрасте 1 года 3 дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (КДС3)[t] (%)	Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения, на душу населения[s] (на основе постоянного курса доллара США, 2014 г.), по странам-реципиентам	Обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами на душу населения[t] (на 10 000 населения)	Соблюдение Международных медико-санитарных правил: в среднем по 13 основным показателям[u]	Общие государственные расходы на здравоохранение как % от общих государственных расходов[v]
Государства-члены	2012	2012	2015	Мужчины 2015	Женщины 2015	2015	2014	2005–2015	2010–2016	2014
Соломоновы Острова	54.3	10.4	1.3	–	–	98	9.40	22.1	57	12.5
Сомали	116.9	98.8	3.7	–	–	42	6.70	1.1	6	–
Судан	64.5	34.6	4.2	–	–	93	2.47	42.2	71	11.6
Суринам	22.1	0.8	0.7	–	–	89	1.41	–	72	11.8
Сьерра-Леоне	143.8	90.4	4.7	60.0	12.0	86	17.70	3.4	47	10.8
Таджикистан	92.0	7.5	1.9	–	–	96	3.88	64.4	94	6.8
Таиланд	64.0	1.9	0.5	41.4	2.3	99	0.49	24.7	98	13.3
Тимор-Лешти	91.6	10.3	1.0	–	–	76	10.77	12.7	66	2.4
Того	81.1	37.9	2.5	–	–	88	3.13	3.6	74	7.8
Тонга	–	–	1.4	47.3	13.0	82	6.53	44.1	74	13.5
Тринидад и Тобаго	26.8	0.2	0.4	–	–	96	–	47.5	73	8.2
Тувалу	–	–	–	–	–	96	11.12	77.5	89	16.9
Тунис	42.6	0.8	0.6	–	–	98	0.19	48.4	55	14.2
Туркменистан	70.9	5.8	1.2	–	–	99	0.88	68.5	84	8.7
Турция	51.0	0.8	0.5	39.5	12.4	96	0.03	42.7	78	10.5
Уганда	70.5	30.3	3.1	16.4	2.9	78	5.33	14.6	73	11.0
Узбекистан	76.5	2.4	1.5	24.9	1.3	99	1.09	141.0	83	10.7
Украина	140.4	0.4	3.0	49.4	14.0	23	0.75	96.8	99	10.8
Уругвай	21.4	0.3	0.7	26.7	19.4	95	0.09	97.9	82	20.8
Фиджи	95.1	3.0	0.5	38.7	12.4	99	12.04	27.3	98	9.2
Филиппины	88.7	5.1	0.2	43.0	8.5	60	0.59	–	87	10.0
Финляндия	6.0	0.2	0.6	23.2	18.5	98	–	174.5	96	12.4
Франция	17.2	0.5	0.8	29.8	25.6	98	–	138.3	89	15.7
Хорватия	79.9	<0.1	0.3	39.4	33.5	94	–	92.7	71	14.0
Центральноафриканская Республика	97.0	102.3	4.9	–	–	47	8.43	3.0	29	14.2
Чад	124.2	92.8	5.0	–	–	55	3.51	3.5	40	9.0
Черногория	137.6	<0.1	0.7	–	–	89	0.34	76.9	56	9.8
Чешская Республика	58.0	0.5	0.5	37.4	29.0	99	–	120.0	91	14.9
Чили	19.3	0.2	0.3	40.0	36.0	96	0.03	11.8	79	15.9
Швейцария	18.5	0.3	0.2	26.9	19.7	97	–	219.3	92	22.7
Швеция	0.4	1.1	0.6	20.4	20.8	98	–	160.0	93	19.0
Шри-Ланка	125.4	3.3	0.4	28.4	0.4	99	1.21	24.8	79	11.2
Эквадор	12.8	1.8	0.8	14.0	3.3	78	0.44	37.5	81	10.2
Экваториальная Гвинея	99.3	57.3	2.9	–	–	16	0.86	–	27	7.0
Эритрея	84.9	34.9	3.6	–	–	95	3.10	–	49	3.6
Эстония	47.0	<0.1	0.9	41.2	24.9	93	–	92.9	71	13.5
Эфиопия	57.4	29.6	2.5	8.9	0.5	86	4.67	2.8	79	15.7
Южно-Африканская Республика	51.6	12.1	1.2	31.4	6.5	69	0.58	58.8	100	14.2
Южный Судан	95.1	50.0	3.9	–	–	31	8.70	–	50	4.0
Ямайка	35.6	1.9	0.5	29.9	5.9	91	0.03	14.8	83	8.1
Япония	24.2	0.1	0.5	33.7[ag]	10.6[ag]	96	–	130.9	100	20.3
Регионы ВОЗ										
Африканский регион	80.2	43.1	2.8	–	–	76	4.54	14.1	56	9.9
Американский регион	20.3	1.5	0.8	–	–	91	0.32	84.6	79	13.6
Регион Юго-Восточной Азии	119.9	20.1	1.5	–	–	87	0.47	24.6	80	9.3
Европейский регион	64.2	0.6	1.0	–	–	93	–	106.4	81	13.2
Регион Восточного Средиземноморья	58.8	13.1	1.4	–	–	80	1.46	26.3	72	8.8
Регион Западной части Тихого океана	133.5	0.8	1.4	–	–	94	0.24	42.0	79	12.3
В мире в целом	92.4	12.4	1.5	–	–	86	1.16	45.6	73	11.7

2.2			6.1	6.2	7.1	11.6	13.1	16.1		17.19	
Распространенность отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность истощения среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до 5 лет[w] (%)	Доля населения, использующая улучшенные источники питьевой воды[x] (%)	Доля населения, использующая улучшенные санитарно-технические средства[x] (%)	Доля населения, использующая в основном чистые виды топлива[y] (%)	Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц ($PM_{2.5}$) в городских районах[z] (в мг/м^3)	Среднегодовой коэффициент смертности от стихийных бедствий[k] (на 100 000 населения)	Смертность от умышленных убийств[k] (на 100 000 населения)	Оценочный показатель смертности, непосредственно связанной с крупными конфликтами[k,aa] (на 100 000 населения)	Полнота сбора данных о смертности по причинам[ab] (%)	
2005–2016	2005–2016	2005–2016	2015	2015	2014	2014	2011–2015	2015	2011–2015	2005–2015	**Государства-члены**
32.8	4.3	2.5	81	30	9	5.0	2.0	4.1	0.0	–	Соломоновы Острова
25.3	15.0	3.0	–	–	9	16.9	0.4	5.6	35.8	–	Сомали
38.2	16.3	3.0	–	–	23	52.7	0.1	6.5	7.0	–	Судан
8.8	5.0	4.0	95	79	91	16.3	0.0	10.7	0.0	79	Суринам
37.9	9.4	8.9	63	13	<5	16.8	0.1	13.2	0.0	–	Сьерра-Леоне
26.8	9.9	6.6	74	95	72	50.7	0.1	1.3	0.1	82	Таджикистан
16.3	6.7	10.9	98	93	76	27.3	0.3	4.0	0.7	81	Таиланд
50.2	11.0	1.5	72	41	<5	15.0	0.0	4.4	0.0	–	Тимор-Лешти
27.5	6.7	2.0	63	12	6	25.9	0.0	9.1	0.0	–	Того
8.1	5.2	17.3	100	91	63	–	0.0	3.8	0.0	–	Тонга
–	–	–	95	92	>95	12.7	0.0	32.8	0.0	83	Тринидад и Тобаго
10.0	3.3	6.3	98	–	30	–	–	–	–	–	Тувалу
10.2	2.8	14.3	98	92	>95	35.2	0.0	1.6	0.3	28	Тунис
11.5	4.2	5.9	–	–	>95	26.2	0.0	4.2	<0.1	78	Туркменистан
9.5	1.7	10.9	100	95	–	35.2	0.2	2.4	0.8	88	Турция
34.2	4.3	5.8	79	19	<5	79.6	<0.1	13.1	1.9	–	Уганда
19.6	4.5	12.8	–	100	90	38.3	0.1	3.0	0.0	89	Узбекистан
–	–	–	96	96	>95	16.9	<0.1	6.0	6.2	86	Украина
10.7	1.3	7.2	100	96	>95	11.5	0.0	7.6	0.0	100	Уругвай
–	–	–	96	91	37	6.0	0.4	2.5	0.0	100	Фиджи
30.3	7.9	5.0	92	74	45	27.1	2.5	11.6	1.1	82	Филиппины
–	–	–	100	98	>95[af]	7.1	0.0	1.6	<0.1	100	Финляндия
–	–	–	100	99	>95[af]	12.6	0.2	0.9	<0.1	100	Франция
–	–	–	100	97	94	20.3	0.1	1.0	0.0	100	Хорватия
40.7	7.1	1.8	69	22	<5	55.9	0.0	13.1	25.6	–	Центральноафриканская Республика
39.9	13.0	2.5	51	12	<5	61.3	<0.1	9.0	0.1	–	Чад
9.4	2.8	22.3	100	96	74	24.3	0.0	2.6	0.0	92	Черногория
–	–	–	100	99	>95	20.7	0.2	0.9	<0.1	100	Чешская Республика
1.8	0.3	9.3	99	99	>95	25.0	0.1	4.6	<0.1	99	Чили
–	–	–	100	100	>95[af]	12.5	<0.1	0.6	0.0	100	Швейцария
–	–	–	100	99	>95[af]	5.9	0.1	1.2	0.0	100	Швеция
14.7	21.4	0.6	96	95	19	28.5	0.4	3.1	<0.1	93	Шри-Ланка
25.2	2.3	7.5	87	85	>95	13.3	0.2	10.2	<0.1	81	Эквадор
26.2	3.1	9.7	48	75	22	32.0	0.0	3.2	0.0	–	Экваториальная Гвинея
50.3	15.3	1.9	58	16	14	35.7	0.0	7.5	0.1	–	Эритрея
–	–	–	100	97	92	8.4	0.0	4.4	<0.1	100	Эстония
38.4	9.9	2.8	57	28	<5	36.2	0.0	7.6	0.2	–	Эфиопия
23.9	4.7	10.9	93	66	82	31.3	<0.1	26.2	<0.1	83	Южно-Африканская Республика
31.1	22.4	6.0	59	7	<5	32.1	0.3	4.5	21.1	–	Южный Судан
5.7	3.0	7.8	94	82	93	17.1	0.0	35.2	0.0	87	Ямайка
7.1	2.3	1.5	100	100	>95[af]	12.9	4.2	0.3	<0.1	100	Япония
											Регионы ВОЗ
33.5	7.4	4.1	68	32	16	37.4	0.1	10.3	1.4	5	Африканский регион
6.6	0.9	7.1	96	89	91	14.7	0.2	18.6	0.2	94	Американский регион
33.8	15.3	5.3	92	49	35	58.8	0.3	4.0	0.1	11	Регион Юго-Восточной Азии
6.1	1.5	12.8	99	93	>95	19.1	0.1	3.3	0.5	95	Европейский регион
25.1	9.1	6.7	91	78	71	62.9	0.2	6.5	19.5	32	Регион Восточного Средиземноморья
7.0	2.4	5.2	95	79	61	49.8	0.5	1.7	0.1	64	Регион Западной части Тихого океана
22.9	7.7	6.0	91	68	57	43.1	0.3	6.4	2.0	48	**В мире в целом**

[a] World Population Prospects, the 2015 revision (WPP2015). New York (NY): United Nations DESA, Population Division.

[в] WHO life expectancy. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/

[c] WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en — по состоянию на 17 марта 2017 г.). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 100 000 человек в 2015 г., не были включены в анализ.

[d] Объединенная глобальная база данных ВОЗ/ЮНИСЕФ 2017 г. (http://www.who.int/gho/maternal_health/en/ и https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care). Данные собираются из общедоступных государственных источников без проведения консультаций со странами. Представлены последние доступные данные ВОЗ по регионам и в мире в целом за 2010–2016 гг.

[e] Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York (NY), Geneva and Washington (DC): United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations; 2015 (http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf — по состоянию на 17 марта 2017 г.).

[f] Оценки ЮНЭЙДС/ВОЗ; 2016: (http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/incidence/en

[g] Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2016 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf — по состоянию на 17 апреля 2017 г.)

[h] World malaria report 2016 г.Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en — по состоянию на 17 марта 2017 г.).

[i] Обновленные оценки ЮНИСЕФ/ВОЗ по охвату иммунизацией. Данные за июль 2016 г. (см.: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html). Данный показатель используется здесь в качестве косвенного показателя для ЦУР (прокси), находящегося в стадии разработки.

[j] Neglected tropical diseases [online database]. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/).

[k] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_ disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г. Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., не были включены в этот анализ.

[l] WHO Global Information System on Alcohol and Health [online database]. Geneva: World Health Organization;2017 (http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH).

[m] Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en — по состоянию на 22 марта 2017 г.). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 90 000 человек в 2015 г., которые не участвовали в обследовании для составления указанного доклада, не были включены в этот анализ.

[n] World Contraceptive Use 2016 [online database]. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2016. Агрегированные региональные данные были составлены для 2016 г. Из источника: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016. New York: United Nations. (http://www.un.org/en/development/desa/population/ theme/family-planning/cp_model.shtml)

[o] World Fertility Data 2015. Нью-Йорк: Отдел народонаселения, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Организация Объединенных Наций, 2015 г. (http://www.un.org/en/development/ desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml). Агрегированные региональные данные являются средними за два пятилетних периода 2010–2015 гг. и 2015–2020 гг. Источник данных: World Population Prospects: The 2015 Revision. DVD Edition. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015 (http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility — по состоянию на 13 апреля 2016 г.).

[p] Public health and environment [online database]. Данные из Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ). Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/gho/phe/en/). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 250 000 человек в 2012 г., не были включены в этот анализ.

[q] Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf — по состоянию на 23 March 2017 г.); и: Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene. Exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150112/1/9789241564823_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.). Государства-члены ВОЗ с населением, составлявшем менее 250 000 человек в 2012 г., не были включены в этот анализ.

[r] WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng. pdf — по состоянию на 22 марта 2017 г.

[s] Глобальная база данных ООН по ЦУР ((https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.b.2 — по состоянию на 6 апреля 2017 г.), на основе базы данных Системы отчетности кредиторов (CRS) Организации Экономического Сотрудничества и Развития (ОЭСР), 2016 г.

[t] Цифры, отражающие число квалифицированных медицинских кадров в области здравоохранения, относятся к последним доступным значениям (2000–2015 гг.). Источник: WHO Global Health Workforce Statistics database (http://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/). Данные представлены по врачам и медицинским сестрам/акушеркам. Пожалуйста, обращайтесь к этому источнику для получения последних значений, а также дезагрегации и описания метаданных.

[u] International Health Regulations (2005) Monitoring Framework [online database]. Geneva: WHO (http://www.who.int/gho/ihr/en/).

[v] Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva. World Health Organization. 2017 (http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en — по состоянию на 23 марта 2017 г.). Региональные и глобальные данные ВОЗ представляют средние невзвешенные значения. Данный показатель отражает часть показателя ЦУР, относящуюся к здравоохранению.

[w] Детский Фонд Организации Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения, Группа Всемирного банка. Уровни и тенденции нарушения питания у детей. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; the World Bank Group, Washington (DC); May 2017. Региональные и глобальные оценки относятся к 2016 г.

[x] Progress on sanitation and drinking water — 2015 update and MDG assessment. New York (NY): UNICEF; and Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177752/1/9789241509145_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г. Настоящий показатель используется в данном графике в качестве косвенного показателя в области ЦУР (прокси).

[y] Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf — по состоянию на 23 марта 2017 г.).

[z] Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (see: http://who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/ — по состоянию на 23 марта 2017 г.).

[aa] Смертность, связанная с конфликтами, включает случаи смерти от коллективного насилия и исключает случаи смерти в результате действий, предусмотренных законом. Данный коэффициент смертности представляет среднее значение за пятилетний период 2011–2015 гг.

[ab] Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html — по состоянию на 22 марта 2017 г.). Полнота сбора данных была подсчитана на основе фактических значений постоянно поживающего населения. Региональные и глобальные оценки относятся к 2015 г.

[ac] Нестандартное определение. Более подробную информацию можно найти в Объединенной Глобальной Базе данных ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2017. (http://www.who.int/gho/maternal_health/en/ и https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care)

[ad] Обновленная оценка

[ae] Оценка общей смертности от самоубийств для Республики Корея была обновлена с использованием данных, опубликованных в базе данных ВОЗ по смертности, после даты закрытия Глобальных оценок состояния здоровья, 2015 года (Global Health Estimates 2015).

[af] Для стран с высоким уровнем дохода, по которым нет информации об использовании чистых видов топлива, оценка использования такого топлива составила >95%.

[ag] Только курение сигарет.

ПРИЛОЖЕНИЕ C

Группировка по регионам ВОЗ[1]

Африканский регион ВОЗ: Алжир, Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея*, Эфиопия, Южно-Африканская Республика, Южный Судан*.

Американский регион ВОЗ: Антигуа и Барбуда, Аргентина, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Боливия (Многонациональное Государство), Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гаити, Гайана, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминика, Доминиканская Республика, Канада, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Соединенные Штаты Америки, Суринам, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Чили, Эквадор, Ямайка.

Регион ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии: Бангладеш, Бутан, Индия, Индонезия, Корейская Народно-Демократическая Республика, Мальдивские Острова, Мьянма, Непал, Таиланд, Тимор-Лешти*, Шри-Ланка.

Европейский регион ВОЗ: 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 Великобритании и Северной Ирландии, Таджикистан*, Туркменистан*, Турция, Узбекистан*, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия*, Черногория*, Чешская Республика*, Швейцария, Швеция, Эстония*.

Регион ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья: Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Иордания, Ирак, Иран (Исламская Республика), Йемен, Катар, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Пакистан, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Сомали, Судан, Тунис, Южный Судан.

Регион ВОЗ для стран Западной части Тихого океана: Австралия, Бруней-Даруссалам, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Маршалловы Острова*, Микронезия (Федеративные Штаты)*, Монголия, Науру*, Ниуэ*, Новая Зеландия, Острова Кука, Палау*, Папуа-Новая Гвинея, Республика Корея, Самоа, Сингапур, Соломоновы Острова, Тонга, Тувалу*, Фиджи, Филиппины, Япония.

[1] Государства-члены, обозначенные звездочкой (*) могут иметь данные за период, предшествующий их официальному членству в ВОЗ.

Заметки