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

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

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

**Институциональная информация**

**Организация(и):**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

**Концепции и определения:**

Определение:

Процент качественной характеристики 13 основных активностей, которые были получены в конкретный момент времени. 13 основными активносятми являются: (1)Национальные законодательные акты, политика и финансирование; (2) Координация и связь национальных координационных центров; (3) Надзор; (4) Реагирование; (5) Подготовленность; (6) Коммуникационные риски; (7) Человеческие ресурсы; (8) Научно-исследовательские институты; (9) Точки входа; (10) Природно-очаговые происшествия; (11) Безопасность пищевых продуктов; (12) Чрезвычайные происшествия с отравляющими веществами; (13) Радиоизотопные аварийные случаи.

Обоснование:

Приложение 1 Международных-Медико-Санитарных Правил (2005) (ММСП(2005))

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\_eng.pdf

Концепция:

Качественная характеристика: один из общего числа определенных элементов и характеристик, отражающий уровень производительности или уровень одного из определенного показателя.

Ключевые возможности: уровень здравоохранения, который должны иметь государства-участники на своей территории в соответствии со статьями 5 и 12 и Приложение 1A требований ММСП (2005 год) к 2012 году. В этом документе определены восемь основных возможностей.

Показатель: переменная, которая может повторно вычислить (прямо или косвенно) с течением времени для выявления изменений в системе. Она может быть качественной или количественной, позволяющая объективно оценить выполнение программы или мероприятия. Количественные измерения должны быть обоснованы в широком контексте с другими источниками информации (например, отчеты по надзору и специальных исследований) должны быть дополнены качественной информацией.

Уровни возможностей: У каждого показателя должен быть определен уровень развития или «уровень возможностей». Достижение данного уровня способности требует, чтобы все качественные характеристики на низких уровнях были на месте. В перечне состояние потенциала оценивается на четырех уровнях: уровень < 1: предпосылки (базовый уровень); уровень 1: материалы и процессы; 2 Уровень: мероприятия и результаты; уровень 3: дополнительные.

**Комментарии и ограничения:**

1. Основано на самообновлении государством-участником;
2. Опросный лист пересматривается и будет доступен с 2017 года.

**Методология**

Метод расчета:

(Количество «да» на вопросы уровня 1 и 2) / (общее количество вопросов уровня 1 и 2) на основной объем

**Дезагрегация:**

Разделение по видам деятельности недоступно.

**Обработка отсутствующих значений:**

* На национальном уровне

Оценка не производится

* На региональном и мировом уровнях

Оценка не производится

**Региональные показатели:**

Совокупность каждой оценки по странам / числу стран представленных в опросном листе

**Источники расхождений:**

Оценки не производятся. Региональные и глобальные баллы основаны на предоставленных опросных листах.

**Источники данных**

Описание:

Обзор ключевых информантов

Процесс сбора:

1. Национальные координаторы по ММСП ( международные медико-санитарные правила)
2. Обсуждение с Национальными координаторами по ММСП, представителями ВОЗ и региональными партнерами по ММСП
3. Разделение не производится

**Доступность данных**

Описание:

С начала функционирования в 2010 году 194 из 196 государств-участников представили заполненный опросный лист минимум 1 раз.

Временной период:

Ежегодно

**Календарь:**

Сбор данных:

Сбор данных на 2016 год осуществляется в настоящее время. Крайний срок подачи заполненной анкеты составляет 31 октября 2016 года, первый отчет должен быть представлен на 140 ЕВ, второй срок подачи заявок 31 марта 2017 года, а окончательный доклад должен быть представлен в 70 Всемирная ассамблея здравоохранения(WHA - World HeathAssembly) и опубликован воВсемирном обзоре здравоохранения (GlobalHealthObservatory).

Дата публикации:

Сбор данных на 2016 год осуществляется в настоящее время. Крайний срок подачи заполненной анкеты составляет 31 октября 2016 года, первый отчет должен быть представлен на 140 ЕВ, второй срок подачи заявок 31 марта 2017 года, а окончательный доклад должен быть представлен в 70 Всемирная ассамблея здравоохранения (WHA - World HeathAssembly) и опубликован воВсемирном обзоре здравоохранения (GlobalHealthObservatory).

**Поставщики данных:**

Национальные координаторы по ММСП

**Составителиданных:**

Всемирная Организация Здравоохранения

**Ссылки:**

URL:

http://www.who.int/ihr/procedures/monitoring/en/

Ссылки:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410\_eng.pdf (Статья 54)

WHA A 61/7

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO\_HSE\_GCR\_2013.2\_eng.pdf?ua=1

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163737/1/WHO\_HSE\_GCR\_2015.8\_eng.pdf?ua=1&ua=1 http://www.who.int/ihr/mande/en/

**Связанные показатели**

Реализация ММСП (2005).