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

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

**Показатель 3.8.2 Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств.**

**Институциональная информация**

**Организация:**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

**Концепции и определения**

**Определение:**

Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств.

Два порога используются для определения «больших расходов домашних хозяйств на здоровье»: более 10% и более 25% от общих расходов домашних хозяйств или доходов.

**Обоснование:**

Целевая задача 3.8 определяется как «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рис­ков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффек­тивным, качественным и недорогим основным ле­карственным средствам и вакцинам для всех». В данном контексте подразумеваются все люди и сообщества, которые получают качественные медицинские услуги, в которых они нуждаются (включая лекарства и другие продукты здравоохранения), без финансовых трудностей. Для мониторинга целевой задачи 3.8 в рамках ЦУР были выбраны два показателя.

Показатель 3.8.1 предназначен для охвата основных медико-санитарных услуг (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения). В показателе 3.8.2 основное внимание уделяется расходам на здравоохранение в сопоставлении с бюджетом домашних хозяйств с целью выявления финансовых трудностей, вызванных прямыми платежами в области здравоохранения. В совокупности показатели 3.8.1 и 3.8.2 предназначены для учета охвата населения услугами и степени защиты от финансовых рисков, соответственно, целевой задачи 3.8. Эти два индикатора должны всегда контролироваться совместно.

Показатель 3.8.2 вытекает из методологий, относящихся к 1990-м годам, разработанных в сотрудничестве с учеными Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения. Показатель 3.8.2 посвящен идентификации людей, которым необходимо выделять значительную долю своих общих расходов домашних хозяйств или доходов на здравоохранение. Внимание уделяется платежам, совершенным в местах получения услуг, для получения любого вида лечения, в любом медицинском учреждении, для любого типа заболевания или проблемы со здоровьем, за вычетом любых возмещений физическому лицу, сделавшему платеж, но за исключением предварительных платежей за медицинские услуги; например, в виде налогов или конкретных страховых премий или взносов. Такие прямые выплаты являются наименее справедливым способом финансирования систем здравоохранения, учитывая, что они определяют объем получаемой помощи.

Это явно противоречит духу цели, которая требует предоставления доступа на основе потребностей в области здравоохранения, а не способности домохозяйства объединять все свои финансовые ресурсы для удовлетворения потребностей своих членов в области здравоохранения. Некоторые прямые выплаты вероятно необходимы, но показатель 3.8.2 подкрепляется убеждением, что никому, независимо от уровня дохода, не приходится выбирать между расходами на здравоохранение и расходами на другие основные товары и услуги, такие как образование, предметы первой необходимости, жилье и коммунальные услуги. Один из способов оценки степени, в которой системы здравоохранения приводят к финансовым трудностям, заключается в том, чтобы рассчитать долю населения с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение в качестве доли общего потребления или дохода домашних хозяйств. Для получения подробной информации об определении, выбранном для мониторинга аспекта финансовой защиты всеобщего охвата медико-санитарными услугами в рамках мониторинга ЦУР (показатель 3.8.2), обратитесь к Wagstaff et al. (2018) и главе 2 доклада ВОЗ и Всемирного банка «Отслеживание всеобщего охвата медико-санитарными услугами: доклад о глобальном мониторинге за 2017 год».

**Основные понятия:**

Показатель 3.8.2 определяется как «Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств». По сути, он основан на соотношении, превышающем пороговое значение. Двумя основными концепциями, лежащими в основе этого соотношения, являются расходы домохозяйств на здравоохранение (числитель) и общие расходы домохозяйств на потребление или, когда они отсутствуют, доходы (знаменатель).

***Числитель***

Расходы домашних хозяйств на здоровье определяются как любые расходы, понесенные во время использования услуг, для получения любого вида помощи (предупреждающей, профилактической, лечебной, реабилитационной, кратковременный или долгосрочный уход), включая все лекарства, вакцины и другие фармацевтические препараты, как все продукты для здоровья, от любого поставщика и всех членов семьи. Эти расходы на здравоохранение характеризуются прямыми выплатами, которые финансируются за счет доходов домохозяйства (включая денежные переводы), сбережений или займов, **но не включают выплаты сторонних плательщиков**. Таким образом, они предоставляют только доступ к медицинским услугам и продуктам здравоохранения, за которые люди могут платить, без какой-либо взаимопомощи между здоровыми и больными вне семьи[[1]](#footnote-1) и исключительно на основе готовности и способности домашнего хозяйства платить. Прямые выплаты за медицинскую помощь обозначаются как «Личные выплаты» (ЛВ) платежи в классификации схем финансирования здравоохранения (СФ) Международной классификации для счетов здравоохранения (ССЗ-МКСЗ). Расходы на здравоохранение ЛВ являются наиболее безотлагательным источником финансирования системы здравоохранения.

Компоненты расходов на потребление домашних хозяйств, определенные таким образом, должны соответствовать разделу 06 Классификации индивидуального потребления по целям (КИПЦ) и включать расходы на лекарства и медицинские товары (06.1), услуги амбулаторного лечения (06.2) и стационарные услуги (06.3), но список расширяется[[2]](#footnote-2).

Дополнительная информация об определениях и классификациях (например, поставщиками по характеристикам бенефициара) расходов на здравоохранение должна соответствовать Международной классификации для счетов здравоохранения и ее классификации. ССЗ-МКСЗ является результатом сотрудничества между ОЭСР, Евростатом и Всемирной организацией здравоохранения.

***Знаменатель***

Расходы на потребление домашних хозяйств и доходы домашних хозяйств являются денежными мерами благосостояния. Потребление домашних хозяйств является функцией постоянного дохода, что является показателем долгосрочных экономических ресурсов домохозяйства, которые определяют уровень жизни. Расход обычно определяется как сумма денежных значений всех товаров (товаров и услуг), потребляемых домохозяйством на внутреннем счете в течение отчетного периода. Он включает вмененные ценности товаров и услуг, которые не покупаются, а приобретаются иным образом для потребления. Информация о расходах домашних хозяйств обычно собирается в обследованиях домашних хозяйств, в которых могут использоваться разные подходы к измерению «расходов» в зависимости от того, относятся ли предметы к долговечным или недолговечным товарам и/или производятся непосредственно домохозяйствами.

Наиболее важным показателем дохода является располагаемый доход, поскольку он близок к максимально доступному для домохозяйства расходу на потребление в течение отчетного периода. Располагаемый доход определяется как общий доход за вычетом прямых налогов (возмещаемых средств), обязательных сборов и штрафов. Общий доход, как правило, состоит из дохода от занятости, дохода от собственности, доходов от домашнего производства услуг для собственного потребления, поступлений денежных средств и товаров, переводов, полученных в качестве услуг[[3]](#footnote-3).

Доход труднее измерять точно из-за его большей изменчивости с течением времени. Расход является менее переменным с течением времени и его легче измерить. Поэтому рекомендуется, чтобы всякий раз, когда имеется информация о расходах и доходах домашних хозяйств, использовали данные по расходам (см. источники данных).

***Порог***

Для глобальной отчетности рекомендуется использовать два пороговых значения для определения больших расходов домашних хозяйств на здоровье как долю от общего потребления или дохода домашних хозяйств: **более низкий порог 10% и более высокий порог в 25%**. С помощью этих двух порогов показатель измеряет финансовое бремя (см. Раздел о комментариях и ограничениях).

**Комментарии и ограничения:**

Можно регулярно отслеживать показатель 3.8.2 с использованием тех же данных обследований домохозяйств, которые используются для мониторинга задач ЦУР 1.1 и 1.2 по бедности[[4]](#footnote-4). Эти обследования также регулярно проводятся для других целей, таких как расчет весов для индекса потребительских цен. Эти обследования обычно проводятся НСУ. Таким образом, мониторинг доли населения с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение в виде доли от общего потребления или дохода домашних хозяйств не добавляет дополнительной нагрузки на сбор данных, если можно определить компонент расходов на здравоохранение из данных о непродовольственном потреблении домохозяйства. Хотя это является преимуществом, показатель 3.8.2 испытывает те же проблемы, что и показатель ЦУР 1.1.1, связанные со своевременностью, частотой, качеством данных и сопоставимостью обследований. Однако показатель 3.8.2 имеет свои собственные теоретические и эмпирические ограничения.

Во-первых, показатель 3.8.2 пытается выявить финансовые трудности, с которыми сталкиваются лица при использовании своих доходов, сбережений или займов для оплаты медицинских услуг. Однако в большинстве обследований домашних хозяйств не удается определить источник финансирования, используемый домохозяйством, который сообщает о расходах на здравоохранение. В странах, где нет ретроспективного возмещения расходов домашних хозяйств на здравоохранение, это не проблема. Если домашнее хозяйство сообщит о любых расходах на здравоохранение, это будет связано с тем, что он не будет возмещен никаким сторонним плательщиком. Поэтому это согласуется с определением, данным для прямых выплат за здравоохранение (числитель).

Для тех стран, с другой стороны, где есть ретроспективное возмещение - например, через систему медицинского страхования, предусматривающую взносы - сумма, сообщенная домохозяйством по расходам на здравоохранение, может быть полностью или частично возмещена в какой-то более поздний момент, возможно, за пределами периода охвата обследования домашних хозяйств.

Очевидно, что требуется больше работы для обеспечения того, чтобы инструменты обследования собирали информацию об источниках финансирования, используемых домохозяйством для оплаты медицинских услуг, или в инструментах обследования домашних хозяйств всегда должно быть указано, что расходы на здравоохранение должны быть за вычетом возмещения.

Во-вторых, в нынешнем определении показателя 3.8.2 крупные расходы на здравоохранение можно определить путем сопоставления объема расходов домохозяйств на здравоохранение с доходами или общими расходами домохозяйств. Расходы являются рекомендуемым показателем ресурсов домашних хозяйств (см. раздел основных понятий), однако недавняя эмпирическая работа показала, что, хотя статистические данные по показателю 3.8.2 на страновом уровне достаточно устойчивы к такому выбору, их дезагрегирование по группам доходов довольно чувствительно к нему. Измерения, основанные на доходах, показывают более высокую концентрацию доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение среди бедных, чем измерения, основанные на расходах (см. главу 2 отчета ВОЗ и Всемирного банка за 2017 год об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также Wagstaff et al 2018).

В-третьих, показатель 3.8.2. опирается на единый порог для определения того, что составляет «большие расходы на здравоохранение как долю от общих расходов домашних хозяйств или доходов». Люди, которые находятся ниже или выше таких порогов, не учитываются, что всегда является проблемой с мерами, основанными на пороговых значениях. Этого просто избежать, построив кумулятивную функцию распределения соотношения расходов на здравоохранение на основе 3.8.2. Поступая таким образом, можно определить долю населения для любого порога, которая выделяет любую часть бюджета своего домохозяйства на здоровье.

В-четвертых, показатель 3.8.2. основывается на ретроспективных показателях расходов на здравоохранение. Низкий уровень расходов может быть обусловлен ошибками измерения из-за ошибок, не связанных с выборкой, таких как очень короткий период охвата, который не позволяет собирать информацию о здравоохранении, требующего ночевки; или ошибки выборки, такие как чрезмерная выборка областей с особенно низким бременем болезни. Никакие расходы также не могут быть вызваны тем, что люди не могут ничего потратить на здоровье, по крайней мере, на услуги, включенные в 3.8.1, что тоже должно приводить к низкому уровню охвата.

Существуют и другие показатели, используемые для измерения финансового бремени. Специализированные учреждения, такие как ВОЗ, используют более широкие рамки, которые включают определение больших расходов на здравоохранение в отношении расходов на проживание в дополнение к показателю 3.8.2[[5]](#footnote-5)[[6]](#footnote-6)[[7]](#footnote-7)

**Методология**

**Метод вычисления:**

Средневзвешенное число людей, с учетом численности населения, с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение как доля от общих расходов домашних хозяйств или доходов.

$Σ\_{i}m\_{i}ω\_{i}$ 1 $\left(\frac{расходы домохозяйств на здравоохранение}{общие расходы домохозяйств}>τ\right)$ / $Σ\_{i}m\_{i}ω\_{i}$

где *i* обозначает домохозяйство, 1 () - это функция индикатора, которая принимает значение 1, если выражение в скобках истинно, и 0 в противном случае, $m\_{i}$ соответствует количеству членов домохозяйства *i*, $ω\_{i}$ соответствует весу выборки домохозяйства I, τ - это порог, определяющий большие расходы домохозяйства на здравоохранение как долю от общего потребления или дохода домохозяйства (т. е. 10% и 25%). Расходы на здравоохранение домашних хозяйств и расходы домашних хозяйств или доходы определяются, как описано в разделе «основные понятия».Для получения дополнительной информации о методологии см. Wagstaff et al (2018) и главу 2 в отчете ВОЗ и Всемирного банка за 2017 год об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения.

**Дезагрегация:**

Возможна следующая дезагрегация, которая до настоящего времени была разработана для предоставления репрезентативных оценок на таком уровне:

* Пол и возраст главы домашнего хозяйства
* Географическое положение (сельское / городское)
* Квинтили бытовых мер благосостояния (общие расходы домашних хозяйств или доход). Смотрите комментарии и ограничения для чувствительности дезагрегации к выбору меры благосостояния.

**Обработка отсутствующих значений:**

На уровне страны не делается никаких попыток произвести оценку. Доля населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение в виде доли от общих расходов или доходов домохозяйств оценивается за все годы, для которых доступно национальное репрезентативное обследование бюджета, доходов и расходов домохозяйств, социально-экономических условий или уровня жизни. информация об общих расходах или доходах домохозяйства и общих расходах домохозяйства на здравоохранение. Если для одной и той же страны с течением времени проводится несколько обследований, предпочтение отдается оценкам, произведенным на основе одного и того же обследования. Серия тестов проводится для сохранения наиболее эффективных серий (см. Процесс сбора).

**Региональные показатели:**

Для построения оценок на региональном и глобальном уровнях, когда оценки, основанные на опросах, отсутствуют для учетных 2000, 2005 или 2010 года, все оценки, основанные на опросах, в течение пятилетнего периода исходного года «выстраиваются» с использованием комбинации интерполяции, экстраполяции, эконометрического моделирования и вменения на основе медианных значений по регионам (Wagstaff et al., 2018; глава 2 отчета ВОЗ и Всемирного банка за 2017 год об отслеживании охвата всеобщим охватом медицинским обслуживанием).

Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения будут использовать свою собственную региональную группировку в дополнение к региональной разбивке, предложенной для ЦУР СОООН.

**Источники расхождений:**

Все оценки на страновом уровне основаны на национальных репрезентативных обследованиях, содержащих информацию как об общих расходах или доходах домохозяйств, так и о расходах домохозяйств на здравоохранение (см. источники данных). В большинстве случаев такие данные поступают из нестандартных обследований домашних хозяйств, и процессы последующей стандартизации могут быть разработаны для повышения степени сопоставимости между странами. Например, региональные группы Всемирного банка разрабатывают стандартизированные версии необработанных наборов данных в соответствии с общими региональными процедурами: гармонизированные наборы данных ECAPOV основаны на наборах данных исследования по измерению уровня жизни – LSMS[[8]](#footnote-8) или обследованиях бюджетов домохозяйств (HBS), собранных в регионе Европы и Центральной Азии Всемирного банка; коллекция SHIP является результатом программы по борьбе с бедностью в рамках согласованных обследований домашних хозяйств в Африканском регионе Всемирного банка, в то время как коллекция SHES была разработана Всемирным банком для международной программы сравнения[[9]](#footnote-9).Наборы данных исследования доходов в Люксембурге (LIS) являются результатом усилий по гармонизации наборов данных из многих стран с высоким и средним уровнем дохода[[10]](#footnote-10).

В некоторых случаях исходные данные доступны для оценки на страновом уровне. В некоторых странах помимо исходных данных имеется стандартизированная версия, а в других странах-только стандартизированная версия. При наличии нескольких версий одного и того же обследования наилучшие результаты с точки зрения серии тестов обеспечения качества сохраняются (см. Процесс сбора данных). При выборе стандартизированного варианта национальных инструментов обследования существуют различия между переменными расходов, полученными с использованием исходных данных, и переменными расходов, полученными с использованием процедур согласования, что может привести к различным оценкам численности населения с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение в виде доли от общих расходов или доходов домашних хозяйств.

**Источники данных**

**Описание:**

Рекомендуемые источники данных для мониторинга «Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств» представляют собой обследования домашних хозяйств с информацией о расходах на потребление домашних хозяйств на здравоохранение и общие потребительские расходы домашних хозяйств, которые регулярно проводятся национальными статистическими управлениями. Обследования бюджетов домашних хозяйств (HBS) и обследования доходов и расходов домашних хозяйств (HIES) обычно собирают их, поскольку они в основном проводятся для обеспечения вклада в расчет индексов потребительских цен или составления национальных счетов. Другим потенциальным источником информации являются обзоры социально-экономических или жизненных стандартов; однако некоторые из этих обследований могут не собирать информацию об общих потребительских расходах домашних хозяйств - например, когда страна измеряет бедность с использованием дохода в качестве меры благосостояния[[11]](#footnote-11). Важнейшим критерием выбора источника данных для измерения показателя ЦУР 3.8.2 является наличие как расходов домашних хозяйств на здравоохранение, так и общих расходов домашних хозяйств.

Когда для оценки показателя ЦУР 3.8.2 используются обследования социально-экономических или жизненных стандартов, любая проблема сопоставимости показателей ЦУР 1.1.1 между странами также применяется к мониторингу показателя ЦУР 3.8.2. Для любого типа обследования домашних хозяйств, учитывая акцент на расходах на здравоохранение домашних хозяйств, необходимо улучшить существующие инструменты обследования для сопоставимости между странами. Всемирная организация здравоохранения сотрудничает с различными учреждениями ООН и другими важными заинтересованными сторонами для обеспечения этого[[12]](#footnote-12).

**Процесс сбора:**

ВОЗ получает данные обследований домашних хозяйств из национальных статистических управлений, где знаменатель и числитель соотношения расходов на здравоохранение строятся по их собственным руководящим принципам либо непосредственно ими, либо консультантами ВОЗ. ВОЗ работает через свои региональные отделения или страновые отделения для поддержки министерств здравоохранения. Никакой систематической корректировки не предпринимается.

Всемирный банк также обычно получает данные от национальных статистических управлений (НСУ) напрямую. В других случаях он использует данные НСУ, полученные косвенно. Например, он получает данные от Евростата и из LIS (Люксембургское исследование доходов), которые предоставляют полученные/согласованные данные НСУ Всемирного банка. Национальный университет штата Ла-Плата, Аргентина и Всемирный банк совместно поддерживают базу данных SEDLAC (Социально-экономическая база данных для Латинской Америки и Карибского бассейна), которая включает согласованные статистические данные о бедности и других распределительных и социальных показателях из 24 стран Латинской Америки и Карибского бассейна на основе микроданных из обследований домашних хозяйств, проводимых НСУ. Данные получены в рамках страновых программ, в том числе программ технической помощи и совместных аналитических мероприятий и мероприятий по наращиванию потенциала. Всемирный банк имеет отношения с НСУ по программам работы с использованием статистических систем и анализа данных. Экономисты по бедности из Всемирного банка обычно взаимодействуют с НСУ в целом по измерению и анализу бедности в рамках деятельности по оказанию технической помощи.

Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк генерируют показатель 3.8.2, придерживаясь того же подхода. Оба учреждения объединили оценки на мезоуровне. Приемлемость оценок, включенных в общую итоговую базу данных для составления региональных и глобальных оценок, основывается на следующих проверках качества:

***Для знаменателя соотношения расходов на здравоохранение:***

* Сравнивают логарифм общего потребления на душу населения в эталонном источнике с логарифмом общего потребления на душу населения, оцененным по результатам обследования. Обе суммы выражаются в ежемесячном исчислении по международным показателям 2011 года по ППС $. Исходный источник берется из Povcalnet[[13]](#footnote-13), если таковой имеется, и из Мировых показателей развития (WDI)[[14]](#footnote-14), и рассчитывается как расходы на конечное потребление домашних хозяйств в постоянных международных показателях 2011 года, деленные на общую численность населения. Когда разница между логарифмом общего потребления на душу населения в эталонном источнике и логарифмом значения, оцененного по результатам опроса как доли логарифма общего потребления на душу населения в эталонном тесте, превышает 10% при сравнении с PovcalNet и более 15%, когда проводится сравнение с WDI, точка опроса определяется как постороннее значение на международном уровне с точки зрения потребления на душу населения.
* Сравнивают численность бедного населения, оцененную по результатам обследования, на уровне черты бедности в 1,90 долл. США в день по ППС 2011 года, с уровнем бедности, зарегистрированным в PovcalNet, на той же черте бедности (контрольное значение). Когда абсолютная разница между эталонным значением и оценкой обследования превышает 10 процентных пунктов, точка обследования идентифицируется как постороннее значение по частоте крайней нищеты и помечается для возможного исключения.
* Сравнивают численность бедного населения, оцененную по результатам опроса, на уровне черты бедности в 3,10 долл. США в день по ППС 2011 года с уровнем бедности, зарегистрированным в PovcalNet, на той же черте бедности (контрольное значение). Когда абсолютная разница между эталонным значением и оценкой опроса превышает 10 процентных пунктов, точка обследования идентифицируется как постороннее значение по численности бедных в размере 3,10 долл. США в день и помечается для возможного исключения.

***Для числителя соотношения расходов на здравоохранение:***

* Сравнивают средний коэффициент расходов на здравоохранение в обследовании с эталонной средней долей бюджета, построенной как отношение совокупного показателя личных расходов домохозяйства в текущей местной валюте и совокупных расходов конечного потребления домохозяйства в текущей местной валюте. Когда абсолютная разница превышает 5 процентных пунктов, точка обследования определяется как постороннее значение с точки зрения доли бюджета домохозяйства, расходуемой на здравоохранение, и помечается для возможного исключения. Макроиндикатор личных расходов домохозяйств можно найти в Глобальной базе данных о расходах на здравоохранение (GHED)[[15]](#footnote-15) и Базе данных по показателям мирового развития (WDI)[[16]](#footnote-16). Информация о расходах домохозяйств на конечное потребление также извлекается из WDI (код серии: NE.CON.PRVT.CN).

Эти контрольные показатели также используются для выбора между двумя оценками по тем странам и тем годам, за которые оба учреждения имеют один и тот же источник данных. Для получения дополнительной информации обратитесь к докладу ВОЗ и Всемирного Банка 2017 г. об отслеживании всеобщего охвата медико-санитарными услугами, а также к Wagstaff et al 2018.

В конце процесса обеспечения качества ВОЗ и Всемирный банк собирают недублированные оценки доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение как доли от общих расходов домохозяйств или доходов для каждой страны. Затем Всемирная Организация Здравоохранения проводит страновые консультации. В соответствии с резолюцией Исполнительного совета ВОЗ (EB107.R8), ВОЗ предлагается сделать это до публикации оценок на страновом уровне от имени государств-членов. Для любого данного показателя этот процесс начинается с того, что ВОЗ направляет официальные запросы в Министерства здравоохранения о назначении координационного центра для консультации по показателю. После того, как государства-члены назначают координационные центры, ВОЗ затем направляет им проекты оценок и методологические описания. Коды STATA доступны для воспроизведения общих оценок. Затем координационные центры направляют ВОЗ свои комментарии, часто включающие новые данные, которые используются для обновления оценок стран. В ходе страновых консультаций 2017 года 137 государств-членов ВОЗ назначили координаторов, 100 из них получили проекты смет и информацию о методологии; 37 получили только информацию о методологии, так как предварительная смета не была подготовлена. Из 57 государств-членов ВОЗ без назначенных координаторов имеются оценки для 32 из них.

В дополнение к этим консультациям Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк регулярно проводят учебные мероприятия по измерению отсутствия охвата финансовой защитой, в которую входят участники из Министерства здравоохранения, а также из Национального статистического управления. ВОЗ поддерживает несколько региональных и национальных программ сотрудничества в поддержку разработки показателя 3.8.2, так как он был недавно принят, но Национальные статистические управления пока не осуществляет его сбор на регулярной основе, несмотря на имеющиеся данные и простую методологию. Результаты такого сотрудничества еще не включены в базу данных, собранную ВОЗ и Всемирным банком, но оценки, произведенные страной, будут подвергаться такому же процессу обеспечения качества, который был описан.

**Доступность данных**

Показатель в основном основан на тех же источниках данных, которые используются для мониторинга показателя ЦУР 1.1.1 с дополнительным требованием наличия информации о расходах на здравоохранение. Учитывая это, Всемирный банк и ВОЗ определили 1566 потенциально подходящих наборов данных обследований домашних хозяйств из 155 стран. Некоторые из этих обследований были исключены по той причине, что они были либо недоступны, либо не имели ключевых переменных, необходимых для оценки доли населения с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение в общем объеме расходов домашних хозяйств или доходов, либо не прошли процесс обеспечения качества, либо не являлись частью последовательных временных рядов. По состоянию на декабрь 2017 года для расчета показателя ЦУР 3.8.2 было использовано в общей сложности 553 точки данных из 132 стран или территорий за период 1984-2015 годов.

Доступность данных, измеряемая с точки зрения количества стран, которые ВОЗ и Всемирный банк в настоящее время пересматривает и удерживает для оценки «доли населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств», выглядит следующим образом за последний год:

Выбранные ВОЗ и Всемирным банком для оценки «доли населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Региональная разбивка по ЦУР | Число государств-членов ВОЗ | 2005 и ранее | 2006-2015 | Всего на регион ЦУР |
|  |  | Число государств-членов ВОЗ | % по региону | Число государств-членов ВОЗ | % по региону | Число государств-членов ВОЗ | % по региону |
| Северная Америка (M49) и Европа (M49) | 44 | 6 | 13,60 | 33 | 75,00 | 39 | 88,60 |
| Латинская Америка и Карибский бассейн (MDG=M49) | 33 | 7 | 21,20 | 10 | 30,30 | 17 | 51,50 |
| Центральная Азия (M49) и Южная Азия (MDG=M49) | 14 | 0 | 0,00 | 11 | 78,60 | 11 | 78,60 |
| Восточная Азия (M49) и Юго-Восточная Азия (MDG=M49) | 16 | 2 | 12,50 | 10 | 62,50 | 12 | 75,00 |
| Западная Азия (M49) и Северная Африка (M49) | 23 | 4 | 17,40 | 9 | 39,10 | 13 | 56,50 |
| Африка к югу от Сахары (M49) | 48 | 16 | 33,30 | 21 | 43,80 | 37 | 77,10 |
| Австралия и Новая Зеландия (M49) | 2 | 0 | 0,00 | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 |
| Океания (M49), за исключением Австралии и Новой Зеландии (M49) | 14 | 1 | 7,10 | 0 | 0,00 | 1 | 7,10 |
|  | 194 | 36 | 18,60 | 95 | 49,00 | 131 | 67,50 |

Общая доступность данных охватывает не менее 50% всех государств-членов ВОЗ во всех регионах М49, за исключением Океании (7,1%). Для получения дополнительной информации обратитесь к докладу ВОЗ и Всемирного банка за 2017 г. по отслеживанию всеобщего здоровья ; Wagstaff et al 2018.

**Временные ряды:**

Частота таких данных аналогична частоте данных, используемых для производства показателя ЦУР 1.1.1. Он варьируется в разных странах, но в среднем частота данных для этого показателя варьируется от ежегодной до 3 - 5 летней.

**Календарь**

**Сбор данных:**

Сбор данных соответствует плану страны по проведению обследований расходов домашних хозяйств, обследований бюджетов домашних хозяйств и обследования доходов и расходов домашних хозяйств.

**Выпуск данных:**

Оценки доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение в общем объеме расходов или доходов домохозяйств были опубликованы в декабре 2017 года. В дальнейшем по мере получения дополнительной информации от назначенных координаторов будут добавляться новые данные (см. Процесс сбора). Обновление региональных и глобальных оценок планируется каждые два года.

**Поставщики данных**

Национальные статистические управления в сотрудничестве с министерствами здравоохранения. Дополнительные сведения см. в источниках данных.

**Составители данных**

Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк.

**Ссылки**

**URL:** http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp; http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/

**Ссылки:**

* Chapter 2 on Financial protection in “Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report”, World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; 2017;

http://www.who.int/healthinfo/universal\_health\_coverage/report/2017/en/; http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report

http://www.who.int/health\_financing/topics/financial-protection/en/

* Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smitz, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. and Eozenou, P., (2018), “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”, the Lancet Global Health, volume 6, issue 2, e169-e179. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1

*О базовых подходах, лежащих в основе нынешнего определения больших расходов на здравоохранение как доли от общего потребления или дохода домашних хозяйств:*

* Глава 18 «Анализ справедливости в отношении здоровья с использованием данных обследования домохозяйств». Вашингтон, округ Колумбия: Группа Всемирного банка; 2008, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>

*Для определения расходов на здравоохранение*

* <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>

*Для компонентов расходов на здравоохранение*

* Раздел 06 Классификация ООН индивидуального потребления в соответствии с назначением (КИПЦ)

https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\_revision.asp; <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

**Связанные показатели**

Показатели ЦУР: 3.8.1; 1.1.1 и 1.2.1

1. 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 [↑](#footnote-ref-1)
2. Agenda item 3(l) available at https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/; http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1 [↑](#footnote-ref-2)
3. http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf [↑](#footnote-ref-3)
4. http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf [↑](#footnote-ref-4)
5. Chapter 2 in “Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report”, World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; 2017; <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/> ; [↑](#footnote-ref-5)
6. Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., and Evans, T. (2007), “Protecting Households From Catastrophic Health Spending,” Health Affairs, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), “Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis,” The Lancet, 326, 111–117. [↑](#footnote-ref-6)
7. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection;http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\_2016\_EN\_19169.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection%3Bhttp%3A//applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1); [http://apps.searo.who.int/uhchttp://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](http://apps.searo.who.int/uhchttp%3A//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) [↑](#footnote-ref-7)
8. http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html [↑](#footnote-ref-8)
9. A detailed documentation describing the harmonization procedures is available from the accompanying pdf documents [↑](#footnote-ref-9)
10. <http://www.lisdatacenter.org/> [↑](#footnote-ref-10)
11. http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf [↑](#footnote-ref-11)
12. Одним из примеров является участие ВОЗ в текущем пересмотре КИПЦ ООН по СОООН http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/tor\_tsg-coicop-2013.pdf. Другим примером является проект BMGF. ВОЗ поддерживает улучшение измерения расходов на здравоохранение домашних хозяйств. http://www.indepthnetwork.org/projects/ihope [↑](#footnote-ref-12)
13. http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx [↑](#footnote-ref-13)
14. https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators [↑](#footnote-ref-14)
15. http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/ [↑](#footnote-ref-15)
16. https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators [↑](#footnote-ref-16)