

Метаданные показателя ЦУР

(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.0)

0. Информация о показателе

0.a. Цель

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

0.b. Задача

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

0.c. Показатель

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

0.d. Ряд

0.e. Обновление данных

2019-03-01

0.f. Связанные показатели

Показатели ЦУР: 3.8.1; 1.1.1 и 1.2.1

0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

1. Данные представлены

1.a. Организация

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

2. Определения, концепции и классификации

2.a. Определения и концепции

Определение:

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.

Основные концепции

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

Фактически он основан на соотношении, превышающем порог. Две основные концепции, представляющие интерес для этого соотношения, - это расходы домашних хозяйств на здоровье (числитель) и общие потребительские расходы домохозяйства или, при отсутствии данных, его доход (знаменатель).

Числитель

Расходы домашних хозяйств на здоровье определяются как любые расходы, понесенные во время использования услуг, для получения любого вида помощи (профилактической, лечебной, реабилитационной, при кратковременном или долгосрочном уходе), включая все лекарства, вакцины и другие фармацевтические препараты, а также все товары для здоровья от любого поставщика и для всех членов семьи. Эти расходы на здравоохранение характеризуются прямыми платежами, которые финансируются за счет доходов домохозяйства (включая денежные переводы), сбережений или займов, но не включают никакого возмещения от стороннего плательщика. Таким образом, они предоставляют только доступ к медицинским услугам и продуктам здравоохранения, за которые люди могут заплатить, без какой-либо взаимопомощи между здоровыми и больными вне семьи¹ и исключительно на основе готовности и способности домашнего хозяйства платить. Прямые выплаты за медицинскую помощь обозначаются как «Личные выплаты» (ЛВ) в классификации схем финансирования здравоохранения (СФ) Международной классификации счетов здравоохранения (ССЗ-МКСЗ). Подобные расходы на здравоохранение являются наиболее неравномерным источником финансирования системы здравоохранения.

Компоненты расходов на потребление домашних хозяйств, определенные таким образом, должны соответствовать разделу 06 Классификации индивидуального потребления по целям (КИПЦ), который в настоящее время включает расходы на лекарства и медицинские товары (06.1), услуги амбулаторного лечения (06.2) и стационарные услуги (06.3), но продолжает расширяться².

Дополнительная информация об определениях и классификациях (например, по поставщику, по характеристикам получателя) расходов на здравоохранение должна соответствовать [Международной классификации счетов здравоохранения и ее семейству классификаций](#). 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 через обследования домашних хозяйств, в которых могут использоваться разные подходы к измерению «расходов» в зависимости от того, относятся ли товары к товарам длительного или

¹ https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

² Пункт 3(1) повестки доступен по адресу <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/>; <https://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

кратковременного пользования и/или производятся ли они 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 услуг³.

Доход труднее измерять точно из-за его большей изменчивости с течением времени. Расход является менее переменчивым с течением времени и его легче измерить. По данной причине рекомендуется, чтобы всякий раз, когда имеется информация о расходах и доходах домашних хозяйств, использовали данные по расходам (см. раздел “Комментарии и ограничения”, чтобы узнать больше о чувствительности показателя 3.8.2 к выбору доходов/расходов в знаменателе). Статистические данные по 3.8.2, в настоящее время подготавливаемые ВОЗ и Всемирным банком, основаны на данных о расходах (см. раздел об источниках данных).

Порог

Для глобальной отчетности рекомендуется использовать два пороговых значения для определения большего удельного веса семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств: более низкий порог 10% (3.8.2_10) и более высокий порог в 25% (3.8.2_25). С помощью этих двух порогов показатель измеряет финансовое бремя (см. раздел “Комментарии и ограничения”).

2.b. Единица измерения

2.c. Классификации

3. Тип источника данных и метод сбора данных

3.a. Источники данных

Рекомендуемыми источниками данных для мониторинга показателям «Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств» являются обследования домашних хозяйств, регулярно проводимые национальными статистическими управлениями и содержащие информацию о расходах на потребление домашних хозяйств на здравоохранение и общие потребительские расходы домашних хозяйств. Обследования бюджетов домашних хозяйств (ОБДХ) и обследования доходов и расходов домашних хозяйств (ОРДД) в основном проводятся для обеспечения вклада в расчет индексов потребительских цен или составления национальных счетов и, соответственно, собирают эти данные. 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

³ <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

страна измеряет бедность с использованием дохода в качестве меры благосостояния⁴. Важнейшим критерием выбора источника данных для измерения показателя ЦУР 3.8.2 является наличие данных как о расходах домашних хозяйств на здравоохранение, так и об общих расходах 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 домохозяйств, с учетом того, что основное внимание уделяется расходам домохозяйств на здравоохранение, необходимо улучшать существующие инструменты обследования для обеспечения сопоставимости между странами. Всемирная организация здравоохранения сотрудничает с различными учреждениями ООН и другими важными заинтересованными сторонами для обеспечения этого⁵.

3.b. Метод сбора данных

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. Никакая систематическая корректировка не осуществляется.

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 взаимодействует с НСУ по программам работы с использованием статистических систем и анализа данных. Экономисты Всемирного банка, специализирующиеся на вопросах бедности, 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.

⁴ <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

⁵ Одним из примеров является участие ВОЗ в текущем пересмотре КИПЦ ООН по СООН https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp. Другим примером является проект BMGF, который ВОЗ поддерживает для улучшения измерения расходов домохозяйств на здравоохранение <http://www.indepth-network.org/projects/ihope>

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:

- Сравнивается логарифм общего потребления на душу населения в эталонном источнике с логарифмом общего потребления на душу населения, полученным в ходе обследования. Оба выражены ежемесячно в международных долларах (ППС) 2011 года. Исходный источник берется из Povcalnet⁶, если таковой имеется, а в противном случае из Показателей мирового развития (WDI)⁷, рассчитанных как расходы на конечное потребление домохозяйств в неизменных международных показателях 2011 года, деленные на общую численность населения. Когда разница между логарифмом общего потребления на душу населения в эталонном источнике и логарифмом значения, полученного в результате опроса как доля логарифма общего потребления на душу населения в эталонном источнике, превышает 10 % при сравнении с PovcalNet. и более 15%, когда проводится сравнение с WDI, точка исследования определяется как выброс на международном уровне с точки зрения потребления на душу населения.
- Сравнивается количество бедных, рассчитанное по результатам обследования при черте бедности в 1,90 доллара в день по ППС 2011 года, с уровнем бедности, указанным в PovcalNet, при той же черте бедности (базовое значение). Когда абсолютная разница между эталонным значением и оценкой, полученной в ходе обследования, превышает 10 процентных пунктов, точка обследования определяется как выброс в распространенности крайней бедности и помечается для возможного исключения.
- Сравнивается количество бедных, рассчитанное по результатам обследования при черте бедности в размере 3,10 доллара в день по ППС в ценах 2011 года, с уровнем бедности, указанным в PovcalNet, при той же черте бедности (базовое значение). Когда абсолютная разница между эталонным значением и оценкой, полученной в ходе обследования, превышает 10 процентных пунктов, точка обследования определяется как выброс и помечается для возможного исключения.

Для числителя соотношения расходов на здравоохранение:

- Сравнивается средний коэффициент расходов на здравоохранение в обследовании с эталонной средней долей бюджета, построенной как отношение совокупного показателя личных расходов домохозяйств в текущей местной валюте и совокупных расходов на конечное потребление домохозяйств в текущей местной валюте. Когда абсолютная разница превышает 5 процентных пунктов, точка обследования идентифицируется как выброс с точки зрения доли бюджета домохозяйства, расходуемой на здравоохранение, и помечается для возможного исключения. Макропоказатель личных расходов домохозяйств доступен из Глобальной базы данных о расходах на здравоохранение (GHED)⁸ и Базы данных

⁶ <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>

⁷ <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

показателей мирового развития (WDI)⁹. Информация о расходах домашних хозяйств на конечное потребление также извлекается из WDI (код серии: NE.CON.PRVT.CN).

Эти контрольные показатели также используются для определения двух оценок для этих стран и тех лет, для которых оба учреждения имеют одинаковый источник данных. Для получения дополнительной информации см. отчет ВОЗ и Всемирного банка за 2017 г. об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также Wagstaff et al 2018 г.

По окончании процесса обеспечения качества ВОЗ и Всемирный банк собирают недублированные оценки доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение в виде доли от общих расходов или доходов домохозяйств для каждой страны. Затем Всемирная организация здравоохранения проводит консультации со странами. В соответствии с резолюцией Исполнительного комитета ВОЗ (ЕВ107.Р8) 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 официальный запрос в министерства здравоохранения о назначении координатора для проведения консультаций по этому показателю. Как только государства-члены назначают координаторов, ВОЗ направляет им предварительные оценки и методологические описания. Коды СТАТА доступны для воспроизведения общих оценок. Затем координаторы направляют в ВОЗ свои комментарии, часто включающие новые данные или пересмотренные оценки по стране, которые используются для обновления оценок по стране. В ходе страновых консультаций 2017 г. 137 государств-членов ВОЗ назначили координаторов, 100 из них получили предварительные оценки 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 оценки доступны для 32 из них.

В дополнение к таким консультациям Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк регулярно проводят обучающие мероприятия по измерению отсутствия финансовой защиты, в которых участвуют представители министерств здравоохранения, а также национальных статистических управлений. ВОЗ осуществляет несколько региональных и национальных совместных проектов для поддержки разработки показателя 3.8.2, так как он был недавно принят, НСУ еще не составляют его на регулярной основе, несмотря на наличие данных и простоту методологии. Результаты такого сотрудничества еще не включены в базу данных, собранную ВОЗ и Всемирным банком, но оценки, подготовленные страной, будут подвергаться только что описанному процессу обеспечения качества.

3.с. Календарь сбора данных

⁸ <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>

⁹ <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

Сбор данных осуществляется в соответствии с планом страны по проведению обследований расходов домашних хозяйств, обследований бюджетов домашних хозяйств и обследований доходов и расходов домашних хозяйств.

3.d. Календарь выпуска данных

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

3.e. Поставщики данных

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

3.f. Составители данных

Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк.

3.g. Институциональный мандат

4. Иные методологические соображения

4.a. 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 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 показателя 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.

4.b. 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 бедности¹⁰. 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 непищевом хозяйстве домашних хозяйств. 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 распоряжении своими доходами, сбережениями или займами для оплаты медицинских услуг. Однако в большинстве обследований домохозяйств не удается определить источник финансирования, используемый домохозяйством, которое сообщает о расходах на здравоохранение. В странах, где нет ретроспективного возмещения расходов домашних хозяйств на здравоохранение, это не проблема. Если домохозяйство сообщает о каких-либо расходах на здравоохранение, это происходит потому, что они не будут возмещены каким-либо сторонним плательщиком. По данной причине это

¹⁰ <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

согласуется с определением, данным для прямых выплат на здравоохранение (числитель). С другой стороны, в тех странах, где существует ретроспективное возмещение – например, через систему обязательного медицинского страхования, – сумма, указанная домохозяйством в расходах на здравоохранение, может быть полностью или частично возмещена на более позднем этапе, 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 могут быть выявлены путем сравнения суммы расходов домохозяйства на здравоохранение либо с доходом домохозяйства, либо с общими расходами домохозяйства. Расходы являются рекомендуемым показателем ресурсов домохозяйства (см. раздел «Определения и концепции»), но недавние эмпирические исследования показали, что, хотя статистические данные по 3.8.2 на уровне страны достаточно устойчивы к такому выбору, их разбивка по группам доходов весьма чувствительна к нему. Показатели, основанные на доходах, показывают большую концентрацию доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение среди бедных, чем показатели, основанные на расходах (см. главу 2 в отчете ВОЗ и Всемирного банка за 2017 г. об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также Wagstaff et al 2018 г.).

В-третьих, показатель 3.8.2. опирается на единую точку отсечения (порог), чтобы определить, что представляет собой «большой удельный вес семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств». Люди чуть ниже этого порога не учитываются, что является частой проблемой с мерами, основанными на отсечении. Этого просто избежать, если построить кумулятивную функцию распределения соотношения расходов на здравоохранение на основе 3.8.2. Таким образом можно определить для любого порогового значения долю населения, которая выделяет какую-либо долю бюджета своего домохозяйства на здравоохранение.

В-четвертых, показатель 3.8.2. основан на показателях фактических расходов на здравоохранение. Низкие уровни расходов могут быть обусловлены ошибками измерения, вызванными как ошибками, не связанными с выборкой, такими как очень короткий период охвата, который не позволяет собирать информацию о медицинском обслуживании, требующем пребывания на ночь; или ошибки выборки, такие как избыточная выборка районов с особенно низким бременем болезни. Отсутствие расходов также может быть связано с тем, что люди не могут ничего тратить на здравоохранение, 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. ВОЗ использует более широкие рамки, которые включают определение больших расходов на здравоохранение в отношении расходов на проживание в дополнение к показателю 3.8.2^{11,12,13}.

4.c. Метод расчета

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

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1\left(\frac{\text{расходы домохозяйств на здравоохранение } i}{\text{общие расходы домохозяйств } i} > \tau\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

где i обозначает домохозяйство, $1()$ — индикаторная функция, которая принимает значение 1, если выражение в квадратных скобках истинно, и 0 в противном случае, m_i соответствует количеству членов домохозяйства i , ω_i соответствует весу выборки домохозяйства i , τ – пороговое значение, определяющее большие расходы домохозяйства на здравоохранение как долю от общего потребления или дохода домохозяйства (т.е. 10% и 25%).

Расходы домохозяйства на здравоохранение и расходы или доход домохозяйства определяются так, как поясняется в разделе «Определения и концепции». Для получения дополнительной информации о методологии см. Wagstaff et al (2018) и главу 2 отчета ВОЗ и Всемирного банка за 2017 г. об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения.

4.d. Валидация

4.e. Корректировки

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

На страновом уровне не предпринимаются попытки вменения значений для получения оценок. Доля населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение в виде доли от общих расходов или доходов домохозяйств оценивается за все годы, для которых доступно общенациональное репрезентативное обследование бюджета домохозяйств,

¹¹ Глава 2, «Отслеживание всеобщего охвата услугами здравоохранения: отчет о глобальном мониторинге 2017 г.», Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития/Всемирный банк; 2017; <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>;

¹² Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., and Evans, T. (2007), “Защита домохозяйств от катастрофических расходов на здравоохранение,” *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), “Катастрофические расходы домохозяйств на здравоохранение: многострановой анализ,” *The Lancet*, 326, 111–117.

¹³ 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://apps.searo.who.int/uhc;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

доходов и расходов домохозяйств, социально-экономических условий или уровня жизни с информацией как об общих расходах или доходах домохозяйств, так и об общих расходах домохозяйств на здравоохранение. При проведении нескольких обследований в течение определенного времени для одной и той же страны предпочтение отдается оценкам, полученным на основе одного и того же обследования. Для сохранения наиболее эффективных серий выполняется ряд тестов (см. Метод сбора данных)

4.g. Региональное агрегирование

Для построения оценок регионального и глобального уровней, когда оценки, основанные на обследованиях, недоступны для базовых 2000, 2005 или 2010 годов, все оценки, основанные на обследованиях, в течение 5-летнего периода базового года “выстраиваются” с использованием комбинации методов интерполяции, экстраполяции, эконометрического моделирования и вменения на основе региональных медиан (Wagstaff et al., 2018; глава 2 отчета ВОЗ и Всемирного банка за 2017 год об отслеживании всеобщего охвата услугами здравоохранения).

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

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

4.i. Управление качеством

4.j. Гарантия качества

4.k. Оценка качества

5. Доступность и дезагрегирование данных

Доступность данных:

Этот показатель опирается главным образом на те же источники данных, которые используются для мониторинга показателя 1.1.1 ЦУР, с дополнительным требованием о наличии информации о расходах на здравоохранение. Принимая это во внимание, Всемирный банк и ВОЗ определили 1566 потенциально подходящих наборов данных обследований домохозяйств из 155 стран. Некоторые из этих обследований были исключены, поскольку они либо были недоступны, либо в них отсутствовали ключевые переменные, необходимые для оценки доли населения с большими расходами домохозяйств на здравоохранение в виде доли от общих расходов или доходов домохозяйств, они не прошли процесс обеспечения качества или не были частью последовательного временного ряда. По состоянию на декабрь 2017 года для расчета показателя 3.8.2 ЦУР было использовано в общей сложности 553 точки данных из 132 стран или территорий за период с 1984 по 2015 год.

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

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 ЦУР	Количество государств-членов ВОЗ	2005 или раньше		2006-2015		Итого по регионам ЦУР	
		(число стран-членов)	(% по региону)	(число стран-членов)	(% по региону)	(число стран-членов)	(% по региону)
Северная Америка (М49) и Европа (М49)	44	6	13.60%	33	75.00%	39	88.60%
Латинская Америка и Карибский бассейн (MDG=М49)	33	7	21.20%	10	30.30%	17	51.50%
Центральная Азия (М49) и Южная Азия (MDG=М49)	14	0	0.00%	11	78.60%	11	78.60%
Восточная Азия (М49) и Юго-Восточная Азия (MDG=М49)	16	2	12.50%	10	62.50%	12	75.00%
Западная Азия (М49) и Северная Африка (М49)	23	4	17.40%	9	39.10%	13	56.50%
Страны Африки к югу от Сахары (М49)	48	16	33.30%	21	43.80%	37	77.10%
Австралия и Новая Зеландия (М49)	2	0	0.00%	1	50.00%	1	50.00%
Океания (М49), кроме Австралии и Новой Зеландии (М49)	14	1	7.10%	0	0.00%	1	7.10%
	194	36	18.60%	95	49.00%	131	67.50%

Общая доступность данных - не менее 50% всех государств-членов ВОЗ во всех регионах М49, за исключением регионов Океании (7,1%). Для получения дополнительной информации см. отчет ВОЗ и Всемирного банка за 2017 г. об отслеживании всеобщего здоровья; Вагстафф и др. 2018.; Wagstaff et al 2018.

Временные ряды:

Частота таких данных аналогична частоте данных, используемых для расчета показателя ЦУР 1.1.1. Она варьируется в зависимости от страны, но в среднем колеблется от ежегодного предоставления до 1 раза в 3-5 лет.

Дезагрегация:

Возможна следующая дезагрегация, поскольку обследование было разработано для получения репрезентативных оценок на таком уровне:

- Пол и возраст главы домохозяйства
- Географическое положение (сельская/городская местность)
- Квintиль показателей благосостояния домохозяйства (общие расходы или доход домохозяйства). См. комментарии и ограничения относительно чувствительности дезагрегации к выбору показателя благосостояния.

6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов

Источники расхождений:

Все оценки на страновом уровне основаны на общенациональных репрезентативных обследованиях с информацией 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 домохозяйств, и процессы стандартизации ex-post могут быть разработаны для повышения степени сопоставимости между странами. Например, региональные группы Всемирного банка производят стандартизированные версии исходных наборов данных в соответствии с общими региональными процедурами: гармонизированные наборы данных ЕСАPOV основаны на наборах данных Исследования уровня жизни – LSMS¹⁴ или обследований бюджетов домохозяйств (ОБДХ), собранных в странах Европы и Центральной Азии Всемирного банка; коллекция SHIP является результатом программы бедности по гармонизированным обследованиям домохозяйств в африканском регионе Всемирного банка, а коллекция SHES была разработана Всемирным банком для программы международных сопоставлений¹⁵. Наборы данных Люксембургского исследования доходов (LIS) являются результатом усилий по согласованию наборов данных из многих стран с высоким и средним уровнем дохода¹⁶.

В некоторых случаях исходные данные доступны для получения оценок на уровне страны. В некоторых странах в дополнение к необработанным данным доступна стандартизированная версия, а в других странах доступна только стандартизированная версия. При наличии нескольких версий одного и того же обследования сохраняется лучшая с точки зрения серии тестов обеспечения качества (см. метод сбора). При выборе стандартизированной версии разработанных на национальном уровне инструментов обследования возникают различия между переменными расходов, полученными с использованием исходных данных, и переменными расходов, полученными с использованием процедур гармонизации, что может привести к различным оценкам заболеваемости населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств.

7. Ссылки и документы

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

Использованные документы:

- Глава 2 о финансовой защите, «Отслеживание всеобщего охвата услугами здравоохранения: отчет о глобальном мониторинге 2017 г.», Всемирная

¹⁴ <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0..contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html>

¹⁵ Подробная документация, описывающая процедуры гармонизации, доступна в сопроводительных документах в формате pdf.

¹⁶ <http://www.lisdatacenter.org/>

организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития/Всемирный банк.; 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., Cherpynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. and Eozenou, P., (2018), “Прогресс в отношении катастрофических расходов на здравоохранение в 133 странах: ретроспективное обсервационное исследование”, the Lancet Global Health, volume 6, issue 2, e169-e179. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)

О подходах, лежащих в основе нынешнего определения большего удельного веса семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств:

- 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>

Об определении понятия 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

По компонентам расходов на здравоохранение

- • раздел 06 Классификации индивидуального потребления ООН по целям (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>