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

**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.**

**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)

**Понятия 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 индикаторы 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. Индикатор 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.

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». Фактически он основан на соотношении, превышающем порог. Две основные концепции, представляющие интерес для этого соотношения, - это расходы домашних хозяйств на здоровье (числитель) и общие расходы на потребление домашних хозяйств или отсутствие дохода (знаменатель).

*Числитель*

Расходы домашних хозяйств на здоровье определяются как любые расходы, понесенные во время использования услуг, для получения любого вида помощи (профилактической, 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-2) 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)[[2]](#footnote-3) и включать расходы на лекарства и медицинские товары (06.1), услуги амбулаторного лечения (06.2) и стационарные услуги (06.3). 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-4).

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-5). 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 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, 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-третьих, 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-6),[[6]](#footnote-7),[[7]](#footnote-8),[[8]](#footnote-9),[[9]](#footnote-10),[[10]](#footnote-11).

**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.

$\sum\_{}^{}i w\_{i}$ 1 $\left(\frac{расходы домохозяйств на здравоохранение}{общие расходы домохозяйств}>τ\right)$

где *i* обозначает домохозяйство, 1 () - функция индикатора, Wi - соответствует весовым коэффициентам домохозяйства, умноженным на размер домохозяйства, для получения репрезентативных чисел на человека, τ - порог, определяющий большие расходы домашних хозяйств на здоровье в качестве доли 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 «Понятия».

**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).

Обработка отсутствующих значений:

На уровне страны в настоящее время нет намерения рассматривать отсутствующие значения из-за отсутствия какой-либо предыдущей информации об этом показателе. Между Всемирной организацией здравоохранения и Всемирным банком ведется совместная работа по обработке отсутствующих значений на региональном и глобальном уровнях по той же причине, так как вменения не будет из-за отсутствия какой-либо информации на этом уровне.

Региональные показатели:

Региональные и глобальные показатели будут основываться на взвешенных по численности населения медианных значениях доли людей с большими расходами домашних хозяйств на здравоохранение, в виде доли от общих расходов домашних хозяйств или доходов. Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения будут использовать свою собственную региональную группировку в дополнение к региональной разбивке, предложенной для ЦУР СОООН.

Источники расхождений:

В некоторых случаях потребительские расходы рассчитываются в рамках общего процесса стандартизации, предназначенного для сопоставления данных по странам. Например, региональные команды из Всемирного банка создают согласованные версии необработанных наборов данных в соответствии с общими региональными процедурами. Это может привести к расхождениям между переменными расходов, генерируемыми с использованием необработанных данных, и переменными расходов, генерируемыми с использованием процедур согласования. Сбор данных ECAPOV (прим.: база данных и стандартизация энергетических переменных) основаны на данных обследований LSMS (прим.: исследование уровня жизни) или обследования бюджетов домашних хозяйств (HBS), собранных в регионе Европы и Центральной Азии, в то время как обследование SHIP сосредоточено на регионе Африки. Подробную документацию, описывающую процедуры согласования, можно найти в сопроводительных документах.

В настоящее время ВОЗ проводит консультации для стран для информирования о страновых оценках, источниках данных и методах, используемых для мониторинга ЦУР 3.8.2. Это должно помочь лучше понять возможные источники расхождений.

**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-12). 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-13).

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:*

* Проверяют, нормально ли распределяется потребление на душу населения
* Сравнивают логарифм потребления на душу населения с доступными цифрами в базе данных PovcalNet
* Сравнивают численность населения по уровню бедности, живущих на 1,90 долл. США в день с цифрами в базе данных PovcalNet.

*Для числителя соотношения расходов на здравоохранение:*

* Сравнивают среднее отношение расходов на здравоохранение в обследовании со средней долей бюджета, созданной как отношение макроэкономической меры внутренних расходов домашних хозяйств в текущей местной валюте; это доступно из Глобальной базы данных о расходах на здравоохранение (GHED) через базу данных показателей развития мира (WDI) и расходов на конечное потребление домашних хозяйств в текущей местной валюте, также полученных из WDI.

Эти контрольные показатели также используются для определения двух оценок для этих стран и тех лет, для которых оба учреждения имеют одинаковый источник данных. Эта работа продолжается, и могут быть добавлены дополнительные проверки качества.

На страновом уровне ВОЗ и Всемирный банк собирают не дублированные оценки доли населения после подхода, описанного в разделе «региональные сводные показатели»; и Всемирная организация здравоохранения проводит процесс консультаций в стране. 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. Затем координационные центры направляют ВОЗ свои комментарии, часто включающие новые данные, которые используются для обновления оценок стран.

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.

**Доступность данных**

Описание:

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 1526 потенциально подходящих наборов данных обследований домашних хозяйств из 151 страны. 168 из этих наборов данных в настоящее время недоступны ни для Всемирного банка, ни для ВОЗ, а 450 еще не имеют всех ключевых переменных, необходимых для анализа. Остальные 911 наборов данных были проанализированы. 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» по состоянию на февраль 2017 года

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Региональная разбивка по ЦУР | Число государств-членов ВОЗ | 1995-2004 | 2005-2015  | Всего | Всего в виде доли от числа стран в регионе ЦУР |
| Австралия и Новая Зеландия  | 2 | 0 | 1 | 1 | 50.0 % |
| Центральная Азия и Южная Азия | 14 | 0 | 10 | 10 | 71.4 % |
| Восточная Азия и Юго-Восточная Азия | 16 | 1 | 11 | 12 | 75.0 % |
| Латинская Америка и Карибский бассейн | 33 | 6 | 8 | 14 | 42.4 % |
| Северная Америка и Европа | 44 | 7 | 25 | 32 | 72.7 % |
| Океания, за исключением Австралии и Новой Зеландии | 14 | 1 | 0 | 1 | 7.1 % |
| К югу от Сахары | 48 | 8 | 27 | 35 | 72.9 %  |
| Западная Азия и Северная Африка | 23 | 1 | 10 | 11 | 47.8 % |
|  | 194 | 24 | 92 | 116 | 59.8 % |

Доступность данных охватывает не менее 50% всех государств-членов ВОЗ во всех регионах ЦУР, за исключением стран Латинской Америки и Карибского бассейна (42,4%), Океании (7,1%), Западной Азии и Северной Африки. В настоящее время ВОЗ проводит страновой консультационный процесс, который заканчивается 2 апреля 2017 года. В марте Всемирный банк также проведет консультации со страновым персоналом Всемирного банка. В результате этого процесса ожидается, что будет определено больше данных.

Для получения дополнительной информации см.

 <http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-data/en/>

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 этот 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 большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств будут опубликованы к июлю 2017 года. В будущем новые данные будут добавлены, поскольку дополнительная информация получена от назначенных координационных центров (см. Процесс сбора). Обновления региональных и глобальных оценок планируются 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:**

<http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/>

Ссылки:

*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)

 <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

Дополнительную информацию об этих показателях можно получить на следующей веб-странице <http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>

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-2)
2. http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1 [↑](#footnote-ref-3)
3. http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf [↑](#footnote-ref-4)
4. http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf [↑](#footnote-ref-5)
5. 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. Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2003), “Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with applications to Vietnam 1993-98,” Health Economics, 12, 921–934 [↑](#footnote-ref-6)
6. <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/> ; <http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/> [↑](#footnote-ref-7)
7. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universalhealth-coverage-financial-protection> [↑](#footnote-ref-8)
8. <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coveragelatin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en> [↑](#footnote-ref-9)
9. <http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-10)
10. <http://apps.searo.who.int/uhc> [↑](#footnote-ref-11)
11. http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf [↑](#footnote-ref-12)
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-13)