

Описание методов ВОЗ

Мониторинг финансовой защиты (доступность услуг здравоохранения) в Европейском регионе в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целей устойчивого развития

Апрель 2025

Этот брифинг был подготовлен совместно Департаментом финансирования и экономики систем здравоохранения (Штаб-квартира ВОЗ) и Барселонским офисом ВОЗ по финансированию систем здравоохранения (входит в состав Департамента систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ) для консультации на уровне стран, проведённой в 2025 году.

Содержание

1 Примечание о ключевых терминах, используемых в этом документе.....	2
2 Краткая информация об индикаторах и их основные различия	3
3 Региональные индикаторы	12
4 Глобальные индикаторы	21

1 Примечание о ключевых терминах, используемых в этом документе

Расходы домохозяйств на здравоохранение (выплаты из кармана или расходы, оплачиваемые за счет собственных средств): Расходы домохозяйств на здравоохранение также известны как платежи из собственного кармана или расходы, оплачиваемые за счет собственных средств. Выплаты из кармана (ВИК) — это формальные и неформальные платежи, осуществляемые людьми в момент использования услуг здравоохранения, предоставляемых поставщиками любого типа. Они не включают возмещение расходов третьими сторонами, такими, как государство, фонд медицинского страхования или частная страховая компания. Для получения дополнительной информации, см. классификацию схем финансирования здравоохранения в [Международной классификации счетов здравоохранения](#), которая стала результатом сотрудничества между ОЭСР, Евростатом и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Финансовые трудности (катастрофические или обедняющие расходы на здравоохранение): ВИК приводят к финансовым трудностям для людей тогда, когда они превышают заранее определенный порог бюджета или платежеспособности домохозяйства. На региональном уровне выплаты из кармана, приводящие к финансовым трудностям, характеризуются как «катастрофические расходы на здравоохранение» или «обедняющие расходы на здравоохранение». В контексте Целей устойчивого развития (ЦУР) финансовые трудности называют «крупными и приводящие к обеднению расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств».

Способность домохозяйства оплачивать услуги здравоохранения: Платежеспособность домохозяйств - это потребление или доход домохозяйства за вычетом суммы, необходимой для покрытия базовых потребностей, таких как еда, жильё и коммунальные услуги. Базовые потребности можно определить по-разному.

Черта бедности: Черта бедности — это уровень личного либо семейного дохода или потребления домохозяйства, ниже которого они классифицируются как бедные. Значения черты бедности можно определить по-разному.

2 Краткая информация об индикаторах и их основные различия

В этом документе описываются методы, лежащие в основе индикаторов финансовых трудностей, используемых в Европе и Центральной Азии, как изложено в таблицах 1–3.

Таблица 1 Комбинированный список региональных и глобальных индикаторов для мониторинга финансовых трудностей в Европе и Центральной Азии

Региональные индикаторы + (R1 и R2)	Глобальный индикатор и его компоненты (пересмотренная формулировка индикатора ЦУР 3.8.2)
Катастрофические платежи из собственного кармана	Крупные и обедняющие платежи из собственного кармана на здравоохранение из собственного кармана
Индикатор R1: доля домохозяйств, у которых расходы на здравоохранения за счет ВИК превышают 40% их платежеспособности. Платежеспособность домохозяйства определяется как общий объем потребления или дохода домохозяйства за вычетом расходов, необходимых для удовлетворение базовых потребностей, включая продукты питания, жилье и коммунальные услуги.	Доля населения с положительными расходами домохозяйств на здравоохранение, оплачиваемыми за счет собственных средств, превышающими 40% дискреционного бюджета домохозяйства. Дискреционный бюджет домохозяйства определяется как общие расходы на потребление домохозяйства или доход за вычетом социальной черты бедности (СЧБ). В контексте ЦУР платежеспособность соответствует дискреционному бюджету домохозяйств, который определяется как совокупное потребление или доход домохозяйств за вычетом социальной черты бедности, разработанный для глобального мониторинга и отражающей минимальные затраты на удовлетворение базовых потребностей потребности и социальное участие с учетом общего уровня экономического развития. При использовании паритетов покупательной способности (ППС) 2017 года, СЧБ определяется как наибольшее из двух значение: 2,15 долл. США (международная черта бедности) или 1,15 долл. США плюс 50% медианного значения потребления или дохода домохозяйств. Медианное значение рассчитывается на основе распределения потребления или доходов без учёта расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств.
Обедняющие платежи из собственного кармана	
Индикатор R2: Доля домохозяйств с обедняющими расходами на здравоохранение (домохозяйства, которые еще больше обеднели или обеднели после ВИК) с использованием страновых линий черт бедности на основании расходов домохозяйств на удовлетворение базовых потребностей (продукты	Глобальный индикатор позволяет выделить две подгруппы населения: а) лица с крупными расходами на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств, превышающими 40% дискреционного бюджета

питания, жилье и коммунальные услуги).

домохозяйств, которые при этом не переходят за черту бедности и не становятся еще более бедными; и

б) лица с крупными и обедняющими расходами на здравоохранение. Для этой группы лиц расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств, всегда превышают их дискреционный бюджет.

Для домохозяйств с нулевым или отрицательным дискреционным бюджетом (то есть уже находящихся за чертой бедности), любые расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств, усугубляют их финансовое положение. Домохозяйства с положительным дискреционным бюджетом не считаются живущими в бедности, однако они становятся бедными, если расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств, превышают 100% их дискреционного бюджета.

Выбор региональных и глобальных индикаторов

Региональные индикаторы R1 и R2 отражают приверженность учету потребностей государств-членов Европейского региона. Они были разработаны Европейским региональным бюро ВОЗ по запросу Регионального директора в ответ на потребность государств-членов в показателях эффективности, более подходящих для стран с высоким и средним уровнем дохода и с более выраженным акцентом на политику, ориентированную на малообеспеченные группы населения, в соответствии с резолюциями Регионального комитета.

Глобальный индикатор отражает приверженность к глобальной системе мониторинга ЦУР. Он позволяет сопоставить результаты государств-членов Европейского региона с результатами государств-членов в других регионах мира.

Определение глобального индикатора (показатель ЦУР 3.8.2) было пересмотрено в марте 2025 года по итогам двухлетнего консультативного процесса под руководством Межучрежденческой группы экспертов по показателям ЦУР и утверждено Статистической комиссией ООН. Пересмотренное определение основано на методах, разработанных Всемирным банком (в 2014 году) и Европейским региональным бюро ВОЗ (в 2015 году), опираясь на предыдущие методы, разработанные ВОЗ и Всемирным банком в сотрудничестве с академическим сообществом. Подробности приведены в приложении к информационному документу.

Основные различия между региональными и глобальными индикаторами

Глобальный индикатор основан на региональном индикаторе катастрофических расходов на здравоохранение (R1) и методах, предложенных Всемирным банком. Оба показателя основаны на подходе, учитывающем базовые потребности, при котором учитываются ВИК, превышающие заранее установленную долю потребления домохозяйства за вычетом суммы, необходимой для удовлетворения базовых потребностей. Потребление за вычетом суммы, необходимой для покрытия базовых потребностей, в региональной методологии называется *платежеспособностью домохозяйства в отношении оплаты расходов на здравоохранение*, а потребление за вычетом минимальной стоимости потребностей как *дискреционный бюджет домохозяйства* в глобальной методологии.

Региональные и глобальные методологии различаются по способу определения базовых потребностей — явно в региональной методологии и косвенно через СЧБ в глобальной методологии. Европейское региональное бюро ВОЗ использует расходы домохозяйств на продукты питания, жильё и коммунальные услуги (вода, газ, электричество и отопление) как показатель базовых потребностей. При этом учитываются расходы на эти категории среди относительно малообеспеченных домохозяйств в конкретной стране. Глобальный индикатор использует СЧБ (разработанный для глобального мониторинга бедности с целью обеспечения сопоставимости с национальными чертами) для оценки минимальной стоимости

потребностей. СЧБ имеет фиксированное значение для стран с одинаковым уровнем дохода и относительную составляющую, которая увеличивается по мере роста уровня развития.

Для измерения обедняющих расходов на здравоохранение региональный индикатор (R2) использует в качестве черты бедности расходы домохозяйств на питание, жилье и коммунальные услуги среди домохозяйств, находящихся между 25-м и 35-м процентилями распределения потребления в данной стране. В глобальном индикаторе обедняющие расходы на здравоохранение являются подкомпонентом, а не отдельным показателем, и рассчитываются с использованием СЧБ.

Единица анализа в региональной и глобальной методологиях также различается. Региональные индикаторы определяются на уровне домохозяйств, при этом все денежные значения выражаются в расчете на эквивалент взрослого с использованием шкал ОЭСР. Глобальный же индикатор и его компоненты определяются на уровне населения, а денежные значения выражаются в расчете на душу населения (поскольку нет глобального стандарта шкал эквивалентности).

В таблицах 2 и 3 приведено сопоставление региональных и глобального индикаторов.

Таблица 2 Ключевые измерения индикаторов, используемых ВОЗ в Европейском регионе для мониторинга катастрофических расходов на здравоохранение

	Индикатор R1	Глобальный индикатор G1
Определение	Доля домохозяйств, у которых ВИК превышают заранее установленный порог платежеспособности домохозяйства в отношении оплаты медицинской помощи.	Пересмотренный показатель ЦУР 3.8.2: доля населения с положительными расходами домохозяйств на здравоохранение, оплачиваемыми за счет собственных средств, превышающими 40% дискреционного бюджета домохозяйства.
Предпосылки (обоснование разработки)	Разработан и применяется Европейским региональным бюро ВОЗ в ответ на запрос государств-членов на показатели эффективности, более подходящие для стран с высоким и средним уровнем дохода и с более выраженным акцентом на политику, ориентированную на малообеспеченные группы населения. Основан на подходе, разработанном ВОЗ и Всемирным банком.	Разработан Всемирным банком и ВОЗ на основе методов, разработанных Всемирным банком в 2014 году и Европейским региональным бюро ВОЗ в 2015 году. Предложен ВОЗ и Всемирным банком для мониторинга ЦУР, рекомендован Межучрежденческой группой экспертов как показатель для задачи 3.8 ЦУР и утвержден в марте 2025 года.
Расходы домохозяйства на здравоохранение (выплаты из кармана)	Любые расходы, понесённые любым членом домохозяйства в момент обращения за помощью для получения любого вида товара или услуги здравоохранения от любого поставщика. Это включает как формальные, так и неформальные платежи, но исключает платежи, которые впоследствии возмещаются государством, фондами медицинского страхования или частными страховщиками.	
Платежеспособность	Совокупное потребление домохозяйств: сумма денежных и неденежных (в натуральной форме) расходов за все товары и услуги (включая ВИК), а также денежная оценка потребления продукции собственного производства за вычетом стандартной суммы, необходимой для покрытия базовых потребностей. Совокупное потребление домохозяйства не включает условно исчисленную арендную плату. Используя тот же набор данных, который применяется для оценки совокупного потребления домохозяйства, стандартная сумма для покрытия базовых потребностей рассчитывается как средний объем расходов на питание, жилье (арендная плата) и коммунальные услуги (вода, газ, электроэнергия и отопление) среди домохозяйств,	Дискреционный бюджет - это совокупное потребление или доход домохозяйства после вычета СЧБ. Совокупное потребление домохозяйства: сумма денежной стоимости всех товаров и услуг, потребленных домохозяйством за определённый период, а также условная стоимость товаров, которые не были приобретены, но получены для потребления иным способом. Включает условно исчисленную арендную плату. При отсутствии данных о потреблении домохозяйства используется показатель дохода домохозяйства. СЧБ используется для оценки минимальной стоимости базовых потребностей с учетом уровня экономического развития страны. При использовании ППС 2017 года СЧБ определяется как наибольшее из двух значений: 2,15 долл. США (международная черта бедности) или 1,15 долл. США плюс 50% медианного значения денежного показателя благосостояния за вычетом расходов домохозяйств на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств.

	находящихся между 25-м и 35-м процентилими распределения потребления, с корректировкой на состав домохозяйства.	СЧБ рассчитывается с использованием того же источника данных, который применяется для расчёта глобального показателя. Все значения, заданные в ППС (2,15 долл. США и 1,15 долл. США), переводятся в национальную валюту в ценах 2017 года, а затем корректируются до цен на момент проведения соответствующего обследования домохозяйств с использованием наилучшего доступного индекса потребительских цен (ИПЦ). Номинальное значение СЧБ в национальной валюте может быть предоставлено ВОЗ и Всемирным банком.
Пороговые значения	40% платежеспособности домохозяйства в отношении оплаты услуг здравоохранения.	40% дискреционного бюджета домохозяйства в качестве явного порогового значения. Существует также одно неявное пороговое значение (100%), которое соответствует ситуации, когда ВИК превышают дискреционный бюджет. ВОЗ и Всемирный банк могут разложить показатель по населению на две группы: лица с крупными и обедняющими расходами на здравоохранение, определяемые с использованием неявного порога 100%, и лица с относительно крупными выплатами из кармана, которые при этом не переходят за черту бедности и не становятся еще более бедными (например, лица с выплатами из кармана, превышающими 40%, но не достигающими 100% дискреционного бюджета домохозяйства).
Агрегация и дезагрегация	Результаты не агрегируются. Они дезагрегируются по квинтилям домохозяйств по уровню потребления. Другое разбиение возможно по странам, если это важно для политики.	Глобальные и региональные агрегированные оценки основаны на сочетании страновых оценок, полученных на основе обследований, с применением и без применения эконометрического моделирования, а также с использованием методов вменения недостающих значений. Результаты дезагрегируются по месту проживания (город/село); полу главы домохозяйства; возрасту главы домохозяйства (младше и старше 60 лет); а также по возрастной структуре домохозяйства (включает не более 6 категорий: члены в возрасте 20–59 лет — «взрослые»; члены младше 59 лет — «взрослые с детьми и подростками»; все возрастные группы — «многопоколенные домохозяйства»; члены от 20 лет — «взрослые с пожилыми»; члены от 60 лет — «только пожилые»; члены младше 20 лет — «только дети и подростки»). Дополнительную информацию см. в разделе «Отслеживание неравенства в финансовых трудностях, вызванных расходами на здравоохранение из собственного кармана, по возрастной структуре домохозяйства» . Дополнительное разбиение данных возможно, но оно должно быть осуществимо на глобальном уровне.
Источники данных и их доступность	Не требует дополнительной нагрузки по сбору данных для государств-членов. В дополнение к обследованиям бюджетов домашних хозяйств (ОБД) также рассматриваются обследования доходов и расходов домохозяйств (ОДРД) и социально-экономические обследования и обследования условий жизни. Эти обследования, как правило, проводятся не реже одного раза в пять лет в государствах-членах ЕС и каждые несколько лет в странах вне ЕС и доступны через национальные статистические органы.	

Ограничения данных	Систематическая ошибка (смещение), возникающая вследствие выборочных и невыборочных ошибок. Не всегда возможно определить, были ли ВИК впоследствии возмещены третьей стороной. Как правило, отсутствует возможность учета неудовлетворенной потребности в медицинской помощи. Результаты могут не совпадать с национальными агрегированными показателями потребления из-за различий в процедурах стандартизации.
-------------------------------	--

Таблица 3. Ключевые характеристики показателей, используемых ВОЗ в Европейском регионе для мониторинга обедняющих расходов на здравоохранение

	Индикатор R2	Второй компонент глобального индикатора
Определение	Обедняющие расходы на здравоохранение	Обедняющие расходы на здравоохранение, рассчитанные с использованием социальной черты бедности (СЧБ)
Предпосылки (обоснование разработки)	Разработан и используется Европейским региональным бюро ВОЗ в ответ на запрос государств-членов на показатели эффективности, более подходящие для стран с высоким и средним уровнем дохода и с более выраженным акцентом на политику, ориентированную на малообеспеченные группы населения. Основан на подходах, разработанных ВОЗ, Всемирным банком и Европейским союзом.	Разработан Всемирным банком и используется ВОЗ и Всемирным банком для демонстрации взаимосвязи между ЦУР 1 (ликвидация нищеты во всех ее формах повсеместно), в частности задачей 1.1 (ликвидация крайней нищеты для всех людей во всем мире), сокращением неравенства внутри стран и между ними (ЦУР 10) и задачей 3.8 ЦУР (всеобщий охват услугами здравоохранения).
Расходы домохозяйства на здравоохранение (платежи из собственного кармана)	То же, что и для индикаторов G1 и R1.	
Показатель благосостояния	Совокупное потребление домохозяйства без учета условно исчисленной (предполагаемой) арендной платы.	Общее потребление домохозяйств, включая предполагаемую арендную плату, см. Таблицу 2.
Черта бедности	Линия базовых потребностей рассчитывается как средний объем расходов на питание, жилье (арендная плата) и коммунальные услуги (вода, газ, электроэнергия и отопление) среди домохозяйств, находящихся между 25-м и 35-м процентилями распределения потребления, с корректировкой на состав домохозяйства.	При использовании ППС 2017 года СЧБ определяется как наибольшее из двух значений: 2,15 долл. США (международная черта бедности) или 1,15 долл. США плюс 50% медианного значения денежного показателя благосостояния за вычетом расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств.
Отражаемые аспекты бедности	Доля домохозяйств, которые становятся бедными или еще больше обеднеют после ВИК.	Компонент 2: доля населения с положительными выплатами из кармана, превышающими или равными 100% дискреционного бюджета (сталкивающихся с крупными и обедняющими расходами на здравоохранение).
Агрегация и дезагрегация	То же самое, что и индикатор R1.	Оба компонента глобального индикатора можно разбить так же, как и общий индикатор.

Источники данных и доступность	То же самое, что и индикатор R1.	То же самое, что и индикатор R1 и глобальный индикатор.
---	----------------------------------	---

3 Региональные индикаторы

В европейском регионе поддержка государств-членов со стороны ВОЗ в области мониторинга финансовой защиты основана на [Европейской программе работы 2020-2025 годах](#) (Совместные действия для улучшения здоровья), которая включает продвижение к всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ) в качестве первого из трех основных приоритетов Европейского региона ВОЗ. Это также подтверждается [Таллиннской Хартией](#) и резолюции [EUR/RC65/13](#) о приоритетах укрепления систем здравоохранения в европейском регионе ВОЗ в 2015 - 2020 годах, при этом оба этих документа предусматривают приверженность работе по достижению Европы, свободной от обедняющих платежей за услуги здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ работает в тесном сотрудничестве с национальными экспертами над подготовкой оценочных данных, включаемые в детальный анализ странового уровня. Цель данной работы заключается в поддержке разработки политики посредством анализа страновой специфики и тщательно подобранных рекомендаций на уровне стран и региона.

Региональные индикаторы R1 и R2 были разработаны Офисом ВОЗ по укреплению систем финансирования здравоохранения в Барселоне по просьбе Регионального директора для удовлетворения запроса со стороны государств-членов на разработку измерения эффективности деятельности, более подходящие для стран с высоким и средним уровнем дохода и с большим акцентом на политику, направленную на бедных, в соответствии с резолюциями Региональных комитетов.

Индикаторы адаптированы из подхода, описанного в работе Xu K, D Evans, K Kawabata, R Zeramdini, J Klavus and C Murray (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362: 111–17 and Xu K, D Evans, G Carrin, A Aguilar-Rivera, P Musgrove и T Evans (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs* 26(4):972-983; они также используют элементы подхода, описанного в работе Wagstaff A and P Eozenou (2014), *CATA Meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health*, Washington DC: World Bank.

Для получения дополнительной информации, пожалуйста, обратитесь к:

Cylus J, Thomson S, Al Tayara L, Cerezo-Cerezo J, Gallardo-Martínez M, García-Ramírez JA et al. (2024). Assessing the equity and coverage policy sensitivity of financial protection indicators in Europe. *Health Policy*. 147:105136 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105136>).

Thomson S, Cylus J, Al Tayara L, Gallardo-Martínez M, García-Ramírez JA, Serrano-Gregori M, Cerezo-Cerezo J, Karanikolos M, Evetovits T (2024). Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40

countries. The Lancet Regional Health–Europe. 37(100826) (<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100826>).

WHO Regional Office for Europe (2023). [Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. [Summary](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2019). [Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). [Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods](#). Bull World Health Organ, 96:599–609.

Источники данных и требования к данным

Для подготовки страновых оценок по индикаторам R1 и R2 требуются данные национальных репрезентативных обследований домохозяйств.

На уровне домохозяйств требуются следующие переменные:

- совокупные потребительские расходы домохозяйства
- расходы на продукты питания (исключая табак и алкоголь, если это возможно)
- расходы на жилье с разбивкой на аренду и коммунальные платежи (вода, газ, электричество и отопление)
- расходы на здравоохранение (выплаты из кармана), с разбивкой по типу медицинских товаров и услуг¹
- размер домохозяйства и количество детей (возрастом до 13 лет) в домохозяйстве

Если обследование включает в себя переменную веса домохозяйства в выборке, веса в расчетах необходимо учитывать во всех случаях.

Информация о характеристиках домохозяйства или индивидуумов, такая, как возраст, пол, образование и место жительства, также полезна для дополнительного анализа справедливости.

¹ Уровень детализации и последовательность вопросов в обследовании домохозяйств значительно влияют на регистрируемые уровни потребления и выплат из кармана. Необходимо предпринимать усилия по использованию стандартизированных опросников с хорошо продуманной последовательностью и детализацией вопросов по потреблению и выплатам из кармана. Важно документировать качество обследования.

Определение переменных потребительских расходов домохозяйств

Данные обследований поступают в разных временных единицах, зачастую в зависимости от того, каким является отчетный период - 7 дней, 2 недели, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев или 1 год. Важно конвертировать все переменные, связанные с потребительскими расходами домохозяйств, в одну общую временную единицу. Для содействия сравнению с другими индикаторами национального уровня, наиболее полезно переводить все данные опроса в годовые величины.²

Совокупные потребительские расходы домохозяйств, исключая вмененную аренду: Потребительские расходы домохозяйств состоят из денежных и не денежных платежей за все товары и услуги (включая выплаты из кармана) и денежную стоимость потребления продукции собственного изготовления. Поскольку многие обследования бюджетов домохозяйств не рассчитывают вмененную аренду, для сохранения сравнимости между странами, если обследование бюджетов домохозяйств включает вмененную аренду (Классификация индивидуального потребления по целям, [КИПЦ](#), код 4.2), эта сумма должна вычитаться из совокупного потребления.

Расходы на продукты питания: Расходы домохозяйства на продукты питания — это суммы, потраченные домохозяйством на все продукты питания плюс стоимость продуктов питания собственного производства, потребленных домохозяйством. Они должны исключать расходы на алкогольные напитки и табак. Расходы на продукты питания соответствуют КИПЦ, раздел 1.

Расходы на аренду жилья и коммунальные услуги: Расходы на аренду и коммунальные услуги — это суммы, затрачиваемые домохозяйствами на аренду (только для тех домохозяйств, которые заявляют об оплате аренды) и коммунальные услуги (только для тех домохозяйств, которые заявляют об оплате коммунальных услуг), включая электричество, отопление и воду.

Эти данные должны дезагрегироваться в соответствии с КИПЦ, разделам 4.1 (для аренды) и 4.4 и 4.5 (для коммунальных платежей). Необходимо следить за тем, чтобы не включались расходы на вторичные жилые помещения. Вмененная аренда (КИПЦ, раздел 4.2) учитывается не во всех обследованиях бюджетов домохозяйств и не должна использоваться в рамках данного анализа.

Расходы на здравоохранение (выплаты из кармана): Выплаты из кармана — это формальные и неформальные платежи, осуществляемые людьми на момент

² При пересчете данных обследования на год важно не отмечать средний уровень выплат из кармана лишь среди домохозяйств, производивших выплаты из кармана, так как это приведет к получению неточных цифр.

использования любых услуг здравоохранения, предоставляемых поставщиками любого типа (КИПЦ, раздел 6).

Услуги здравоохранения — это любые товары или услуги, предоставляемые в системе здравоохранения. Они, как правило, включают плату за консультации, лекарственные средства и прочую медицинскую продукцию, оплату диагностических и лабораторных тестов, и платежи, возникающие в ходе госпитализации. Последние могут включать ряд специфических платежей - стационару, медицинским работникам (врачам, медсестрам, анестезиологам и т. д.) и за анализы. Включать необходимо и денежные и не денежные выплаты, если последние отображаются в денежном виде. Необходимо включать как формальные, так и не формальные платежи.

Хотя выплаты из кармана включают расходы на альтернативную и традиционную медицину, они не включают связанные со здравоохранением транспортные расходы и специальное питание. Также важно отметить, что выплаты из кармана не включают возмещение от государства, фондов медицинского страхования или частных страховых компаний.

Оценка расходов на базовые потребности и платежеспособности

Расходы на базовые потребности — это социально признанный минимальный уровень расходов, считающийся необходимым для обеспечения возможности существования и прочих персональных базовых потребностей. Мы рассчитываем специфические для домохозяйств уровни расходов на базовые потребности для оценки способности домохозяйства оплатить услуги здравоохранения. Домохозяйства, в которых совокупные потребительские расходы ниже уровня расходов на базовые потребности, определяемого чертой базовых потребностей, считаются бедными.

Определение черты базовых потребностей: Базовые потребности имеют разные определения. В европейском регионе мы считаем базовыми потребностями продукты питания, коммунальные услуги и аренду, и разграничиваем между:

- домохозяйствами, которые не заявляют о расходах на оплату коммунальных услуг или аренды, и, таким образом, в их базовые потребности входят лишь продукты питания;
- домохозяйствами, которые не заявляют о наличии расходов на аренду (домохозяйства, полностью владеющие собственным домом или осуществляющие ипотечные платежи, которые не включаются в данные о потребительских расходах), но заявляют о расходах на коммунальные услуги, таким образом, в их базовые потребности входят только продукты питания и коммунальные расходы³;

³ Особую важность имеет корректировка способности домохозяйств оплачивать аренду (среди арендаторов). В обследованиях бюджетов домохозяйств ипотека считается инвестицией, а не

- домохозяйствами, которые платят арендную плату, но не заявляют о расходах на коммунальные услуги (к примеру, если отчетный период несколько короткий, что не входит в период оплаты коммунальных счетов, и при этом отсутствует альтернативный учет нерегулярных покупок), таким образом, в их базовые потребности входят продукты питания и аренда;
- и домохозяйствами, которые заявляют об оплате и коммунальных расходов, и аренды, таким образом, их базовые потребности включают продукты питания, коммунальные услуги и аренду.

Для оценки стандартных (нормативных) уровней расходов на базовые потребности, мы сначала ранжируем домохозяйства на основе их совокупных потребительских расходов на (эквивалент) человека. Домохозяйства между 25 и 35 перцентилями совокупной выборки считаются репрезентативной выборкой в целях оценки расходов на базовые потребности. Предполагается, что они способны удовлетворить, но не обязательно превысить, базовые потребности в отношении продуктов питания, коммунальных расходов и аренды.⁴

Расчет черты базовых потребностей: прежде чем начать расчет базовых потребностей, необходимо применить шкалу эквивалентности домохозяйств для отражения экономии на масштабе в области потребления домохозяйств. Мы используем шкалу эквивалентности ОЭСР для расчета эквивалентного размера домохозяйства для каждого домохозяйства:

$$\begin{aligned} & \text{Эквивалентный размер домохозяйства} \\ &= 1 + 0.7 * (\text{количество взрослых} - 1) \\ &+ 0.5 * (\text{количество детей в возрасте от 0 до 13 лет, включительно}) \end{aligned}$$

Совокупные потребительские расходы каждого домохозяйства (минус вмененная аренда), расходы на продукты питания, коммунальные расходы и арендные расходы делятся на эквивалентный размер домохозяйства для получения соответствующих эквивалентных уровней расходов.

Домохозяйства, чьи эквивалентные совокупные потребительские расходы находятся между 25-м и 35-м перцентилями по всей взвешенной выборке, являются репрезентативными домохозяйствами, которые используются для расчета нормативных уровней базовых потребностей. Использование весов обследования, средневзвешенного показателя расходов на продукты,

потребительскими расходами, и по этой причине расходы домохозяйств на ипотеку часто не учитываются. Это означает, что не вычитая каких-либо сумм в виде арендных расходов у арендаторов, они будут казаться систематически более состоятельными (и обладающими большей способностью платить), чем идентичные домохозяйства с ипотекой.

⁴ В некоторых странах выплаты из кармана зачастую финансируются за счет сбережений или заимствований, что может искусственно раздуть потребление домохозяйства и повлиять на рейтинг подобного домохозяйства. Если это так, то предпочтительнее ранжировать домохозяйства по эквиваленту потребительских расходов на человека исключая выплаты из кармана (на услуги здравоохранения).

коммунальных расходов и аренды среди этих репрезентативных домохозяйств, которые указывают положительные значения по продуктам питания,⁵ коммунальным расходам и аренде, соответственно, дает нам расходы на базовые потребности на (эквивалент) человека по продуктам питания, коммунальным платежам и аренде.

Отметьте, что для домохозяйств, которые не указывали расходов на аренду или коммунальные услуги, мы использовали только взвешенные по выборке расходы на базовые потребности в области продуктов питания для отражения совокупных расходов на базовые потребности на (эквивалент) человека.

Для домохозяйств, которые заявляли о расходах на коммунальные услуги, но не указывали никаких арендных расходов, мы суммировали два средневзвешенных по выборке показателя расходов на базовые потребности - продукты питания и коммунальные услуги - для расчета совокупных расходов на базовые потребности на (эквивалент) человека.

Для домохозяйств, которые заявляли о расходах на аренду, но не указывали никаких коммунальных расходов, мы суммировали два средневзвешенных по выборке показателя расходов на базовые потребности - продукты питания и аренду - для расчета совокупных расходов на базовые потребности на (эквивалент) человека.

Для домохозяйств, которые заявляли о расходах и на аренду, и на коммунальные услуги, мы суммировали три средневзвешенных по выборке показателя расходов на продукты питания, коммунальные услуги и аренду для расчета совокупных расходов на базовые потребности на (эквивалент) человека.

Расчет уровней расходов на базовые потребности для каждого домохозяйства: Расчет расходов на базовые потребности для каждого домохозяйства путем умножения совокупных расходов на базовые потребности на (эквивалент) человека, рассчитанный выше по шкале эквивалентности каждого домохозяйства. Отметьте, что домохозяйство считается бедным, если его совокупные потребительские расходы ниже, чем его расходы на базовые потребности.

Способность платить (платежеспособность): Способность домохозяйства платить определяется как ресурсы, не являющиеся базовыми потребностями, используемые для потребительских расходов. Некоторые домохозяйства могут сообщать о совокупных потребительских расходах, которые ниже расходов на базовые потребности, что определяет их как бедное домохозяйство. Отметьте, что, если домохозяйство бедное, способность платить будет отрицательной после вычета уровня базовых потребностей.

⁵ Опять же, отметьте, что мы исключили домохозяйства, которые не заявляли о наличии расходов на продукты питания, так как это может указывать на наличие ошибок.

Оценка обедняющих расходов на здравоохранение (индикатор R2)

Меры в отношении обедняющих расходов на здравоохранение направлены на количественное отображение влияния выплат из кармана на бедность. По индикатору R2, мы разделяем домохозяйства на пять взаимоисключающих категорий на основании их уровня выплат из кармана в отношении черты базовых потребностей, как показано на Рисунке 1.

1. **Нет выплат из кармана:** те, кто заявляет об отсутствии расходов на здравоохранение.
2. **Нет риска обеднения после выплат из кармана:** не бедные домохозяйства с выплатами из кармана, которые не выталкивают их ниже удельного показателя черты базовых потребностей.
3. **Есть риск обеднения после выплат из кармана:** не бедные домохозяйства с выплатами из кармана, которые выталкивают их ниже удельного показателя черты базовых потребностей. Удельный показатель, который мы используем, составляет 120%, но мы также оцениваем 105% и 110%.
4. **Обедневшие, после выплат из кармана:** не бедные домохозяйства, которые опускаются ниже черты бедности после оплаты из кармана за услуги здравоохранения. Для них отношение выплат из кармана и способности платить выше 1.⁶
5. **Еще более обедневшие после выплат из кармана:** домохозяйства уже находятся ниже черты базовых потребностей с выплатами из кармана. Любое домохозяйство, чье отношение между выплатами из кармана и способностью платить ниже нуля (то есть отрицательное) еще глубже опускается в бедность из-за выплат из кармана.

Рисунок 1 Обедняющие расходы на здравоохранение



⁶ В исключительных случаях, когда способность платить равняется нулю, а выплаты из кармана выше нуля, домохозяйство считается обедневшим из-за выплат из кармана.

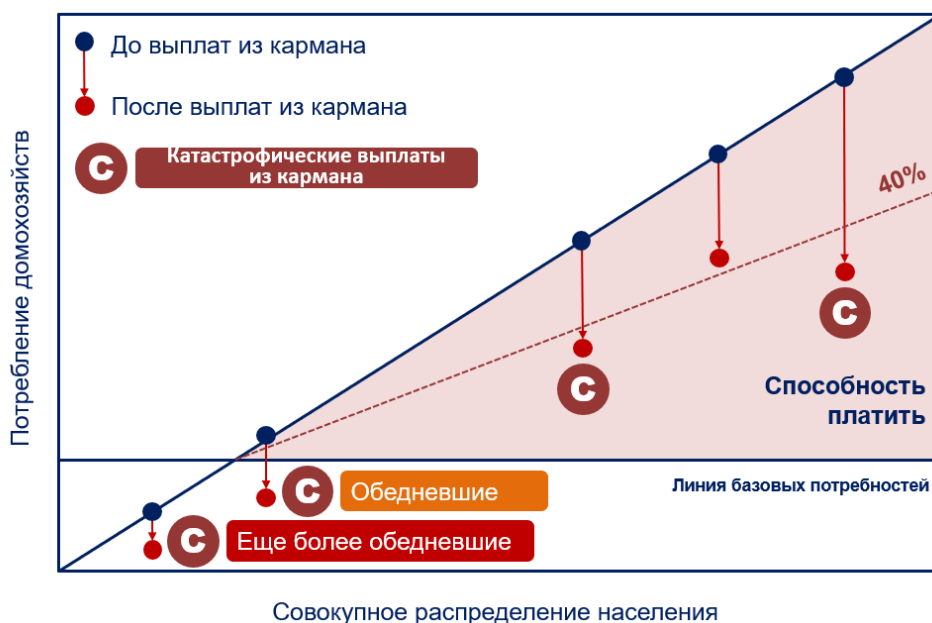
Оценка катастрофических расходов на здравоохранение (индикатор R1)

Катастрофические расходы на здравоохранение наблюдаются тогда, когда выплаты из кармана домохозяйства равны или превышают определенный порог способности домохозяйства платить. Пороговые значения произвольны. Порог, наиболее часто используемый, применимый к оценке способности платить, составляет 40%. Мы используем 40% для отчетности, но также подготавливаем оценки с использованием порогов в 20%, 25% и 30%.

Домохозяйства с катастрофическими расходами на здравоохранение определяются как домохозяйства, у которых выплаты из кармана превышают 40% их платежеспособности. К ним относятся все домохозяйства, которые обеднели после выплат из кармана, так как те превысили их платежеспособность. Сюда также относятся все домохозяйства, которые оказываются ещё более обедневшими, так как у них уже отсутствует платежеспособность.

Домохозяйства с не катастрофическими выплатами из кармана — это домохозяйства с выплатами из кармана, которые ниже заранее определенного порога катастрофических расходов, как показано на Рисунке 2.

Рисунок 2. Катастрофические расходы на здравоохранение



Для целей политики полезно определять, какие группы людей в большей или меньшей степени страдают от катастрофических выплат из кармана (вопрос справедливости), и какие услуги здравоохранения в большей или меньшей степени ответственны за катастрофические выплаты из кармана.

Распределение: Первым измерением справедливости является квинтиль расходов. Квинтили по расходам определяются на основе эквивалентных

расходов домохозяйств на душу населения.⁷ При группировании населения по квинтилям необходимо использовать веса домохозяйств. Некоторым странам может быть полезно провести анализ и других измерений справедливости, таких, как различия между городом и селом, регионами, мужчинами и женщинами, возрастными группами и типами домохозяйств.

Структура: необходимо регистрировать процент выплат из кармана за разные типы медицинских товаров и услуг для домохозяйств в каждой из категорий финансовой защиты, если это позволяет размер выборки. Мы рекомендуем следующие категории, с их соответствующей категоризацией КИПЦ: лекарственные средства⁸ (6.1.1), медицинская продукция (6.1.2 и 6.1.3), амбулаторная помощь (6.2.1), стоматология (6.2.2, и 6.2.3. с 2018 г.), диагностические тесты (6.2.3) и уход в стационаре (6.3). С учетом того, что размер выборки может быть очень небольшим для некоторых категорий, было бы хорошо регистрировать 95% интервалы уверенности.

⁷ В некоторых странах выплаты из кармана зачастую финансируются за счет сбережений или заимствований, что может искусственно увеличить потребление домохозяйства и повлиять на рейтинг подобного домохозяйства. Если это так, то предпочтительно рассчитывать квинтили на основании расходов домохозяйств эквивалентных на одного человека исключая выплаты из кармана (на услуги здравоохранения).

⁸ По мере возможности необходимо разграничивать лекарства по рецепту и лекарства, выдаваемые без рецепта.

4 Глобальные индикаторы

На глобальном уровне поддержка мониторинга финансовой защиты ВОЗ основывается на резолюции [Всемирной ассамблеи здравоохранения](#) (2015) о устойчивом финансировании здравоохранения, всеобщем охвате и социальном медицинском страховании, а также на [резолюции Генеральной Ассамблеи ООН](#) (2019) о всеобщем медицинском страховании. ВОЗ и Всемирный банк совместно работают над глобальным мониторингом финансовой защиты Целей устойчивого развития. Организация Объединённых Наций (ООН) признаёт ВОЗ хранителем индикатора ЦУР 3.8.2, а Всемирный банк — сохранителем.

Источники данных и требования

Для подготовки страновых оценок для глобальных индикаторов требуется доступ к тем же данным национальных репрезентативных обследований домохозяйств, которые используются для расчета региональных индикаторов. В дополнение к обследованиям бюджетов домашних хозяйств также рассматриваются обследования доходов и расходов домохозяйств и социально-экономические обследования и обследования условий жизни. Эти опросы иногда стандартизируются для сопоставимости между странами Евростатом, исследованием доходов Люксембурга или Всемирным банком.

Обследование, используемое для подготовки глобальных индикаторов в прилагаемом файле Excel, может быть идентифицировано с помощью кода ISO 3166-1 alpha-3, года проведения опроса, аббревиатуры опроса, версии опроса и (где уместно) адаптации.

Подгруппа переменных, используемых для регионального анализа на уровне домохозяйства, необходима для получения глобального показателя, с одним заметным отличием: общие потребительские расходы домохозяйства должны включать условно исчисленную ренту. Что касается регионального анализа, то в него также должны быть включены все платежи за здравоохранение.

Другие необходимые переменные включают в себя:

- совокупные расходы домохозяйства на здравоохранение за вычетом любого возмещения расходов
- размер домохозяйства
- вес домохозяйства в выборке (w_h)

Разбивка данных

Глобальные показатели разбиваются по месту проживания (город/село); полу главы домохозяйства; возрасту главы домохозяйства (младше и старше 60 лет); а также по возрастной структуре домохозяйства (включает не более 6 категорий⁹:

⁹ WHO (2024). Tracking inequalities in financial hardship due to out-of-pocket health spending by age structure of a household: technical brief on measurement. Geneva: World Health Organization.

члены в возрасте 20–59 лет — «взрослые»; члены младше 59 лет — «взрослые с детьми и подростками»; все возрастные группы — «многопоколенные домохозяйства»; члены от 20 лет — «взрослые с пожилыми»; члены от 60 лет — «только пожилые»; члены младше 20 лет — «только дети и подростки»). Для возрастной структуры требуется информация о возрасте каждого члена семьи с интервалом в пять лет.¹⁰ Если имеются другие социально-экономические переменные, можно рассмотреть другие варианты дезагрегации данных, но они должны быть осуществимы на глобальном уровне.

Для глубокого анализа движущих факторов финансовых трудностей необходима информация о составе совокупных расходов домохозяйства на здравоохранение по типу поставщиков услуг.

Определение переменных потребительских расходов домохозяйств

Совокупные потребительские расходы домохозяйств являются предпочтительным индикатором денежного благосостояния домохозяйства. Однако, если страна использует доход для мониторинга бедности, можно использовать и совокупный доход домохозяйства, если в ходе опроса, собирающего данные о домохозяйстве, *также* собирается информация о совокупных расходах домохозяйства на здравоохранение.

Совокупные расходы домохозяйства на здравоохранение должны включать следующие широкие категории медицинских товаров и услуг: лекарственные средства и медицинская продукция (6.1), амбулаторные услуги (6.2) и услуги стационара (6.3), описанные в разделе 6 Классификации индивидуального потребления по целям ООН ([КИПЦ](#)). Они не должны включать возмещение расходов третьими сторонами, такими, как государство, фонд медицинского страхования или частная страхования компания.

Все переменные, связанные с расходами, должны предоставляться в виде данных «в день». Когда данные в опросе предоставлены в других единицах (когда период отчетности составляет 7 дней, 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев или один год), данные необходимо конвертировать в цифры «в день». К примеру, возьмем отражение в **дневных** цифрах совокупного потребления домохозяйства или доход на человека (*hh_expcapd*) и совокупное потребление на здравоохранение на человека в день (*hh_hexpcapd*).

¹⁰ Diaz T, Strong KL, Cao B, Guthold R, Moran AC, Moller AB, Requejo J, Sadana R, Thiyagarajan JA, Adebayo E, Akwara E, Amouzou A, Aponte Varon JJ, Azzopardi PS, Boschi-Pinto C, Carvajal L, Chandra-Mouli V, Crofts S, Dastgiri S, Dery JS, Elnakib S, Fagan L, Jane Ferguson B, Fitzner J, Friedman HS, Hagell A, Jongstra E, Kann L, Chatterji S, English M, Glaziou P, Hanson C, Hosseinpour AR, Marsh A, Morgan AP, Munos MK, Noor A, Pavlin BI, Pereira R, Porth TA, Schellenberg J, Siddique R, You D, Vaz LME, Banerjee A. A call for standardised age-disaggregated health data. *Lancet Healthy Longev.* 2021 Jul;2(7):e436-e443. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00115-X. Erratum in: *Lancet Healthy Longev.* 2021 Aug;2(8):e458. PMID: 34240065; PMCID: PMC8245325.

Как рассчитываются пересмотренные и начальные определения индикатора ЦУР 3.8.2?

Первоначальные показатели ЦУР 3.8.2 были рассчитаны следующим образом:

$$\sum_i \frac{m_i \omega_i}{\sum_i m_i \omega_i} * 1\left(\frac{oop_i^{health}}{y_i} > \tau\right)$$

где:

- m_i соответствующее числу членов домохозяйства i ,
- ω_i соответствует выборочному весу домохозяйства i ,
- $1()$ — это функция индикатора, которая равна 1, если выражение в скобках верно и равна 0 в иных случаях
- oop_i^{health} соответствует ежедневным расходам домохозяйства на здравоохранение за счет ВИК,
- y_i соответствующее ежедневному общему потреблению или доходу домохозяйства на душу населения
- $\tau = 10\%$ and 25% - это пороговые значения, используемые для определения крупных расходов домохозяйств на здоровье как доли от общего потребления или дохода домохозяйства в глобальной отчетности

Пересмотренное определение индикатора ЦУР 3.8.2 рассчитано следующим образом:

$$\sum_i \frac{m_i \omega_i}{\sum_i m_i \omega_i} * 1(oop_i^{health} > 0.4 * (y_i - SPL) \cap oop_i^{health} > 0)$$

где:

- Все переменные (oop_i^{health} , , , $y_i m_i \omega_i$, $1()$) определены точно так же, как в начальном индикаторе ЦУР 3.8.2
- **SPL** это **единственный новый компонент**. Он соответствует социальной черте бедности (СЧБ).
- При использовании ППС 2017 года СЧБ определяется как наибольшее из двух значений: 2,15 долл. США (международная черта бедности) или 1,15 долл. США плюс 50% медианного значения потребления или дохода домохозяйства. При этом в определении социальной черты бедности отсутствует явный компонент, учитывающий расходы на здравоохранение. По этой причине медианное значение рассчитывается на основе распределения потребления или дохода домохозяйств без учета расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств, следующим образом:

$$\max(\$2.15 \text{ a day}; \$1.15 \text{ a day} + 0.5 * \text{median}(y_i - oop_i^{health}))$$

- Все значения, заданные в ППС (2,15 долл. США и 1,15 долл. США), переводятся в национальную валюту в ценах 2017 года, а затем пересчитываются в цены, действующие на момент проведения соответствующего обследования домохозяйств, с использованием наилучшего доступного индекса потребительских цен (ИПЦ). Данный подход согласуется с методологией, используемой для показателя ЦУР 1.1.1.
- Данные по социальной черте бедности (СЧБ), производимые Всемирным банком, доступны на платформе Poverty and Inequality Platform

(pip.worldbank.org), однако могут отличаться от значений, рассчитанных для данного пересмотра, поскольку медианное значение может не всегда основываться на распределении потребления или дохода без учета расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств (ВИК).

- **0,4 — единственный явный порог**, применяемый к дискреционному бюджету домохозяйства ($y_i - SPL$).
- Существует одно неявное пороговое значение — 100%, которое соответствует ситуации, когда расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств (ВИК), превышают дискреционный бюджет. Это может происходить, когда расходы на здравоохранение положительны ($ВИК > 0$), а дискреционный бюджет отрицателен или равен нулю ($y_i - СЧБ \leq 0$). Такой тип расходов затрагивает лиц, живущих в бедности ($y_i < СЧБ$), и лиц, находящихся на уровне черты бедности ($y_i = СЧБ$), для которых любые расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств, ухудшают их финансовое положение. Лица с положительным дискреционным бюджетом не считаются живущими в бедности, однако они становятся бедными, если расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств, превышают 100% их дискреционного бюджета. В соответствии с пересмотренным определением ВОЗ и Всемирный банк могут разложить показатель по населению на две группы: лица с крупными и обедняющими расходами на здравоохранение, определяемые с использованием неявного порога 100%, и лица с относительно крупными расходами на здравоохранение, оплачиваемыми за счет собственных средств, которые при этом не переходят за черту бедности и не становятся еще более бедными, то есть лица, у которых расходы превышают 40%, но остаются ниже 100%.
- Как для пересмотренного, так и для первоначального показателя ЦУР 3.8.2 выбор порогового значения (10%, 25%, 40%) влияет на уровни показателя на уровне населения — чем выше порог, тем ниже значение показателя. Однако это не влияет на динамику. Вместе с тем пересмотренное и первоначальное определения показателя ЦУР 3.8.2 различаются по степени ориентированности на малообеспеченные группы и чувствительности к выбору между потреблением и доходом. Когда первоначальный показатель ЦУР 3.8.2 рассчитывался на основе потребления, более высокие пороги, как правило, приводили к большей концентрации показателя среди более обеспеченных групп и в верхних квинтилях потребления на душу населения. Напротив, когда первоначальный показатель рассчитывался на основе дохода, более высокие пороги, как правило, приводили к большей концентрации среди менее обеспеченных групп и в нижних квинтилях дохода на душу населения. Пересмотренное определение во всех случаях демонстрирует более высокую концентрацию среди более бедных групп и в нижних квинтилях как потребления на душу населения, так и дохода.

Пересмотренное определение не изменяет требования к данным. Оно может быть рассчитано на основе тех же типов обследований домохозяйств, что и первоначальное определение показателя ЦУР 3.8.2.

Пересмотренное определение требует расчёта двух дополнительных переменных (социальной черты бедности (СЧБ) и дискреционного бюджета). Однако обе переменные рассчитываются на основе того же источника данных, который используется для расчёта показателя ЦУР 3.8.2. СЧБ не будет публиковаться как отдельный показатель в рамках системы мониторинга ЦУР.

Данные по индексу потребительских цен (ИПЦ) и паритетам покупательной способности (ППС), необходимые для перевода СЧБ в номинальные значения в национальной валюте за соответствующий год обследования домохозяйств, можно скачать со страницы Poverty and Inequality Indicators платформы Poverty and Inequality Platform Всемирного банка (<https://pip.worldbank.org/poverty-calculator>). Оценки социальной бедности (уровень социальной бедности и социальные черты бедности) также доступны для загрузки при выборе показателя *Societal Poverty Rate* в меню *Other Indicators*, однако они могут отличаться от значений, которые должны быть рассчитаны для пересмотренного определения показателя ЦУР 3.8.2, поскольку последние должны основываться на медиане, рассчитанной без учета расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств (ВИК).

С принятием пересмотренного определения число рядов данных, подлежащих представлению по показателю ЦУР 3.8.2, сокращается с двух до одного. Разложение показателя на основе неявного порогового значения 100% не требуется в рамках системы мониторинга ЦУР.

Почему в определении дискреционного бюджета используется социальная черта бедности (СЧБ)?

Определение дискреционного бюджета домохозяйства основывается на использовании черты бедности для приближённой оценки минимальной стоимости потребностей.

Социальная черта бедности была разработана с учетом того, что оценка минимальной стоимости потребностей и социального участия меняется в разных странах во времени в зависимости от общего уровня экономического развития. Это имеет ключевое значение для обеспечения сопоставимости между странами, заложенной в глобальной системе мониторинга ЦУР.

- Социальная черта бедности откалибрована таким образом, чтобы максимально соответствовать существующим определениям национальных черт бедности.
- Другие международные черты бедности, которые могут использоваться для оценки стоимости базовых потребностей, включают черту, применяемую в показателе ЦУР 1.1.1.
- Определение СЧБ включает использование международной черты бедности для ряда стран (как в показателе ЦУР 1.1.1), но также допускает использование более высоких значений на основе формулы, включающей фиксированный компонент и

относительный градиент в уровнях потребления или дохода, что лучше соответствует относительной концепции бедности по мере роста уровня благосостояния стран.

- По всем этим причинам СЧБ предпочтительнее других черт бедности для целей отчетности по ЦУР. В то же время существуют другие региональные и национальные методы определения дискреционного бюджета домохозяйства и оценки базовых потребностей, которые могут использоваться для контекстуализации результатов.

Чем различаются глобальные, региональные и страновые тенденции между первоначальным и пересмотренным определением показателя ЦУР 3.8.2?

- Уровень предлагаемого пересмотренного показателя будет выше, чем у исходного показателя ЦУР 3.8.2, на глобальном, региональном уровнях и почти во всех странах. Как отмечено выше, пересмотренный показатель можно интерпретировать как объединяющий долю населения с крупными и обедняющими расходами на здравоохранение, тогда как исходный показатель ЦУР 3.8.2 учитывает только крупные расходы на здравоохранение, оплачиваемые за счет собственных средств (ВИК).
- По сравнению с динамикой исходного показателя ЦУР 3.8.2, динамика пересмотренного показателя будет отличаться. Глобальное значение показателя ЦУР 3.8.2 непрерывно росло в период с 2000 по 2019 год. В то же время динамика обедняющих расходов на здравоохранение, оплачиваемых за счет собственных средств, была иной. При использовании международной черты бедности в качестве ориентира обеднения наблюдалось резкое снижение доли населения, сталкивающегося с обедняющими расходами на здравоохранение с 2000 года, главным образом за счет снижения глобального уровня бедности. Однако при использовании относительной черты бедности наблюдался рост доли населения, несущего обедняющие расходы на здравоохранение. Общая динамика при использовании пересмотренного определения будет отражать сочетание снижения, наблюдаемого для обедняющих расходов при международной черте бедности, и роста, наблюдаемого как для обедняющих расходов при относительной черте бедности, так и для крупных расходов на здравоохранение. Становые тенденции в отношении крупных и обедняющих расходов различаются, поэтому изменения динамики будут отличаться от страны к стране.

Для получения дополнительной информации о методах, используемых для расчета глобальных показателей, пожалуйста, ознакомьтесь с пересмотренными метаданными показателя ЦУР 3.8.2 (см. приложение), а также:

WHO (2024). [Comprehensive Review Proposal Submission Form to revise SDG 3.8.2](#). Geneva: World Health organization.

Jolliffe D, Beer Prydz E (2021). [Societal Poverty: A Relative and Relevant Measure](#). The *World Bank Economic Review*. 35(1):180–206.

Для разбивки данных:

World Health Organization (2024). [Tracking inequalities in financial hardship due to out-of-pocket health spending by age structure of a household: technical brief on measurement](#).

Для получения дополнительной информации о глобальных докладах, пожалуйста, ознакомьтесь с:

WHO and the World Bank (2023) [Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report](#). Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023.

United Nations (2024). [The sustainable development goals report 2024](#). New York: United Nations.

Более ранние публикации доступны [здесь](#).