

Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения:

глобальный доклад о мониторинге, 2017 г.

Всемирная организация здравоохранения

ВСЕМИРНЫЙ БАНК
МБРР • МАР | ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА

Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения:

глобальный доклад о мониторинге, 2017 г.

Всемирная организация здравоохранения

ВСЕМИРНЫЙ БАНК
МБРР • МАР | ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА

Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]

ISBN 978-92-4-451355-2

© **Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк 2018**

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons «С указанием авторства – На некоммерческих условиях – Распространение на тех же условиях» 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования в указанном ниже порядке. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ или Всемирный банк одобряют какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ или Всемирный банк не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) или Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк, ВОЗ и Всемирный банк не несут ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, возникающих в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами по урегулированию споров Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. : резюме. [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк; 2017(WHO/HIS/HGF/17.2). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ, перейдите по ссылке: http://apps.who.int/bookorders. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: http://www.who.int/about/licensing.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и, при необходимости, получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, материалы которых содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Оговорки общего характера. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ или Всемирный банк относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ или Всемирный банк поддерживают или рекомендуют их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ и Всемирный банк были приняты все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ и Всемирный банк ни в коем случае не несут ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Решения, интерпретации и суждения, содержащиеся в данной публикации, не обязательно отражают взгляды ВОЗ или Всемирного банка, его Совета исполнительных директоров или правительств, которые они представляют. Всемирный банк не гарантирует точности сведений, содержащихся в настоящей публикации.

Подготовлено к печати: «L'IVComSarl», Вилар-Су-Йен, Швейцария

Printed in Switzerland.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . v

Составители . . . vi

Резюме . . . vii
- Введение . . . vii
- Охват услугами . . . vii
  - Мониторинг охвата основными медико-санитарными услугами . . . vii
  - Обеспечение справедливости . . . vii
- Финансовая защита . . . viii
- Мониторинг ВОУЗ в эпоху ЦУР . . . x

Введение . . . xi
- Что входит и что не входит в понятие ВОУЗ . . . xii
- Глобальный доклад о мониторинге прогресса в обеспечении ВОУЗ за 2017 г. . . . xiii
- Справочная литература . . . xiv

Глава 1. Охват основными медико-санитарными услугами . . . 1
- Основные принципы оценки . . . 3
  - Эффективный охват услугами . . . 3
  - Охват услугами . . . 3
  - Отслеживаемые показатели . . . 3
  - Косвенные показатели . . . 3
  - Индекс охвата основными медико-санитарными услугами . . . 3
  - Неравенство в охвате услугами . . . 3
- Применение на практике показателя 3.8.1 ЦУР: индекс охвата основными медико-санитарными услугами . . . 4
  - Руководящие принципы . . . 4
  - Критерии определения отслеживаемых показателей . . . 4
  - Отобранные отслеживаемые показатели . . . 5
  - Расчет индекса . . . 10
  - Источники данных . . . 11
- Первые выводы относительно показателя 3.8.1 ЦУР . . . 11
- Пробелы в охвате услугами здравоохранения . . . 13
- Временные тенденции в обеспечении охвата услугами . . . 15
- Неравенство в обеспечении услугами по охране здоровья матери и ребенка в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня . . . 16
- Тенденции, связанные с неравенством в обеспечении охвата услугами по охране здоровья матери и ребенка, в долгосрочной перспективе . . . 17
- Дальнейшие шаги по определению индекса охвата основными медико-санитарными услугами . . . 18
- Справочная литература . . . 20

Глава 2. Финансовая защита . . . 23
Оценки финансовой защиты . . . 25
Катастрофические расходы на медицинскую помощь (показатели, включенные и не включенные в ЦУР) . . . 25
Расходы на медицинскую помощь, приводящие к обнищанию (показатели, не включенные в ЦУР) . . . 25
Практическое применение оценок финансовой защиты . . . 25
Определение и оценка расходов, покрываемых за счет собственных средств . . . 25
Определение и оценка доходов и потребления . . . 26
Определение и оценка платежеспособности . . . 26
Показатели черты бедности . . . 27
Глобальные данные и решение проблемы «отсутствующих данных» . . . 28
Обследования домохозяйств . . . 28
Отсутствующие данные: глобальная и региональная оценка . . . 30
Уровни и тенденции в сфере катастрофических расходов: показатели 3.8.2 ЦУР . . . 31
Различия между странами в катастрофических расходах . . . 31
Глобальные и региональные оценки катастрофических расходов . . . 32
Тенденции в сфере катастрофических расходов . . . 33
Неравенство в сфере катастрофических расходов . . . 35
Уровни и тенденции в сфере катастрофических расходов: показатели, не включенные в ЦУР . . . 37
Расходы на непродовольственные товары как мера платежеспособности . . . 37
Уровни и тенденции обнищания из-за расходов, покрываемых из собственных средств: показатели, не включенные в ЦУР . . . 39
Различия между странами в степени обнищания . . . 39
Глобальные и региональные оценки степени обнищания . . . 40
Тенденции обнищания . . . 41
Масштаб расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию . . . 42
Справочная литература . . . 45

Приложения . . . 47
Приложение 1. Показатели ВОУЗ (охват услугами и финансовая защита) в разбивке по странам . . . 48
Приложение 2. Текущие значения индекса ВОУЗ, определяющего охват основными медико-санитарными услугами, и значения каждого из отслеживаемых показателей, используемых для расчета данного индекса, в разбивке по странам . . . 56
Приложение 3. Перечень стран в разбивке по регионам Организации Объединенных Наций . . . 64
Приложение 4. Индекс охвата услугами ВОУЗ, в разбивке по регионам ВОЗ и Всемирного банка, 2015 г. . . . 65
Приложение 5. Показатели финансовой защиты в разбивке по регионам ВОЗ и Всемирного банка . . . 66
Таблица 1. Показатель 3.8.2 ЦУР: частота катастрофических расходов на медицинскую помощь (10%-й порог) . . . 66
Таблица 2. Показатель 3.8.2 ЦУР: частота катастрофических расходов на медицинскую помощь (25%-й порог) . . . 67
Таблица 3. Частота расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию: черта бедности, соответствующая 1,9 долл. в день при ППС в ценах 2011 г. . . . 68
Таблица 4. Частота расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию: черта бедности, соответствующая 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г. . . . 69

ПРЕДИСЛОВИЕ

Совместный Доклад о мониторинге достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения за текущий год публикуется в переломный момент. Сегодня политический импульс к обеспечению такого охвата силен как никогда ранее и как никогда ранее велика потребность в принятии обязательств по охране здоровья как права человека, которым должны пользоваться все лица, а не как привилегии состоятельного меньшинства.

Предоставление всем людям возможности получить необходимые им услуги здравоохранения, не испытывая финансовых трудностей, имеет ключевое значение для повышения благосостояния населения страны. Однако всеобщий охват услугами здравоохранения представляет собой нечто большее: это инвестиции в человеческий капитал и основной фактор всеохватного и устойчивого экономического роста и развития. Это способ оказания поддержки, позволяющий людям полностью реализовать свой потенциал и свои устремления.

Именно поэтому мы как руководители Группы Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения считаем достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения одной из первоочередных задач обоих наших учреждений. В рамках выполнения данного обязательства был подготовлен настоящий совместный Глобальный доклад о мониторинге достижения ВОУЗ за 2017 г.

В докладе показано, что по крайней мере половина мирового населения до сих пор не имеет доступа к самым основным услугам здравоохранения. Кроме того, около 800 миллионов человек тратят на медицинскую помощь более 10% своего семейного бюджета и почти 100 миллионов человек ежегодно оказываются в условиях крайней нищеты в связи с необходимостью оплачивать расходы на здравоохранение из собственных средств.

Это неприемлемо.

Обнадеживает тот факт, что продвижение к цели достижения ВОУЗ возглавляют и поддерживают страны с разными уровнями доходов, признающие, что обеспечение такого охвата является правильным и разумным шагом.

Вселяет надежду и то, что, хотя обеспечение наличия и анализа данных по-прежнему представляет собой проблему, большинство стран уже получает надежные и сопоставимые данные об охвате услугами здравоохранения. Мы хотели бы с признательностью отметить роль Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в достижении этой цели.

В наших данных были выявлены значительные пробелы. Чем больше мы узнаем об этих пробелах и способах их устранения, применяемых в разных странах, тем ближе мы подойдем к определению тех мер, которые должны быть приняты для улучшения охвата услугами здравоохранения.

Но если мировое сообщество всерьез намерено достичь своей цели, связанной с обеспечением всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 г., нам всем необходимо предпринять гораздо более активные масштабные действия.

В связи с этим Группа Всемирного банка и Всемирная организация здравоохранения обязуются сотрудничать со странами, с тем чтобы расширить доступ к основным услугам здравоохранения, не допустить обнищания, обусловленного расходами на медицинское обслуживание, и приблизиться к нашей цели по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 г. Это нелегко, но возможно. Мы готовы выполнить эту задачу.

Джим Ён Ким
Президент
Группа Всемирного банка

Тедрос Адханом Гебрейесус
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения

СОСТАВИТЕЛИ

В число основных составителей настоящего доклада вошли следующие лица:

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ): Gabriela Flores, Daniel Hogan, Gretchen Stevens, Justine Hsu, Tessa Tan-Torres Edejer, Sarah Thomson, Tamás Evetovits, Agnès Soucat, John Grove

и Всемирный банк: Patrick Hoang-Vu Eozenou, Adam Wagstaff.

Составлением отдельных разделов, сбором данных и проведением анализов или обзоров занимались сотрудники следующих учреждений:

Всемирная организация здравоохранения (Somnath Chatterji, Richard Cibulskis, Alison Commar, Christopher Fitzpatrick, Marta Gacic-Dobo, Philippe Glaziou, Laurence Grummer-Strawn, Ahmad Hosseinpoor, Rick Johnston, Teena Kunjumen, Annet Retno Mahanani, Ann-Beth Moller, Vladimir Poznyak, Florence Rusciano, Anne Schlotheuber и региональные координаторы ВОЗ по вопросу подготовки глобального доклада о мониторинге за 2017 г.);

Всемирный банк (João Pedro Wagner De Azevedo, Caryn Bredenkamp, Jishnu Das, Tania Dmytraczenko, Dean Mitchell Jolliffe, Rose Mungai, Minh Cong Nguyen, Espen Beer Prydz, Marco Ranzani, Umar Serajuddin и Owen K. Smith);

Организация экономического сотрудничества и развития (Chris James и Nick Tomlinson);

Детский фонд Организации Объединенных Наций (David Hipgrave); и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (Juliana Daher и Kim Marsh).

Исходная информация была представлена следующими консультантами ВОЗ: Jonathan Cylus (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения); Sayem Ahmed и Kateryna Chepynoga представили данные по вопросам финансовой защиты, а Nicole Bergen, Maria Clara Restrepo, Arne Rückert и Bin Zhou — данные по вопросам охвата услугами. В качестве консультанта Всемирного банка по вопросам финансовой защиты выступил Marc Smitz. Hajer Aounallah-Skhiri, Mohamed Hsairi и Olfa Saidi, входившие в состав группы по проведению обследования состояния здоровья в Тунисе в 2016 г., представили полученные результаты при содействии странового отделения ВОЗ в Тунисе и Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья.

Доклад был подготовлен под общим руководством Naoko Yamamoto (Всемирная организация здравоохранения) и Timothy G. Evans (Всемирный банк).

Помощь в написании и редактировании текста оказали David Bramley, Jane Parry и Amanda Milligan. Дизайн и макет были подготовлены L'IV Com Sàrl, Виллар-су-Йен, Швейцария. Общее руководство проектом осуществлялось Gaël Kernen.

Финансовая поддержка для подготовки и публикации настоящего доклада была предоставлена правительством Японии, Фондом Рокфеллера и Международным партнерством в области здравоохранения в интересах всеобщего охвата населения услугами здравоохранения к 2030 г. (UHC2030). ВОЗ также с признательностью отмечает финансовую поддержку, предоставленную Департаментом международного развития (ДМР) Соединенного Королевства. Мы благодарны за сведения о доступе и качестве, предоставленные ОЭСР, а также за советы и рекомендации, полученные от ее сотрудников при составлении настоящего доклада.

В главах 1 и 2 и резюме адаптированы и подробно рассмотрены материалы следующих статей, опубликованных в журнале Lancet Global Health:

Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K and Eozenou P. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1.

Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K and Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2.

Лицензия Creative Commons: CC BY 3.0 IGO

РЕЗЮМЕ

Введение

Некоторые из 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР), принятых Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в сентябре 2015 г., предусматривают решение задач, связанных со здоровьем. При этом одна цель — ЦУР 3 — непосредственно ориентирована на обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Задача 3.8 ЦУР 3, требующая обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ), 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, играет ключевую роль в достижении общей цели и связанных со здоровьем задач, предусмотренных другими ЦУР.

Задача 3.8 предполагает использование двух показателей, характеризующих охват основными медико-санитарными услугами (3.8.1) и долю населения страны с катастрофическими расходами на медицинскую помощь, определяемыми как большой удельный вес семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств (3.8.2). Эти показатели должны оцениваться одновременно для получения четкого представления о лицах, которые не имеют доступа к медицинскому обслуживанию, и лицах, которые сталкиваются с финансовыми трудностями в связи с расходами на медицинскую помощь. Поскольку ЦУР направлены на то, чтобы никто не был оставлен без внимания, показатели должны быть дезагрегированы по уровню доходов, полу, возрасту, расе, этническому происхождению, признаку инвалидности, месту нахождения и миграционному статусу во всех случаях наличия соответствующих данных. В настоящем докладе представлены результаты последних мероприятий по мониторингу действий мирового сообщества, направленных на достижение ВОУЗ.

Охват услугами

Мониторинг охвата основными медико-санитарными услугами

Достижение ВОУЗ представляет собой непрерывный процесс, меняющийся под влиянием изменения демографических, эпидемиологических и технологических тенденций и ожиданий населения. Цель аспекта ВОУЗ, связанного с охватом услугами, состоит в предоставлении оздоровительных, профилактических, лечебных, реабилитационных или паллиативных медицинских услуг для лиц, которые в них нуждаются, и в обеспечении достаточного качества получаемых услуг, позволяющих добиться возможного улучшения состояния здоровья. Для мониторинга показателя 3.8.1 ЦУР был разработан индекс ВОУЗ — единый показатель, характеризующий охват услугами и рассчитываемый на основе отслеживаемых показателей охвата основными услугами. В настоящем докладе впервые представлены методы и базовые результаты, касающиеся данного индекса, для 183 стран. Индекс охвата услугами ВОУЗ легко рассчитать с помощью имеющихся данных по странам, что позволяет отслеживать прогресс в обеспечении ВОУЗ на уровне стран.

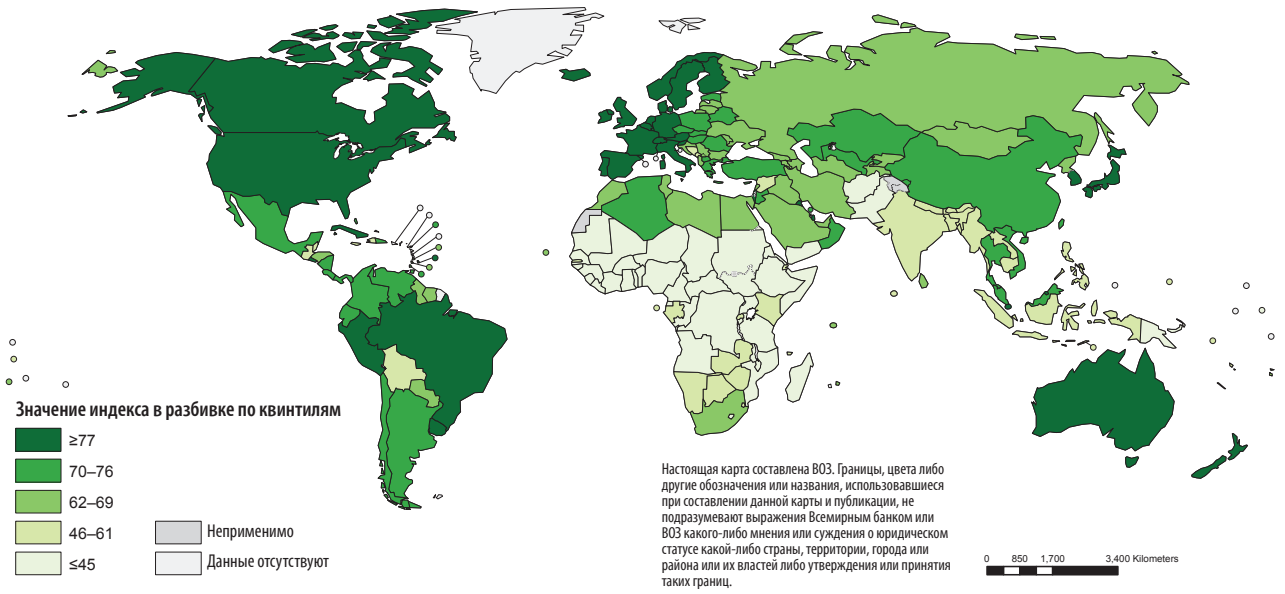
Между странами отмечаются значительные различия в уровне охвата услугами (рис. 1). В соответствии с индексом охвата услугами ВОУЗ этот уровень является наиболее высоким в Восточной Азии (значение индекса, равное 77) и Северной Америке и Европе (также 77). Минимальное значение индекса было зарегистрировано в странах Африки к югу от Сахары (42), за которыми следовала Южная Азия (53). Данный индекс коррелирует с коэффициентами смертности детей в возрасте до пяти лет, ожидаемой продолжительностью жизни и индексом развития человеческого потенциала. Переход от минимального (22) к максимальному (86) значению индекса в разных странах соотносится с увеличением ожидаемой продолжительности жизни на 21 год после учета валового национального дохода на душу населения и средней продолжительности периода получения образования у взрослых.

В период после 2000 г. уровень охвата основными услугами повысился. Временные тенденции для индекса охвата услугами ВОУЗ пока не определены, однако средний охват для подмножества из девяти отслеживаемых показателей, используемых для оценки индекса с помощью имеющихся временных рядов, возрастал на 1,3% в год, что примерно соответствует увеличению на 20% за период с 2000 по 2015 г. Среди этих девяти отслеживаемых показателей наиболее высокие темпы увеличения были зафиксированы для охвата антиретровирусной терапией ВИЧ (с 2% в 2000 г. до 53% в 2016 г.) и использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (с 1% в 2000 г. до 54% в 2016 г.). Тем не менее для достижения ВОУЗ еще предстоит пройти долгий путь. Хотя ограниченность данных не позволяет точно определить число лиц, которые надлежащим образом охвачены соответствующим обслуживанием, очевидно, что по крайней мере половина мирового населения не охвачена основными услугами в полной мере. Анализ отдельных видов медицинского обслуживания показывает, что более чем 1 миллиард человек живет с неконтролируемой гипертензией, свыше 200 миллионов женщин не охвачены надлежащим образом услугами по планированию семьи, а для примерно 20 миллионов детей грудного возраста не может быть начат либо завершен курс первичной вакцинации от коклюша, дифтерии и столбняка (КДС) и гораздо большее число детей этого возраста не получают другие рекомендованные вакцины.

Обеспечение справедливости

Ввиду отсутствия данных в настоящее время сравнение индекса охвата услугами ВОУЗ по ключевым аспектам неравенства не представляется возможным. До

Рисунок 1. Индекс охвата услугами ВОУЗ по странам в 2015 г.: показатель 3.8.1 ЦУР



ЦУР: Цель в области устойчивого развития; ВОУЗ: всеобщий охват услугами здравоохранения.

устранения этих пробелов в данных неравенство в охвате услугами можно оценивать на основе анализа более узкого диапазона показателей такого охвата, в частности касающихся мероприятий по охране здоровья матери и ребенка. При рассмотрении набора из семи базовых услуг по охране здоровья матери и ребенка было установлено, что в 2005–2015 гг. доступ по крайней мере к шести из семи таких мероприятий получали лишь 17% матерей и детей грудного возраста из квинтиля наименее обеспеченных домохозяйств в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, в то время как в квинтиле наиболее зажиточных домохозяйств доля таких матерей и детей достигала 74%.

Учитывая произошедшие со временем изменения, касающиеся значительных пробелов в охвате, медианная процентная доля пар «мать — ребенок», получавших менее половины из семи базовых медико-санитарных услуг, уменьшилась в период между 1993–1999 и 2008–2015 гг. во всех квинтилях благосостояния для 23 стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, в отношении которых имелись соответствующие данные. Абсолютные сокращения были более значительными в квинтилях менее обеспеченных домохозяйств, что свидетельствовало об уменьшении абсолютных показателей неравенства между этими двумя временными периодами.

Если меры медицинского вмешательства не будут предусматривать обеспечение справедливости, усилия по достижению ВОУЗ могут привести к улучшению среднего общенационального показателя охвата услугами при одновременном усугублении неравенства. Наиболее значительные пробелы в охвате услугами по-прежнему отмечаются в квинтиле наименее обеспеченных семей, что повышает важность такой структуризации медицинского обслуживания, при которой никто не будет оставлен без внимания.

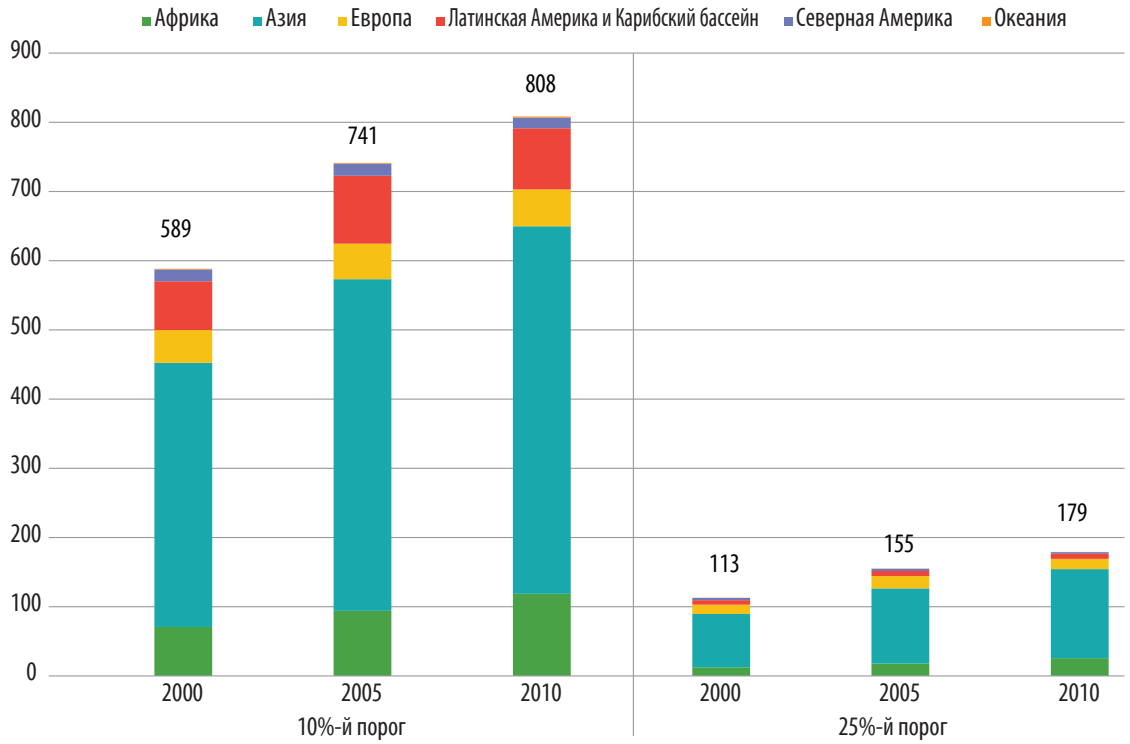
Финансовая защита

Многие семьи во всем мире испытывают чрезмерные финансовые трудности, связанные с получением необходимой медицинской помощи. Усилия по обеспечению ВОУЗ в этой области ориентированы на решение двух проблем: «катастрофические расходы на медицинскую помощь», которые представляют собой расходы, покрываемые за счет собственных средств (не возмещаемые третьей стороной), и которые превышают платежеспособность домохозяйства; и «расходы на медицинскую помощь, приводящие к обнищанию», которые имеют место в случае, когда нежелательное связанное со здоровьем событие вынуждает соответствующее домохозяйство сократить расходы на покрытие немедицинских статей бюджета, таких как питание, жилье и одежда, до такой степени, что расходуемые на эти цели средства оказываются ниже уровня, обозначаемого чертой бедности.

Частота возникновения катастрофических расходов на медицинскую помощь определяется на основе величины расходов, покрываемых за счет собственных средств, которые превышают 10 и 25% общих доходов или потребления домохозяйства. Это предусмотрено подходом, принятым для системы мониторинга ЦУР. В разных странах средняя частота возникновения катастрофических расходов, покрываемых за счет собственных средств, при 10%-м пороге составляет 9,2%. При 25%-м пороге показатели частоты возникновения неизбежно снижаются, достигая в среднем 1,8%. Согласно оценкам, на глобальном уровне (рис. 2) в 2010 г. расходы на медицинскую помощь, превышающие 10% от общего объема потребления или доходов домохозяйства, понесли 808 миллионов человек (около 11,7% мирового населения), а аналогичные расходы при 25%-м пороге — 179 миллионов человек (2,6% населения).

В 2010 г. регионом с наиболее высоким показателем (14,8%) при 10%-м пороге были Латинская Америка и

Рисунок 2. Глобальные и региональные тенденции, касающиеся катастрофических платежей: показатель 3.8.2 ЦУР



Карибский бассейн. Второй по величине показатель был зарегистрирован в Азии (12,8%), являвшейся регионом, в котором сконцентрировано наибольшее число лиц, сталкивающихся с проблемой катастрофических платежей. В период после 2000 г. увеличилась не только процентная доля, но и численность мирового населения, сталкивающегося с проблемой катастрофических платежей, для всех пороговых значений. При пороге, равном 10%, регионом с наиболее быстрым ростом численности населения, испытывающего такую проблему, является Африка (увеличение в среднем на 5,9% в год), за которой следует Азия (увеличение на 3,6% в год). Единственным регионом, в котором отмечается сокращение показателей частоты возникновения данной проблемы и численности затронутого населения, стала Северная Америка (уменьшение на 0,9% в год).

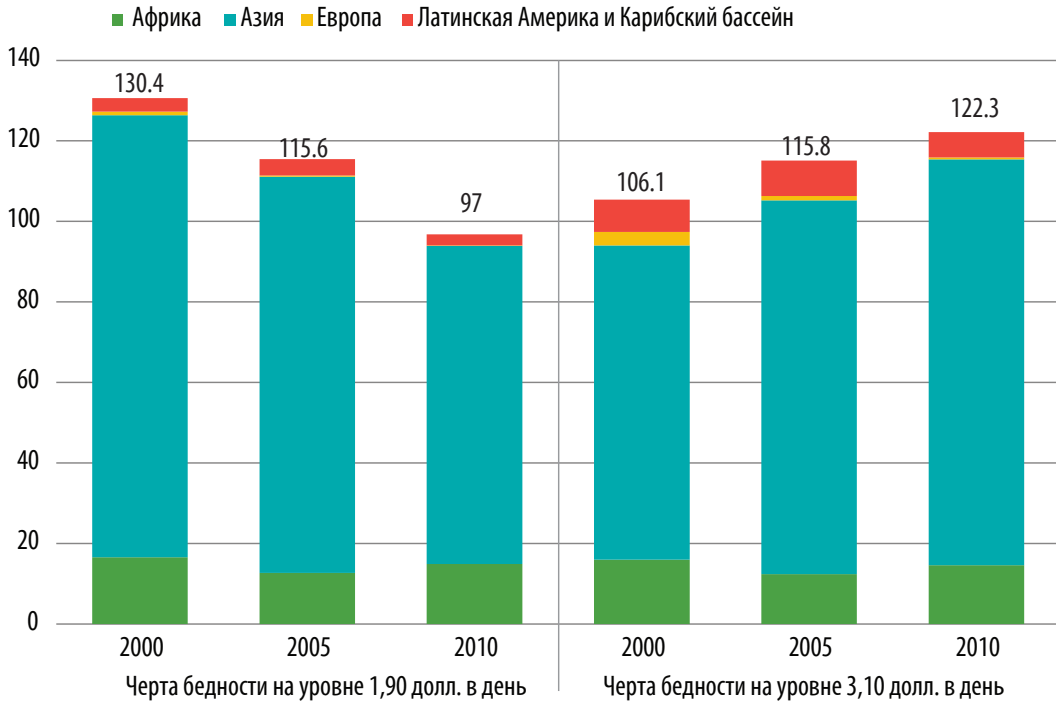
Хотя мониторинг показателей достижения ЦУР, касающихся катастрофических расходов, играет важную роль, он не является единственным способом отслеживания прогресса и сам по себе не позволяет получить полное представление о сложившейся ситуации, поскольку страны прилагают усилия по обеспечению финансовой защиты. Катастрофические платежи могут оцениваться разными способами. Кроме того, уровень финансовой защиты также может оцениваться с помощью параметров, отличных от катастрофических расходов. В связи с этим в настоящем докладе также представлены глобальные и региональные результаты, полученные с использованием дополнительных показателей финансовой защиты.

Показатели расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, не входят в состав официального показателя достижения ЦУР, касающегося обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения как такового, однако они напрямую связывают ВОУЗ с первой из ЦУР, предусматривающей повсеместную ликвидацию нищеты во всех ее формах. Эти показатели основаны на значениях международной черты бедности: 1,90 международного доллара в день с использованием паритета покупательной способности (ППС) в ценах 2011 г. для крайней нищеты и 3,10 международного доллара в день с использованием ППС в ценах 2011 г. для умеренной нищеты. В настоящем докладе частота обнищания определяется как разность между числом лиц, которые признаны как проживающие в нищете при учете их платежей за услуги здравоохранения из собственных средств в общем объеме потребления или доходов их домохозяйства, и числом лиц, признанных как проживающие в нищете без учета этих платежей в общем объеме потребления или доходов.

В 2010 г. при черте бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., обнищанию вследствие расходов на медицинскую помощь подверглись около 97 миллионов человек, что соответствовало 1,4% мирового населения. При черте бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., этот показатель равен 122 миллионам человек (1,8%). При двух представленных показателях международной черты бедности коэффициенты обнищания в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов стремятся к нулю либо равны ему. В случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., число и процентная доля лиц, подвергшихся обнищанию во всем мире, в период с 2000 по 2010 г. сократились со 130 миллионов человек (2,1%) до 97 миллионов человек (1,4%). В противоположность этому в случае использования черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., процентная доля и численность обнищавшего населения увеличились со 106 миллионов человек (1,7%) до 122 миллионов человек (1,8%) (рис. 3).

В 2010 г. самые высокие показатели обнищания в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., были зарегистрированы в Азии и Африке (1,9 и 1,4% соответственно). В период

Рисунок 3. Глобальные и региональные тенденции обнищания, обусловленного платежами из собственных средств: показатели черты бедности, равные 1,90 и 3,10 долл. в день



с 2000 по 2010 г. в Африке отмечалось сокращение частоты расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, в случае использования показателей черты бедности, равных 1,90 долл. и 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., в то время как в Азии было зарегистрировано значительное сокращение таких расходов в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., и их увеличение в случае использования черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.

Особое внимание в данном докладе также уделяется глубине нищеты, что предполагает учет финансового воздействия платежей из собственных средств на лиц, для которых расходы на медицинскую помощь становятся причиной все более и более глубокого погружения в нищету.

Следует отметить, что низкая частота возникновения катастрофических расходов на медицинскую помощь или расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, может быть обусловлена не только защитой населения от финансовых трудностей, но и неполучением необходимой помощи в связи с отсутствием у населения физического доступа к ней или ее недоступностью в ценовом отношении. Во всех случаях совместно с мониторингом охвата услугами следует осуществлять мониторинг финансовой защиты.

Мониторинг ВОУЗ в эпоху ЦУР

Мероприятия по мониторингу, рассматриваемые в настоящем докладе, непосредственно связаны с одной из определяющих характеристик ЦУР: обеспечением подотчетности посредством побуждения стран к принятию обязательств по представлению информации о достигнутом прогрессе. Большинство данных, приведенных на следующих страницах, обсуждалось в рамках официальных консультаций с государствами — членами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), проведенных в 2017 г. Страны являются главными участниками процесса мониторинга и оценки, а заинтересованность на национальном уровне играет ключевую роль в успешном достижении ЦУР. Процесс мониторинга и оценки в каждой стране будет осуществляться с учетом национальных и, возможно, субнациональных приоритетов. Страны также могут вносить свой вклад в работу региональных систем мониторинга достижения ЦУР. Мы надеемся, что благодаря разработке показателей и представлению данных, сопоставимых на международном уровне, настоящий доклад обеспечит странам и регионам стимулы к внесению необходимых уточнений и адаптации этих систем к местным условиям.

Как показывают данные, представленные в настоящем докладе, этот процесс сопряжен со значительными трудностями, касающимися не только достижения поставленных целей, но и оценки прогресса в их достижении. Для обеспечения ВОУЗ предстоит пройти долгий путь, однако глобальное сообщество берет на себя обязательства по достижению этой цели и его оценке.

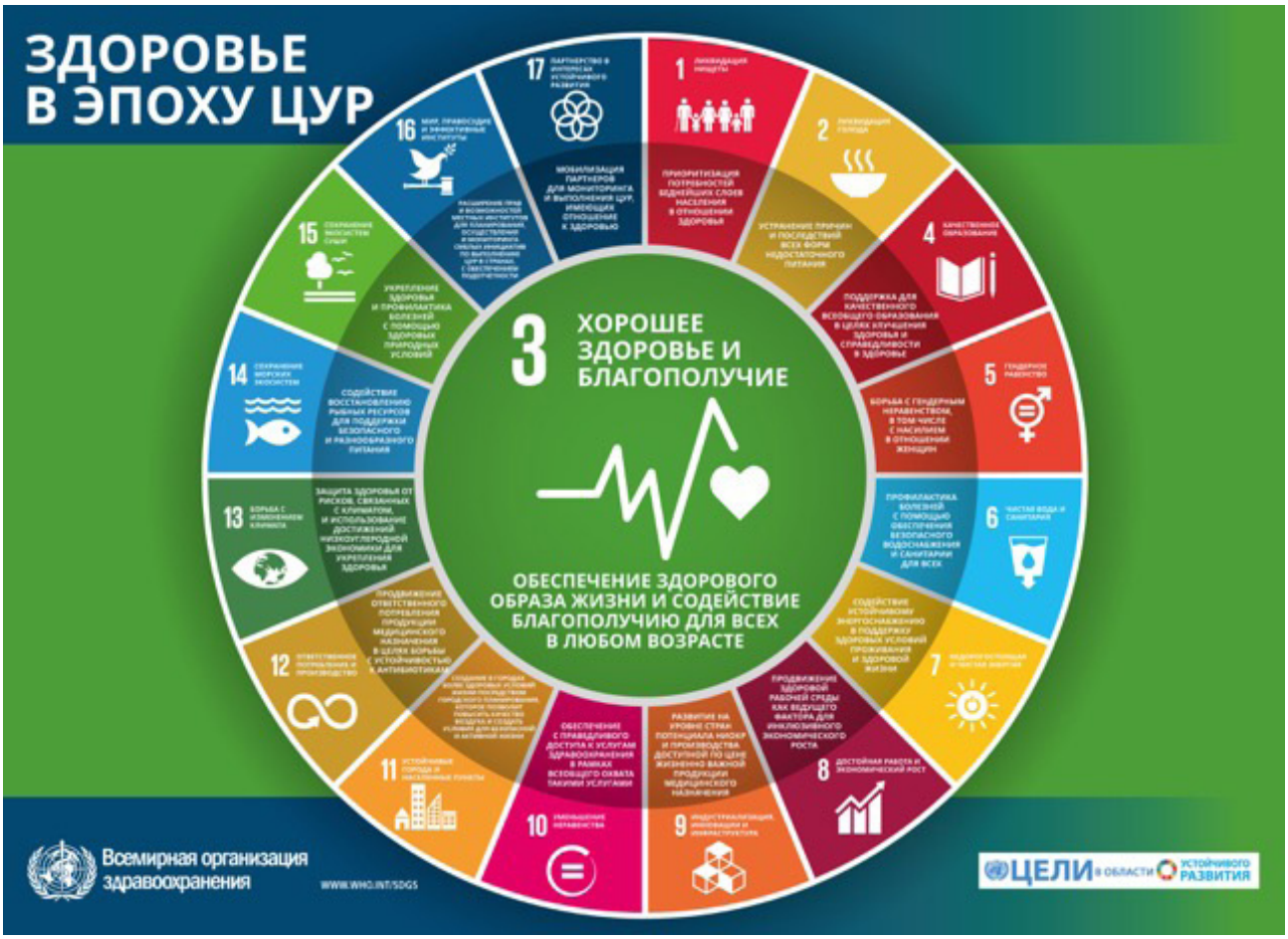
ВВЕДЕНИЕ

Цель всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) заключается в обеспечении каждому человеку и сообществу, вне зависимости от их материального положения, возможности получать необходимые им услуги здравоохранения без риска столкнуться с финансовыми трудностями. За последние 10 лет количество призывов к наращиванию усилий по достижению ВОУЗ заметно возросло. В редакционной статье журнала *Lancet Global Health* за сентябрь 2017 г. Тедрос Адханом Гебрейесус, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), назвал обеспечение ВОУЗ этической проблемой, задав читателям следующий вопрос: «Хотим ли мы, чтобы наши сограждане умирали из-за того, что они бедны?» *(1)*.

Джим Ён Ким, Президент Группы Всемирного банка, обращаясь к участникам Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г., сказал: «Мы можем изменить ход истории, гарантировав каждому человеку в мире доступ к качественным приемлемым в ценовом отношении услугам здравоохранения в течение жизни одного поколения» *(2)*. Как показано в подготовленном ВОЗ Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2010 г. «*Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*», страны всего мира в течение некоторого времени прислушивались к данному призыву и проводили реформы, направленные на скорейшее достижение ВОУЗ *(3)*.

Импульс к обеспечению ВОУЗ нашел свое отражение в решении Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ГА ООН) от сентября 2015 г. о принятии охраны здоровья в качестве одной из 17 целей в области устойчивого развития (ЦУР) *(4)* и ВОУЗ в качестве предусмотренной ЦУР задачи в сфере здравоохранения (ЦУР 3.8: «[о]беспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков…»). Задача по обеспечению ВОУЗ лежит в основе остальных 12 задач в сфере здравоохранения, а сама цель охраны здоровья тесно связана с другими 16 ЦУР: в одних случаях ее осуществление способствует их реализации, а в других зависит от прогресса в их достижении (рис. 1).

Рисунок 1. Здоровью отведено центральное место в повестке дня ЦУР



Вставка 1. Определения ВОУЗ, задачи 3.8 ЦУР и показателей 3.8.1 и 3.8.2 ЦУР

Всеобщий охват услугами здравоохранения означает, что все люди получают необходимые им услуги здравоохранения, включая услуги общественного здравоохранения, направленные на улучшение состояния здоровья (антитабачные информационные кампании и налогообложение), профилактику заболеваний (вакцинации) и обеспечение лечения, реабилитации и паллиативной помощи (уход за пожилыми и неизлечимо больными людьми), достаточно качественные, чтобы быть эффективными, при одновременном обеспечении того, чтобы использование этих услуг не создавало финансовых трудностей для пользователя *(12)*.

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

Показатель 3.8.1 ЦУР: Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами на основе отслеживаемых показателей, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матерей, новорожденных детей, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения).

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

ГА ООН утвердила конкретные показатели для оценки осуществления ЦУР, включая ВОУЗ (задача 3.8 ЦУР), лишь в июле 2017 г. Основой для них послужили рекомендации Межучрежденческой и экспертной группы (МУЭГ) по показателям достижения целей в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций (ООН), в состав которой входят специалисты по статистике из 27 стран *(5)*. В отношении задачи 3.8 ЦУР МУЭГ сделала вывод о высоком уровне консенсуса технических экспертов, гражданского общества, национальных правительств и учреждений ООН, достигнутом благодаря консультативному процессу, который проводился в 2013 и 2014 гг. с участием всех соответствующих экспертов и заинтересованных сторон *(6–8)*.

Этот процесс, касающийся мониторинга ВОУЗ, строился на основе сотрудничества ВОЗ и Всемирного банка, о котором было объявлено на состоявшемся в феврале 2013 г. совещании ВОЗ и Всемирного банка на уровне министров по вопросам обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения *(9)*, посвященном созданию системы мониторинга для оказания странам помощи в отслеживании прогресса в достижении цели ВОУЗ. Результатами данной работы стали публикация дискуссионного документа в декабре 2013 г. *(10)* и ввод в действие в 2014 г. глобальной системы мониторинга ВОУЗ, разработанной ВОЗ и Всемирным банком *(7, 8)*.

В своей декларации 2017 г. министры здравоохранения стран Группы 20 рекомендовали ВОЗ «определить соответствующие системы показателей и отслеживать прогресс в области УСЗ [укрепления систем здравоохранения] и обеспечения ВОУЗ во всем мире, сотрудничая с Всемирным банком, ОЭСР и другими соответствующими заинтересованными сторонами» *(11)*.

Система, используемая в настоящем докладе, опирается на два показателя обеспечения ВОУЗ, предусмотренных ЦУР:

- показатель 3.8.1, который отражает аспект ВОУЗ, связанный с охватом населения (все люди, вне зависимости от их уровня жизни, должны получать необходимые им услуги здравоохранения); и
- показатель 3.8.2, который отражает аспект ВОУЗ, связанный с финансовой защитой (пользование услугами здравоохранения не должно приводить к возникновению финансовых трудностей) (вставка 1).

Эти показатели должны оцениваться одновременно для получения полного представления о ситуации, и в частности для учета лиц, которые вообще не могут получить доступ к медицинскому обслуживанию (и, следовательно, не платят за него в месте использования), и лиц, которые получают помощь низкого качества *(12)*. ВОЗ назначена учреждением, отвечающим за достижение обоих показателей 3.8 ЦУР в партнерстве с Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (ДЭСВ ООН) по показателю 3.8.1 и Всемирным банком по показателю 3.8.2.

Справедливость имеет ключевое значение для ЦУР в целом и ВОУЗ в частности, поскольку она требует обеспечить, чтобы все люди, вне зависимости от их материального положения, получали необходимые им услуги, не испытывая финансовых трудностей *(12)*. В связи с этим для оценки достижения ВОУЗ необходимо не только оценить доступ к пользованию услугами здравоохранения и прямые затраты на медицинскую помощь для населения страны в целом, но и удостовериться в том, что различные слои населения, прежде всего наиболее обездоленные группы, не остались без внимания в соответствии с принципами ЦУР. По этой причине особенно пристальное внимание уделяется мониторингу распределения показателей между разными аспектами неравенства и средних показателей. Соответственно, показатели достижения ЦУР должны быть представлены в разбивке по уровню дохода, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, признаку инвалидности, месту нахождения и миграционному статусу в зависимости от обстоятельств *(5)*.

Что входит и что не входит в понятие ВОУЗ

ВОУЗ означает, что все люди, вне зависимости от уровня жизни, получают необходимые медицинские услуги и что пользование такими услугами не вызывает финансовых трудностей.

Прогресс в достижении ВОУЗ означает, что все больше людей, особенно малообеспеченных, которые в настоящее время подвергаются наибольшему риску неполучения требуемых услуг, получают услуги, в которых они нуждаются. Определение ВОУЗ подразумевает высокое

Рисунок 2. Инвестиции в системы здравоохранения для достижения ВОУЗ и ЦУР



Источник: на основе материалов Kieny et al., 2017 WHO Bulletin *(13)*.

качество услуг, означающее, что пациентам ставят правильный диагноз и в отношении них осуществляются вмешательства, признаваемые необходимыми на текущий момент. Прогресс в достижении ВОУЗ означает уменьшение препятствий к поиску и получению необходимой помощи, таких как платежи из собственных средств, расстояние, плохая оснащенность медицинских учреждений и низкий уровень подготовки медицинских работников.

Вместе с тем ВОУЗ означает, что получение необходимых услуг здравоохранения во все меньшей степени связано с возникновением финансовых трудностей и что люди, получающие такие услуги, по-прежнему могут позволить себе приобретать продукты питания и другие товары первой необходимости, не подвергая свои семьи риску оказаться в нищете вследствие получения ими медицинской помощи, в которой они нуждаются.

ВОУЗ означает не то, что медицинская помощь во всех случаях оказывается бесплатно, а лишь то, что платежи из собственных средств являются не настолько высокими, чтобы заставить людей отказаться от пользования услугами и вызвать финансовые трудности. Не означает это и того, что ВОУЗ касается исключительно финансирования здравоохранения. Во многих странах с более низким уровнем доходов огромной проблемой остается отсутствие физического доступа даже к самым основным услугам. Важную роль в достижении прогресса в обеспечении ВОУЗ играют системы здравоохранения. Укрепление этих систем, предусматривающее не только увеличение финансирования, но и совершенствование управления, структуры медицинских кадров, предоставления услуг, систем медико-санитарной информации и снабжения лекарствами и другими товарами медицинского назначения, имеет ключевое значение для достижения ВОУЗ (рис. 2).

Глобальный доклад о мониторинге прогресса в обеспечении ВОУЗ за 2017 г.

Представленный в настоящей публикации совместный доклад Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения о прогрессе в достижении ВОУЗ является вторым в серии докладов. Первый доклад, опубликованный в декабре 2015 г. *(12)* — вскоре после принятия ВОУЗ в качестве одной из задач ЦУР, — был подготовлен по итогам совместной работы ВОЗ и Всемирного банка, продолжавшейся на протяжении почти трех лет после состоявшегося в феврале 2013 г. совещания ВОЗ и Всемирного банка на уровне министров по вопросам обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и приведшей к созданию совместной глобальной системы мониторинга ВОУЗ ВОЗ и Всемирного банка, которая легла в основу первого глобального доклада о мониторинге *(7–9)*.

Настоящий доклад издается непосредственно после утверждения ГА ООН в 2017 г. двух конкретных показателей достижения ВОУЗ — 3.8.1 и 3.8.2, поэтому в нем сделан особый акцент на проведении их оценки. Данные первичного анализа этих показателей либо анализа, способствовавшего их получению, были представлены в первом глобальном докладе о мониторинге, однако в данной публикации им придается больше внимания *(12)*.

В докладе за 2015 г. *(12)* для создания представления об охвате основными услугами использовался набор отдельных отслеживаемых показателей, тогда как в настоящем докладе на основе отслеживаемых показателей рассчитывается индекс для получения итоговой характеристики охвата основными услугами с помощью одного количественного параметра в соответствии с определением показателя 3.8.1 ЦУР. Что касается финансовой защиты, то в настоящем докладе значительно расширен географический охват. Если доклад за 2015 г. базировался на данных о финансовой защите из 37 стран, охватывавших менее 20% мирового населения, то текущий доклад опирается на сведения из 132 стран, представляющих более чем 90% населения мира.

При всей важности двух упомянутых показателей ЦУР, касающихся ВОУЗ, они представляют собой подмножество показателей, используемых для отслеживания прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения, и входят в состав более широкой программы мониторинга

ВОУЗ, которая опирается на более широкий спектр установленных показателей, нередко адаптированных к конкретным регионам и странам. Настоящий доклад выходит за рамки рассмотрения официальных показателей ЦУР, касающихся ВОУЗ. Вследствие этого, наряду со сведениями о «катастрофических» расходах, оплачиваемых из собственных средств (ЦУР 3.8.2), в докладе также представлен анализ прогресса в уменьшении степени обнищания, обусловленного такими расходами. Этот второй аспект финансовой защиты не является официальным показателем ЦУР, характеризующим ВОУЗ, однако он напрямую связан с самой первой ЦУР — повсеместной ликвидацией нищеты во всех ее формах.

Рассматриваемые в настоящем докладе мероприятия по мониторингу непосредственно касаются одной из определяющих характеристик ЦУР — обеспечения подотчетности посредством побуждения стран к принятию обязательств по представлению информации о достигнутом прогрессе. Большинство данных, приведенных на нижеследующих страницах, обсуждалось в рамках официальных консультаций с государствами — членами ВОЗ, проведенных в 2017 г. Страны являются главными участниками процесса мониторинга и оценки, а заинтересованность на национальном уровне играет ключевую роль в успешном достижении ЦУР. Процесс мониторинга и оценки в каждой стране будет осуществляться с учетом национальных и, возможно, субнациональных приоритетов. Страны также могут вносить свой вклад в работу региональных систем мониторинга достижения ЦУР. Мы надеемся, что благодаря разработке показателей и представлению данных, сопоставимых на международном уровне, настоящий доклад обеспечит странам и регионам стимулы к внесению необходимых уточнений и адаптации этих систем к местным условиям.

Как показано на нижеследующих страницах, этот процесс сопряжен со значительными трудностями, касающимися не только достижения поставленных целей, но и оценки прогресса в их достижении. Для обеспечения ВОУЗ предстоит пройти долгий путь, однако глобальное сообщество берет на себя обязательства по достижению этой цели и его оценке.

Справочная литература

1. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. Lancet Glob Health. 2017 Sep;5(9): e839-e840.

2. Бедность, здравоохранение и будущее человечества. Речь Джима Ён Кима, Президента Группы Всемирного банка, на Всемирной ассамблее здравоохранения, 21 мая 2013 г., Женева, Швейцария (http://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

4. Резолюция 70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. В: Seventieth session of the United Nations General Assembly, New York, 21 October 2015. New York: United Nations; 2015 (https://undocs.org/ru/A/RES/70/1, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

5. Резолюция 71/313. Работа Статистической комиссии, связанная с деятельностью по осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. В: Seventy-first session of the United Nations General Assembly, New York, 10 July 2017. New York: United Nations; 2017 (https://undocs.org/ru/A/RES/71/313, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

6. Monitoring universal health coverage [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

7. Группа Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения. Мониторинг прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения на уровне отдельных стран и на глобальном уровне: система, показатели и цели. Вашингтон, ОК, Женева: Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

8. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med. 2014;11(9):e1001731.

9. World Bank Group, World Health Organization. Report on the ministerial level roundtable on universal health coverage. In: WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage, 18–19 February 2013, Geneva, Switzerland (http://www.who.int/health_financing/ministerial_meeting_report20130328.pdf, accessed 7 December 2017).

10. World Bank Group, World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework [joint WHO/World Bank Group Discussion Paper]. Washington DC, Geneva: The World Bank, World Health Organization; 2013.

11. Together today for a healthy tomorrow. Berlin Declaration of the G20 Health Ministers. Berlin: G20; 2017 (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

12. World Bank Group, World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Washington DC, Geneva: The World Bank Group, World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/, по состоянию на 2 декабря 2017 г.).

13. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017;95(7):537-539.



ГЛАВА 1

ОХВАТ ОСНОВНЫМИ МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ УСЛУГАМИ

Достижение ВОУЗ представляет собой непрерывный процесс, который изменяется в ответ на изменение демографических, эпидемиологических и технологических тенденций и ожиданий населения. Цель аспекта ВОУЗ, связанного с охватом услугами, состоит в предоставлении оздоровительных, профилактических, лечебных, реабилитационных или паллиативных медицинских услуг для лиц, которые в них нуждаются, и в обеспечении достаточного качества получаемых услуг, позволяющих добиться возможного улучшения состояния здоровья.

Ограниченность ресурсов означает, что страны не могут обеспечить предоставление всех услуг здравоохранения, однако все страны должны быть в состоянии гарантировать охват основными медико-санитарными услугами. В данном разделе представлены методы и базовые результаты достижения ЦУР для определения индекса, используемого в целях обобщения сведений об охвате основными медико-санитарными услугами с помощью одного количественного показателя, а также оценки пробелов в охвате услугами и проведения более детального анализа уровней и тенденций для подмножества показателей охвата услугами в разбивке по ключевым аспектам неравенства.

Охват услугами здравоохранения: основные выводы

- **Между странами отмечаются значительные различия в уровне охвата услугами.** В 2015 г. значение индекса охвата услугами ВОУЗ составляло 64 (из 100) на глобальном уровне и варьировало в интервале от 22 до 86 для отдельных стран. Уровень охвата основными услугами, оцениваемый с помощью данного индекса, является максимальным в таких регионах ЦУР, как Восточная Азия (77) и Северная Америка и Европа (77), и минимальным в странах Африки к югу от Сахары (42). Предпоследнее по этому показателю место занимает Южная Азия (53).

- **Высокие значения индекса соотносятся с высокой ожидаемой продолжительностью жизни даже после учета национального дохода и образования.** Данный индекс связан с коэффициентами смертности детей в возрасте до пяти лет ($\rho = -0{,}86$), ожидаемой продолжительностью жизни ($\rho = 0{,}88$) и индексом человеческого развития ($\rho = 0{,}91$). Продвижение от минимального (22) к максимальному (86) значению индекса в разных странах соотносится с увеличением ожидаемой продолжительности жизни на 21 год после учета валового национального дохода на душу населения и средней продолжительности периода получения образования взрослыми людьми.

- **По крайней мере половина мирового населения не охвачена основными медико-санитарными услугами в полной мере…** Точно оценить данный показатель весьма непросто, однако согласно результатам ряда убедительных анализов чувствительности в 2015 г. число лиц, охваченных самыми основными услугами, варьировалось в интервале от 2,3 до 3,5 миллиарда человек. Это означает, что по крайней мере половина мирового населения, численность которого составляет 7,3 миллиарда человек, не получает необходимых медико-санитарных услуг.

- **…при наличии значительной неудовлетворенной потребности в ряде конкретных мер вмешательства.** Например, более чем 1 миллиард человек живет с неконтролируемой гипертензией, свыше 200 миллионов женщин не охвачены надлежащим образом услугами по планированию семьи, а примерно для 20 миллионов детей грудного возраста не может быть начат либо завершен курс первичной вакцинации от КДС, а гораздо большее число детей этого возраста не получают другие рекомендованные вакцины.

- **В период после 2000 г. уровень охвата основными услугами повысился.** Временные тенденции для индекса охвата услугами ВОУЗ пока не определены, однако средний охват для подмножества из девяти отслеживаемых показателей, используемых для оценки индекса с помощью имеющихся временных рядов, возрастал на 1,3% в год, что примерно соответствует относительному увеличению на 20% за период с 2000 по 2015 г. Среди этих отслеживаемых показателей наиболее высокие темпы увеличения были зафиксированы для охвата антиретровирусной терапией ВИЧ (с 2% в 2000 г. до 53% в 2016 г.) и использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (с 1% в 2000 г. до 54% в 2016 г.).

- **Несмотря на достигнутый прогресс, в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня по-прежнему отмечается значительное неравенство в предоставлении базовых услуг по охране здоровья матери и ребенка.** Абсолютные показатели неравенства, которое обусловлено имущественным положением, в охвате семью базовыми услугами по охране здоровья матери и ребенка сократились; тем не менее, в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня лишь 17% квинтиля наименее обеспеченных домохозяйств получали по крайней мере шесть из семи базовых процедур в сравнении с 74% квинтиля наиболее обеспеченных домохозяйств.

Основные принципы оценки

Эффективный охват услугами

Эффективный охват услугами определяется как доля нуждающихся в услугах лиц, которые получают услуги достаточного качества, позволяющие добиться возможного улучшения состояния здоровья *(1)*. Показатели эффективного охвата отражают усилия страны по удовлетворению потребностей населения в качественных услугах здравоохранения и являются наиболее предпочтительными показателями для мониторинга аспекта ВОУЗ, связанного с охватом услугами. Например, показатель эффективного охвата лечением от ВИЧ-инфекции должен оценивать не только получение пациентом антиретровирусной терапии, но и уменьшение его вирусной нагрузки. К сожалению, для многих важных областей здравоохранения нет широко доступных показателей эффективного охвата либо из-за отсутствия инвестиций в сбор данных, либо из-за трудностей с определением применимого показателя для конкретной медико-санитарной услуги. В этих случаях следует использовать другие показатели, связанные с обеспечением эффективного охвата.

Охват услугами

Показатели охвата услугами, определяемого как доля лиц, нуждающихся в услуге и получающих ее, вне зависимости от качества этой услуги, оцениваются чаще, нежели показатели эффективного охвата. Например, количество посещений учреждений дородового наблюдения можно установить на основе самоотчетов в ходе обследования, однако определить качество помощи, полученной во время таких посещений, гораздо труднее. При отсутствии информации об эффективном охвате эти показатели нередко используются для мониторинга охвата услугами здравоохранения в ущерб сбору информации о качестве полученных услуг. Не всегда имеется четкая граница между охватом и эффективным охватом конкретной медико-санитарной услугой, поэтому в ряде случаев неясно, каким образом должен быть охарактеризован тот или иной показатель. В настоящем докладе термин «охват услугами» часто применяется для краткого обозначения обоих показателей.

Отслеживаемые показатели

Продвигаясь к достижению ВОУЗ, страны будут обеспечивать предоставление широкого спектра услуг. Отслеживать показатели для каждой из этих услуг практически невозможно, поэтому для представления общего охвата было выбрано поддающееся контролю подмножество показателей (1, 2). Отбор отслеживаемых показателей осуществлялся на основе нескольких критериев, которые более подробно рассматриваются ниже. Важно отметить, что эти показатели не представляют собой рекомендуемый набор услуг и выбраны с целью отразить объем медико-санитарных услуг, предоставляемых в рамках ВОУЗ, в форме, поддающейся оценке.

Косвенные показатели

Для нескольких важных областей здравоохранения, включая лечение неинфекционных заболеваний (НИЗ), охрану психического здоровья, оказание хирургической и неотложной помощи и проведение плановых медицинских обследований, не всегда имеются надежные показатели охвата услугами. В таких случаях для отражения ситуации в этих важных областях следует использовать косвенные показатели. Эти показатели связаны с предоставлением услуг здравоохранения нуждающимся в них лицам и могут являться первичными (upstream) или вторичными (downstream) по отношению к показателю эффективного охвата. Показатели пропускной способности, доступа или пользования услугами являются первичными: они дают представление либо о доступности услуг для нуждающихся в них лиц, либо о коэффициенте использования таких услуг, не обеспечивая информации о доле лиц, нуждающихся в той или иной услуге и получивших ее. С другой стороны, вторичные показатели, такие как распространенность фактора риска или коэффициент смертности от заболевания или травмы, отражают воздействие охвата услугами, но при этом зависят от других факторов, которые могут находиться вне сферы контроля системы здравоохранения, таких как уровень благосостояния страны или средний уровень образования.

Индекс охвата основными медико-санитарными услугами

Индекс охвата обслуживанием ВОУЗ представляет собой единый показатель, рассчитываемый на основе отслеживаемых показателей (часть из которых косвенно характеризует такой охват) в целях мониторинга охвата основными медико-санитарными услугами. Основные медико-санитарные услуги — это услуги, которые должны предоставляться всеми странами, вне зависимости от их демографического, эпидемиологического или экономического профиля. Именно этот смысл заложен в определении показателя 3.8.1 ЦУР, которое сформулировано следующим образом:

> Охват основными медико-санитарными услугами (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).

Построение индекса требует принятия ряда методических решений, включая выбор отслеживаемых показателей и способов расчета, используемых для их объединения с целью получить итоговое значение индекса. Существует несколько примеров индексов, предназначенных для обобщения данных о здоровье населения (3–5), включая ВОУЗ (6–8), которые обычно опираются на индекс развития человеческого потенциала. В настоящем докладе и сопровождающей его журнальной статье (9) впервые проводится оценка показателя 3.8.1 ЦУР, касающегося охвата основными медико-санитарными услугами, с указанием методов и базовых результатов для 183 стран. Индекс охвата услугами ВОУЗ прост для вычисления и может быть рассчитан с помощью имеющихся данных по странам, что позволяет отслеживать прогресс в обеспечении ВОУЗ самими странами.

Неравенство в охвате услугами

Обобщенное представление о неравенстве в охвате услугами можно получить посредством расчета уровней

охвата в разных подгруппах населения, например в разбивке по квинтилям благосостояния домохозяйств, уровню образования, географическим регионам, возрасту и полу. Важно оценивать охват в соответствии с ключевыми аспектами неравенства, поскольку средние общенациональные показатели могут скрывать низкие уровни охвата в неблагополучных группах населения.

Применение на практике показателя 3.8.1 ЦУР: индекс охвата основными медико-санитарными услугами

Руководящие принципы

Индекс был разработан по итогам многолетнего процесса, включавшего подготовку глобальных обзоров, проведение страновых тематических исследований и организацию консультаций с сотрудниками министерств здравоохранения и официальных страновых консультаций ВОЗ с государствами-членами в 2017 г. *(1, 2, 10–15)*. Разработка индекса осуществлялась в соответствии с четырьмя руководящими принципами, не все из которых могут быть полностью реализованы на практике, учитывая текущую ситуацию с наличием данных. Первый руководящий принцип касался предпочтения показателей эффективного охвата услугами. Во-вторых, в соответствии с определением ВОУЗ индекс должен включать показатели для разных видов услуг, таких как профилактика, включающая укрепление здоровья населения и предупреждение заболеваний, и показатели для лечения, включающие лечебные услуги, реабилитацию и паллиативную помощь *(2)*. Следует обратить внимание на тот факт, что к данной категории относятся услуги и вмешательства в сфере общественного здравоохранения, которые не обеспечиваются сектором здравоохранения, однако направлены в первую очередь на улучшение состояния здоровья *(1)*. В третьих, индекс должен охватывать все основные области здравоохранения, включая охрану репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и детей (РЗиЗМНД), лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и лечение повреждений. В соответствии с определением 3.8.1 ЦУР были установлены четыре категории показателей: РЗиЗМНД, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг. Наконец, индекс должен быть дезагрегирован по ключевым аспектам неравенства.

Критерии определения отслеживаемых показателей

В каждой из четырех категорий, описываемых определением ЦУР 3.8.1, отбор отслеживаемых показателей осуществлялся на основе нескольких критериев *(2)* с условием, чтобы показатели в каждой категории отражали ряд стратегий предоставления программных услуг. Во-первых, показатель должен быть релевантным, отражающим эпидемиологическое бремя и наличие экономически эффективных мер вмешательства. Во-вторых, показатель должен быть эффективным в практическом плане и предусматривать наличие текущих и сопоставимых данных для большинства стран, которые в идеальном случае могут быть представлены в разбивке в целях анализа обеспечения справедливости. В-третьих, показатель должен быть концептуально обоснованным, с наличием поддающихся оценке числителя и знаменателя, четкой задачи и, в идеале, определения, отражающего эффективный охват *(16)*. Наконец, показатель должен быть применимым с точки зрения простоты передачи информации: предпочтительные показатели, уже регистрировавшиеся в разных странах, в том числе показатели, использующиеся в рамках системы мониторинга ЦУР, поскольку они уменьшают бремя отчетности.

Определение показателей, удовлетворяющих этим критериям, является сложной задачей (вставки 1.1 и 1.2), и лишь немногие из отобранных показателей соответствуют каждому из них. Наиболее серьезная проблема связана с отсутствием доступных данных для получения показателей охвата услугами. Эта ограниченность данных побуждает к использованию косвенных показателей, в частности для охвата лечением НИЗ, и, в соответствии с определением, в рамках категории масштабов и доступности услуг. Использование косвенных показателей обеспечивает соблюдение первых двух критериев — релевантности и практической эффективности — для всех показателей.

Вставка 1.1. Проблемы мониторинга эффективного охвата услугами

С мониторингом эффективного охвата услугами, который определяется как охват услугами, обеспечивающий максимально возможное улучшение состояния здоровья, связаны три основные проблемы. Первая проблема заключается в точной оценке численности населения, нуждающегося в конкретной услуге. Административные документы поставщиков услуг и предварительные диагнозы на основе самоотчетов зачастую являются ненадежными источниками информации, поскольку лицам, не имеющим доступа к услугам здравоохранения, диагноз не ставится. Для всесторонней оценки потребностей населения необходимы альтернативные источники данных, такие как набор вопросов для проведения обследований или биомаркеров, полученных в рамках медицинского обследования домохозяйств. Поскольку лишь немногие заболевания, требующие лечения, могут быть диагностированы таким образом, это значительно ограничивает набор показателей эффективного охвата, в отношении которых может быть обеспечен надежный контроль.

Второй проблемой является определение эффективности охвата услугами, т.е. степени улучшения состояния здоровья в результате оказания тех или иных услуг (проведение оценки качества подробно рассматривается во вставке 1.2). Для ряда показателей существует возможность прямой оценки качества помощи. Например, мониторинг лечения гипертензии может включать оценку эффективности контроля гипертензии, а мониторинг охвата хирургическим лечением катаракты — оценку текущей остроты зрения (17). Тем не менее в целом оценка эффективности оказываемой помощи является более сложной задачей, нежели оценка предоставления услуг.

Третья основная проблема касается мониторинга справедливости в отношении доступа к качественным услугам здравоохранения. Для создания условий, в которых никто не останется без внимания по мере продвижения стран к обеспечению ВОУЗ, необходим доступ к данным, представленным в разбивке по аспектам неравенства, таким как уровень благосостояния или географическое положение. Имеющиеся дезагрегированные данные обычно касаются мер вмешательства в сфере РЗиЗМНД, профилактики малярии и услуг в области водоснабжения и санитарии в странах с низким и средним уровнем доходов; аналогичные данные по другим областям охраны здоровья и показателям, необходимым для мониторинга ВОУЗ, могут отсутствовать. В связи с этим необходимы инвестиции в сбор данных, прежде всего для проведения регулярных медицинских обследований домохозяйств и создания электронных систем согласованного представления отчетности на уровне учреждений. Наряду с этим важно наращивать потенциал для анализа и представления данных о неравенстве в сфере здравоохранения. Только в этом случае страны смогут связать полученную информацию со стратегиями, осуществляемыми в целях обеспечения большей справедливости в области охраны здоровья.

Вставка 1.2. Оценка качества помощи

Для оценки качества медицинской помощи в первую очередь необходимо понять, что такое качество, которое является многогранным понятием *(18)*. В проекте «Показатели качества медицинского обслуживания» (Health Care Quality Indicators), начатом ОЭСР в 2001 г. в целях разработки и представления общих показателей для международных сопоставлений *(19)*, понятие качества было сведено к трем основным аспектам: эффективность, безопасность пациентов и реагирования на проблему/ориентация на человека *(19, 20)*. В странах с развитыми системами медико-санитарной информации в качестве источников данных для мониторинга часто выступают системы административной отчетности; в противоположность этому в странах с низким и средним уровнем доходов такие данные обычно отсутствуют либо являются ненадежными и в качестве альтернативы могут проводиться специальные исследования.

Эффективность
Эффективный охват услугами определяется как охват услугами, обеспечивающий желаемое улучшение состояния здоровья. В системе мониторинга, предлагаемой ВОЗ/Всемирным банком, основное внимание уделяется интегрированию эффективности медицинского обслуживания в процессе мониторинга отслеживаемых показателей охвата во всех случаях, когда это возможно (см. вставку 1.1 о проблемах мониторинга), но наряду с этим признается, что эффективность может измеряться с помощью других показателей *(2, 10)*. Один из подходов предусматривает проведение мониторинга подверженности рискам для здоровья, таким как неконтролируемое кровяное давление, или состояния здоровья как косвенного показателя эффективного охвата.

Многие исследователи оценивали работу систем здравоохранения по количеству случаев смерти, которые бы не произошли при оказании эффективной медицинской помощи *(21–25)*. Такие данные отражают не только меры по укреплению здоровья населения и обеспечение эффективного индивидуального медицинского обслуживания, но и факторы, действующие вне системы здравоохранения, например воздействие экологических, социальных и экономических условий. Кроме того, в отношении многих стран с низким и средним уровнем доходов отсутствуют высококачественные данные о смертности в разбивке по причине смерти.

Еще одним способом оценки эффективности медицинской помощи является оценка медицинской практики поставщиков услуг с помощью оценок, представляющих клинические ситуации (гипотетические случаи болезни, которую «лечит» поставщик услуг), или стандартизированных пациентов (актеров из числа местного сообщества, которых обучают демонстрировать определенное состояние нескольким поставщикам услуг, не осведомленным о проведении исследования). В отношении состояний, ставших предметом изучения, анализ с привлечением стандартизированных пациентов неизменно показывает, что необходимую помощь получает менее половины пациентов, а доля лиц, которым такая помощь предоставляется без дополнительных и ненужных лекарств, включая антибиотики, как правило, составляет менее 5% *(26–27)*.

Безопасность пациентов
Безопасность пациентов связана с предотвращением повреждений у лиц, получающих медицинскую помощь. ОЭСР определила два вида показателей безопасности пациентов: частота медицинских ошибок, которые не должны были быть допущены, таких как оставление хирургических инструментов и материалов в организме пациента по завершении операции, и частота нежелательных явлений, таких как акушерская травма, которые можно сократить, но нельзя полностью ликвидировать *(28)*. Оба вида показателей опираются на механизмы отчетности, которые лучше всего развиты в ряде стран с высоким уровнем доходов. ОЭСР признает, что более высокие показатели частоты нежелательных явлений могут просто свидетельствовать о большей развитости систем мониторинга и культуры обеспечения безопасности пациентов, а не о худшем качестве медицинской помощи *(28)*. В условиях отсутствия таких систем отчетности Всемирный банк недавно апробировал иной подход, связанный с проведением специального исследования по рассмотрению медицинской практики, например вопроса о надлежащем применении утвержденных мер профилактики и контроля инфекционных заболеваний *(29)*.

Реагирование на проблемы/ориентация на человека
Данный аспект качества включает удовлетворенность пациентов (предоставление помощи, отвечающей индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям) и комплексность (бесперебойное, последовательное и всестороннее предоставление помощи, адаптированное к потребностям пациентов) (19, 20). Эти параметры обычно оцениваются посредством опроса пациентов об имеющемся у них опыте получения медицинской помощи, например о том, легко ли понять разъяснения врачей. Наряду с этим важно отметить, что медицинская помощь, качество которой пациент считает хорошим, может не соответствовать понятию эффективной медицинской помощи (30). Еще одним поводом для беспокойства является тот факт, что в обследованиях удовлетворенности пациентов могут возникать систематические ошибки, обусловленные языковыми и культурными барьерами (31). Исследования, проводимые в странах с низким уровнем доходов, обычно показывают очень высокий уровень удовлетворенности пациентов, что затрудняет интерпретацию данных (32).

Отобранные отслеживаемые показатели

Было отобрано 16 отслеживаемых показателей — по четыре для каждой из четырех категорий, указанных в определении показателя 3.8.1 ЦУР. Одним из важнейших соображений при составлении итогового перечня показателей стало наличие данных; предполагается, что по мере появления новых данных в него будут вноситься соответствующие изменения. Перечень отслеживаемых показателей с информацией об их характеристиках, наличии данных, обосновании их включения, ограничениях и возможных уточнениях представлен в таблице 1.1.

Для показателей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с диабетом в настоящее время нет стандартизированных наборов данных об эффективном охвате соответствующим лечением или лечением при наличии повышенного риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. При этом в качестве косвенных показателей были отобраны распространенность нормального кровяного давления (в том числе у лиц, контролирующих давление с помощью лекарственных препаратов) и средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (показатель диабета) (табл. 1.1). Эти показатели отражают успешность программ эффективного оздоровления, скрининга и лечения.

В категории масштабов и доступности услуг используются косвенные показатели для комплекса мер по обеспечению охвата, которые в настоящее время не могут отслеживаться по причине ограниченности данных (вставка 1.1). Этот комплекс включает важные области, такие как проведение плановых медицинских обследований, лечение психических заболеваний, оказание неотложной помощи и хирургические вмешательства. К числу косвенных показателей, отобранных для данной категории, относятся плотность больничного коечного фонда, обеспеченность населения терапевтами, психиатрами и хирургами, доступ к основным лекарственным средствам и соблюдение Международных медико-санитарных правил, отражающее обеспечение безопасности в сфере здравоохранения.

Следует отметить, что косвенные показатели, такие как плотность больничного коечного фонда и обеспеченность врачебными кадрами, а также их альтернативы, такие как коэффициенты использования услуг, сложно интерпретировать ввиду отсутствия ясности в вопросе их оптимальных значений и связи с конкретной потребностью в услугах. Тем не менее низкий уровень этих показателей свидетельствует об ограниченном доступе к основным медико-санитарным услугам и недостаточном использовании таких услуг.

Таблица 1.1. Шестнадцать отслеживаемых показателей, отобранных для мониторинга прогресса в достижении ВОУЗ в аспекте охвата основными медико-санитарными услугами

Область применения отслеживаемого показателя	Отслеживаемый показатель	Вид	Источники первичных данных	Возможность оценки основных аспектов неравенства[a]	Страны, имеющие первичные данные за период с 2010 г.	Источник данных	Обоснование, ограничения и возможные уточнения
Репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и детей							
1. Планирование семьи	Потребности, удовлетворяемые с помощью современного метода, у женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке или внебрачном союзе (%)	Эффективный охват услугами	Обследование домохозяйств	Б, О, М, В	112	Оценки ОНООН *(33)*	Потребности, удовлетворяемые с помощью современного метода, соответствуют показателю 3.7.1 ЦУР. Он имеет довольно сложный знаменатель, формируемый на основе вопросов комплексного обследования, а сбор данных зачастую ориентирован на женщин, состоящих во внебрачном союзе, а не на всех сексуально активных женщин.
2. Ведение беременности и родовспоможение	Дородовое наблюдение, 4 посещения и более (ДРН4) (%)	Охват услугами	Обследование домохозяйств	Б, О, М, В	98	Глобальная база данных ВОЗ *(34)*	Количество посещений в рамках ДРН дает представление о контакте с системой здравоохранения, но не отражает качества получаемой помощи и может не приводить к улучшению показателей смертности. Предпочтительной альтернативой является доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками (показатель 3.1.2 ЦУР), однако отсутствие стандартизированной процедуры для оценки квалификации медицинского персонала затрудняет проведение межстрановых сопоставлений. Мероприятия ВОЗ/ЮНИСЕФ, направленные на повышение сопоставимости отчетности по ЦУР 3.1.2, должны решить эти проблемы и сделать возможным замену ДРН4 в составе индекса на показатель 3.1.2.
3. Иммунизация детей	Дети в возрасте 1 года, получившие 3 дозы вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка (КДС3) (%)	Охват услугами	Административная система, обследование домохозяйств	Б, О, М, П	183	Оценки ВОЗ/ЮНИСЕФ *(35)*	Охват КДС3, аналогичный охвату пятивалентной вакциной в большинстве стран, является показателем эффективности системы плановой иммунизации детей грудного возраста. При этом уровни охвата для ряда других вакцин, таких как вакцина против кори (вторая доза), пневмококковой пневмонии и ротавирусной диареи, обычно являются более низкими, а доля детей, которые получают все вакцины, предусмотренные национальным календарем, как правило, оказывается гораздо меньше (хотя системы данных, существующие в большинстве стран, не обеспечивают возможности прямой оценки). В соответствии с недавней рекомендацией Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации этот показатель можно заменить данными о второй дозе вакцины против кори.
4. Лечение детей	Модели поведения при обращении за медицинской помощью для детей с подозрением на пневмонию (%)	Охват услугами	Обследование домохозяйств	Б, О, М, П	94	Глобальная база данных ЮНИСЕФ *(36)*	Пневмония является главной причиной детской заболеваемости и смертности. Подозрение на пневмонию возникает на основании ответов на ряд вопросов, задаваемых в ходе обследования по поводу заболеваний, имевших место в последние две недели, к числу которых могут относиться легкие респираторные заболевания; в настоящее время данный показатель не отражает качество полученной помощи, поскольку матери, как правило, не имеют четких представлений об особенностях лечения. Основной альтернативой в качестве показателя лечения детей, который рассчитывается повсеместно, является использование терапии с применением раствора для пероральной регидратации (РПР) в целях лечения диареи у детей, которая также является одной из основных причин детской смертности. Включение в индекс показателя санитарных условий сыграет значимую роль в профилактике диареи.

Область применения отслеживаемого показателя	Отслеживаемый показатель	Вид	Источники первичных данных	Возможность оценки основных аспектов неравенства[a]	Страны, имеющие первичные данные за период с 2010 г.	Источник данных	Обоснование, ограничения и возможные уточнения
Инфекционные заболевания							
1. Лечение туберкулеза	Эффективный охват лечением ТБ (%)	Эффективный охват услугами	Административная система, обследование домохозяйств	(М)	179	Оценки ВОЗ *(37)*	Этот показатель объединяет два более распространенных показателя — коэффициент выявления случаев заболевания и коэффициент эффективности лечения — для оценки доли случаев выявления и успешного лечения ТБ. Для расчета коэффициента выявления случаев заболевания необходимы оценки впервые выявленных случаев (в том числе случаев, не выявленных системой здравоохранения). Коэффициент эффективности лечения оценивается на основе административных данных и включает всех пациентов, которые успешно завершают лечение, с бактериологическим подтверждением удачного результата.
2. Лечение ВИЧ	Лица с ВИЧ, получающие АРТ (%)	Охват услугами	Административная система, обследование домохозяйств, система эпиднадзора	(М), (П), (В)	136	Оценки ЮНЭЙДС *(38)*	Предоставление АРТ предотвращает значительное число смертей в странах с высоким бременем ВИЧ и может служить маркером эффективности охвата услугами системы здравоохранения маргинализированных групп населения с более высокой распространенностью ВИЧ в странах с меньшим бременем данной болезни. В рамках недавних обследований была начата оценка эффективного охвата АРТ на основе сбора данных об уменьшении вирусной нагрузки. Числитель (лица, проходящие АРТ) обычно получают из данных медицинских учреждений, а знаменатель зачастую оценивается на основе обследований домохозяйств, информации пунктов дозорного эпиднадзора и данных учреждений.
3. Профилактика малярии	Население из группы повышенного риска, спящее под обработанными инсектицидами надкроватными сетками (%)	Охват услугами	Административная система, обследование домохозяйств	Б, О, М, П	29[b]	Оценки ВОЗ/проекта «Атлас малярии» *(39)*[b]	В странах, эндемичных по малярии, существуют масштабные программы распространения ОИПС. Оценки охвата должны учитывать географические различия в риске малярии при анализе данных национальных обследований домохозяйств. В связи с износом противомоскитных сеток без их замены показатели эффективного охвата могут снижаться.
4. Водоснабжение и санитария	Домохозяйства, имеющие доступ по крайней мере к основным санитарным услугам (%)	Охват услугами	Обследование домохозяйств	Б, М	176	Оценки ВОЗ/ЮНИСЕФ *(40)*	Предоставление доступа к чистой воде и безопасным санитарно-техническим средствам, что не всегда обеспечивается сектором здравоохранения, является важным мероприятием в области общественного здравоохранения. Текущий показатель доступности по крайней мере основных санитарных услуг, как правило, бывает гораздо ниже, чем показатель доступности по крайней мере базового источника водоснабжения, и поэтому используется в качестве отслеживаемого показателя в данной области. Этот отслеживаемый показатель может быть заменен показателями 6.1.1 или 6.2.1 ЦУР в случае более широкого представления соответствующих данных.
Неинфекционные заболевания							
1. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	Распространенность нормального кровяного давления вне зависимости от статуса лечения (%)[c]	Косвенный показатель	Обследование домохозяйств	(О), (М), П, В	85	Оценки NCD-RisC/ВОЗ *(41)*	Гипертензия является главным фактором риска ССЗ. Распространенность нормального кровяного давления представляет собой сумму процентной доли лиц, не страдающих гипертензией, и процентной доли лиц, контролирующих гипертензию с помощью лекарственных средств. Отсутствие гипертензии обусловлено проведением профилактических мероприятий по пропаганде физической активности и здорового питания и действием других факторов. Медикаментозный контроль гипертензии является результатом эффективного лечения. Таким образом, данный показатель является косвенным показателем эффективного укрепления здоровья населения и эффективных медико-санитарных услуг. Он будет заменен показателем охвата лечением лиц с гипертензией после получения соответствующих данных.

Область применения отслеживаемого показателя	Отслеживаемый показатель	Вид	Источники первичных данных	Возможность оценки основных аспектов неравенства[a]	Страны, имеющие первичные данные за период с 2010 г.	Источник данных	Обоснование, ограничения и возможные уточнения
2. Лечение диабета	Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ГПН), (ммоль/л)[c]	Косвенный показатель	Обследование домохозяйств	(О), (М), П, В	6[d]	Оценки ВОЗ *(42)*	ГПН у того или иного лица может быть низкой вследствие эффективного лечения с использованием глюкозоснижающих препаратов либо отсутствия у него диабета в результате проведения оздоровительных мероприятий или действия других факторов, таких как генетика. Таким образом, средняя ГПН является косвенным показателем эффективной пропаганды здорового питания и образа жизни и эффективного лечения диабета. Тем не менее протокол лечения диабета не содержит рекомендаций по снижению содержания глюкозы в крови до уровней, отмечаемых при отсутствии диабета, у всех пациентов, т.е. популяция с высокой распространенностью диабета может не достичь низкого значения средней ГПН. Этот показатель будет заменен долей лиц с диабетом, получающих лечение, после того как станут доступными соответствующие данные.
3. Выявление и лечение рака	Скрининг на рак шейки матки у женщин в возрасте 30–49 лет (%)	Охват услугами	Обследование домохозяйств	—	<30	Недостаточность данных, доступных на текущий момент	Сбор данных по этому показателю осуществляется в рамках ряда обследований домохозяйств, однако до сих пор является недостаточно широким для использования полученных результатов в целях глобального мониторинга. Данный показатель не отражает доступности эффективного лечения. Его использование было признано более предпочтительным по сравнению с другими возможными показателями скрининга на предмет выявления рака, такими как показатели рака молочной или предстательной железы, ввиду наличия более четкого протокола, а также вследствие того, что скрининг на рак шейки матки является единственным показателем, включенным в основной набор показателей Глобальной системы мониторинга НИЗ.
4. Борьба против табака	Взрослые в возрасте ≥15 лет, не курившие табак в последние 30 дней (%)[c]	Косвенный показатель	Обследование домохозяйств	(Б), (О), (М), П, (В)	125	Оценки ВОЗ *(43)*	Распространенность курения (показатель 3.a.1 ЦУР) является косвенным показателем принятия и обеспечения применения ряда эффективных мер по борьбе против табака. Этот показатель может быть заменен показателем эффективного осуществления стратегий борьбы против табака.
Масштабы и доступность услуг							
1. Доступ к больницам	Количество больничных коек на душу населения (с пороговым значением)	Косвенный показатель	Данные учреждений	(М)	158	Глобальная база данных ВОЗ *(44)*	Этот показатель косвенно определяет охват всем спектром основных услуг стационара. В странах с низким и средним уровнем доходов данные для этого показателя более доступны, нежели для коэффициентов госпитализации, с которыми он тесно связан (коэффициент корреляции = 0,84 в странах с низким и средним уровнем доходов). Пороговое значение используется для отражения низких масштабов обслуживания; достижение высоких значений не всегда является желательным. При поступлении новых данных вместо количества больничных коек можно применять показатели использования услуг стационара с пороговым значением.

Область применения отслеживаемого показателя	Отслеживаемый показатель	Вид	Источники первичных данных	Возможность оценки основных аспектов неравенства[a]	Страны, имеющие первичные данные за период с 2010 г.	Источник данных	Обоснование, ограничения и возможные уточнения
2. Обеспеченность медицинскими кадрами	Число медицинских специалистов на душу населения (с пороговым значением): терапевты, психиатры и хирурги	Косвенный показатель	Административная система	(М)	180	Глобальная база данных ВОЗ *(45)*	В настоящее время сопоставимые данные по показателям использования амбулаторных услуг в странах с низким и средним уровнем доходов отсутствуют. В связи с этим число терапевтов на душу населения — часть показателя 3.1.c ЦУР — учитывается в качестве косвенного показателя охвата полным спектром основных амбулаторных услуг, которые не отражены в отслеживаемых показателях, включенных в другие разделы индекса. В настоящее время медсестры и акушерки исключаются из подсчета ввиду отсутствия сопоставимых данных по странам в существующих глобальных базах данных. При получении сопоставимых данных медсестры и акушерки могут быть учтены. Обеспеченность психиатрами и хирургами является косвенным показателем охвата услугами по охране психического здоровья и оказанию хирургической и неотложной помощи соответственно. Как и в случае количества больничных коек на душу населения, пороговое значение используется для отражения низкой обеспеченности работниками каждой из трех категорий.
3. Доступ к основным лекарственным средствам	Доля медицинских учреждений, располагающих рекомендованным ВОЗ базовым набором основных лекарственных средств	Косвенный показатель	Обследование учреждений	(М)	<30	Недостаточность данных, доступных на текущий момент	Предоставление лекарственных средств является основным видом воздействия, связанным с оказанием клинических услуг, а их наличие служит косвенным показателем доступа к необходимым лекарственным средствам. Этот отслеживаемый показатель будет включен после обеспечения широкой доступности данных.
4. Безопасность в сфере здравоохранения	Индекс основных возможностей в соответствии с Международными медико-санитарными правилами	Косвенный показатель	Основной информант	—	181	База данных ВОЗ *(46)*	Поскольку многие риски для здоровья являются редкими, необходимо отслеживать меры по обеспечению готовности для отражения ситуации с безопасностью в сфере здравоохранения в рамках ВОУЗ. Этот показатель — 3.d.1 ЦУР — опирается на направляемые ВОЗ отчеты основных информантов, однако в будущем может рассчитываться на базе совместных внешних оценок. Он оценивает имеющийся у страны потенциал в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья и служит косвенным показателем эффективности его использования.

АРТ — антиретровирусная терапия; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ОИПС — обработанные инсектицидами противомоскитные сетки; НИЗ — неинфекционные заболевания; ЦУР — цель в области устойчивого развития; ТБ — туберкулез; ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения; ЮНЭЙДС — Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; ОНООН — Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций; ЮНИСЕФ — Детский фонд Организации Объединенных Наций; ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения.

[a] Б = квинтиль благосостояния домохозяйств; О = образование; М = место проживания (обычно городская или сельская местность); П = пол; и В = возраст. Буквы в скобках указывают на наличие источников данных для оценки охвата этим аспектом и на то, что для получения дезагрегированных оценок необходимо проведение более масштабной аналитической работы.

[b] Только для стран, высокоэндемичных по малярии.

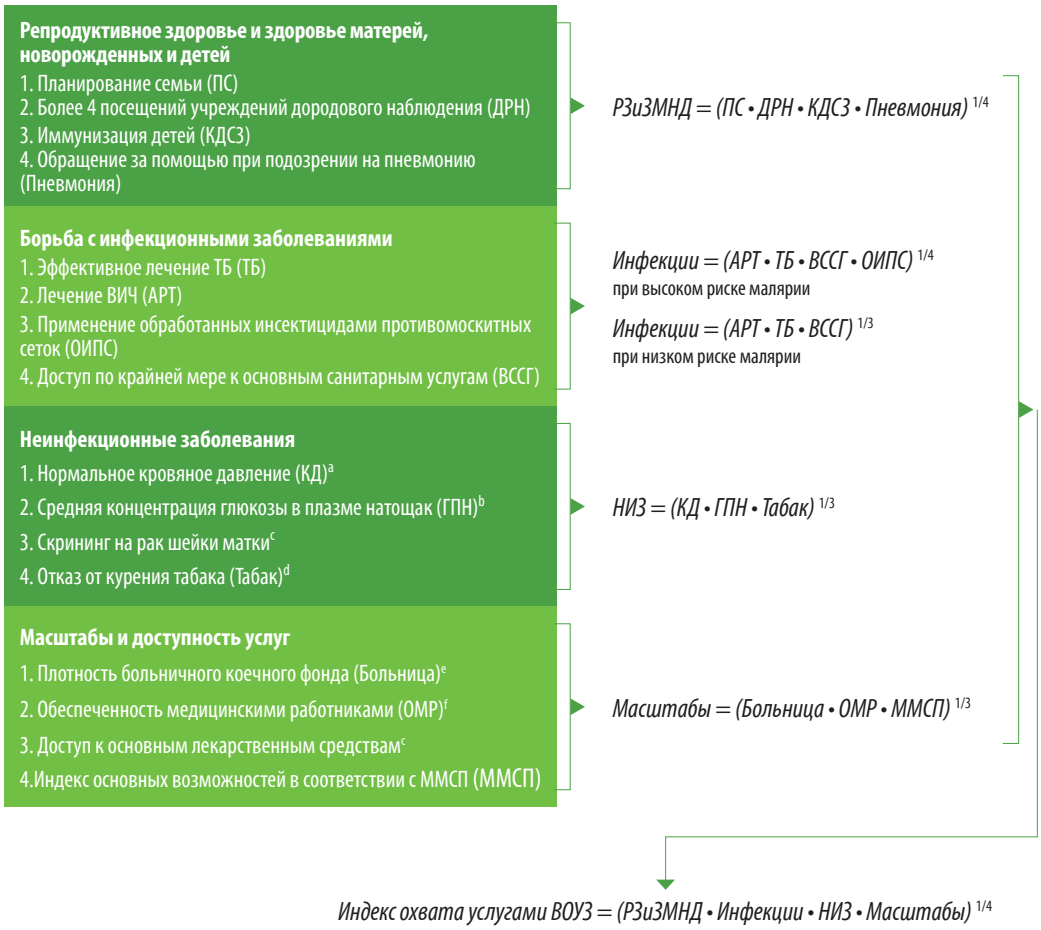
[c] Показатель, стандартизированный по возрасту.

[d] Доступные данные для 178 стран, полученные по итогам анализа 2011 г., используются для расчета индекса (41). При проведении этого анализа в большинстве случаев использовались более старые данные, а также один источник данных за 2010 г. В процессе страновых консультаций пяти стран представили новые данные о средней ГПН. Оценки средней ГПН не обновлялись в связи с поставленной целью перейти к истинному показателю охвата, как объяснялось выше. Согласно оценкам сети NCD-RisC, последние (за период с 2010 г.) данные национальных или субнациональных обследований домохозяйств, включая показатель диабета, доступны для 87 стран или территорий.

Расчет индекса

Показатели охвата скринингом на рак шейки матки и доступа к основным лекарственным средствам в настоящее время не учитываются при расчете индекса по причине нехватки данных. Охват услугами обычно измеряется по шкале от 0 до 100% с целевым показателем, равным 100%, поэтому индекс охвата услугами ВОУЗ представлен на шкале от 0 до 100. Большинство отслеживаемых показателей — например, процентная доля лиц с ВИЧ, получающих антиретровирусное лечение, — может быть включено в индекс напрямую в натуральном масштабе. Вместе с тем имеется ряд исключений, требующих проведения дополнительных манипуляций с данными, сведения о которых представлены на рисунке 1.1. Индекс строится на основе средних геометрических значений отслеживаемых показателей; сначала расчеты проводятся в каждой из четырех категорий, а затем на базе четырех средних значений по категориям получают итоговый сводный индекс (рис. 1.1). Вместо средних арифметических значений используются средние геометрические, поскольку они обеспечивают равные уровни охвата для разных услуг в противоположность более высокому охвату одними услугами в ущерб другим.

Рисунок 1.1. Расчет индекса охвата услугами ВОУЗ



ММСП — Международные медико-санитарные правила; НИЗ — неинфекционные заболевания; РЗиЗМНД — репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и детей; ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения.

[a] Процентная доля взрослого населения с нормальным кровяным давлением определяется на основе оценок, стандартизированных по возрасту. Соответствующие распределения подвергаются перемасштабированию в целях обеспечения более точных данных для определения индекса на основе минимальных значений, регистрируемых в разных странах. Перемасштабированный показатель = (X – 50)/(100 – 50)*100, где X — распространенность нормального кровяного давления.

[b] Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ГПН) не измеряется по шкале от 0 до 100%. Хотя очень высокие уровни глюкозы опасны для организма, очень низкие ее уровни вряд ли приносят дополнительную пользу для здоровья и даже могут причинить вред. В целях учета этого диапазона и обеспечения равномерно распределенного множества значений показателя в разных странах (от 0 до 100 после перемасштабирования) оценки средней ГПН на национальном уровне были перемасштабированы с использованием минимального значения, равного 5,1 ммоль/л (средняя точка минимального теоретического риска), и максимального значения, равного 7,1 ммоль/л (максимум для средних значений на национальном уровне). Перемасштабированный показатель средней ГПН = (7,1 – X)/(7,1 – 5,1), где X — средняя ГПН.

[c] Показатели скрининга на рак шейки матки и доступа к основным лекарственным средствам исключаются по причине нехватки данных.

[d] Как и в пункте a), показатель отказа от курения табака основан на оценках, стандартизированных по возрасту, и перемасштабирован в целях обеспечения более точных данных на основе минимального граничного значения, равного 50%, вследствие чего перемасштабированный показатель = (X – 50)/(100 – 50)*100, где X — распространенность отказа от курения табака.

[e] Значения показателя плотности больничного коечного фонда были перемасштабированы и ограничены пороговым значением, равным 18 на 10 тыс. человек, на основе минимальных показателей, зарегистрированных в странах ОЭСР с высоким уровнем доходов. Значения ниже 18 на 10 тыс. человек перемасштабируются по формуле X/18*100, где X — количество больничных коек на 10 тыс. человек, а значения выше 18 на 10 тыс. человек устанавливаются равными 100.

[f] Как и в пункте e), показатель обеспеченности медицинскими работниками (ОМР) перемасштабируется и ограничивается с учетом пороговых значений. Порог для обеспеченности терапевтами составляет 0,9 на 1 тыс. человек, порог для обеспеченности психиатрами — 1 на 100 тыс. человек, а для обеспеченности хирургами — 14 на 100 тыс. человек. После перемасштабирования (т.е. минимум (100, X/пороговое значение*100), где X — обеспеченность медицинскими работниками конкретной специальности) эти значения объединяются в рамках комплексной переменной ОМР, вводимой в вышеупомянутые расчеты индекса, которая вычисляется следующим образом: (терапевты * психиатры * хирурги).[1/3]

Источники данных

К числу стандартных источников первичных данных, используемых для определения показателей охвата услугами, относятся обследования, данные учреждений и другие административные данные (табл. 1.1). Наилучшим источником зачастую являются репрезентативные в масштабах страны обследования населения, поскольку они позволяют оценить численность лиц, нуждающихся в том или ином вмешательстве, и тех, в отношении которых такое вмешательство уже проводится, а также обеспечить разделение охвата услугами по разным субпопуляциям в целях анализа ситуации в аспекте обеспечения справедливости. Использование данных учреждений или других административных источников является проблематичным, поскольку они могут отражать число получателей той или иной услуги (числитель), но не учитывать общее число лиц, которые в ней нуждаются (знаменатель), и обычно не включают сведения о других переменных, значимых для анализа в аспекте обеспечения справедливости, кроме географического местоположения. Кроме того, они могут зависеть от стимулов к представлению отчетности. С другой стороны, преимущество административных источников данных состоит в том, что соответствующие сведения, как правило, представляются ежегодно через стандартные системы и поэтому обеспечивают более актуальные данные, нежели обследования домохозяйств, которые обычно проводятся раз в 3–5 лет.

Учреждения ООН руководят масштабными мероприятиями по оценке и представлению отчетности в отношении многих из отобранных отслеживаемых показателей, которые в соответствующих случаях обеспечивают информацию для отчетности о достижении ЦУР. В связи с этим для вычисления базовых значений индекса охвата в рамках ЦУР предпочтение отдавалось официальным оценкам ООН за 2015 г. Вместе с тем следует отметить, что ни одна страна не представляет значения всех отслеживаемых показателей за каждый год. Простое исключение показателя без данных при вычислении индекса создает ожидаемую систематическую погрешность, поскольку ряд услуг демонстрирует тенденцию к более высокому охвату по сравнению с другими услугами. Альтернативой может служить использование метода подстановки в той или иной форме для заполнения указанных пробелов в данных. Большинство оценок ООН в отношении отслеживаемых показателей рассчитывались с использованием статистических или математических моделей, позволяющих объединить разные источники информации и заполнить пробелы в данных в целях получения годовых значений для каждой страны. При отсутствии оценок ООН для вычисления индекса использовались последние значения показателей для каждой страны за период с 2000 по 2015 г. При отсутствии значений по странам за указанный временной период на базе стран, имеющих соответствующие данные, рассчитывалось медианное значение для региона, которое использовалось в качестве странового значения. Более подробная информация приводится в приложении 2.

Первые выводы относительно показателя 3.8.1 ЦУР

Наличие данных об отслеживаемых показателях варьировало от страны к стране, но было примерно одинаковым в регионах (рис. 1.2) и высоким в целом: страны располагали новыми первичными данными в среднем по 72% отслеживаемых показателей. Эта цифра отражает только первичные данные, а не оценочные значения, рассчитанные для заполнения пробелов в данных.

Рисунок 1.2. Доля отслеживаемых показателей с доступным источником первичных данных за период с 2010 г. в разбивке по странам

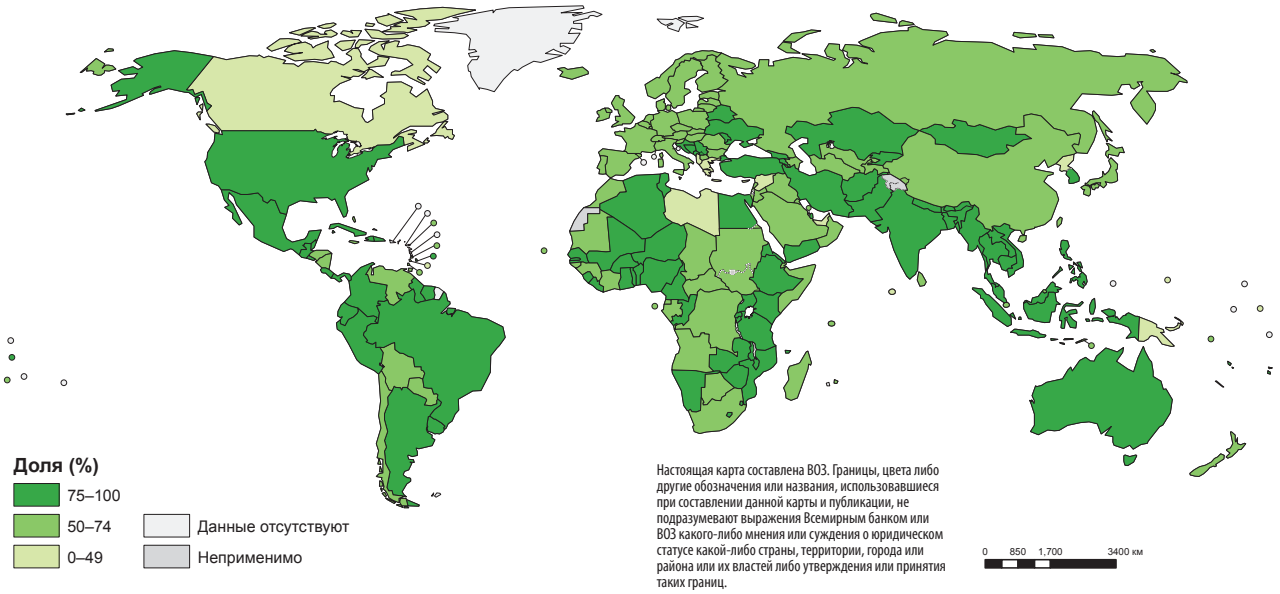
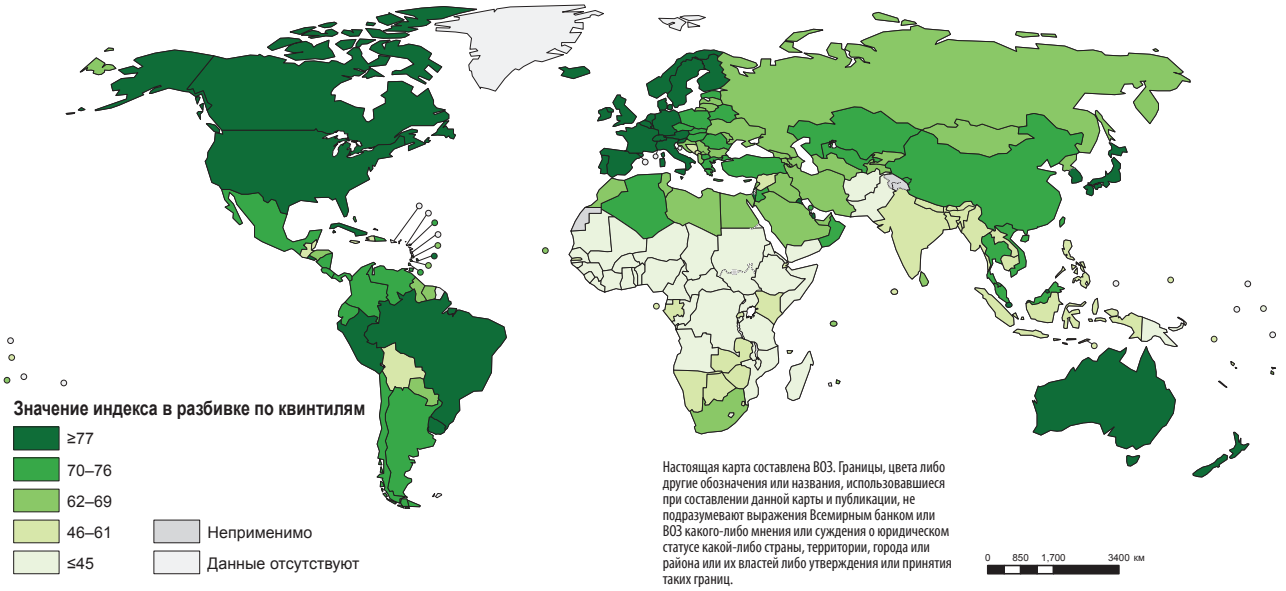


Рисунок 1.3. Индекс охвата услугами ВОУЗ в разных странах в 2015 г. для мониторинга показателя 3.8.1 ЦУР



ЦУР — Цель в области устойчивого развития;
ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения.

Текущие значения индекса охвата услугами ВОУЗ для 183 стран варьировали в интервале от 22 до 86 при медианном значении, равном 65 (рис. 1.3). Для индекса охвата услугами характерна высокая корреляция с другими показателями здоровья и развития, такими как коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет ($\rho = -0{,}86$), ожидаемая продолжительность жизни ($\rho = 0{,}88$) и индекс развития человеческого потенциала ($\rho = 0{,}91$), и умеренная корреляция с валовым национальным доходом (ВНД) на душу населения ($\rho = 0{,}65$). Значения индекса, как правило, являются высокими в странах с высоким уровнем доходов и достигают минимального уровня в странах с низким уровнем доходов и ряде стран, затронутых конфликтом (значения индекса охвата услугами ВОУЗ и отслеживаемых показателей в разных странах см. в приложении 2).

Индекс охвата услугами ВОУЗ позволяет сделать более точный прогноз в отношении ожидаемой продолжительности жизни, нежели ВНД, и сохраняет эти прогностические свойства после учета ВНД и средней продолжительности периода получения образования для взрослого населения. Например, регрессия ожидаемой продолжительности жизни в стране от индекса охвата услугами, логарифма ВНД на душу населения и средней продолжительности периода получения образования для взрослого населения указывает на то, что переход в значениях индекса от 0 до 100 связан с увеличением ожидаемой продолжительности жизни на 32 года (95%-й доверительный интервал (ДИ): 25–39 лет). В диапазоне наблюдаемых значений по странам (от 22 до 86) это означает разницу в ожидаемой продолжительности жизни, равную 21 году.

Индекс охвата услугами строится на основе субиндексов, представляющих четыре категории: РЗиЗМНД, инфекционные заболевания, НИЗ и масштабы и доступность услуг. В таблице 1.2 эти субиндексы представлены в сочетании с общим индексом охвата услугами в регионах ЦУР с внесенными модификациями, взвешенными по численности населения. Индекс охвата услугами ВОУЗ является наиболее высоким в Европе и Северной Америке (77) и регионе Восточной Азии (77) и имеет минимальные средние значения в странах Африки к югу от Сахары (42) и Южной Азии (53). Наиболее выраженный градиент для разных регионов связан с субиндексом масштабов и доступности услуг; среднее значение для стран Африки к югу от Сахары составляет всего 27, достигая 99 в Восточной Азии. Значения субиндекса НИЗ довольно равномерно распределяются по регионам и в меньшей степени коррелируют с другими категориями. Это во многом обусловлено низким потреблением табака в ряде районов с более слабыми системами здравоохранения, таких как страны Африки к югу от Сахары и Южная Азия, и его высоким потреблением в Европе.

Таблица 1.2. Средние региональные (взвешенные по численности населения) значения индекса охвата услугами ВОУЗ и четырех субиндексов, входящих в его состав

Регион	Индекс охвата услугами ВОУЗ	РЗиЗМНД	Инфекционные заболевания	НИЗ	Масштабы и доступность услуг
Весь мир	64	75	54	63	71
Африка	46	55	40	67	37
Северная Африка	64	73	50	62	77
Страны Африки к югу от Сахары	42	51	37	69	27
Азия	64	75	51	63	71
Восточная Азия	77	86	64	64	99
Южная Азия	53	66	41	64	47
Юго-Восточная Азия	59	78	45	59	63
Центральная Азия	70	81	56	58	93
Западная Азия	65	69	59	57	79
Европа и Северная Америка	77	88	73	58	96
Латинская Америка и Карибский бассейн	75	81	65	68	88
Океания	74	83	71	62	84

НИЗ — неинфекционные заболевания; РЗиЗМНД — репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных и детей; ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения.

Небольшие различия в ранговых оценках стран не являются существенными ввиду близости многих значений, регистрируемых в странах, и отсутствия определенности в отношении оценки отслеживаемых показателей, прежде всего для стран с низкой доступностью данных (рис. 1.2), и методов, используемых для расчета индекса *(9)*. В настоящее время индекс не позволяет провести надлежащие различия между странами с наиболее высоким уровнем охвата услугами. По этой причине для целей представления информации значения индекса по странам, равные или превышающие 80, указываются как «≥80» во избежание несущественных сопоставлений (значения в конкретных странах см. в приложении 1). Такое представление данных не должно рассматриваться как цель.

Пробелы в охвате услугами здравоохранения

Для передачи масштаба предстоящей задачи по увеличению охвата услугами здравоохранения в целях улучшения результатов мероприятий по охране здоровья и достижения связанных с этим ЦУР, по всей видимости, ни один отдельный статистический параметр не является более востребованным, нежели численность лиц, охваченных основными медико-санитарными услугами. Точный расчет соответствующих показателей является весьма непростой задачей (вставка 1.3) и может быть дополнен анализом пробелов в предоставлении отобранных основных медико-санитарных услуг.

Иллюстрацией сказанному является рисунок 1.4, на котором представлено число лиц с неудовлетворенной потребностью для каждого из девяти отслеживаемых показателей в составе индекса охвата услугами ВОУЗ, которые измеряются при помощи процентной шкалы с получением глобальных оценок существующих неудовлетворенных потребностей. В отобранной группе отдельных показателей число лиц с неудовлетворенными потребностями варьировало в интервале от 2,3 миллиарда человек для наличия в домохозяйстве доступа по крайней мере к основным санитарно-техническим средствам до 5 миллионов человек для эффективного лечения туберкулеза. Упомянутый набор из девяти показателей не отражает общую неудовлетворенную потребность в услугах здравоохранения, однако обеспечивает данные, свидетельствующие об очень больших пробелах в охвате, которые по-прежнему имеют место.

Вставка 1.3. Сколько человек охвачено основными медико-санитарными услугами?

Ответить на этот вопрос в полном объеме весьма непросто ввиду отсутствия массива данных, включающего сведения о потребностях всего населения в услугах здравоохранения и получении им этих услуг. В первом Глобальном докладе о мониторинге ВОУЗ отмечалось, что в 2013 г. свыше 400 миллионов человек не получали по крайней мере одну из необходимых им семи основных медико-санитарных услуг. Данные услуги отражали приоритетные области Целей развития тысячелетия, связанные с планированием семьи, дородовым уходом, родами с участием квалифицированного медицинского персонала, иммунизацией вакциной КДС3, лечением ВИЧ, лечением ТБ и использованием ОИПС для детей. При проведении таких подсчетов не учитывается множество основных медико-санитарных услуг, которые должны предоставляться отдельным лицам. Здесь мы оцениваем число людей, охваченных широким и репрезентативным спектром услуг здравоохранения, которые они должны получать в любой стране.

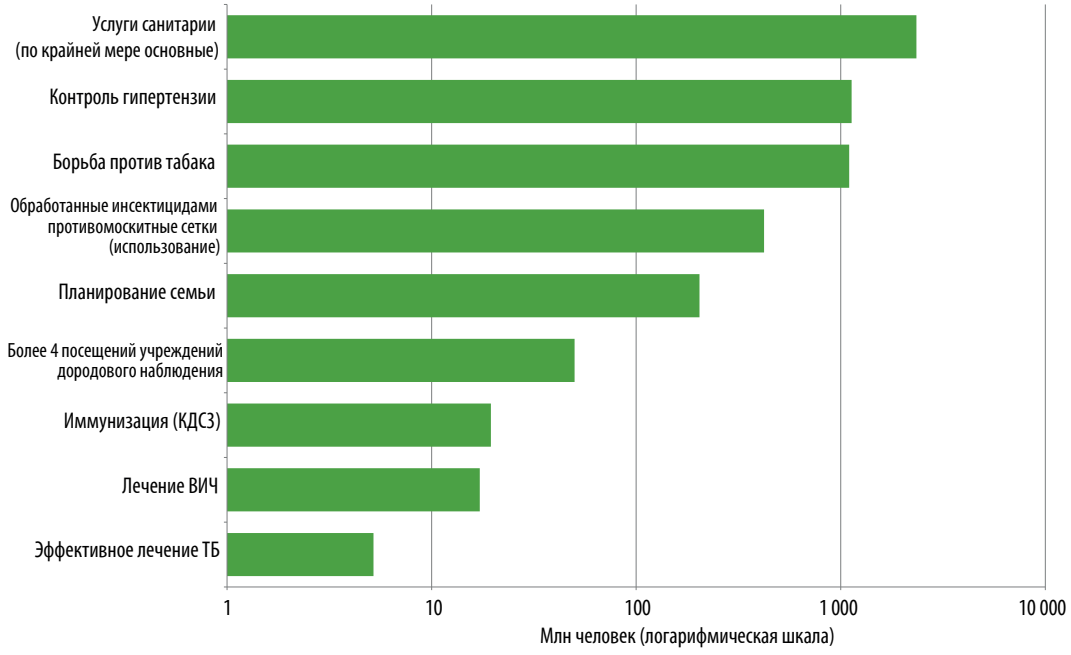
Для оценки числа людей, полностью охваченных основными медико-санитарными услугами, применяется простой алгоритм[a]. Сначала на основе отслеживаемых показателей, входящих в состав индекса охвата услугами ВОУЗ, отбирается группа отслеживаемых показателей охвата. Эти показатели не определяют, но отслеживают весь пакет основных медико-санитарных услуг в разных областях здравоохранения (таких как охрана репродуктивного здоровья и лечение неинфекционных заболеваний) и на разных платформах предоставления услуг (таких как местные медицинские службы, службы первичной медико-санитарной помощи и специализированные службы). Затем для каждой страны рассчитывается средний охват, связанный с этими отслеживаемыми показателями. Данное значение соответствует средней вероятности получения той или иной основной медико-санитарной услуги человеком, который в ней нуждается. Оно не отражает процент людей, охваченных всеми необходимыми услугами, поскольку любой конкретный человек может быть охвачен одними услугами, но не охвачен другими.

В то же время анализ совместного охвата основными услугами в парах «мать — ребенок» (см. следующий раздел о неравенстве в охвате услугами по охране здоровья матери и ребенка) позволяет оценить соотношение среднего охвата услугами и доли лиц, охваченных основными медико-санитарными услугами в полном объеме. Для преобразования среднего охвата основными услугами в каждой стране в долю лиц, которые должны быть полностью охвачены такими услугами, применяется уравнение регрессии, подходящее для работы с этими данными. Для постановки достижимой цели по обеспечению полного охвата на практике используется показатель процентной доли пар «мать — ребенок», которые получают по крайней мере шесть из семи основных услуг.

Степень неопределенности, связанная с применением данного подхода, является весьма существенной. С учетом проведения в 2015 г. ряда убедительных анализов чувствительностиа основными услугами в полном объеме были охвачены от 2,3 до 3,5 миллиарда человек. Это означает, что по крайней мере половина мирового населения, численность которого составляет 7,3 миллиарда человек, не получает основных медико-санитарных услуг, которые ему необходимы.

[a] С подробными сведениями о методике можно ознакомиться в технической записке, размещенной по адресу: http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/

Рисунок 1.4. Число лиц, нуждающихся в определенной основной медико-санитарной услуге, но не получающих такую услугу[a]



КДС3 — третья доза вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ТБ — туберкулез.

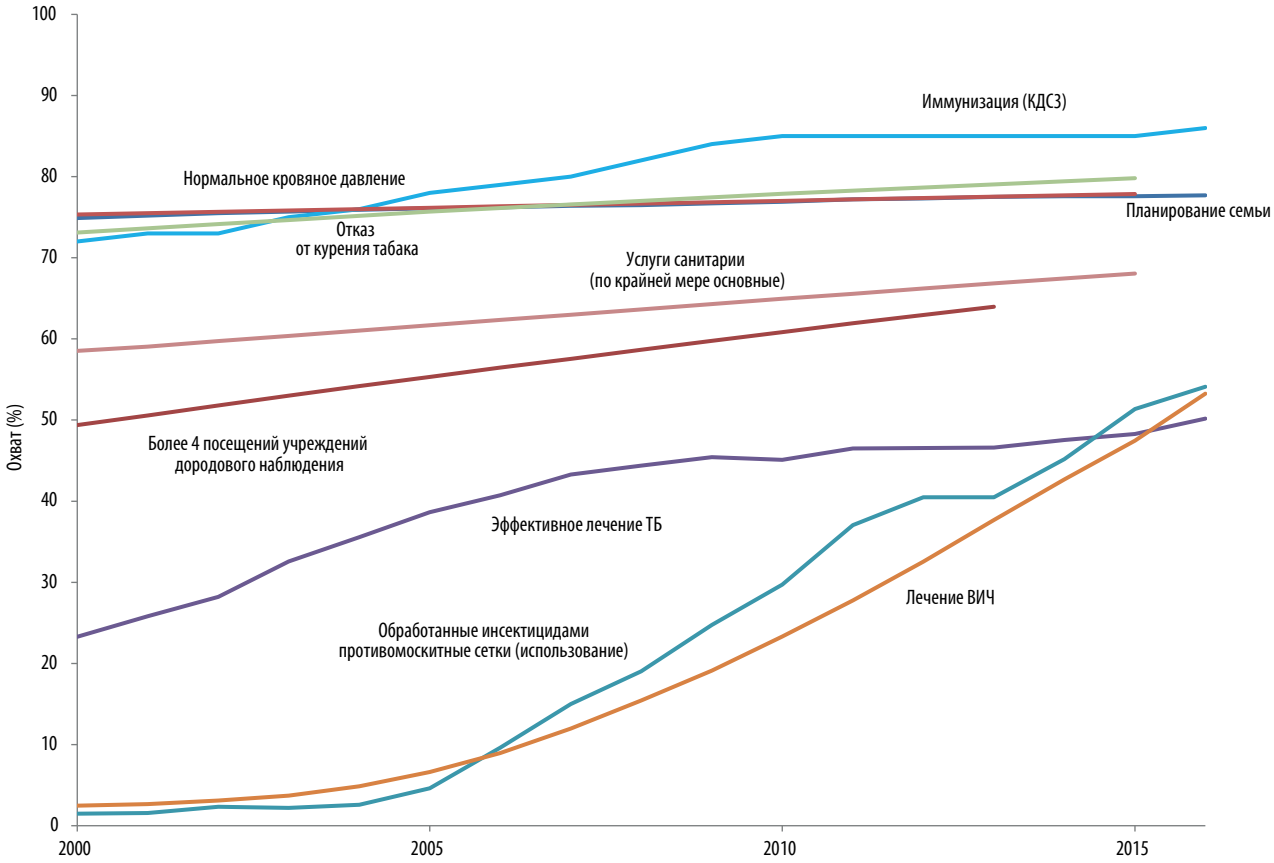
[a] Оценки 2016 г.: эффективное лечение ТБ, лечение ВИЧ, иммунизация (КДС3), планирование семьи, обработанные инсектицидами противомоскитные сетки (использование); оценки 2015 г.: борьба против табака, контроль гипертензии, услуги санитарии (по крайней мере основные); оценки 2013 г.: более 4 посещений учреждений дородового наблюдения.

Временные тенденции в обеспечении охвата услугами

Сведения о страновых и глобальных тенденциях доступны для тех же девяти отслеживаемых показателей в составе индекса охвата услугами ВОУЗ, которые измеряются с помощью процентной шкалы и уже были рассмотрены ранее (см. раздел «Пробелы в охвате услугами здравоохранения» и рис. 1.5). Средний уровень охвата для этих показателей возрастал на 1,3% в год, что примерно соответствует относительному увеличению примерно на 20% за период с 2000 по 2015 г.

Наибольший относительный рост характерен для показателей для ВИЧ, ТБ и малярии, что может отражать приоритеты в распределении ресурсов, которые в последние годы доминировали в сфере глобального здравоохранения. Прогресс в охвате иммунизацией вакциной КДС3, отмечавшийся в период с 2000 по 2010 г., замедлился в последние годы. Хотя показатели нормального кровяного давления несколько улучшились на глобальном уровне, это маскирует разнообразные подспудные тенденции, существующие на уровне регионов. В странах с высоким уровнем доходов были отмечены значительные улучшения, в то время как в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии, Океании (за исключением Австралии и Новой Зеландии) и странах Африки к югу от Сахары показатели распространенности нормального кровяного давления не изменились или даже ухудшились.

Рисунок 1.5. Тенденции в области глобального охвата для отобранных отслеживаемых показателей медико-санитарного обслуживания, 2000–2016 гг.



КДС3 — вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка (третья доза); ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ТБ — туберкулез.

Неравенство в обеспечении услугами по охране здоровья матери и ребенка в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня

При наличии полных данных можно рассчитать индекс охвата услугами ВОУЗ и сравнить полученные результаты для разных аспектов неравенства, например для градиентов благосостояния и образования, разных географических районов страны и возраста и пола. Осуществить эту процедуру для всех отслеживаемых показателей в настоящее время невозможно по причине ограниченности данных, однако для демонстрации расхождений между странами в уровне неравенства может быть использовано подмножество таких показателей *(9)*. Наиболее доступная информация о неравенстве в сфере охвата услугами здравоохранения касается показателей РЗиЗМНД, измеряемых в рамках обследований домохозяйств. Поскольку эти показатели определяются на индивидуальном уровне в ходе одного обследования, можно оценить долю необходимых услуг, которые получает каждый человек. Этот подход к оценке часто называют современным охватом *(47)*.

В целях оценки уровней и тенденций, касающихся неравенства в охвате услугами по охране здоровья матери и ребенка, был проанализирован совместный охват семью основными медико-санитарными услугами, данные о которых были собраны в рамках демографических и медицинских обследований (ДМО), проведенных в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня. Эти семь услуг включали следующее: не менее четырех посещений учреждений дородового наблюдения (ДРН), по крайней мере одна прививка против столбняка в период беременности, квалифицированное родовспоможение, вакцинация против бациллы Кальметта–Герена (БЦЖ), введение третьей дозы вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка, вакцинация против кори и обеспечение доступа к питьевой воде улучшенного качества в рамках домохозяйства. Расчет всех семи показателей производился для детей в возрасте 12–59 месяцев с использованием в соответствующих случаях информации о последней беременности их матерей (например, сведений о ДРН). Этот анализ показывает долю и количество основных услуг, которые получает каждая пара «мать — ребенок», и может быть представлен в обобщенном виде с учетом ключевых аспектов неравенства.

В странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня значительные пробелы в предоставлении услуг по охране здоровья матери и ребенка по-прежнему существуют и неравномерно распределяются по группам населения (рис. 1.6 и 1.7).[1] В то время как 39% пар «мать — ребенок» в этих странах получали по крайней мере к шести из семи основных мер вмешательства, в отношении 4% таких пар не проводилось вообще никаких вмешательств. При стратификации данных по квинтилям благосостояния обнаруживается значительное неравенство: в целом лишь

[1] Все анализы, представленные в этом пункте и на рисунках 1.6 и 1.7, проводились с использованием данных последнего обследования в каждой стране за период с 2005 по 2015 г. Имеющиеся данные касались 48 стран и охватывали 90% живорождений за 2010 г. в странах с доходами ниже среднего уровня и низким уровнем доходов; медианным годом проведения обследований стал 2012 г. В целях получения оценок для всех стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня данные по странам были взвешены по числу живорождений в 2010 г.

Рисунок 1.6. Пары «мать — ребенок» в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня в разбивке по количеству полученных основных мер вмешательства из семи возможных, 2005–2015 гг.

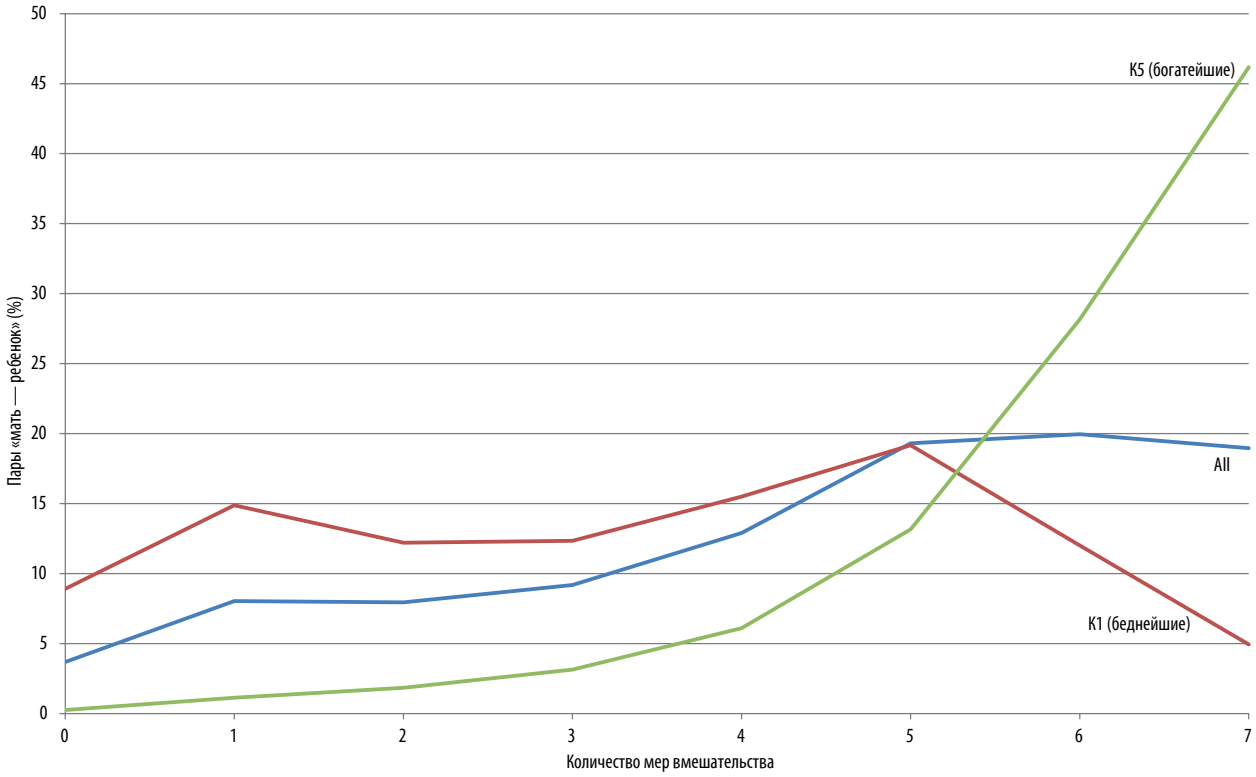
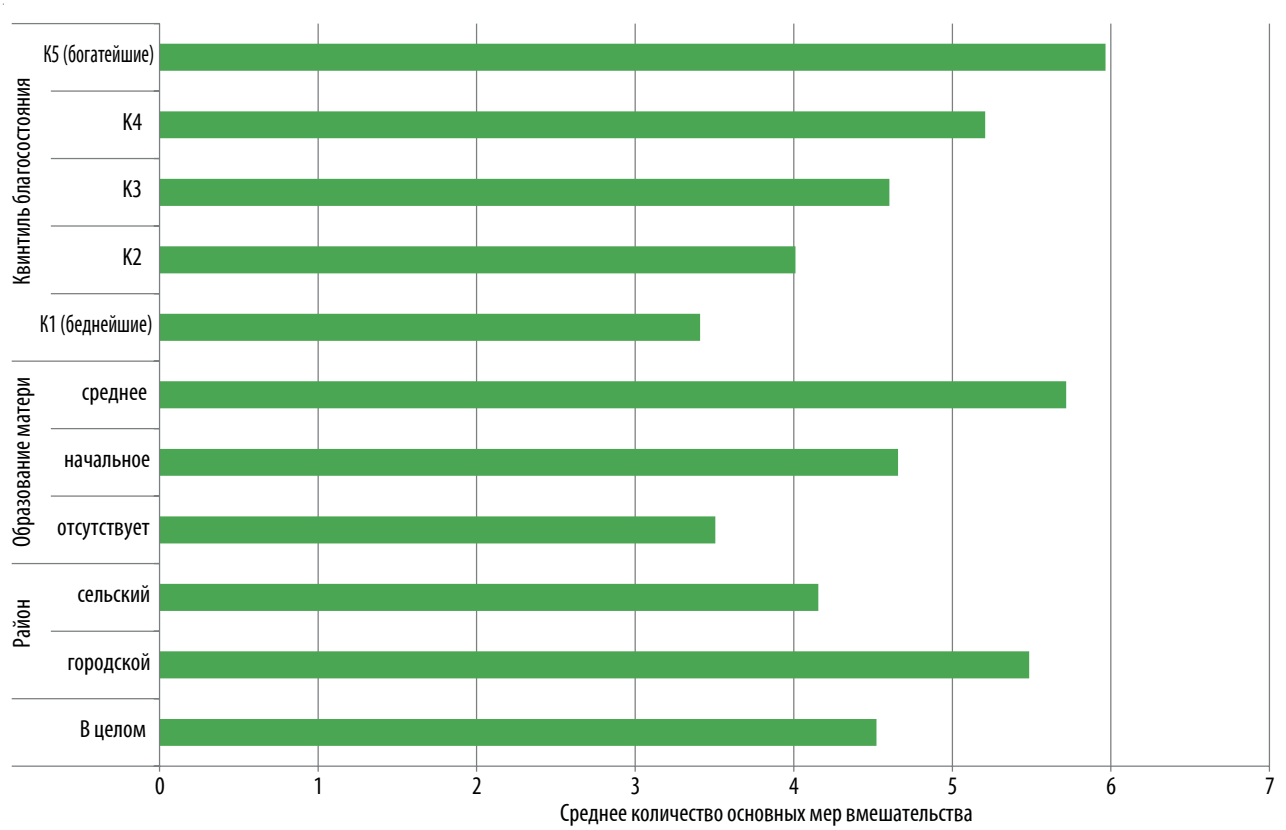


Рисунок 1.7. Среднее количество основных мер вмешательства из семи возможных, получаемых парами «мать — ребенок», в целом и в разбивке по аспектам неравенства в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, 2005–2015 гг.



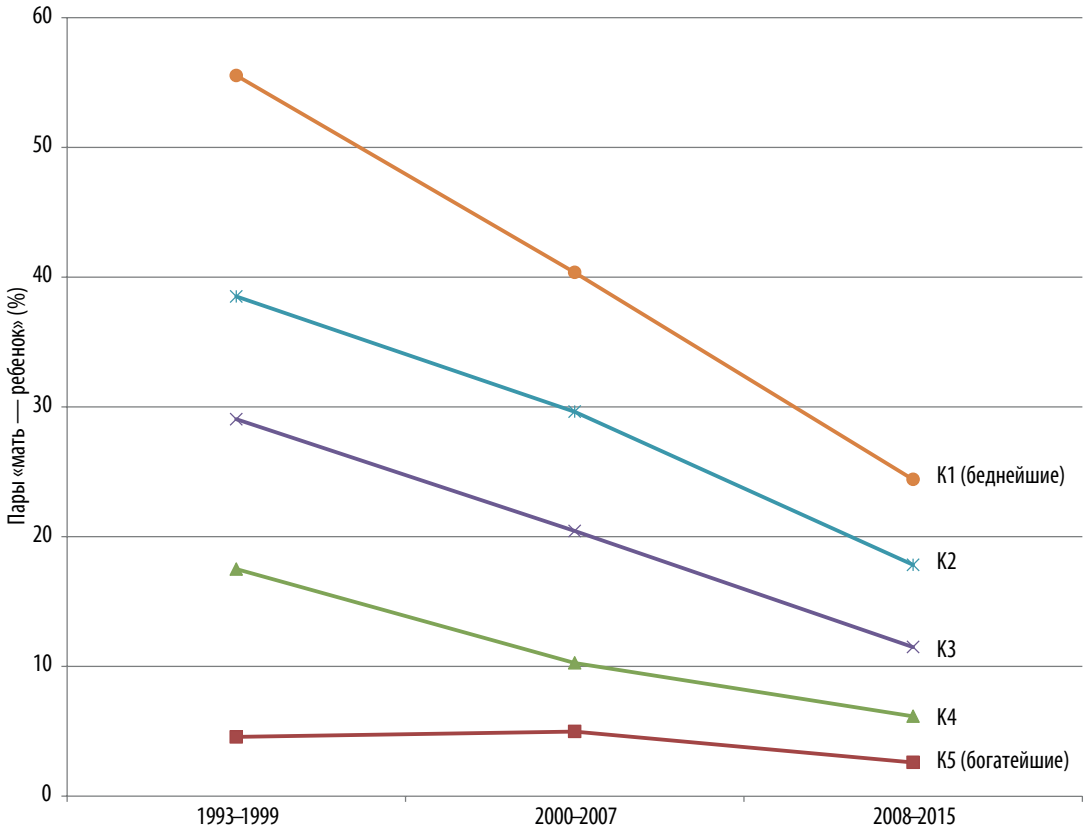
17% членов домохозяйств, входящих в самый бедный квинтиль соответствующих стран, получали по крайней мере шесть основных процедур в сравнении с 74% в самом богатом квинтиле. Вероятность неполучения мер вмешательства была максимальной для представителей беднейшего квинтиля в каждой стране, причем в отношении 9% из них такие вмешательства действительно не проводились. Среднее количество полученных мер вмешательства варьировало в интервале от трех в беднейшем квинтиле до шести в квинтиле наиболее обеспеченного населения при общем среднем показателе пять из семи. Пары «мать — ребенок», живущие в сельской местности, имели более низкие показатели охвата, нежели аналогичные пары в городских районах.

Тенденции, связанные с неравенством в обеспечении охвата услугами по охране здоровья матери и ребенка, в долгосрочной перспективе

Если меры вмешательства в области здравоохранения не предусматривают обеспечения справедливости, усилия по достижению ВОУЗ могут иметь нежелательные последствия, связанные с тем, что выгоды в ближайшее время и в ускоренном порядке получит наиболее благополучная группа населения, а самые обездоленные останутся без внимания. В результате средний общенациональный показатель охвата услугами может улучшиться при одновременном усугублении неравенства *(48)*. В целях оценки временных тенденций, связанных с неравенством в охвате услугами в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, данные обследований были разбиты на три периода: 1993–1999, 2000–2007 и 2008–2015 гг. Доступные данные по всем трем периодам касались 23 стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, что соответствовало примерно 38% живорождений в этих регионах; таким образом, сводные статистические данные нельзя считать репрезентативными.

Что касается значительных пробелов в охвате, то медианная процентная доля пар «мать — ребенок», получавших не более трех основных медико-санитарных услуг, уменьшилась в период между 1993–1999 и 2008–2015 гг. во всех квинтилях благосостояния среди 23 стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, в отношении которых имелись соответствующие данные (рис. 1.8). Абсолютные сокращения были более существенными в менее богатых квинтилях, что свидетельствует об уменьшении абсолютных показателей неравенства, связанных с неполучением услуг здравоохранения, в этот временной период. Медианная процентная доля пар «мать — ребенок», получавших не более трех основных услуг, снизилась на 25 процентных пунктов в беднейших квинтилях, сократившись за указанный временной период с 56 до 24%. При этом для пар «мать — ребенок» из беднейшего квинтиля вероятность значительных пробелов в охвате услугами оставалась гораздо выше, нежели для аналогичных пар в квинтиле самого богатого населения: медианная доля пар «мать — ребенок», получавших не более трех основных мер вмешательства, в богатейшем квинтиле составляла всего 3%. Это подчеркивает важность такой структуризации услуг здравоохранения, при которой никто не будет оставлен без внимания.

Рисунок 1.8. Процентная доля пар «мать — ребенок», охваченных не более чем тремя из семи основных медико-санитарных услуг, в разбивке по квинтилям благосостояния внутри страны[a]



[a] Медианное значение по данным национальных обследований, проведенных в 23 странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня в каждый временной период.

Дальнейшие шаги по определению индекса охвата основными медико-санитарными услугами

Индекс охвата основными медико-санитарными услугами, согласующийся с определением показателя 3.8.1 ЦУР, был впервые применен на практике *(9)*. Следует подчеркнуть, что отобранные отслеживаемые показатели представляют собой подмножество измеряемых показателей, а не рекомендуемый пакет услуг. Глобальные, региональные и национальные системы мониторинга ВОУЗ должны и впредь разрабатывать и представлять соответствующие показатели охвата услугами (вставка 1.4). Усилия в этой области могут быть направлены на адаптацию индекса или обеспечение более полного представления о ситуации на основе отчетности по отдельным показателям. Стремление получить информацию для мониторинга ВОУЗ должно соизмеряться с затратами на сбор соответствующих данных. Оптимизация обследований состояния здоровья членов домохозяйств в целях охвата широкого круга областей здравоохранения может оказаться более эффективным способом действий, нежели проведение отдельных обследований по конкретным вопросам охраны здоровья. Она также упрощает составление характеристики временных тенденций и дезагрегирование широкого набора показателей охвата услугами для целей анализа обеспечения справедливости (вставка 1.5).

Текущий индекс ВОУЗ, определяющий охват услугами, имеет ряд ограничений, не все из которых можно устранить в настоящий момент по причине ограниченности данных. Некоторые ожидаемые изменения, например приведение показателей в соответствие с появляющимися определениями показателей ЦУР, описаны в таблице 1.1. Помимо согласования с ЦУР дальнейшая работа, по всей вероятности, будет включать следующее.

- Замена косвенных показателей охвата услугами по лечению НИЗ. В 2018 г. должно быть завершено создание глобальных баз данных об охвате лечением гипертензии и диабета; полученные показатели можно будет использовать вместо косвенных показателей, применяемых в настоящее время.
- Изучение целесообразности применения коэффициентов, характеризующих использование услуг стационара и амбулаторного обслуживания, в качестве показателей масштабов, доступности и использования услуг.
- Повышение значимости для стран с более высоким уровнем доходов. Во многих странах с высоким уровнем доходов значения отслеживаемых показателей охвата для категорий РЗиЗМНД и масштабов и доступности услуг приближаются к 100%. Следует проанализировать другие отслеживаемые показатели или гибридный метод, предусматривающий учет предотвратимой смертности.
- Расширение набора отслеживаемых показателей путем включения сведений об обеспечении справедливости в целях повышения степени дезагрегирования индекса.

Вставка 1.4. Адаптация индекса охвата услугами ВОУЗ в регионе ВОЗ, охватывающем Западную часть Тихого океана

Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана (РБЗТО) разработало систему мониторинга прогресса в достижении ЦУР и ВОУЗ *(49–50)*. Она включает в общей сложности 88 показателей, разбитых на три группы: 27 показателей относятся к ЦУР 3 (охрана здоровья), 20 — к другим ЦУР, а еще 41 дополнительный показатель применяется для оценки прогресса в достижении ВОУЗ. В целях составления списка подходящих показателей использовались следующие критерии.

1. Ориентация на общие проблемы и показатели охраны здоровья в регионе Западной части Тихого океана в целях создания условий для внутри- и межстрановых сопоставлений, взаимного обучения и обмена опытом.
2. При наличии возможностей согласование показателей регионального уровня с существующими наборами глобальных показателей в целях содействия обмену информацией/данными между государствами-членами из данного региона.
3. Принятие мер, позволяющих использовать показатели не только для отслеживания прогресса в достижении ЦУР и ВОУЗ, но и для анализа прогресса и оказания содействия в разработке политики и программ на нескольких уровнях (национальном, субнациональном, локальном) и в отношении разных групп населения.
4. При наличии возможностей обеспечение дезагрегирования данных, используемых для отслеживания прогресса в достижении ЦУР и ВОУЗ, по полу, возрасту, социально-экономическому статусу, образованию, этнической принадлежности и месту жительства.
5. Обеспечение теоретической обоснованности показателей и их общего понимания.
6. Принятие мер к тому, чтобы показатели отражали баланс в выборе целей, без чрезмерного акцентирования внимания на одном заболевании и с учетом характеристик, дающих представление о состоянии здоровья различных групп населения страны.

Следуя этой системе, РБЗТО занимается подготовкой доклада, в котором будут представлены описание исходной ситуации с осуществлением ЦУР и ВОУЗ в регионе и результаты анализов, которые страны могут принять во внимание при включении мониторинга достижения ЦУР и ВОУЗ в их политику и процесс принятия решений. Цель состоит в том, чтобы этот доклад был использован странами в качестве основы не только для поддержки их усилий и мероприятий по мониторингу, но и для оказания помощи в разработке политики, программ и практики, ориентирующих развитие системы здравоохранения на достижение ВОУЗ.

Вставка 1.5. Тунис: обследования, ориентированные на ВОУЗs

Тунисское обследование состояния здоровья (ТОСЗ) специально предназначено для сбора данных, позволяющих отслеживать прогресс в достижении ВОУЗ с использованием ряда стандартных модулей. Министерство здравоохранения Туниса и Национальный институт общественного здравоохранения в сотрудничестве с Национальным управлением по делам семьи и вопросам народонаселения и Научно-исследовательской лабораторией эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний запланировали и провели данное обследование в целях получения информации для разработки основанной на научных данных политики и стратегии по вопросам охраны здоровья. Это обследование было организовано в связи с отсутствием более полных и свежих высококачественных данных о здоровье жителей Туниса, использовании ими медико-санитарных услуг и расходах их домохозяйств на медицинскую помощь, и полученные результаты могли бы обеспечить информацию для определения политики национального правительства в сфере здравоохранения.

В ходе обследования были собраны данные самооценки взрослыми состояния и детерминантов их здоровья, включая данные о факторах риска, таких как употребление алкоголя и табака; диагностированных хронических заболеваниях, таких как болезни сердца, диабет и депрессия, и их лечении; использовании медицинской помощи; способности служб медицинской помощи к реагированию на проблемы; охвате медицинским страхованием; расходах домохозяйств, включая расходы на медицинскую помощь, покрываемые за счет собственных средств (общие и дезагрегированные по различным видам услуг здравоохранения и товаров медицинского назначения); взносах по программам страхования и выплатах возмещения; и источниках финансирования для оплаты медицинской помощи (например, текущий доход, продажа активов или привлечение заемных средств). Женщинам репродуктивного возраста задавались вопросы по поводу их репродуктивного здоровья и охвата иммунизацией их детей. Помимо этого оценивался ряд биологических показателей, в том числе содержание глюкозы в крови, гликолизированный гемоглобин (HbA1c), общий холестерин, рост, вес, кровяное давление и острота зрения.

Результаты данного обследования показывают, что, хотя 97,2% детей были полностью охвачены вакцинацией, а 86% матерей в дородовой период находились под наблюдением врача, лишь 42,7% лиц с диабетом и 5,5% лиц с депрессией получали лечение в течение последних двух недель. Среди женщин, соответствовавших установленным критериям, лишь 10,8% были подвергнуты скринингу на рак шейки матки с взятием мазка по Папаниколау и лишь 8,1% прошли маммографический скрининг на рак молочной железы. Кроме того, из 26,4% населения с гипертензией 37,9% были осведомлены о наличии у них этого заболевания, 30,7% проходили лечение и лишь 9,7% находились под надлежащим контролем. Значительные различия были отмечены между социально-экономическими группами и провинциями. Например, показатели осведомленности о наличии диабета и его лечения были максимальными в центрально-восточном регионе (доля осведомленных о заболевании и проходящих лечение пациентов достигала 60,4%) и минимальными на северо-западе (аналогичный показатель составил 45,2%).

В отношении финансовой защиты от катастрофических расходов на медицинскую помощь (см. главу 2) обследование также показало, что 9,1% всего населения вынуждены самостоятельно оплачивать катастрофические расходы на медицинскую помощь (определяемые как расходы на медицинскую помощь, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 25% общих расходов домохозяйства). Анализ частоты таких расходов в разбивке по месту проживания показал, что сельское население в несколько большей степени затронуто проблемой катастрофических расходов на медицинскую помощь (9,9%) по сравнению с жителями городских районов (8,8%). 12% респондентов также заявили, что не получали медицинскую помощь в последний раз, когда она была необходима. Если более 40% этих респондентов не обращались за лечением, поскольку не считали свое заболевание достаточно серьезным, то 16,9% — прежде всего представители более бедных слоев населения — сообщили, что не делали этого в связи с отсутствием возможности оплатить посещение врача, а 5% сказали, что не могут позволить себе транспортные расходы. В качестве причины отказа от обращения за помощью малоимущие лица чаще указывали ее неприемлемость в ценовом отношении.

ТОСЗ служит наглядным примером оценки ключевых отслеживаемых показателей прогресса в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Хотя показатели охвата иммунизацией и дородовым наблюдением являются высокими, для охвата лечением хронических заболеваний и скринингом на рак потребуется принятие масштабных политических мер и целенаправленных действий по укреплению программ повышения общественной осведомленности, выявления заболеваний и их надлежащего лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, необходимо будет предпринять усилия по уменьшению социально-экономического неравенства в охвате ключевыми мероприятиями в сфере охраны здоровья и сокращению разрывов в качестве помощи, затратах и условиях работы между государственным и частным секторами здравоохранения. Наконец, значительное число домохозяйств не защищено от финансового риска, связанного с покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в том числе наиболее уязвимые лица, отказывающиеся от лечения по причине слишком высокой стоимости соответствующих услуг.

Справочная литература

1. The World Bank, World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015.

2. Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. PLoS Med. 2014;11(9):e1001728.

3. Wehrmeister FC, Restrepo-Mendez MC, Franca GV, Victora CG, Barros AJ. Summary indices for monitoring universal coverage in maternal and child health care. Bull World Health Organ. 2016;94(12):903-12.

4. Collaborators GS. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1813-50.

5. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Durand-Delacre D, Teksoz K. An SDG index and dashboards - global report. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network; 2016.

6. Leegwater A, Wong W, Avila C. A concise, health service coverage index for monitoring progress towards universal health coverage. BMC Health Serv Res. 2015;15:230.

7. Wagstaff A, Cotlear D, Eozenou PHV, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. Oxford Rev Econ Pol. 2016;32(1):147-89.

8. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P et al. Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. Health Affairs. 2015;34(10):1704-12.

9. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

10. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med. 2014;11(9):e1001731.

11. The World Bank, World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework [joint discussion paper]. Washington DC, Geneva: The World Bank, World Health Organization; 2013.

12. Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения. Мониторинг прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения на уровне отдельных стран и на глобальном уровне: система, показатели и цели. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

13. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage: report of meeting held at the Rockefeller Foundation Center, Bellagio, September 17–21, 2012. Geneva: World Health Organization; 2012.

14. Monitoring universal health coverage: summary report of a meeting in Bellagio, 11–13 March 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

15. Monitoring universal health coverage: report of a meeting at the Rockefeller Center, Bellagio, 16–19 November 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.

16. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. Plos Med. 2014;11(9):e1001730.

17. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: an indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. PloS One. 2017;12(3):e0172342.

18. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2000. p. 312.

19. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health Care. 2015;27(2):137-46.

20. Improving value in health care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.

21. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child 3rd CG, Fishman AP, Perrin EB et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. New England Journal of Medicine. 1976 Mar 11;294(11):582-8.

22. Health at a Glance 2016. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016.

23. Nolte E, McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London, UK: Nuffield Trust; 2004.

24. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. Lancet. 2015 Feb 13;385(9967):540-8.

25. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJ, Bollyky T, McKee M, Nolte E et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 May 18;390(10091):231-266.

26. Das J, Chowdhury A, Hussam R, Banerjee AV. 2016.The impact of training informal health care providers in India: A randomized controlled trial. Science. 2016 Oct 7;354(308).

27. Currie J, Lin W, Meng J. Addressing antibiotic abuse in China: an experimental audit study. Journal of Development Economics. 2014 Sept;110:39-51.(https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2014.05.006).

28. Health at a glance 2017. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017.

29. Bedoya G, Dolinger A, Rogo K, Mwaura N, Wafula F, Coarasa J et al. Observations of infection prevention and control practices in primary health care, Kenya. Bull World Health Organ. 2017 Jul 1;95(7):503-516.

30. Zgierska A, Rabago D, Miller MM. Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. Patient Prefer Adherence. 2014 Apr 3;8:437–46.

31. Gayet-Ageron A, Agoritsas T, Schiesari L, Kolly V, Perneger TV. Barriers to participation in a patient satisfaction survey: who are we missing? PLoS One. 2011 Oct 26;6(10):e26852. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202588/).

32. Evans DK, Welander Tärneberg A. Health-care quality and information failure: evidence from Nigeria. Health Economics. 2017;1–4. (https://doi.org/10.1002/hec.3611).

33. Model-based estimates and projections of family planning indicators 2017. New York: United Nations DoEaSA, Population Division; 2017 (http://www.un.org/en/development/ desa/ population/theme/family-planning/cp_model.shtml, по состоянию на 8 сентября 2017 г.).

34. WHO/RHR global database 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/gho/maternal_health/ who_rhr_anc4_detailed_2017.xls, по состоянию на 11 января 2017 г.).

35. World Health Organization, UNICEF. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC) 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/immunization_ monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragedtp3. html, по состоянию на 7 сентября 2017 г.).

36. Global databases: children under 5 with symptoms of pneumonia taken to a health care provider 2016. New York: UNICEF; 2016 (https://data.unicef.org/, по состоянию на 8 сентября 2017 г.).

37. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2016.

38. People living with HIV receiving ART (%). Geneva: UNAIDS; 2017 (http://aidsinfo.unaids.org/, по состоянию на 2 октября 2017 г.).

39. World malaria report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.

40. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. New York, Geneva: UNICEF/WHO; 2017.

41. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet. 2017;389(10064):37-55.

42. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet. 2011;378(9785):31-40.

43. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017.

44. UHC data portal. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp, по состоянию на 12 февраля 2017 г.).

45. WHO global health workforce statistics, 2016 update. Geneva: World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/hrh/ statistics/hwfstats/en/, по состоянию на 18 августа 2016 г.).

46. Global Health Observatory data repository: International Health Regulations (2005) monitoring framework. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/gho/data/node. main.IHR?lang=en, по состоянию на 3 октября 2017 г.)..

47. Victora CG, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. Lancet. 2005;366(9495):1460-6.

48. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlotheuber A, Valentine N et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. PLOS Medicine. 2014;11(9):e1001727 (doi:10.1371/journal.pmed.1001727).

49. Resolution WPR/RC67/8. Regional action agenda on achieving the Sustainable Development Goals in the Western Pacific. B: Sixty-seventh session of the Regional Committee, Manila, 10–14 October 2016. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2016 (http://www.wpro.who.int/about/ regional_committee/67/documents/wpr_rc67_8_sdgs.pdf, по состоянию на 21 августа 2017 г.).

50. Resolution WPR/RC66/6 on universal health coverage. B: Sixty-sixth session of the WHO Regional Committee for the Western Pacific, Guam, United States of Amercica, 12–16 October 2015. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015 (http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/ documents/wpr_rc66_06_uhc_7sep.pdf?ua=1, по состоянию на 21 августа 2017 г.).



ГЛАВА 2

ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА

Финансовая защита в сфере здравоохранения означает, что семьи, получающие необходимую помощь, не сталкиваются с чрезмерными финансовыми трудностями в связи с ее получением. В настоящей главе представлены различные меры финансовой защиты и способы их применения на практике наряду с данными об уровнях и тенденциях, начиная с официальных показателей ЦУР и заканчивая различными показателями, не имеющими отношения к ЦУР, которые также считаются важными для мониторинга финансовой защиты. Во вставке 2.1 представлены основные выводы.

Вставка 2.1 Финансовая защита: основные выводы

- **808 миллионов человек во всем мире несут катастрофические расходы на медицинскую помощь, которые определяются как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10% общего объема потребления или доходов домохозяйства.** В 2010 г. катастрофические расходы при 10%-м пороге понесли 808 миллионов человек (11,7% мирового населения). При 25%-м пороге соответствующие показатели составили 179 миллионов человек, или 2,6%. Эти пороговые значения являются частью официального показателя катастрофических расходов 3.8.2 ЦУР, определяемого как «доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств».

- **В Латинской Америке и Азии отмечаются самые высокие доли лиц, которые оплачивают из собственных средств расходы, превышающие 10 или 25% общего объема потребления или доходов домохозяйства.** В Латинской Америке и Карибском бассейне зафиксирован наиболее высокий показатель при 10%-м пороге (14,8%). Азия имеет второй по величине показатель (12,8%) и является регионом, в котором сконцентрировано наибольшее число лиц, сталкивающихся с проблемой катастрофических платежей.

- **В период с 2000 по 2010 г. отмечалось увеличение частоты катастрофических платежей.** После 2000 г. процентная доля и численность населения, сталкивающегося с проблемой катастрофических платежей, увеличились для всех пороговых значений. При пороге, равном 10%, регионом с наиболее быстрым ростом численности населения, испытывающего такую проблему, является Африка (увеличение в среднем на 5,9% в год), за которой следует Азия (увеличение на 3,6% в год). Единственным регионом, в котором отмечается сокращение показателей частоты катастрофических платежей и численности населения, затронутого данной проблемой, стала Северная Америка (уменьшение на 0,9% в год).

- **97 миллионов человек доведены до обнищания вследствие расходов, покрываемых за счет собственных средств, в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.** В 2010 г. расходы на медицинскую помощь довели до обнищания около 97 миллионов человек, которые оказались за чертой бедности, составляющей 1,90 долл. в день, что соответствовало 1,4% мирового населения. Для черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., этот показатель равен 122 миллионам человек (1,8%). При двух указанных международных показателях черты бедности показатели обнищания в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов близки к нулю либо равны ему.

- **В Африке и Азии отмечаются самые высокие показатели обнищания в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.** В 2010 г. в Африке и Азии были зафиксированы показатели обнищания, равные 1,4 и 1,9% соответственно, при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день. На долю этих двух регионов приходится 97% мирового населения, оказавшегося в нищете из-за расходов на медицинскую помощь, оплачиваемых из собственных средств.

- **Частота платежей, приводящих к обнищанию, снижалась в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., но не в случае использования черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.** При использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, численность и процентная доля лиц, затронутых проблемой обнищания в мире, в период с 2000 по 2010 г. сократились с 130 миллионов человек (2,1%) до 97 миллионов человек (1,4%). При использовании черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день, процентная доля и численность обнищавшего населения напротив увеличились с 106 миллионов человек (1,7%) до 122 миллионов человек (1,8%).

- **Неравномерный прогресс в отношении расходов, приводящих к обнищанию, в различных регионах ООН в случае использования черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г., и черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.** В Африке отмечалось сокращение соответствующих показателей при использовании значений черты бедности, составляющих как 1,90, так и 3,10 долл. в день, в то время как в Азии было зарегистрировано значительное сокращение таких расходов при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, и их увеличение при использовании черты бедности, равной 3,10 долл. в день.

Оценки финансовой защиты

Катастрофические расходы на медицинскую помощь (показатели, включенные и не включенные в ЦУР)

Не существует правильного или неправильного подхода к оценке катастрофических расходов на медицинскую помощь. Разные исследования предусматривают использование разных подходов. В одних исследованиях расходы на медицинскую помощь, покрываемые за счет собственных средств определяются как катастрофические, когда они превышают установленную процентную долю (например, 10 или 25%) доходов или расходов *(1)*. Этот подход применяется при оценке показателя 3.8.2 ЦУР. В других исследованиях расходы на медицинскую помощь связывают не просто с доходами или потреблением, а, скорее, с доходами или потреблением за вычетом затрат на предметы первой необходимости, поскольку это может обеспечить более точный показатель возможностей или способности домохозяйства оплачивать услуги здравоохранения из собственных средств. Эти подходы входят в состав разработанных ВОЗ региональных систем мониторинга катастрофических расходов *(2, 3, 7)*. Исследования катастрофических расходов на медицинскую помощь зачастую предоставляют данные о частоте таких расходов не только в выборке в целом, но и в различных группах, прежде всего в тех, которые определяются в понятиях потребления или доходов, таких как квинтили по доходам. В некоторых исследованиях, включая настоящий доклад, также используется сводный показатель неравенства, называемый индексом концентрации[1].

Расходы на медицинскую помощь, приводящие к обнищанию (показатели, не включенные в ЦУР)

Обнищание как таковое не является официальным показателем ЦУР, характеризующим положение с ВОУЗ, однако оно напрямую связывает ВОУЗ с первой ЦУР — повсеместной ликвидацией нищеты во всех ее формах. Обнищание определяется как ситуация, при которой объем потребления домохозяйства, включая расходы, покрываемые за счет собственных средств, превышает черту бедности, а объем потребления за вычетом таких расходов не достигает этой черты *(1)*. Это объясняется тем, что домохозяйство, доведенное до обнищания расходами оплачиваемыми из собственных средств, из-за болезни кого-либо из его членов было вынуждено расходовать средства, предназначенные для покрытия немедицинских статей бюджета, таких как питание, жилье, одежда и т.д, в таком объеме, что его расходы на указанные статьи оказались ниже уровня, обозначаемого чертой бедности. Степень обнищания можно рассчитать как изменение численности бедного населения с расходами, оплачиваемыми из собственных средств, которые учитываются или не учитываются в объеме потребления или доходов.

Этот показатель численности не говорит о том, насколько далеко за чертой бедности оказываются такие домохозяйства. Он также не отражает тот факт, что расходы на медицинскую помощь, оплачиваемые из собственных средств, могут приводить некоторые домохозяйства, и без того являющиеся бедными, к еще большему обнищанию. Эти два аспекта обнищания могут быть измерены с помощью показателя изменения «разрыва нищеты», обусловленного расходами, которые покрываются за счет собственных средств. В случае если речь идет о домохозяйстве, обнищавшем из-за расходов, покрываемых за счет собственных средств, под изменением «разрыва» понимается сумма расходов оплачиваемых за счет собственных средств, из-за которых домохозяйство оказывается за чертой бедности. В случае если домохозяйство уже относится к категории бедных, изменение «разрыва нищеты» соответствует полной сумме расходов домохозяйства, покрываемых за счет собственных средств. Затем указанные суммы усредняются для всех домохозяйств в целях получения общего среднего изменения «разрыва нищеты», связанного с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств. Умножение результата на показатель черты бедности позволяет получить среднюю сумму на душу населения, которой не хватает для того, чтобы объем потребления или доходов достиг этой черты.

Практическое применение оценок финансовой защиты

Определение и оценка расходов, покрываемых за счет собственных средств

Платежи из собственных средств — это платежи населения при получении любого вида услуг (профилактической, лечебной, реабилитационной, паллиативной или долгосрочной медицинской помощи), предоставляемых любым типом поставщиков таких услуг. Они включают долевое участие в расходах (часть расходов, не покрываемую третьей стороной, такой как страховщик) и неофициальные платежи (например, взятки), но не включают страховые взносы. Платежи из собственных средств могут покрываться из доходов домохозяйства, включая денежные переводы, имеющиеся у него сбережения или займы. В них не учитываются любые возмещения, предоставляемые третьей стороной, такой как правительство, фонд медицинского страхования или частная страховая компания.

На практике обследования домохозяйств, проводимые в целях сбора данных об оплате медицинской помощи из собственных средств, имеют определенные недостатки. В некоторых странах в ряде случаев бывает неясно, включают ли осуществляемые платежи возмещение, предоставляемое третьими сторонами, или не включают. Иногда периоды оценки, по всей видимости, являются слишком длинными (например, 12 месяцев для лекарственных средств) или слишком короткими (например, 1 месяц для стационарного лечения) для получения точных данных. Во всех случаях, когда период оценки составляет менее 12 месяцев, при пересчете данных в годовое исчисление специалистам по проведению анализа обычно не остается ничего другого, как умножать показатели на соответствующее число (например, на 12 при периоде оценки, равном 1 месяцу), однако это вряд ли позволит получить точный результат. Большинство обследований задают вопросы о расходах на все товары и услуги медицинского назначения (фармацевтическую продукцию, больничное обслуживание, медицинские услуги и доврачебную медицинскую помощь), однако трудно быть уверенным в том, что все

[1] Индекс концентрации равен нулю, если в целом катастрофические расходы одинаково распространены среди богатых и бедных домохозяйств; является отрицательным в случае их большего распространения среди бедных домохозяйств; и имеет положительное значение в случае их большего распространения среди богатых домохозяйств.

обследования охватывают одинаково широкий круг вопросов. Обследования, не ориентированные на сбор данных об активном обращении за медицинской помощью, не обеспечивают сведений о косвенных расходах, связанных с ее использованием (например, о транспортных расходах). Они также не позволяют получить информацию об издержках неиспользованных возможностей, связанных с обращением за помощью (например, о потере дохода). Эти виды затрат могут представлять собой значительное бремя, однако не учитываются в приведенных ниже оценках.

Определение и оценка доходов и потребления

В одних исследованиях расходы, покрываемые из собственных средств, соотносятся с доходами, а в других — с потреблением. При использовании показателя доходов не учитывается тот факт, что домохозяйства могут со временем уменьшать изменчивость потребления, в том числе в связи с мероприятиями связанными с охраной здоровья, требующими выплат из собственных средств, путем займов (или расходования сбережений) и экономии. Использование показателя потребления, который оценивает объем потребления домашних хозяйств, а не их доходы, предусматривает такую возможность. В то же время оно приводит к ложному выводу, в соответствии с которым домохозяйство, занимающее средства для оплаты медицинской помощи, попадает в категорию более состоятельных домохозяйств по сравнению с домохозяйством, имеющим аналогичный доход, которому не нужно расходовать средства на оплату медицинской помощи и которое по этой причине не берет займов. Таким образом, объем потребления, включающий заемные средства для финансирования медицинской помощи, может завышать уровень жизни домохозяйства, в результате чего нуждающееся домохозяйство кажется относительно состоятельным. В противоположность этому показатель доходов может занижать уровень жизни домохозяйства, в результате чего создается впечатление, что домохозяйство, которое на деле является относительно обеспеченным (с точки зрения потребления), находится в относительно трудном положении.

Выбор между показателем потребления и показателем доходов является менее значимым при оценке *частоты* катастрофических расходов, нежели при оценке *неравенства* в этой области. Выбор показателя потребления, включающего расходы на медицинскую помощь, может иметь следствием наличие катастрофических расходов у домохозяйств, которые выглядят обеспеченными, но по сути могут являться таковыми только благодаря займам для оплаты расходов на медицинскую помощь. В противоположность этому выбор показателя доходов может иметь следствием высокую частоту катастрофических расходов у домохозяйств, которые выглядят нуждающимися, но в действительности могут располагать возможностями потребления, превышающими их доходы, благодаря займам или трате сбережений. Аналогичным образом, при оценке степени обнищания выбор показателя доходов может преуменьшить долгосрочные последствия расходов на медицинскую помощь, в то время как выбор показателя потребления может завысить степень обнищания, связанного с такими расходами, в краткосрочной перспективе, поскольку домохозяйства могут быть в состоянии уменьшить возникающие последствия через какое-то время посредством займов или траты сбережений *(1, 5)*.

На практике специалисты по анализу не всегда вольны выбрать, какой из показателей —потребление или доходы — использовать, поскольку многие обследования позволяют рассчитать только один из них. С оценкой каждого из этих показателей связаны свои трудности. Объем потребления домохозяйства зачастую отличается от объема его расходов: семьи могут выращивать овощи и держать животных, в результате чего объем продовольственного потребления превышает их расходы на продукты питания; семьи могут иметь дом в своей полной собственности, в результате чего их потребление, связанное с жильем, превышает их расходы по соответствующим статьям; и так далее. Для оценки потребления нередко предпринимаются попытки выйти за рамки расходов посредством фиксации стоимости продукции домашнего производства и условного учета потребительской ценности предметов длительного пользования, включая жилье *(6)*.

Оценка доходов также сопряжена с определенными трудностями, особенно в странах, где значительная доля населения не имеет официально оформленной работы. В странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня традиционно считалось, что оценить потребление проще, чем оценить доходы, в то время как в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов удовлетворительная оценка доходов считалась возможной. В последние годы эти позиции изменились: в странах с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня возрастает количество обследований, предусматривающих оценку доходов (и потребления), в то время как в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов все чаще признается наличие трудностей с оценкой доходов. В настоящем докладе преимущественно применяются показатели потребления, а не доходов; при этом в отношении небольшого количества стран данные о доходах используются ввиду отсутствия информации о потреблении, а для группы стран, для которых имеются оба показателя, результаты оценки неравенства в катастрофических расходах представлены с учетом каждого из них.

Определение и оценка платежеспособности

В некоторых исследованиях расходы, покрываемые за счет собственных средств, соотносятся не с фактическим объемом потребления или доходов домохозяйства, а с его потреблением или доходами за вычетом суммы, требуемой для приобретения предметов первой необходимости, таких как продукты питания и жилье. Утверждается, что такая корректировка позволяет получить более точные сведения о наличии у домохозяйства возможности или способности оплачивать расходы на медицинскую помощь. Соответственно, один из подходов к определению платежеспособности *(1)* предусматривает вычитание из объема потребления фактических расходов на питание и соотнесение расходов, оплачиваемых из собственных средств, с потреблением непродовольственных товаров. Другой подход *(2, 3)* предполагает вычитание оценочной суммы, необходимой домохозяйству для удовлетворения его потребностей в основных продуктах питания[2]. Третий подход *(4)* состоит в вычитании преобладающего

[2] Рацион питания соотносится со средними расходами на приобретение продовольственных товаров для домохозяйств, в которых доля расходов на питание (как процент от общего потребления) находится в диапазоне от 45-го до 55-го процентиля, на том основании, что по крайней мере в странах с низким и средним уровнем доходов рацион питания этой группы составляет в среднем 2 тыс. килокалорий.

Вставка 2.2. Разные способы оценки катастрофических расходов на медицинскую помощь

В некоторых исследованиях расходы на медицинскую помощь, покрываемые за счет собственных средств, определяются как катастрофические, когда они превышают установленный процент (например, 10 или 25%) доходов или потребления. Этот подход, называемый учетом доли бюджета, принят для оценки показателя 3.8.2 ЦУР. Опыт показывает, что при использовании такого подхода катастрофические расходы обычно в меньшей степени сконцентрированы в группе «бедные» (либо в большей степени сконцентрированы в группе «богатые»).

В других исследованиях расходы на медицинскую помощь соотносятся не с общим уровнем доходов или объемом потребления, а с доходами или потреблением за вычетом средств на приобретение предметов первой необходимости. Это обосновывается тем, что каждый человек вынужден тратить по крайней мере какую-то минимальную сумму на удовлетворение базовых потребностей, таких как потребности в питании и жилье, и эти расходы поглощают бóльшую долю потребления или доходов в бедном домохозяйстве по сравнению с обеспеченным домохозяйством. В связи с этим у бедного домохозяйства могут отсутствовать возможности для расходования значительных или вообще каких бы то ни было средств на медицинскую помощь. В отличие от этого богатое домохозяйство может потратить на медицинскую помощь 10 или 25% своего бюджета, сохранив достаточные ресурсы, чтобы не испытывать финансовых трудностей.

Существуют разные подходы к вычитанию расходов на удовлетворение базовых потребностей. К числу основных различий между ними относятся следующие: вычитание фактических расходов в сравнении со стандартной суммой; использование одной статьи расходов или группы статей; метод, применяемый для получения стандартной суммы; и отражение в учете домохозяйств, чьи фактические расходы являются меньше стандартной суммы.

В некоторых исследованиях вычитаются все фактические расходы домохозяйства на продукты питания *(1)*. Тем не менее, хотя бедные домохозяйства часто расходуют на питание бóльшую долю своего бюджета, это не может служить достаточно информативным косвенным показателем недискреционного потребления. Расходы на питание также отражают предпочтения и факторы, связанные с расходами на медицинскую помощь: например, домохозяйства, которые тратят на покупку продуктов питания меньшие суммы в связи с необходимостью расходов на медицинскую помощь, будут казаться более платежеспособными по сравнению с домохозяйствами, которые расходуют на питание больше средств.

Второй подход, ориентированный на учет роли предпочтений в расходах на продукты питания, предусматривает вычитание стандартной суммы из общего объема ресурсов домохозяйства в качестве базовых расходов на питание *(2, 3)*. На практике это означает частичную корректировку подхода, связанного с оценкой фактических расходов на питание, поскольку стандартная сумма применяется только в отношении домохозяйств, которые в действительности тратят на питание суммы более крупные, нежели стандартные. Для всех остальных домохозяйств вместо более высокой стандартной суммы вычитаются фактические расходы на питание. Таким образом, подходы к расходам на питание, учитывающие реальные и стандартные суммы, одинаковым образом учитывают домохозяйства с фактическими расходами на питание ниже стандартной суммы. Тем не менее, при использовании подхода, учитывающего стандартные расходы на питание, катастрофические расходы могут быть в меньшей степени сконцентрированы в группе обеспеченного населения, нежели в случае применения подхода, ориентированного на учет фактических расходов в этой области.

Третий подход состоит в вычитании преобладающего показателя черты бедности, по сути соответствующего сумме, необходимой для удовлетворения всех базовых потребностей *(4)*. В зависимости от используемого показателя черты бедности результатом применения данного подхода может стать более высокая концентрация катастрофических расходов в группе бедных, нежели в группе богатых, по сравнению с подходом, ориентированным на учет доли бюджета. Он также позволяет установить связь между катастрофическими расходами на медицинскую помощь и обнищанием; лица с отрицательной платежеспособностью находятся за чертой бедности даже до оплаты ими медицинской помощи, и любые расходы в этой области ввергают их в еще большую нищету. В отличие от них лица, катастрофические расходы которых превышают единицу, оказываются в нищете из-за расходов на медицинскую помощь.

На основе второго и третьего подходов в Европейском регионе ВОЗ для всех домохозяйств производится последовательное вычитание суммы, соответствующей расходам на удовлетворение трех базовых потребностей (питание, жилье (аренда) и коммунальные услуги) *(7)*. В результате при использовании такого подхода катастрофические расходы с большей вероятностью концентрируются в группе бедных, нежели в случае применения подхода, учитывающего долю бюджета. Он также устанавливает связь между катастрофическими расходами на медицинскую помощь и обнищанием (вставка 2.7).

показателя черты бедности, по сути соответствующего сумме, необходимой для удовлетворения базовых потребностей. Четвертый подход *(7)* предполагает вычитание суммы, соответствующей количеству денежных средств, которые необходимы домохозяйству для удовлетворения базовых потребностей в продовольствии и жилье. Основные результаты, представленные в настоящем докладе, получены с использованием двух методов — без вычетов на приобретение предметов первой необходимости, и вычитание фактических расходов на продукты питания (первый из подходов, предполагающих вычеты). В нем также рассматриваются предварительные результаты для 25 европейских стран, полученные Европейским региональным бюро ВОЗ на основе четвертого подхода, предусматривающего вычеты. Поскольку расходы на продукты питания не увеличиваются пропорционально росту доходов и поскольку в рамках остальных подходов вычеты на продовольствие, жилье и коммунальные услуги обычно являются фиксированными суммами, внесение указанных корректировок в гораздо большей степени затрагивает домохозяйства с низкими уровнями потребления и доходов. Опыт показывает, что при использовании подхода, учитывающего долю бюджета (вставка 2.2), катастрофические расходы обычно в меньшей степени сконцентрированы в группе «бедные» (либо в большей степени сконцентрированы в группе «богатые»).

Показатели черты бедности

В настоящем докладе для оценки степени обнищания в связи с расходами, оплачиваемыми из собственных средств, используются два разных показателя черты бедности. Первым из них является международная черта бедности, составляющая 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г. Данный показатель часто именуется «показателем крайней нищеты», который составляет 1,25 долл. в день при ППС в ценах 2005 г., и лежит в основе задачи 1.1 ЦУР (8). Вторым показателем является международная черта бедности, составляющая 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г. и заменившая черту бедности, равную 2,00 долл. в день при ППС в ценах 2005 г., которая обычно используется для стран с доходами ниже среднего уровня *(8)*.[3]

В интересах глобального мониторинга в настоящем докладе основное внимание уделено международным показателям черты бедности. В других публикациях *(9)* представлены результаты для относительной черты бедности, установленной на уровне 50% медианного потребления домохозяйств, что в наибольшей степени соответствует общепринятому определению черты бедности в странах с высоким уровнем доходов. При оценке собственного прогресса в достижении ВОУЗ страны и регионы также могут использовать соответствующие (национальные или региональные) показатели черты бедности, определенные с учетом местных условий.

Как будет показано далее в данной главе, после публикации доклада о всеобщем охвате услугами здравоохранения за 2015 г. в сфере мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь и расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, был достигнут значительный прогресс (вставка 2.3).

[3] В октябре 2017 г. Всемирный банк пересмотрел показатель черты бедности, составляющий 3,10 долл. в день, заменив его показателем, равным 3,20 долл. в день.

Вставка 2.3. Мониторинг финансовой защиты в 2015–2017 гг.: что изменилось?

- **Увеличилось количество стран.** В глобальном докладе о мониторинге достижения ВОУЗ за 2015 г. (ГДМ ВОУЗ) было проанализировано положение в 37 странах, представляющих шестую часть населения мира. В настоящем докладе анализируется положение в 132 странах, представляющих 93% мирового населения по состоянию на 2015 г.

- **Увеличилось количество стран, имеющих данные о тенденциях.** В докладе за 2015 г. проанализированы данные о тенденциях для 23 стран. В настоящем докладе представлен анализ таких данных для 93 стран. Кроме того, в отношении многих стран в докладе используются данные за более чем двухлетний период. Настоящий доклад включает в общей сложности 553 значения для катастрофических расходов и 516 значений для обнищания.

- **Проведены проверки качества и страновые консультации.** Исходный массив данных состоял из данных 971 обследования домохозяйств, каждое из которых было подвергнуто анализу. После этого оценки потребления на душу населения и доли бюджета, выделяемой на охрану здоровья, сравнивались с данными ВОЗ и Всемирного банка, а временные ряды оценок катастрофических расходов и расходов, приводящих к обнищанию, были проверены вручную. Большинство сохраненных значений было представлено назначенным страновым координаторам в рамках консультативного процесса ВОЗ.

- **Различия в показателях катастрофических платежей.** В докладе за 2015 г. катастрофические платежи определены как платежи, превышающие 25% общего объема потребления, 40% потребления непродовольственных товаров и 40% потребления за вычетом фиксированной суммы расходов на питание. В настоящем докладе представлены результаты для показателей, равных 10 и 25% потребления, оба из которых являются официальными показателями ЦУР, а также для 40% потребления непродовольственных товаров. Кроме того, в нем приведены результаты для отдельных европейских стран, касающиеся 40% потребления за вычетом фиксированной суммы расходов на питание и жилье.

- **Больше доказательств неравенства в сфере катастрофических расходов.** В докладе за 2015 г. рассматривалось неравенство в показателях частоты катастрофических расходов, определяемых как платежи, превышающие 25% общего объема потребления в разных квинтилях общего потребления. В настоящем докладе также приводятся данные о неравенстве в показателях, соответствующих 40% потребления непродовольственных товаров, в разных квинтилях общего потребления, и показателях ЦУР по квинтилям доходов для подвыборки из 132 стран.

- **Показатели обнищания, основанные на международных показателях черты бедности при ППС в ценах 2011 г.** В докладе за 2015 г. использовались международные показатели черты бедности при ППС в ценах 2005 г., в частности показатель крайней нищеты, равный 1,25 долл. в день, и показатель умеренной нищеты, составляющий 2,00 долл. в день. Кроме того, в нем показатели черты бедности были скорректированы в целях приведения их в соответствие с экономическим уровнем каждой страны. В настоящем докладе используются международные показатели черты бедности при ППС в ценах 2011 г. по состоянию на сентябрь 2011 г. Он включает черту бедности, составляющую 1,25 долл. в день (в настоящее время 1,90 долл. в день), и скорректированный показатель черты бедности, равный 2,00 долл. в день (в настоящее время 3,10 долл. в день). В настоящем докладе показатели черты бедности не согласованы с экономическим уровнем каждой страны.

- **Различия в показателях обнищания.** В докладе за 2015 г. была измерена доля населения, которое не оказалось в нищете и не подверглось еще большему обнищанию. В настоящем докладе частота обнищания (численность населения, ввергнутого в нищету) определяется как разница в показателях доли бедного населения с расходами, оплачиваемыми из собственных средств, которые учитываются в общем объеме потребления или доходов домохозяйства, и без таких расходов. В нем не измеряется доля населения, не ввергнутого в нищету и не подвергшегося еще большему обнищанию, однако оценивается роль платежей из собственных средств в увеличении глубины нищеты. Это отражает воздействие в денежном выражении расходов, покрываемых за счет собственных средств, на положение домохозяйств, которые оказались ввергнуты в нищету или подверглись еще большему обнищанию в связи с необходимостью оплачивать расходы на медицинскую помощь из своего кармана.

- **Тенденции, связанные с катастрофическими платежами и обнищанием.** В докладе за 2015 г. оценивался прогресс, достигнутый с течением времени в 23 странах. В настоящем докладе представлены изменения годового показателя частоты в процентных пунктах для 93 и 84 стран соответственно.

- **Глобальные и региональные оценки за три года.** В докладе за 2015 г. представлены средние и медианные показатели катастрофических расходов и расходов, приводящих к обнищанию, в 37 странах; при этом годы проведения обследований в разных странах не совпадали. В настоящем докладе частота на глобальном и региональном уровнях оценивалась посредством определения показателей катастрофических расходов и расходов, приводящих к обнищанию, для каждой страны мира за 2000, 2005 и 2010 гг.

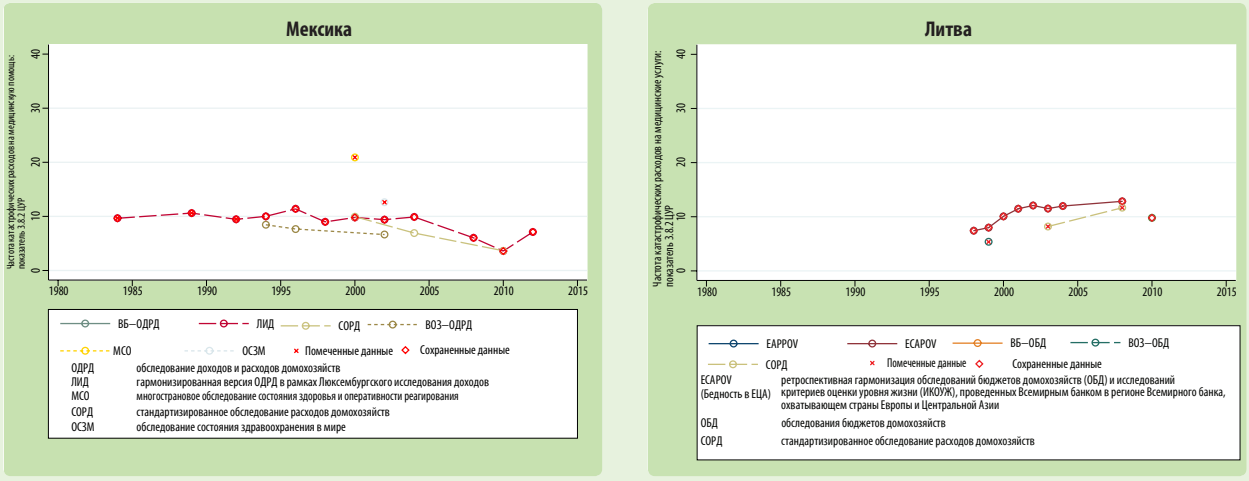
Глобальные данные и решение проблемы «отсутствующих данных»

Обследования домохозяйств

Для оценки частоты катастрофических расходов и обнищания необходимы данные репрезентативных в национальном масштабе обследований домохозяйств, которые содержат информацию о расходах на медицинскую помощь, покрываемых за счет собственных средств, а также об объеме потребления либо расходах или доходах домохозяйств. Наличие данных для получения глобальных оценок не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне. В целях подготовки настоящего доклада ВОЗ и Всемирный банк сформировали крупнейшую глобальную базу данных о финансовой защите по состоянию на сегодняшний день. Наряду с этим продолжается региональное сотрудничество и сотрудничество между странами, однако результаты такой коллективной работы не учитываются в глобальном массиве данных. Процесс, описание которого приведено ниже, ориентирован на формирование глобальной базы данных о финансовой защите. Аналогичным образом, все представленные здесь результаты получены на основе глобального массива данных, если не указано иное. Для составления такого массива было выявлено в общей сложности 1566 потенциально подходящих обследований домохозяйств, данные о которых были взяты из каталогов микроданных и других источников. 595 обследований из этой группы были исключены ввиду недоступности данных или отсутствия ключевых переменных для проведения анализа. Оставшиеся 971 база данных были проанализированы, в результате чего были получены оценки катастрофических расходов и обнищания наряду с данными вспомогательного характера. Затем эти значения были подвергнуты процедуре контроля качества *(9, 10)*: значения, недостаточно близкие к эталонному значению, равно как и не образующие согласованных временных рядов, были исключены (вставка 2.4).

Вставка 2.4. Пример процедуры проверки данных о финансовой защите

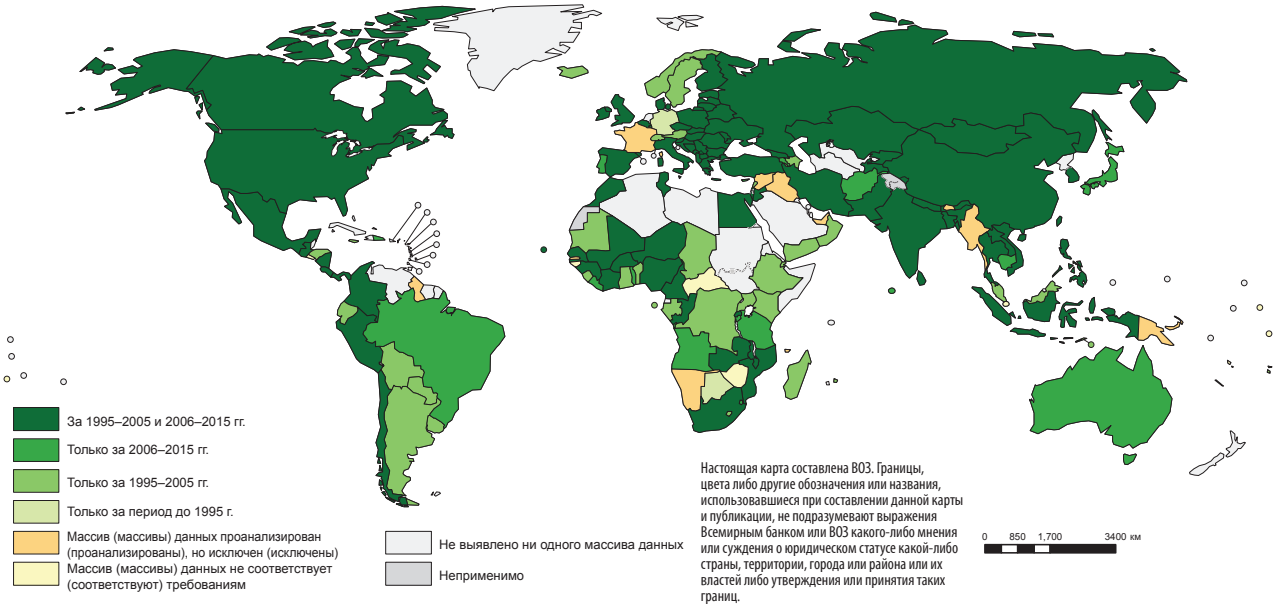
Тенденции, касающиеся различных серий данных для каждой страны, были отражены на графиках, как это сделано в двух приведенных ниже примерах, где представлены показатели катастрофических расходов (при пороговом значении, равном 10%) для Литвы и Мексики. Значения, представляющие интерес для процесса контроля качества, были помечены. Предпочтительным вариантом считалось использование одной серии данных для каждой страны; в ряде случаев это подразумевало сохранение помеченных значений, если их использование не являлось слишком проблематичным.



По завершении этого процесса подтверждения осталось 553 значения показателя катастрофических расходов (512 значений показателя обнищания) для 133 стран или территорий (122 страны или территории в случае оценки степени обнищания) за период с 1984 по 2015 г. Их распределение по странам представлено на рисунке 2.1. Глобальный массив данных в целом содержит информацию о странах, представляющих как минимум 90% мирового населения по состоянию на 2015 г.[4] Вместе с тем имеются определенные пробелы: в ряде стран не было проведено ни одного обследования, данные которого можно было бы использовать; в других странах такие обследования проводились только до 2005 г.

[4] 93% для анализа катастрофических расходов на медицинские услуги и 90% для анализа степени обнищания.

Рисунок 2.1. Наличие данных о финансовой защите в глобальной базе данных



Примечания. Общее количество стран или территорий может быть разбито на следующие группы: страны и территории, в отношении которых не выявлено данных для получения глобальных оценок (61); страны и территории с выявленными массивами данных, которые были проанализированы, но исключены (12); с выявленным массивом данных, не соответствующим установленным требованиям (10); с массивами данных только за период до 1995 г. (2); только за период 1995–2005 гг. (35); только за период 2006–2015 гг. (17); за 1995–2005 и 2006–2015 гг. (79). Наличие данных для получения глобальных оценок не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Отсутствующие данные: глобальная и региональная оценка

Лишь немногие страны проводили обследования в каждый год из трех лет, выбранных для глобальной и региональной оценки: в 2000, 2005 и 2010 гг. В связи с этим необходимо было разработать методы, позволяющие обойти проблему «отсутствующих данных». Глобальные оценки доли населения, вынужденного делать катастрофические платежи или платежи, приводящие к обнищанию, получают посредством «выстраивания» основных данных обследований для базисных лет. Эта процедура аналогична процедуре, используемой Всемирным банком для получения глобальных оценок нищеты *(11)*.

Эти же принципы используются для построения глобальных оценок частоты для 2000, 2005 и 2010 базисного года. Для каждого из этих базисных лет учитываются данные обследований за предшествующий и последующий периоды, составляющие до пяти лет. Процедура выстраивания данных описана в тексте и продемонстрирована на диаграмме во вставке 2.5 для базисного года T* и временно́го интервала вокруг базисного года, равного ±5 годам. Глобальные оценки рассчитываются для частоты катастрофических расходов на медицинскую помощь и расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, но не рассчитываются для степени обнищания.

Вставка 2.5. Оценка данных странового уровня для получения региональных и глобальных оценок катастрофических расходов на медицинскую помощь и расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию

Выстраивание данных обследований в базисные годы

1. **Значение в базисный год.** Это значение используется в странах, для которых имеется значение, полученное в результате измерений в базисный год T* (страна 1 и страна 8).
2. **Два значения в рамках диапазона.** При наличии по крайней мере двух значений за период вокруг базисного года (страна 2) и в интервале [T* – 5; T* + 5] для определения предполагаемого значения показателя катастрофических платежей в базисном году применяется линейная интерполяция.
3. **Одно значение в рамках диапазона.** При наличии только одного значения за период до (страна 3) или после (страна 4) базисного года и в интервале ±5 лет сначала оценивается многоуровневая модель показателя катастрофических платежей (обнищания) с использованием совокупной доли платежей из собственных средств (ПСС) в общих расходах на потребление (и конечном потреблении домохозяйств) в качестве объясняющей переменной. Затем значение, полученное по результатам обследования, проецируется на базисный год с использованием расчетной эластичности катастрофических платежей (обнищания) к совокупной доле ПСС в общем объеме потребления (с учетом конечного потребления домохозяйств).
4. **Подбор значений.** В отношении стран, по которым отсутствуют значения за 10-летний интервал, включающий базисный год (страны 5, 6 и 7), для проецирования на базисный год значения, полученного по результатам обследования, применяется модель, упомянутая в пункте 3 выше, с использованием доли совокупных ПСС в общем потреблении при наличии соответствующей переменной. В случае ее отсутствия для условной подстановки значения в базисном году вместо нее используется медианное значение показателя катастрофических (приводящих к обнищанию) платежей для соответствующего региона.



Распределение значений в каждой из этих четырех категорий представлено в приведенной ниже таблице. Например, для 2010 базисного года и оценки частоты катастрофических расходов на медицинскую помощь общее количество стран, в отношении которых имеется по крайней мере одно значение за период с 2005 по 2015 г., равно 101; в совокупности эти страны представляют 86,1% мирового населения.

Категории значений, используемых для построения глобальных оценок катастрофических и приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь

	[1995–2005 гг.] Базисный год 2000				[2000–2010 гг.] Базисный год 2005				[2005–2015 гг.] Базисный год 2010			
	Страны (количество)		Мировое население (%)		Страны (количество)		Мировое население (%)		Страны (количество)		Мировое население (%)	
	КР	ОР	КР	ОР	КР	ОР	КР	ОР	КР	ОР	КР	ОР
Значение в базисный год	27	25	38,4	38,2	36	34	19,9	19,2	54	54	31,4	31,4
Два значения в диапазоне	19	13	6,6	5,2	29	23	54	52,5	13	13	21,8	21,8
Одно значение в диапазоне	61	42	38	34,2	48	43	15,5	13,5	34	27	32,9	29,4
Общее количество наблюдаемых значений	107	80	83	77,6	113	100	89,4	85,2	101	94	86,1	82,6
Подбор значений	15	10	6,9	4,7	11	2	0,8	0,1	23	12	4,1	3,1
Медианное значение для региона	89	103	10,1	17,1	87	92	9,8	14,5	87	88	9,8	14,1

КР — катастрофические расходы на медицинскую помощь; ОР — приводящие к обнищанию расходы на медицинскую помощь.

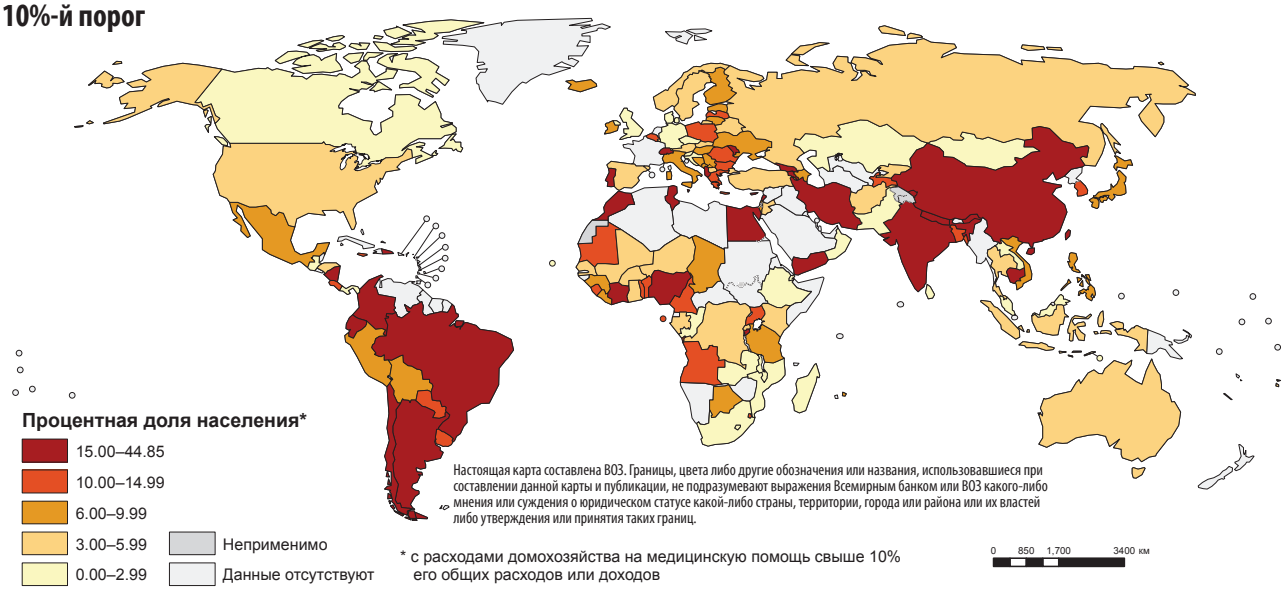
Уровни и тенденции в сфере катастрофических расходов: показатели 3.8.2 ЦУР

Различия между странами в катастрофических расходах

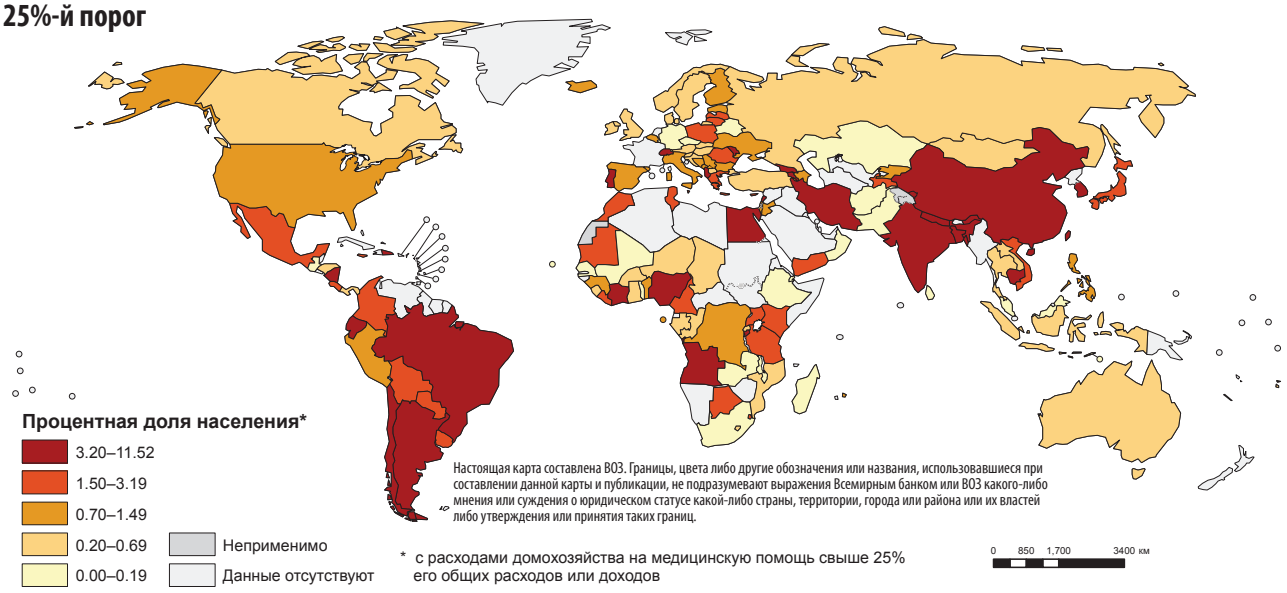
В последних из имеющихся обследований между странами отмечаются значительные различия в частоте катастрофических платежей из собственных средств (рис. 2.2). Средний и медианный показатели катастрофических платежей из собственных средств при 10%-м пороге составляет 9,2 и 7,1% (ИКШ: 10,0). При 25%-м пороге показатели неизбежно снижаются: средний и медианный коэффициенты частоты составляют 1,8 и 1,0% (ИКШ: 2,1). По случайному совпадению медианный коэффициент частоты при 25%-м пороге совпадает с коэффициентом, представленным в первом ГДМ ВОУЗ, несмотря на меньшее количество стран *(37)*, учтенных в данном докладе (вставка 2.3).

Рисунок 2.2 Частота катастрофических расходов на медицинские услуги: показатель 3.8.2 ЦУР, данные за последний год

10%-й порог



25%-й порог



Примечания. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения сопоставимости между странами, которые могут не соответствовать методам, используемым для мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь на региональном и/или национальном уровне. Глобальные оценки могут выводиться только при наличии данных для глобального мониторинга, которое не всегда совпадает с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Глобальные и региональные оценки катастрофических расходов

Согласно оценкам, полученным при агрегировании данных по странам, в 2010 г. катастрофические расходы при 10%-м пороге понесли 808 миллионов человек, что соответствовало 11,7% мирового населения в указанный год. При 25%-м пороге аналогичные показатели составляют 179 миллионов человек и 2,6% населения (табл. 2.1). В 2010 г. регионом, в котором сконцентрировано наибольшее число лиц, сталкивающихся с проблемой катастрофических платежей, являлась Азия. Здесь находится от 66 до 77% населения, затронутого данной проблемой во всем мире, в зависимости от используемого порогового значения, в то время как численность жителей региона составляет чуть менее 60% мирового населения. В том что касается числа затронутых лиц, новые данные противоречат результатам более ранних исследований, посвященных катастрофическим расходам на медицинскую помощь (вставка 2.6). Между регионами ООН существуют значительные различия в коэффициентах частоты катастрофических платежей: в 2010 г. самый высокий показатель катастрофических расходов на медицинскую помощь при 10%-м пороге был зарегистрирован в регионе Латинской Америки и Карибского бассейна (14,8%), за которым следовала Азия (12,8%); Северная Америка находилась на втором месте с конца (4,6%), а Океания — на последнем месте (3,9%).

Таблица 2.1. Глобальные и региональные тенденции в сфере катастрофических платежей: показатель 3.8.2 ЦУР

10%-й порог

	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек
Весь мир	9,7%	588,5	11,4%	741,3	11,7%	808,4
Африка	8,7%	70,7	10,3%	94,1	11,4%	118,7
Азия	10,4%	381,6	12,2%	479,2	12,8%	531,1
Латинская Америка и Карибский бассейн	13,4%	70,5	17,5%	98,3	14,8%	88,3
Северная Америка и Европа	6,2%	64,6	6,5%	68,6	6,4%	68,8
Северная Америка	5,5%	17,2	5,3%	17,4	4,6%	15,6
Европа	6,5%	47,4	7,0%	51,2	7,2%	53,2
Океания	3,5%	1,1	3,4%	1,1	3,9%	1,4

25%-й порог

	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек
Весь мир	1,9%	112,8	2,4%	154,9	2,6%	179,3
Африка	1,5%	12,3	1,9%	17,7	2,5%	25,6
Азия	2,1%	77,1	2,8%	108,7	3,1%	128,7
Латинская Америка и Карибский бассейн	2,6%	13,6	3,2%	18,0	2,5%	14,9
Северная Америка и Европа	0,9%	9,6	1,0%	10,3	0,9%	9,8
Северная Америка	1,0%	3,1	0,9%	3,0	0,8%	2,6
Европа	0,9%	6,5	1,0%	7,3	1,0%	7,2
Океания	0,5%	0,1	0,4%	0,1	0,5%	0,2

Примечания. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения сопоставимости между странами, которые могут не соответствовать методам, используемым для мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь на региональном и/или национальном уровне. Глобальные оценки могут выводиться только при наличии данных для глобального мониторинга, которое не всегда совпадает с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Вставка 2.6. Ранее полученные глобальные оценки катастрофических расходов

Единственное глобальное исследование катастрофических расходов, предшествовавшее ГДМ ВОУЗ за 2015 г., было проведено ВОЗ в 2007 г. на основе 116 обследований, охватывавших 89 стран, для которых медианным годом обследования являлся 1997 г. В этом исследовании катастрофические расходы определялись как платежи из собственных средств, превышающие 40% общего объема потребления за вычетом расчетной суммы расходов на питание. В рамках исследования были получены средний и медианный показатели катастрофических расходов, равные 2,3 и 1,5% соответственно, и сделан вывод о том, что с проблемой катастрофических расходов во всем мире ежегодно сталкиваются около 150 миллионов человек *(2, 10)*.

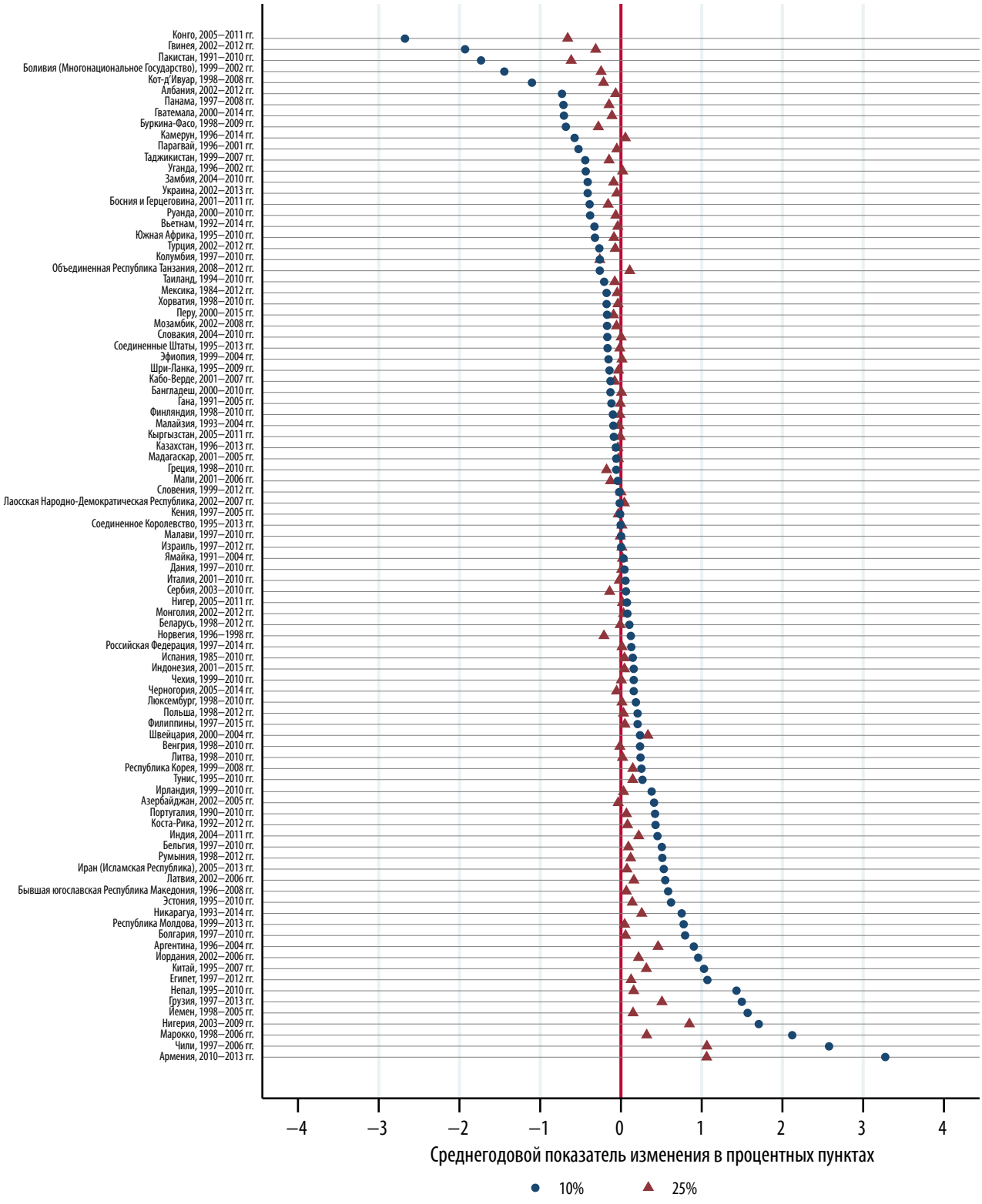
Новые глобальные данные, представленные в настоящем докладе, дополнительно включают 418 массивов данных, касающихся еще 44 стран, для которых медианным годом является 2004 г. При использовании определения катастрофических расходов, наиболее близкого к определению, применявшемуся в исследовании ВОЗ 2003 г., а именно «расходы на медицинскую помощь, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 40% объема потребления непродовольственных товаров», глобальный показатель частоты в 2000 г. оценивается в 2,7%, что соответствует 166 миллионам человек. В 2005 г. этот показатель повышается до 3% (193 миллиона человек) и, по оценкам, остается на этом уровне вплоть до 2010 г., однако увеличение численности населения означает, что еще 15 миллионов человек расходуют на медицинскую помощь более 40% объема потребления непродовольственных товаров, оплачивая их из собственных средств. Увеличение частоты в период с 2000 по 2005 г. является менее резким в случае использования показателя непродовольственного потребления, нежели в случае применения показателей ЦУР; в период с 2005 по 2010 г. показатель непродовольственного потребления не меняется, в то время как показатели 3.8.2 ЦУР для 10% го и 25% го порогов возрастают.

Тенденции в сфере катастрофических расходов

При 10%-м пороге среднегодовое изменение показателей частоты катастрофических расходов варьирует в интервале от –2,7% в год в Конго (2005–2011 гг.) до 3,3% в год в Армении (2010–2013 гг.) (рис. 2.3). В 48 из 94 стран, по которым имеются данные за два года и более (что соответствует 52%), частота катастрофических расходов, оплачиваемых из собственных средств, со временем возрастала. При 25%-м пороге частота катастрофических платежей увеличилась в 54% стран. Согласно ГДМ ВОУЗ за 2015 г., соответствующие показатели возрастали только в 48% из 23 стран, располагавших данными о тенденциях. Медианные годовые изменения уровня катастрофических платежей из собственных средств, не взвешенные по численности населения, составляют 0,03 и 0,01% для пороговых значений, равных 10 и 25% соответственно, в то время как показатели, взвешенные по численности населения, составляют 0,45 и 0,22%; тот факт, что последние из представленных показателей являются более высокими, означает, что частота катастрофических платежей медленнее снижается либо быстрее возрастает в более густонаселенных странах.

После 2000 г. процентная доля и численность населения, сталкивающегося с проблемой катастрофических платежей, увеличились для всех пороговых значений (табл. 2.1). При пороге, равном 10%, регионом с наиболее быстрым ростом численности населения, испытывающего такую проблему, является Африка (увеличение в среднем на 5,9% в год), за которой следует Азия (увеличение на 3,6% в год). Единственным регионом, в котором отмечается сокращение показателей частоты возникновение данной проблемы и численности затронутого его населения, стала Северная Америка (уменьшение на 0,9% в год).

Рисунок 2.3. Изменение годового показателя частоты катастрофических расходов на медицинскую помощь в процентных пунктах: показатель 3.8.2 ЦУР



Примечание. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения сопоставимости между странами, которые могут не соответствовать методам мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь, используемым на региональном и/или национальном уровне. Глобальные оценки основаны на данных, доступных для глобального мониторинга, которым не всегда соответствует наличие данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

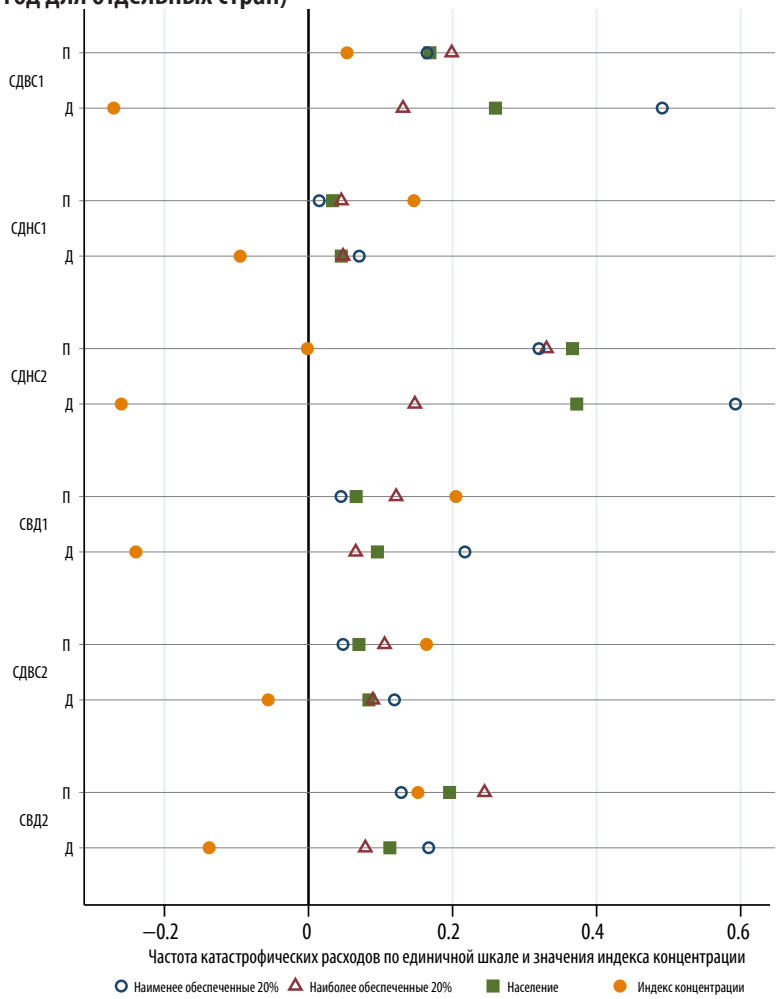
Неравенство в сфере катастрофических расходов

Как уже объяснялось выше (вставка 2.2), более высокая частота катастрофических расходов в группах бедного или богатого населения, по всей вероятности, отчасти зависит от a) оценки уровня жизни на основе потребления или доходов и b) любых вычетов из доходов или потребления на расходы, связанные с приобретением предметов первой необходимости.

Чувствительность неравенства к выбору между доходами или потреблением обусловлена тем, что домохозяйство с низкими доходами может казаться относительно состоятельным, если его уровень жизни оценивается на основе объема потребления, включающего самостоятельно оплачиваемые расходы на медицинскую помощь, в случае если оно берет деньги взаймы (или использует свои сбережения) для покрытия своих расходов из собственных средств. По этой причине самостоятельно оплачиваемые расходы на медицинскую помощь, скорее всего, будут в большей степени сконцентрированы в группе обеспеченных домохозяйств (либо в меньшей степени сконцентрированы в группе малоимущих домохозяйств) при оценке условий жизни на основе потребления (без вычета самостоятельно оплачиваемых расходов), нежели при их оценке на основе [текущих] доходов.

Именно это происходит в странах с разными уровнями доходов, когда массив данных содержит сведения как о потреблении, так и о доходах (на рис. 2.4 представлены результаты для подмножества таких стран). При ранжировании домохозяйств по уровню доходов в наименее обеспеченном квинтиле выборки отмечается довольно высокий коэффициент катастрофических расходов. Если же основой ранжирования является объем потребления, то аналогичный показатель в наименее обеспеченном квинтиле является относительно низким. В этом подмножестве стран индекс концентрации для частоты катастрофических расходов всегда отрицателен при ранжировании домохозяйств по уровню доходов, что указывает на более высокие показатели для малоимущих лиц, и в большинстве случаев имеет положительное значение при ранжировании домохозяйств по объему потребления без вычета самостоятельно оплачиваемых

Рисунок 2.4. Неравенство в показателе 3.8.2 ЦУР, характеризующем частоту катастрофических расходов на медицинскую помощь, при ранжировании по объему потребления в сравнении с уровнем доходов (данные за последний год для отдельных стран)



Примечания. П — домохозяйства, ранжированные по объему потребления; СВД — страна с высоким уровнем доходов; Д — домохозяйства, ранжированные по уровню доходов; СДНС — страна с доходами ниже среднего уровня; СДВС — страна с доходами выше среднего уровня.

Катастрофические расходы на медицинскую помощь определяются как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10% общего объема потребления или расходов домохозяйства (подход, учитывающий долю бюджета, показатель 3.8.2 ЦУР). На рисунке представлена частота катастрофических расходов по единичной шкале (например, 0,2 соответствует 20%) на национальном уровне (население) и для наименее и наиболее обеспеченных 20% населения. На рисунке также указан индекс концентрации для частоты катастрофических расходов в двух СВД, двух СДВС и двух СДНС.

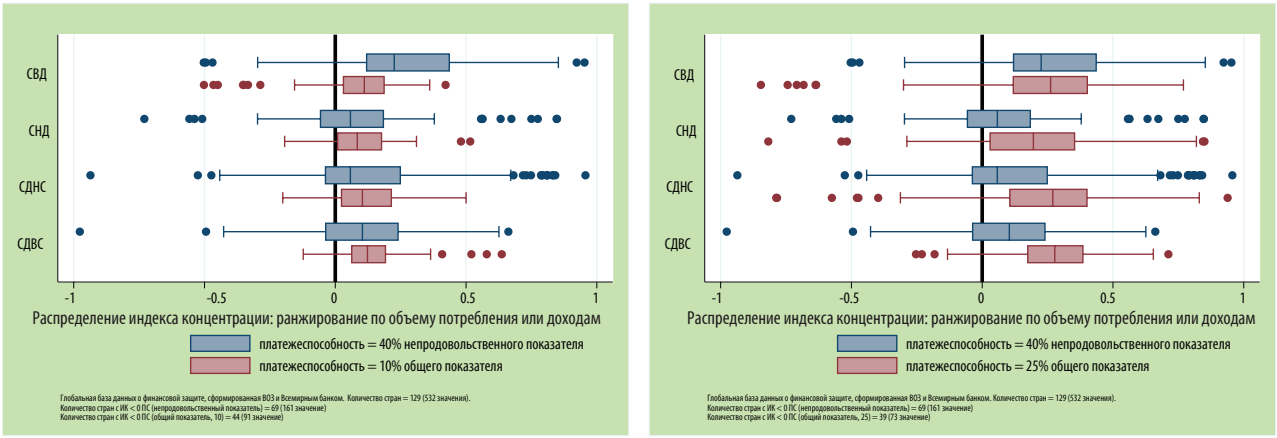
Источник: расчеты Всемирного банка на основе согласованных массивов данных *Люксембургского исследования доходов*.

расходов, что свидетельствует о более высоких показателях в группе состоятельного населения.

Повышение концентрации катастрофических расходов в группе малоимущего населения либо отсутствие такого повышения также зависит от вычета расходов на предметы первой необходимости и процедуры проведения таких вычетов, как было указано выше во вставке 2.2.

На рисунке 2.5 представлены результаты для 129 стран и 532 значений. Рисунок показывает, что при ранжировании домохозяйств по общему объему потребления или уровню доходов катастрофические расходы, определяемые как 40% потребления непродовольственных товаров (подход, предусматривающий учет фактических расходов на питание), чаще бывают сконцентрированы в группе малоимущего населения, нежели в случаях, когда катастрофические расходы определяются как 10 или 25% общего объема потребления или доходов (т.е. когда вычет расходов на предметы первой необходимости не производится). Индекс концентрации при использовании подхода, предусматривающего учет фактических расходов на питание, является отрицательным для 30% значений в целом, однако эти значения получены главным образом в странах с низким и средним уровнем доходов; в странах с высоким уровнем доходов он чаще всего бывает положительным. Индекс концентрации при использовании подхода, учитывающего долю бюджета, является отрицательным только для 17 и 14% значений в случаях применения порогов общего потребления, равных 10 и 25% соответственно. Используемый Европейским региональным бюро ВОЗ показатель демонстрирует, что катастрофические расходы неизменно концентрируются в группах малоимущего населения 25 стран, включенных в исследование (вставка 2.7).

Рисунок 2.5 Неравенство в частоте катастрофических расходов, определяемой с помощью показателя 3.8.2 ЦУР или подхода, учитывающего фактические расходы на непродовольственные товары: данные за последний год



ПС — платежеспособность; ИК — индекс концентрации; СВД — страна с высоким уровнем доходов; СДНС — страна с доходами ниже среднего уровня; СНД — страна с низким уровнем доходов; СДВС — страна с доходами выше среднего уровня.

Примечания. Катастрофические расходы на медицинскую помощь определяются как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10 и 25% общего объема потребления или доходов (подход, учитывающий долю бюджета, с двумя порогами — показатель 3.8.2 ЦУР), а также как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 40% объема непродовольственного потребления (подход, предусматривающий учет фактических расходов на питание). Распределение индекса концентрации в 129 странах в последний год продемонстрировано с помощью коробчатых диаграмм. 129 стран разбиты на группы доходов, установленные Всемирным банком, по состоянию на последний год (СВД, СДВС, СНД, СДНС). Для каждой группы медианное значение индекса концентрации соответствует линии, разделяющей коробку на две части. Верхняя граница коробки указывает значение, ниже которого находятся 75% индексов концентрации (75-й процентиль). Нижняя граница коробки соответствует значению, ниже которого находятся 25% индексов концентрации (25-й процентиль). Полученные ВОЗ и Всемирным банком расчетные значения основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

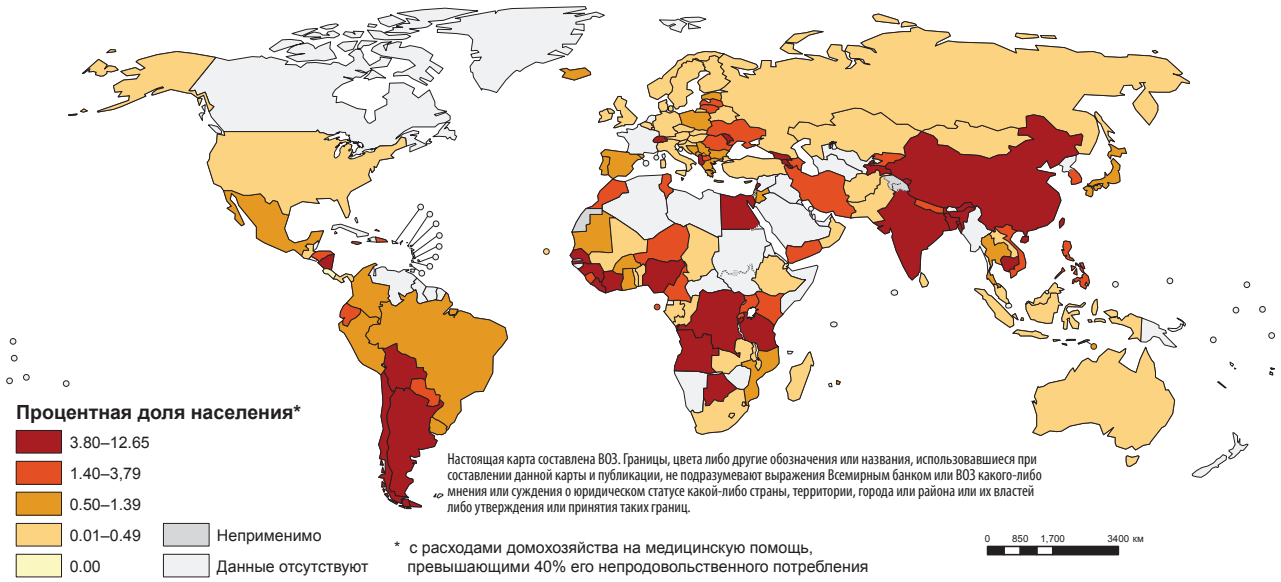
Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Уровни и тенденции в сфере катастрофических расходов: показатели, не включенные в ЦУР

Расходы на непродовольственные товары как мера платежеспособности

При установлении порога катастрофических платежей на уровне 40% потребления непродовольственных товаров средний и медианный показатели частоты катастрофических расходов, не взвешенные по численности населения, составляют 2,1 и 1,0%. На рисунке 2.6 представлена частота катастрофических расходов в разных регионах мира, определяемая на основе непродовольственного показателя, с разделяющими точками, выбранными таким образом, чтобы разбить располагающие данными страны на пять равных по размеру групп аналогично тому, как это сделано на рисунке 2.2. Использование заметно более светлых оттенков цвета, чем на рисунке 2.2, для Северной и Южной Америки и заметно более темных для Африки и Азии (более бедных в сравнении с остальными регионами) отражает тот факт, что непродовольственный показатель фиксирует более высокую частоту катастрофических расходов для малоимущего населения, нежели показатель, связанный с общим потреблением. В соответствии с этим определением катастрофические расходы на медицинскую помощь понесли около 208 миллионов человек (3% мирового населения) (табл. 2.2). Увеличение численности населения, сталкивающегося с проблемой катастрофических платежей при пороговом значении, равном 40% расходов на непродовольственные товары, целиком обусловлено положением в Азии (увеличение на 2,6% в год) и Африке (увеличение на 4,9% в год). В других регионах численность незащищенного населения остается неизменной (Океания) или уменьшается (Европа, Латинская Америка и Карибский бассейн, Северная Америка).

Рисунок 2.6 Частота катастрофических расходов на медицинскую помощь, соответствующих 40% потребления непродовольственных товаров, за последний год



Примечания. Полученные ВОЗ и Всемирным банком расчетные значения основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Таблица 2.2 Глобальные и региональные оценки катастрофических платежей, определяемых с помощью 40%-го порога потребления непродовольственных товаров

	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек	% населения	Млн человек
Весь мир	2,7%	166,8	3,0%	193,1	3,0%	208,2
Африка	2,6%	21,1	3,1%	28,6	3,3%	34,0
Азия	3,4%	124,3	3,7%	146,4	3,9%	160,8
Латинская Америка и Карибский бассейн	1,9%	10,2	1,8%	9,8	1,1%	6,8
Северная Америка и Европа	1,1%	11,2	0,8%	8,2	0,6%	6,4
Северная Америка	0,5%	1,5	0,4%	1,2	0,3%	1,1
Европа	1,3%	9,7	1,0%	7,0	0,7%	5,3
Океания	0,3%	0,1	0,2%	0,1	0,2%	0,1

Примечания. Полученные ВОЗ и Всемирным банком расчетные значения основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Национальный и региональный анализ имеет важное значение для определения факторов, укрепляющих и подрывающих финансовую защиту, и выявления возможных последствий и вариантов политики. Во вставке 2.7 показано, каким образом этот анализ проводится в Европейском регионе ВОЗ.

Вставка 2.7. Мониторинг финансовой защиты в Европейском регионе ВОЗ

Чем занимается Европейское региональное бюро ВОЗ? В 2014 г. Европейский регион ВОЗ приступил к реализации многолетнего проекта по обеспечению свежих данных о финансовой защите с помощью нового метода оценки катастрофических расходов на медицинскую помощь и расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, и комплексного подхода к мониторингу. Данный проект направлен на мониторинг финансовой защиты, который позволяет получить ценные доказательные данные для разработки политики, способствует реализации стратегий, ориентированных на малоимущее население, в целях устранения связи между плохим состоянием здоровья и нищетой и является актуальным для всех государств — членов ВОЗ в Европейском регионе, включая страны с высоким уровнем доходов.

Отличия данного подхода. Во-первых, разработанный для оценки катастрофических платежей из собственных средств метод опирается на подход, который учитывает платежеспособность и используется ВОЗ в рамках более широкой программы мониторинга ВОУЗ, и направлен на устранение некоторых из его ограничений (вставка 2.2) *(7, 12)*. Он предполагает для всех домохозяйств последовательный вычет стандартной суммы, соответствующей расходам на удовлетворение трех базовых потребностей — питание, жилье (аренда) и коммунальные услуги. Эта стандартная сумма называется чертой базовых потребностей или чертой бедности. При использовании данного подхода катастрофические расходы с большей вероятностью будут сконцентрированы в группе малоимущего населения, нежели в случае применения подхода, предполагающего учет доли бюджета, или других подходов, связанных с оценкой платежеспособности (вставка 2.2). Во-вторых, домохозяйства классифицируются в соответствии с риском их обнищания после платежей из собственных средств с использованием черты базовых потребностей. В третьих, Европейский регион работает с национальными экспертами в целях проведения углубленного анализа финансовой защиты в долгосрочной перспективе с учетом конкретных условий для повышения актуальности политических решений на страновом уровне.

В 2018 г. эти страновые доклады станут основой для подготовки регионального мониторингового доклада, в котором будут рассмотрены тенденции в отношении частоты и факторов, способствующих возникновению финансовых трудностей с течением времени внутри стран; тенденции в отношении неравенства в обеспечении финансовой защиты внутри стран и между странами; и вопросы доступа, включая неудовлетворенные потребности в медицинской помощи. В региональном докладе будут также отмечены примеры надлежащей практики и последствия для разработки политики.

Выводы. Сочетание данного метода с анализом, учитывающим конкретную ситуацию, обеспечивает богатую информацию, имеющую практическую ценность для определения политики. На основе предварительных результатов для 25 стран Европейского региона ВОЗ (7) можно сделать следующие выводы.

- Домохозяйства из наименее обеспеченного квинтиля во всех странах с большей вероятностью сталкиваются с проблемой катастрофических расходов на медицинскую помощь.
- Лекарства для амбулаторных больных являются одним из основных движущих факторов катастрофических расходов на медицинскую помощь: в странах с относительно высокими показателями частоты катастрофических расходов на медицинскую помощь большинство катастрофических платежей из собственных средств связано с приобретением таких лекарств; в малообеспеченных домохозяйствах большинства стран бóльшую часть катастрофических платежей из собственных средств составляют платежи за лекарства для амбулаторных больных.
- Изменения в уровне финансовой защиты могут быть связаны с изменениями политики внутри страны и политическими различиями между странами; например, в Латвии отмена льгот по доплатам после экономического кризиса не изменила общую частоту катастрофических расходов на медицинскую помощь, однако увеличила финансовые трудности для малообеспеченных домохозяйств (13).
- В разных странах частота катастрофических расходов на медицинскую помощь устойчиво возрастает при увеличении доли расходов, покрываемых из собственных средств, в общих расходах на медицинскую помощь, однако существует ряд исключений; это подчеркивает важность тщательной разработки политики наряду с увеличением государственных расходов на здравоохранение в целях укрепления финансовой защиты.

Страны, охваченные исследованием Европейского регионального бюро ВОЗ: Австрия, Албания, Венгрия, Германия, Греция, Грузия, Ирландия, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Португалия, Республика Молдова, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Турция, Украина, Франция, Хорватия, Чехия, Швеция и Эстония.

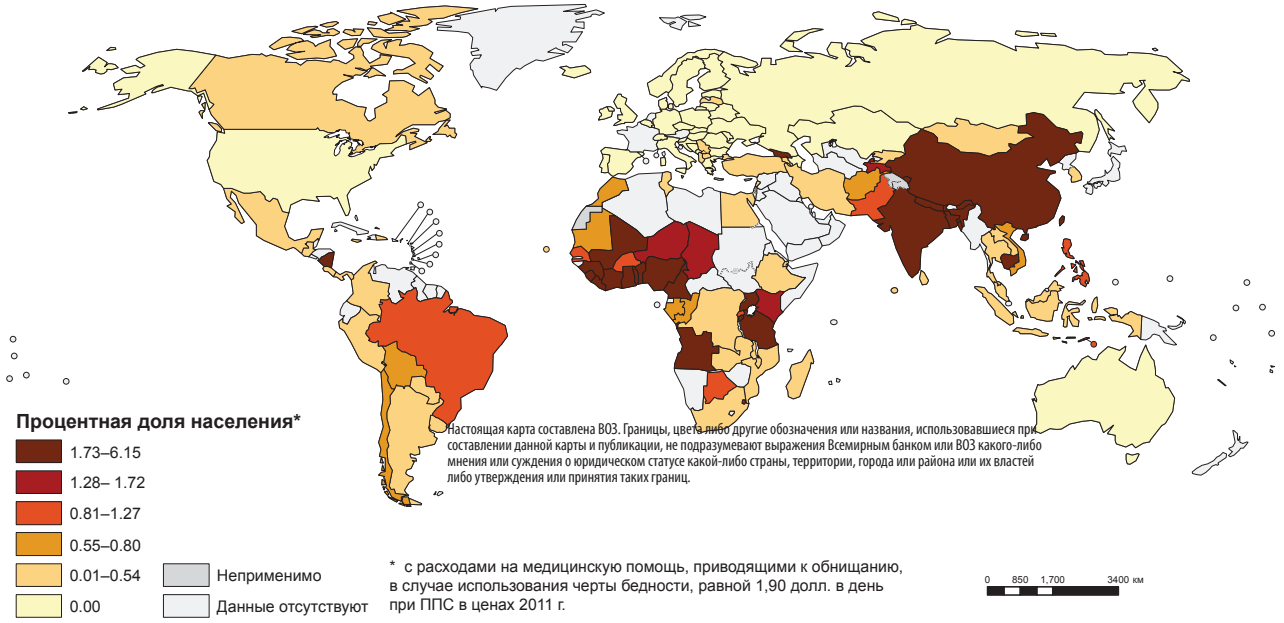
Уровни и тенденции обнищания из-за расходов, покрываемых из собственных средств: показатели, не включенные в ЦУР

Различия между странами в степени обнищания

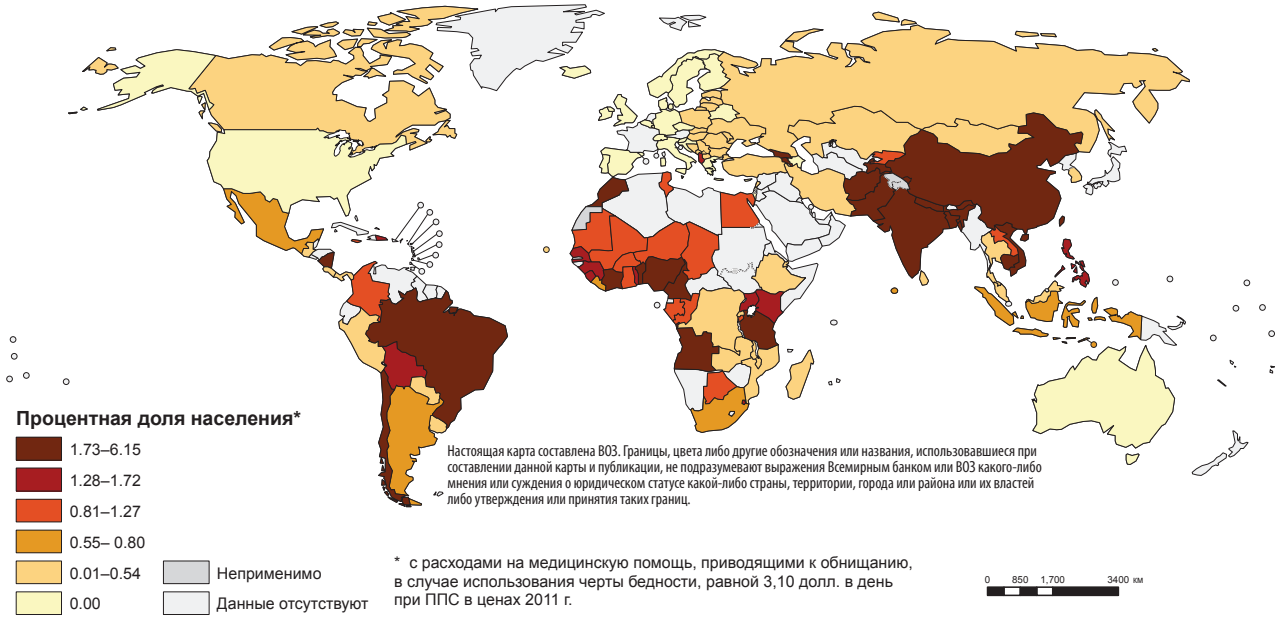
По данным наших последних обследований, частота платежей из собственных средств, приводящих к обнищанию, при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, в разных странах колеблется в широких пределах (рис. 2.7), от 0,0% во всех странах с высоким уровнем доходов до 4,5% в стране с доходами ниже среднего уровня. Медианные показатели обнищания, взвешенные по численности населения, равны 1,86% при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, и 2,44% при использовании черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день.

Рисунок 2.7. Частота обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми из собственных средств, для показателей черты бедности, равных 1,90 долл. в день и 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г. (данные за последний год)

Черта бедности, равная 1,90 долл. в день



Черта бедности, равная 3,10 долл. в день



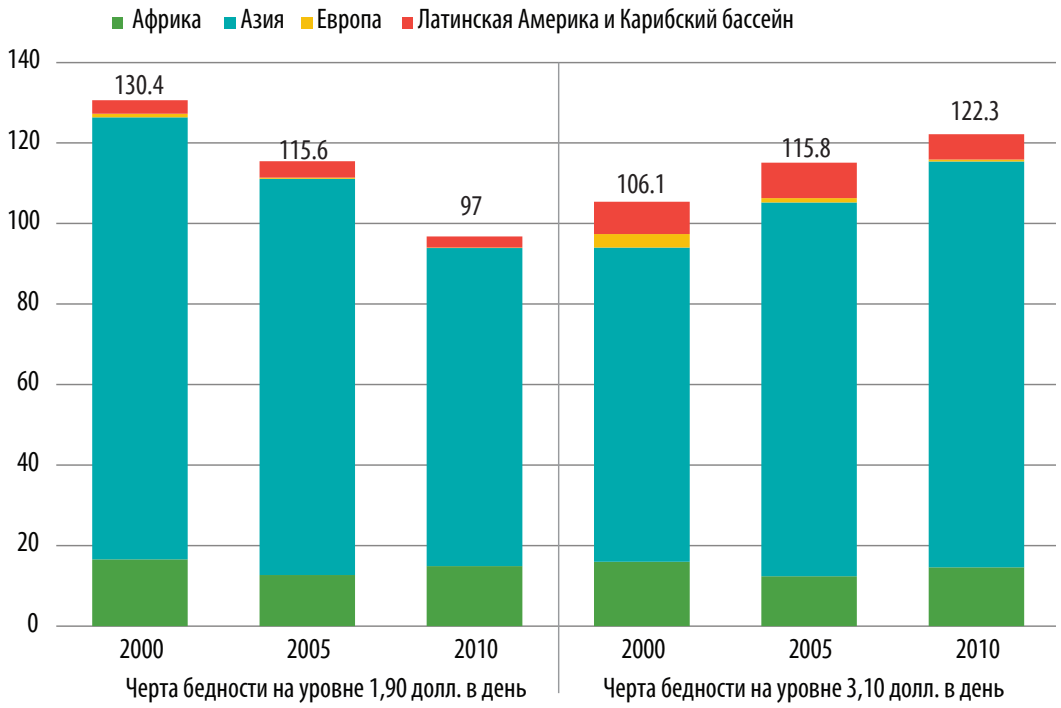
Примечания. Полученные ВОЗ и Всемирным банком расчетные значения основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга степени обнищания в связи с расходами, покрываемыми из собственных средств. В частности, международные показатели черты бедности, равные 1,90 долл. в день и 3,10 долл. в день, больше подходят для стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, причем черта бедности, составляющая 1,90 долл. в день, указывает на крайнюю нищету, которая представляет собой редкое явление в странах с доходами выше среднего уровня и странах с высоким уровнем доходов. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Глобальные и региональные оценки степени обнищания

Согласно оценкам, полученным при агрегировании данных по странам, в 2010 г. расходы на медицинскую помощь, покрываемые из собственных средств, привели к обнищанию 97 миллионов человек в случае использования для вычислений черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, что соответствовало 1,4% мирового населения (рис. 2.8). При использовании черты бедности, равной 3,10 долл. в день, данный показатель составляет 122 миллиона человек (1,8%). Оценки за 2010 г. различаются по регионам ООН, причем самые высокие показатели обнищания при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, зарегистрированы в Азии и Африке (1,9 и 1,4% соответственно). На долю этих двух регионов приходится 97% мирового населения, обнищавшего из-за расходов на медицинскую помощь, покрываемых из собственных средств, при использовании черты бедности, равной 1,90 долл. в день.

Рисунок 2.8. Глобальные и региональные тенденции обнищания из-за расходов на медицинскую помощь, покрываемых из собственных средств, для показателей черты бедности, равных 1,90 долл. в день и 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.



Примечания. На рисунке не показаны Северная Америка и Океания, поскольку при использовании международных показателей черты бедности коэффициенты обнищания в этих двух регионах близки к нулю или равны ему. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга степени обнищания в связи с расходами, покрываемыми за счет собственных средств. В частности, международные показатели черты бедности, равные 1,90 и 3,10 долл. в день, больше подходят для стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, причем черта бедности, составляющая 1,90 долл. в день, указывает на крайнюю нищету, которая представляет собой редкое явление в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

Тенденции обнищания

При использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, среднегодовое изменение степени обнищания колеблется в интервале от 0,6% в год в Таджикистане (2003–2007 гг.) до 0,2% в год в Нигерии (2003–2009 гг.) (рис. 2.9). В 17 из стран, о которых имеются данные за два года и более (что соответствует 20%), частота покрываемых за счет собственных средств расходов, приводящих к обнищанию, при

Рисунок 2.9. Изменение годового показателя частоты обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств, в процентных пунктах: показатели черты бедности, равные 1,90 долл. в день и 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.



Примечания. Полученные ВОЗ и Всемирным банком расчетные значения основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга степени обнищания в связи с расходами, покрываемыми за счет собственных средств. В частности, международные показатели черты бедности, равные 1,90 долл. и 3,10 долл. в день, больше подходят для стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, причем черта бедности, составляющая 1,90 долл. в день, указывает на крайнюю нищету, которая представляет собой редкое явление в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, со временем увеличивалась. Показатель для черты бедности, соответствующей 3,10 долл. в день, равен 29%. Взвешенные по численности населения медианные годовые изменения показателей платежей из собственных средств, приводящих к обнищанию, составляют 0,02% в год при использовании черты бедности, равной 1,90 долл. в день, и 0,11% в год при использовании черты бедности, равной 3,10 долл. в день.

При использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, численность и процентная доля лиц, затронутых проблемой глобального обнищания, в период с 2000 по 2010 г. сократились с 130 миллионов человек (2,1%) до 97 миллионов человек (1,4%) (рис. 2.8). В противоположность этому при использовании черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день, процентная доля и численность обнищавшего населения увеличились с 106 миллионов человек (1,7%) до 122 миллионов человек (1,8%). В период с 2000 по 2010 г. частота обнищания менялась неодинаково в разных регионах ООН: в Африке отмечалось сокращение обнищания при использовании показателей черты бедности, составляющих 1,90 долл. и 3,10 долл. в день, в то время как в Азии было зарегистрировано значительное сокращение обнищания при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, и увеличение при использовании черты бедности, равной 3,10 долл. в день, причем значения за 2010 г. превышали соответствующие значения 2000 г. Это отражает рост уровня жизни в Азии, позволяющий населению оказаться выше верхней черты бедности и увеличивающий вероятность выхода из нищеты для семей, которые могли бы попасть в еще более бедственное положение из-за самостоятельно оплачиваемых расходов на медицинскую помощь.

Масштаб расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию

В последних обследованиях, доступных для глобального мониторинга, увеличение зазора бедности, обусловленного самостоятельно оплачиваемыми расходами на медицинскую помощь, и измеренного при использовании черты бедности, составляющей 3,10 долл. в день, колеблется в широких пределах в зависимости от конкретной страны (рис. 2.10), от 0 центов на душу населения в международных долларах в странах с высоким уровнем доходов до 12 центов на душу населения в странах с низким уровнем доходов при ППС в ценах 2011 г. Эту сумму можно интерпретировать как сумму на душу населения, на которую в среднем расходы, покрываемые из собственных средств, выталкивают домохозяйство за черту бедности или усугубляют его нищету. Взвешенное по численности

Рисунок 2.10. Зазор бедности, обусловленный покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в международных долларах на душу населения для показателей черты бедности, равных 1,90 долл. в день и 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.

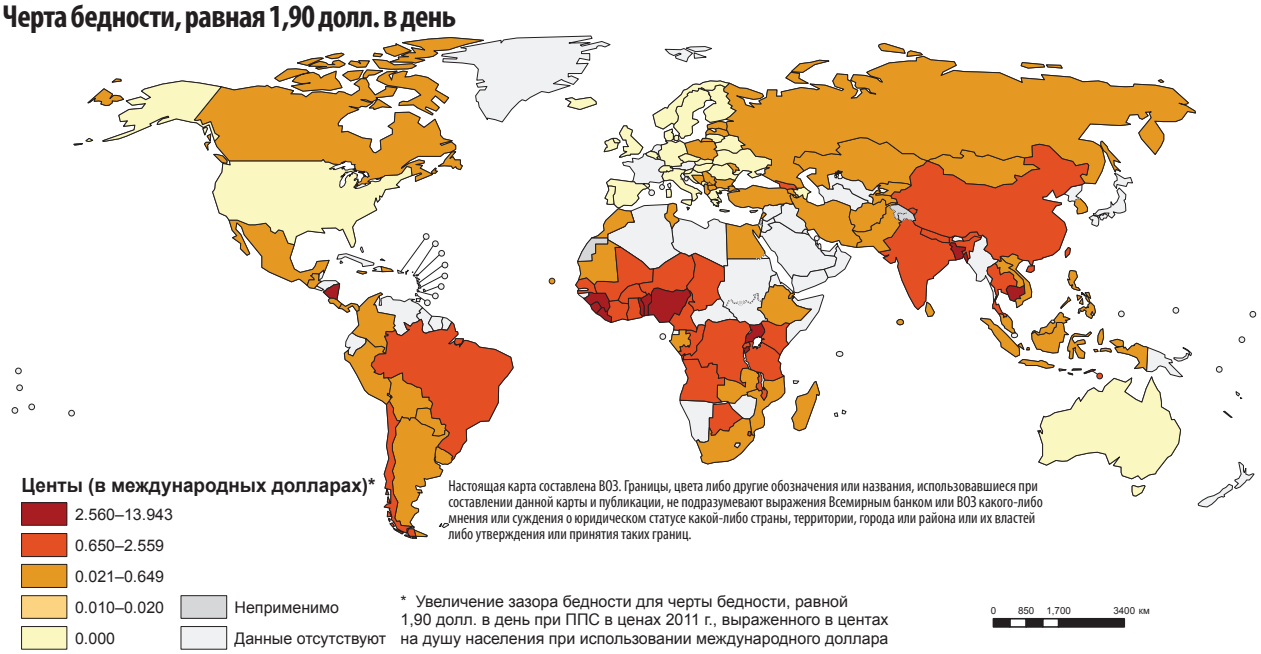
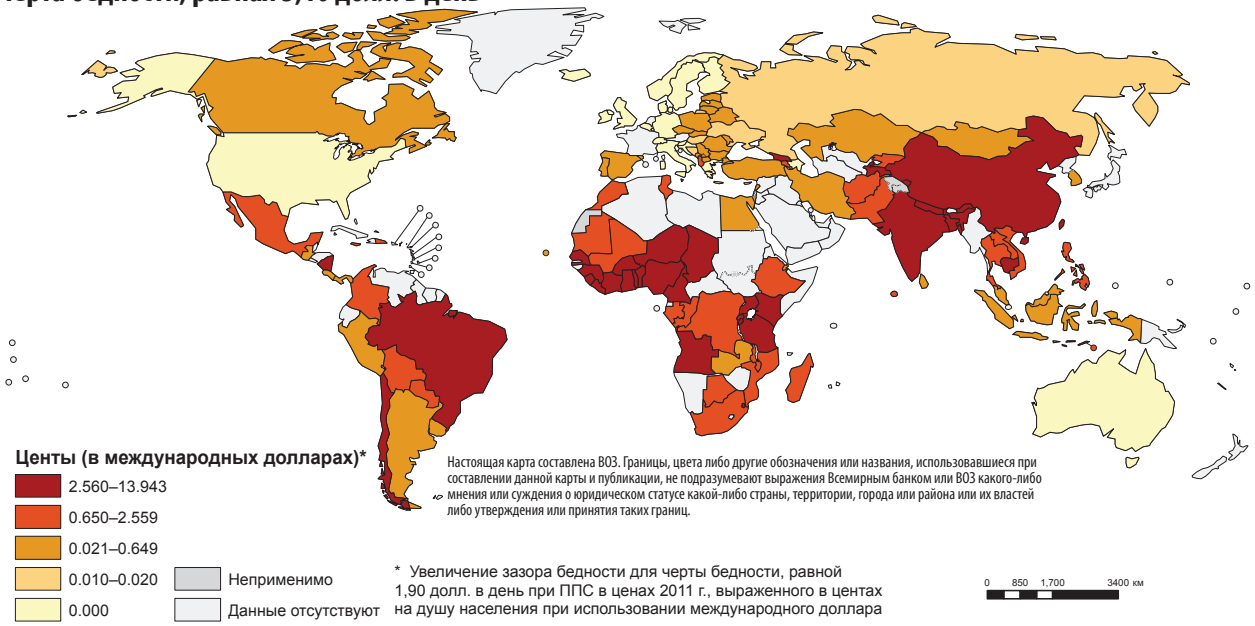


Рисунок 2.10. *(продолжение)*

Черта бедности, равная 3,10 долл. в день



Центы (в международных долларах) — международный доллар; ПСС — платежи из собственных средств за оказание медицинской помощи.

Примечания. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановых сопоставлений, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга степени обнищания в связи с расходами, покрываемыми за счет собственных средств. В частности, международные показатели черты бедности, равные 1,90 долл. и 3,10 долл. в день, больше подходят для стран с низким уровнем доходов и доходами ниже среднего уровня, причем черта бедности, составляющая 1,90 долл. в день, указывает на крайнюю нищету, которая представляет собой редкое явление в странах с доходами выше среднего уровня и высоким уровнем доходов. Основой глобальных оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Источник: Глобальная база данных о финансовой защите, сформированная ВОЗ и Всемирным банком.

населения медианное увеличение зазора бедности в связи с самостоятельно оплачиваемыми расходами на медицинскую помощь в 121 стране составляет 1,22 цента на душу населения при ППС в ценах 2011 г. в случае использования черты бедности, равной 1,90 долл. в день при аналогичном ППС, и 3,74 цента на душу населения при ППС в ценах 2011 г. в случае использования черты бедности, равной 3,10 долл. в день.

Для 84 стран, в отношении которых имеются обследования за два года или более, взвешенные по численности населения медианные годовые изменения в показателях увеличения зазора бедности, обусловленного самостоятельно оплачиваемыми расходами на медицинскую помощь, составляют –0,12 цента в год при ППС в ценах 2011 г. в случае использования черты бедности, равной 1,90 долл. в день, и –0,03 цента в год при ППС в ценах 2011 г. в случае использования черты бедности, равной 3,10 долл. в день. Таким образом, при использовании черты бедности, составляющей 1,90 долл. в день, показатели частоты и масштаба обнищания снижались; в отличие от этого при использовании черты бедности, равной 3,10 долл. в день, частота обнищания возрастала при одновременном (хотя и незначительном) уменьшении его масштаба.

Низкая частота катастрофических расходов на медицинскую помощь и/или расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию, может быть обусловлена не только защитой населения от финансовых трудностей, которые связаны с расходами, покрываемыми за счет собственных средств, но и неполучением необходимой помощи в связи с отсутствием у населения доступа к ней или материальных возможностей. По этой причине обеспечение финансовой защиты необходимо рассматривать одновременно с охватом услугами (вставка 2.8).

Дальнейшие действия

В данной главе основное внимание уделяется показателям финансовой защиты. В ней показывается, что мониторинг финансовой защиты можно осуществлять с помощью стандартных методов, позволяющих проводить межстрановые сопоставления и обеспечивающих важные дополнительные показатели для национальных и региональных систем мониторинга в эпоху ЦУР. В дальнейшем цель будет состоять в получении дезагрегированных показателей катастрофических расходов на медицинскую помощь для разных социально-экономических групп и мест проживания (город/сельский район) и использовании вместо крайней и умеренной нищеты других значимых показателей черты бедности, определяемых на национальном, региональном и международном уровнях, для получения показателей, касающихся расходов на медицинскую помощь, приводящих к обнищанию.

Вставка 2.8 Охват услугами и финансовая защита

Обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами можно оценить с помощью показателей 3.8.1 и 3.8.2 ЦУР, характеризующих охват услугами и финансовую защиту. **Показатель 3.8.1 ЦУР (охват услугами)** — индекс охвата основными услугами — оценивает общий прогресс, достигнутый страной в обеспечении основных медико-санитарных услуг необходимого качества. Высокие значения данного индекса свидетельствуют о высоком уровне охвата услугами. Предоставление медико-санитарных услуг во всех случаях требует финансирования. Если оно обеспечивается посредством платежей из собственных средств, нередко возникают финансовые трудности. **Показатель 3.8.2 ЦУР (финансовая защита)** устанавливает долю населения, несущего катастрофические расходы, которая определяется как часть населения, оплачивающего из собственных средств расходы на медицинскую помощь, которые превышают 10 или 25% общих расходов или доходов домохозяйства. Низкая частота катастрофических расходов может быть обусловлена не только способностью системы финансирования здравоохранения ограничить платежи из собственных средств, но и низким уровнем охвата услугами.

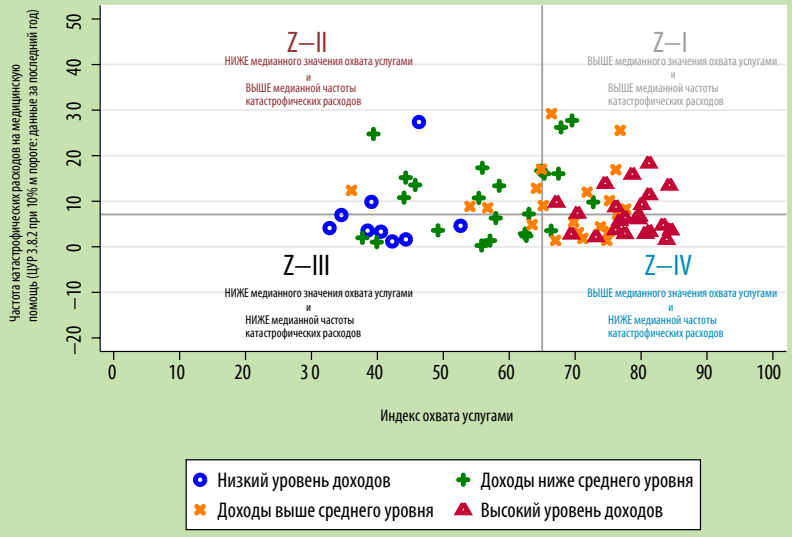
В целях одновременной оценки уровней охвата услугами и финансовой защиты с помощью показателей ЦУР выборка ограничивается странами, располагающими первичными данными о катастрофических расходах на медицинскую помощь за период 2008–2015 гг. и источниками первичных данных в отношении более чем половины компонентов индекса охвата услугами. В результате мы получаем перечень из 76 стран, на долю которых в 2015 г. приходится 62% мирового населения, включая девять стран, отнесенных к категории с низким уровнем доходов по состоянию на 2015 г. (32% населения, проживавшего в СНД в 2015 г.), 23 страны с доходами ниже среднего уровня по состоянию на 2015 г. (87% населения СДНС), 21 страну с доходами выше среднего уровня по состоянию на 2015 г. (37% населения СДВС) и 23 страны с высоким уровнем доходов по состоянию на 2015 г. (69% населения СВД).

Диаграмма, ниже, разделена на четыре зоны, ограниченные медианным значением индекса охвата услугами для 183 стран и медианной частотой катастрофических расходов при 10% м пороге для 132 стран, в отношении которых имеются первичные данные. Использование медианной частоты катастрофических расходов при 25% м пороге дает иные результаты лишь в нескольких случаях, которые непосредственно рассматриваются ниже, но не представлены на диаграмме. На медианные значения, безусловно, влияет состав выборки, поэтому любые межстрановые сопоставления являются относительными и никоим образом не предполагают, что медианные значения определяют поставленные задачи.

В 22 странах зафиксированы сравнительно высокие показатели охвата услугами и финансовой защиты, что является целью ВОУЗ (зона Z-IV). Еще в 22 странах отмечаются очень высокие значения индекса охвата услугами при сравнительно высокой частоте катастрофических расходов (зона Z-I). Во всех 23 странах с высоким уровнем доходов уровни охвата услугами превышают медианное значение (зоны Z-IV или Z-I), однако не все из них одинаково хорошо защищают домохозяйства от катастрофических расходов. Доля лиц, расходующих более 10% бюджета своих домохозяйств на медицинскую помощь, превышает медианные коэффициенты частоты в 39% СВД; при использовании 25% го порога соответствующий показатель равен 43%. Внутри страны частота катастрофических расходов при 25% м пороге всегда бывает ниже аналогичного показателя для 10% го порога, однако при сравнении ситуации в разных странах показатель для той или иной страны может превышать медианное значение при одном пороге и не превышать его при другом.

В 16 странах многие люди несут высокие расходы, покрываемые за счет собственных средств, однако средний уровень охвата услугами является низким (зона Z-II). Еще в 16 странах основная задача будет заключаться в повышении охвата услугами без увеличения финансовых трудностей (зона Z-III). Из девяти стран с низким уровнем доходов семь находятся в зоне Z-III. В этих странах отмечается низкий уровень охвата услугами и, возможно, поэтому доля населения, расходующего на медицинскую помощь более 10 или 25% своего бюджета, тоже является низкой. Для охваченных анализом 23 СДНС в большинстве случаев характерны значения индекса охвата услугами ниже медианного уровня (зоны Z-II или Z-III), а для СДВС — значения, превышающие медианный уровень (зоны Z-IV или Z-I). Показатели частоты катастрофических расходов на медицинскую помощь для 23 СДНС в большинстве случаев превышают медианное значение, в то время как данные для СДВС являются неоднозначными: для большинства из них характерны показатели частоты, превышающие медианное значение при 10% м пороге, и показатели ниже медианного значения при 25% м пороге.

Параллельное представление индекса охвата услугами и частоты катастрофических расходов, определяемых как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10% общего объема потребления или доходов домохозяйства, в разных странах



Примечания. Общее количество стран: 76 – 9 СНД; 23 СДНС; 21 СДВС; 23 СВД.
Источник: Глобальная база данных ВОЗ и Всемирного банка по состоянию на декабрь 2017 г.

Справочная литература

1. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Economics. 2003;12(11):921-34.

2. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood). 2007;26(4):972-83.

3. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003;362(9378):111-7.

4. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health [Policy Research Working Paper Series: 6861]. Washington DC: The World Bank; 2014.

5 Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ. 2008 Dec 17(12):1393-412.

6. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper, no. 135. Washington DC: The World Bank; 2002.

7. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama. 2016;2(3):357-66.

8. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. Journal of Economic Inequality. 2016;14(2):141-72.

9. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2

10. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1

11. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals [Policy Research Report]. Washington DC: The World Bank; 2015.

12. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. How you measure matters: monitoring financial protection to generate policy-relevant evidence for universal health coverage – lessons from Europe. Organized session 9 July 2017. In: IHEA 12th World Congress in Health Economics, 8–11 July 2017, Boston, MA, USA.

13. Taube M, Vaskis E, Nesterenko O. Can people afford to pay for health care? New evidence from Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; готовится к публикации в 2018 г.



ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.
Показатели ВОУЗ (охват услугами и финансовая защита) в разбивке по странам

Приложение 1 Страна	Показатель 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ: индекс охвата услугами, 2015 г..	Доступность данных для определения показателя 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ[a]	Наличие оценок для показателя 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ: последняя из имеющихся оценок (год)	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ за последний год: частота катастрофических расходов (%)	
					При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 10%	При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 25%
Афганистан	34	высокая	да	2007	4,84	0,07
Албания	62	низкая	да	2012	16,72	4,95
Алжир	76	высокая	нет	–	–	–
Ангола	36	средняя	да	2008	12,38	4,54
Антигуа и Барбуда	75	средняя	нет	–	–	–
Аргентина	76	высокая	да	2004	16,90	4,70
Армения	67	высокая	да	2013	16,05	4,87
Австралия	≥80	высокая	да	2010	3,71	0,50
Австрия	≥80	средняя	да	1999	4,31	0,66
Азербайджан	64	средняя	да	2005	8,12	1,10
Багамские Острова	72	средняя	нет	–	–	–
Бахрейн	72	средняя	нет	–	–	–
Бангладеш	46	высокая	да	2010	13,57	4,84
Барбадос	79	высокая	нет	–	–	–
Беларусь	74	высокая	да	2012	4,38	0,15
Бельгия	≥80	средняя	да	2010	11,45	1,39
Белиз	61	высокая	нет	–	–	–
Бенин	41	высокая	да	2003	11,11	0,85
Бутан	59	высокая	нет	–	–	–
Боливия (Многонациональное Государство)	60	средняя	да	2002	8,23	3,20
Босния и Герцеговина	57	высокая	да	2011	8,56	1,27
Ботсвана	60	средняя	да	1993	8,54	1,82
Бразилия	77	высокая	да	2008	25,56	3,46
Бруней-Даруссалам	≥80	средняя	нет	–	–	–
Болгария	64	средняя	да	2010	12,84	0,76
Буркина-Фасо	39	высокая	да	2009	3,52	0,62
Бурунди	43	высокая	да	2006	15,03	4,25
Кабо-Верде	62	средняя	да	2007	2,05	0,02
Камбоджа	55	высокая	да	2009	19,97	5,64
Камерун	44	высокая	да	2014	10,78	2,98
Канада	≥80	низкая	да	2010	2,64	0,51
Центральноафриканская Республика	33	средняя	нет	–	–	–
Чад	29	средняя	да	2003	6,28	0,22
Чили	70	средняя	да	2006	33,07	11,52
Китай	76	средняя	да	2007	17,71	4,76
Колумбия	76	высокая	да	2010	16,92	2,82
Коморские Острова	47	высокая	нет	–	–	–
Конго	38	высокая	да	2011	1,97	0,36
Коста-Рика	75	высокая	да	2012	10,13	1,81
Кот-д'Ивуар	44	средняя	да	2008	15,19	3,57
Хорватия	69	высокая	да	2010	2,80	0,26
Куба	78	высокая	нет	–	–	–
Кипр	73	низкая	да	2010	16,07	1,50
Чехия	73	средняя	да	2010	2,22	0,05

Наличие оценок приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь	Частота обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств (%)		Разрыв бедности, обусловленный покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в центах (международный доллар) при определяющих ППС факторах 2011 г.		Страна
	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	
да	0,58	2,55	0,25	2,16	Афганистан
да	0,36	1,42	0,12	1,08	Албания
нет	–	–	–	–	Алжир
да	2,01	2,55	1,47	4,36	Ангола
нет	–	–	–	–	Антигуа и Барбуда
да	0,24	0,62	0,11	0,63	Аргентина
да	0,49	2,57	0,18	1,83	Армения
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Австралия
нет	–	–	–	–	Австрия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Азербайджан
нет	–	–	–	–	Багамские Острова
нет	–	–	–	–	Бахрейн
да	4,51	4,08	6,47	12,23	Бангладеш
нет	–	–	–	–	Барбадос
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Беларусь
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Бельгия
нет	–	–	–	–	Белиз
да	3,09	2,04	2,96	6,12	Бенин
нет	–	–	–	–	Бутан
да	0,74	1,67	0,60	1,95	Боливия (Многонациональное Государство)
да	0,00	0,03	0,00	0,02	Босния и Герцеговина
да	0,87	1,09	1,18	2,42	Ботсвана
да	1,04	2,01	0,74	2,58	Бразилия
нет	–	–	–	–	Бруней-Даруссалам
да	0,00	0,13	0,00	0,11	Болгария
да	1,15	0,93	1,55	2,70	Буркина-Фасо
да	2,05	1,03	3,23	4,97	Бурунди
да	0,14	0,26	0,09	0,48	Кабо-Верде
да	2,99	6,15	8,19	13,94	Камбоджа
да	1,86	1,86	1,15	3,44	Камерун
да	0,03	0,03	0,12	0,16	Канада
нет	–	–	–	–	Центральноафриканская Республика
да	1,36	0,82	2,03	3,46	Чад
да	0,65	2,59	0,73	2,65	Чили
да	2,13	3,09	1,22	4,49	Китай
да	0,47	0,91	0,20	0,97	Колумбия
нет	–	–	–	–	Коморские Острова
да	0,71	1,05	0,70	1,74	Конго
да	0,09	0,43	0,09	0,36	Коста-Рика
да	2,98	3,34	2,22	6,02	Кот-д'Ивуар
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Хорватия
нет	–	–	–	–	Куба
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Кипр
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Чехия

Приложение 1

Страна	Показатель 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ: индекс охвата услугами, 2015 г..	Доступность данных для определения показателя 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ[a]	Наличие оценок для показателя 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ: последняя из имеющихся оценок (год)	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ за последний год: частота катастрофических расходов (%)	
					При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 10%	При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 25%
Корейская Народно-Демократическая Республика	68	низкая	нет	–	–	–
Демократическая Республика Конго	40	средняя	да	2004	5,81	0,84
Дания	≥80	средняя	да	2010	2,93	0,49
Джибути	47	средняя	да	1996	1,42	0,04
Доминиканская Республика	74	высокая	да	2007	17,00	4,36
Эквадор	75	высокая	да	1998	15,23	3,28
Египет	68	высокая	да	2012	26,20	3,90
Сальвадор	77	высокая	нет	–	–	–
Экваториальная Гвинея	45	средняя	нет	–	–	–
Эритрея	38	высокая	нет	–	–	–
Эстония	76	средняя	да	2010	8,79	1,19
Эфиопия	39	высокая	да	2004	0,82	0,18
Фиджи	66	высокая	да	2002	3,37	0,24
Финляндия	79	средняя	да	2010	6,35	0,97
Франция	≥80	средняя	нет	–	–	–
Габон	52	средняя	да	2005	5,67	0,22
Гамбия	46	высокая	нет	–	–	–
Грузия	66	высокая	да	2013	29,21	8,98
Германия	79	средняя	да	1993	1,41	0,07
Гана	45	высокая	да	2005	3,11	0,49
Греция	70	низкая	да	2010	14,64	1,78
Гренада	72	средняя	нет	–	–	–
Гватемала	57	высокая	да	2014	1,36	0,04
Гвинея	35	средняя	да	2012	6,97	1,25
Гвинея-Бисау	39	средняя	нет	–	–	–
Гайана	68	высокая	нет	–	–	–
Гаити	47	высокая	нет	–	–	–
Гондурас	64	средняя	да	1998	3,45	0,43
Венгрия	70	средняя	да	2010	7,38	0,31
Исландия	≥80	средняя	да	1995	6,90	0,94
Индия	56	высокая	да	2011	17,33	3,90
Индонезия	49	высокая	да	2015	3,61	0,41
Иран (Исламская Республика)	65	высокая	нет	2013	15,81	3,76
Ирак	63	средняя	нет	–	–	–
Ирландия	78	средняя	да	2010	6,40	0,69
Израиль	≥80	средняя	да	2012	6,72	0,95
Италия	≥80	средняя	да	2010	9,29	1,08
Ямайка	60	средняя	да	2004	10,20	2,88
Япония	≥80	средняя	да	2008	6,17	2,01
Иордания	70	средняя	да	2006	5,31	0,91
Казахстан	71	высокая	да	2013	1,83	0,08
Кения	57	высокая	да	2005	5,83	1,51
Кирибати	40	низкая	нет	–	–	–
Кувейт	77	средняя	нет	–	–	–
Кыргызстан	66	высокая	да	2011	3,54	0,81
Лаосская Народно-Демократическая Республика	48	высокая	да	2007	2,98	0,26
Латвия	64	средняя	да	2006	10,91	1,83
Ливан	68	средняя	да	1999	44,85	10,03
Лесото	45	высокая	да	2002	1,80	0,21

Наличие оценок приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь	Частота обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств (%)		Разрыв бедности, обусловленный покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в центах (международный доллар) при определяющих ППС факторах 2011 г.		Страна
	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	
нет	–	–	–	–	Корейская Народно-Демократическая Республика
да	0,12	0,12	1,42	1,59	Демократическая Республика Конго
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Дания
да	0,13	0,05	0,08	0,35	Джибути
да	0,41	1,63	0,12	1,36	Доминиканская Республика
нет	–	–	–	–	Эквадор
да	0,12	1,07	0,04	0,62	Египет
нет	–	–	–	–	Сальвадор
нет	–	–	–	–	Экваториальная Гвинеяа
нет	–	–	–	–	Эритрея
да	0,00	0,08	0,01	0,06	Эстония
да	0,44	0,35	0,42	0,90	Эфиопия
нет	–	–	–	–	Фиджи
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Финляндия
нет	–	–	–	–	Франция
да	0,64	1,11	0,20	1,06	Габон
нет	–	–	–	–	Гамбия
да	3,07	5,33	2,18	7,28	Грузия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Германия
нет	–	–	–	–	Гана
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Греция
нет	–	–	–	–	Гренада
да	0,29	0,22	0,03	0,26	Гватемала
да	2,48	1,46	9,07	11,61	Гвинея
нет	–	–	–	–	Гвинея-Бисау
нет	–	–	–	–	Гайана
нет	–	–	–	–	Гаити
нет	–	–	–	–	Гондурас
да	0,00	0,03	0,00	0,02	Венгрия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Исландия
да	4,16	4,61	2,13	7,69	Индия
да	0,07	0,66	0,01	0,39	Индонезия
нет	0,1	0,01	0,17	0,09	Иран (Исламская Республика)
нет	–	–	–	–	Ирак
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Ирландия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Израиль
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Италия
да	0,50	1,16	0,24	1,22	Ямайка
нет	–	–	–	–	Япония
нет	–	–	–	–	Иордания
да	0,00	0,02	0,00	0,01	Казахстан
да	1,36	1,61	1,52	3,36	Кения
нет	–	–	–	–	Кирибати
нет	–	–	–	–	Кувейт
да	0,33	0,90	0,16	0,91	Кыргызстан
да	0,40	0,99	0,18	1,21	Лаосская Народно-Демократическая Республика
да	0,04	0,11	0,00	0,06	Латвия
да	0,03	0,03	0,01	0,04	Ливан
нет	–	–	–	–	Лесото

Приложение 1

Страна	Показатель 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ: индекс охвата услугами, 2015 г..	Доступность данных для определения показателя 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ[a]	Наличие оценок для показателя 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ: последняя из имеющихся оценок (год)	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ за последний год: частота катастрофических расходов (%)	
					При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 10%	При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 25%
Либерия	34	высокая	да	2007	7,86	1,60
Ливия	63	низкая	нет	–	–	–
Литва	67	средняя	да	2010	9,79	1,64
Люксембург	≥80	средняя	да	2010	3,38	0,15
Мадагаскар	30	средняя	да	2005	0,77	0,03
Малави	44	высокая	да	2010	1,64	0,10
Малайзия	70	высокая	да	2004	0,74	0,04
Мальдивы	55	низкая	да	2009	20,14	1,61
Мали	32	высокая	да	2006	3,38	0,09
Мальта	79	средняя	да	2010	15,93	2,81
Мавритания	33	средняя	да	2004	10,54	1,81
Маврикий	64	средняя	да	1996	6,79	1,02
Мексика	76	высокая	да	2012	7,13	1,91
Микронезия (Федеративные Штаты)	60	низкая	нет	–	–	–
Монголия	63	высокая	да	2012	2,39	0,46
Черногория	54	высокая	да	2014	8,86	0,96
Марокко	65	средняя	да	2006	22,00	2,70
Мозамбик	42	высокая	да	2008	1,19	0,31
Мьянма	60	высокая	нет	–	–	–
Намибия	59	высокая	нет	–	–	–
Непал	46	высокая	да	2010	27,41	3,31
Нидерланды	≥80	средняя	нет	–	–	–
Новая Зеландия	≥80	средняя	нет	–	–	–
Никарагуа	70	средняя	да	2014	27,74	8,89
Нигер	33	высокая	да	2011	4,14	0,36
Нигерия	39	высокая	да	2009	24,77	8,92
Норвегия	≥80	средняя	да	1998	5,09	0,50
Оман	72	средняя	да	1999	0,63	0,10
Пакистан	40	высокая	да	2010	1,03	0,02
Панама	75	высокая	да	2008	1,41	0,22
Папуа-Новая Гвинея	41	низкая	нет	–	–	–
Парагвай	69	средняя	да	2001	10,32	2,04
Перу	78	высокая	да	2015	8,29	1,21
Филиппины	58	высокая	да	2015	6,31	1,41
Польша	75	средняя	да	2012	13,93	1,61
Португалия	≥80	средняя	да	2010	18,38	3,31
Катар	77	высокая	нет	–	–	–
Республика Корея	≥80	высокая	да	2008	13,53	4,01
Республика Молдова	65	высокая	да	2013	16,05	3,56
Румыния	72	средняя	да	2012	11,99	2,29
Российская Федерация	63	средняя	да	2014	4,87	0,60
Руанда	53	высокая	да	2010	4,61	0,70
Сент-Люсия	69	средняя	нет	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	65	низкая	нет	–	–	–
Самоа	56	высокая	нет	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	54	средняя	да	2000	10,20	0,96
Саудовская Аравия	68	средняя	нет	–	–	–
Сенегал	41	высокая	да	2011	3,33	0,19
Сербия	65	высокая	да	2010	9,04	0,74
Сейшельские Острова	68	средняя	нет	–	–	–

Наличие оценок приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь	Частота обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств (%)		Разрыв бедности, обусловленный покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в центах (международный доллар) при определяющих ППС факторах 2011 г.		Страна
	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	
да	2,19	0,62	2,86	4,14	Либерия
нет	–	–	–	–	Ливия
да	0,00	0,01	0,00	0,00	Литва
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Люксембург
да	0,20	0,11	0,60	0,77	Мадагаскар
да	0,52	0,33	0,86	1,41	Малави
да	0,09	0,23	0,02	0,13	Малайзия
да	0,52	0,63	0,19	1,29	Мальдивы
да	1,91	0,95	1,14	2,40	Мали
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Мальта
да	0,65	1,21	0,30	1,52	Мавритания
нет	–	–	–	–	Маврикий
да	0,28	0,69	0,08	0,66	Мексика
нет	–	–	–	–	Микронезия (Федеративные Штаты)
да	0,02	0,15	0,01	0,10	Монголия
да	0,00	0,26	0,00	0,04	Черногория
да	0,63	3,18	0,27	2,42	Марокко
да	0,23	0,12	0,47	0,70	Мозамбик
нет	–	–	–	–	Мьянма
нет	–	–	–	–	Намибия
да	1,85	5,63	1,00	6,11	Непал
нет	–	–	–	–	Нидерланды
нет	–	–	–	–	Новая Зеландия
да	3,08	5,20	5,35	10,08	Никарагуа
да	1,64	0,99	1,51	3,21	Нигер
да	3,72	3,63	3,33	7,87	Нигерия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Норвегия
нет	–	–	–	–	Оман
да	1,00	2,44	0,28	2,53	Пакистан
да	0,04	0,04	0,02	0,09	Панама
нет	–	–	–	–	Папуа-Новая Гвинея
да	0,31	0,51	0,08	0,76	Парагвай
да	0,05	0,20	0,01	0,15	Перу
да	0,83	1,44	0,41	1,86	Филиппины
да	0,00	0,09	0,00	0,03	Польша
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Португалия
нет	–	–	–	–	Катар
да	0,00	0,04	0,00	0,02	Республика Корея
да	0,00	0,43	0,01	0,27	Республика Молдова
да	0,00	0,30	0,00	0,14	Румыния
да	0,00	0,01	0,01	0,01	Российская Федерация
да	0,94	0,39	1,81	2,56	Руанда
нет	–	–	–	–	Сент-Люсия
нет	–	–	–	–	Сент-Винсент и Гренадины
нет	–	–	–	–	Самоа
нет	–	–	–	–	Сан-Томе и Принсипи
нет	–	–	–	–	Саудовская Аравия
да	1,10	1,42	1,24	3,06	Сенегал
да	0,05	0,16	0,01	0,14	Сербия
нет	–	–	–	–	Сейшельские Острова

Приложение 1

Страна	Показатель 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ: индекс охвата услугами, 2015 г..	Доступность данных для определения показателя 3.8.1 ЦУР-ВОУЗ[a]	Наличие оценок для показателя 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ: последняя из имеющихся оценок (год)	Показатель 3.8.2 ЦУР-ВОУЗ за последний год: частота катастрофических расходов (%)	
					При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 10%	При доле общего потребления или доходов домохозяйства, равной 25%
Сьерра-Леоне	36	высокая	да	2003	10,42	0,64
Сингапур	≥80	средняя	нет	–	–	–
Словакия	76	средняя	да	2010	3,77	0,44
Словения	78	средняя	да	2012	2,90	0,26
Соломоновы Острова	50	средняя	нет	–	–	–
Сомали	22	средняя	нет	–	–	–
Южная Африка	67	средняя	да	2010	1,41	0,12
Южный Судан	30	средняя	нет	–	–	–
Испания	77	средняя	да	2010	5,73	1,21
Шри-Ланка	62	средняя	да	2009	2,89	0,10
Судан	43	средняя	нет	–	–	–
Суринам	68	высокая	нет	–	–	–
Свазиленд	58	высокая	да	2009	13,39	2,04
Швеция	≥80	средняя	да	1996	5,53	0,69
Швейцария	≥80	средняя	да	2004	19,70	6,68
Сирийская Арабская Республика	60	низкая	нет	–	–	–
Таджикистан	65	средняя	да	2007	11,30	2,72
Таиланд	75	высокая	да	2010	3,38	0,68
Бывшая югославская Республика Македони	70	средняя	да	2008	5,44	0,57
Тимор-Лешти	47	средняя	да	2001	2,59	0,00
Тонга	42	высокая	да	2006	10,65	0,02
Tonga	62	средняя	нет	–	–	–
Тринидад и Тобаго	75	средняя	нет	–	–	–
Тунис	65	высокая	да	2010	16,69	2,37
Turkey	71	высокая	да	2012	3,10	0,32
Туркменистан	67	средняя	нет	–	–	–
Уганда	44	высокая	да	2002	12,01	2,57
Украина	63	высокая	да	2013	7,21	1,07
Объединенные Арабские Эмираты	63	низкая	нет	–	–	–
Соединенное Королевство	≥80	средняя	да	2013	1,64	0,48
Объединенная Республика Танзания	39	высокая	да	2012	9,87	2,48
Соединенные Штаты Америки	≥80	высокая	да	2013	4,77	0,78
Уругвай	79	высокая	да	1995	13,87	1,85
Узбекистан	72	средняя	нет	–	–	–
Вануату	56	высокая	нет	–	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	73	средняя	нет	–	–	–
Вьетнам	73	высокая	да	2014	9,81	2,07
Йемен	39	высокая	да	2005	17,06	2,40
Замбия	56	высокая	да	2010	0,29	0,01
Зимбабве	55	высокая	нет	–	–	–

ЦУР — Цели в области устойчивого развития; ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения.

[a] Доступность данных классифицируется следующим образом на основе информации, имеющейся в глобальных базах данных: высокая = 75% и более отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г.; средняя = 50% и более (но менее 75%) отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г.; низкая = менее 50% отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г.
Термин «первичные данные» относится к исходным источникам данных и не включает оценки, полученные путем создания моделей и составления прогнозов.

Наличие оценок приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь	Частота обнищания в связи с расходами на медицинскую помощь, покрываемыми за счет собственных средств (%)		Разрыв бедности, обусловленный покрываемыми за счет собственных средств расходами на медицинскую помощь, в центах (международный доллар) при определяющих ППС факторах 2011 г.		Страна
	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 1,90 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	Черта бедности: 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.	
да	2,56	1,30	3,47	5,78	Сьерра-Леоне
нет	–	–	–	–	Сингапур
да	0,00	0,02	0,00	0,00	Словакия
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Словения
нет	–	–	–	–	Соломоновы Острова
нет	–	–	–	–	Сомали
да	0,45	0,61	0,33	0,95	Южная Африка
нет	–	–	–	–	Южный Судан
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Испания
да	0,05	0,44	0,01	0,29	Шри-Ланка
нет	–	–	–	–	Судан
нет	–	–	–	–	Суринам
да	1,36	1,29	2,24	3,79	Свазиленд
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Швеция
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Швейцария
нет	–	–	–	–	Сирийская Арабская Республика
да	1,42	3,39	0,53	3,74	Таджикистан
да	0,12	0,34	0,83	1,09	Таиланд
да	0,09	0,28	0,09	0,38	Бывшая югославская Республика Македони
да	1,00	0,65	0,80	1,85	Тимор-Лешти
да	2,54	1,59	2,72	5,05	Тонга
нет	–	–	–	–	Tonga
нет	–	–	–	–	Тринидад и Тобаго
да	0,44	1,17	0,19	1,19	Тунис
да	0,09	0,20	0,00	0,13	Турция
нет	–	–	–	–	Туркменистан
да	2,68	1,48	3,39	5,71	Уганда
да	0,00	0,02	0,00	0,02	Украина
нет	–	–	–	–	Объединенные Арабские Эмираты
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Соединенное Королевство
да	2,38	1,86	2,26	4,96	Объединенная Республика Танзания
да	0,00	0,00	0,00	0,00	Соединенные Штаты Америки
да	0,04	0,27	0,01	0,11	Уругвай
нет	–	–	–	–	Узбекистан
нет	–	–	–	–	Вануату
нет	–	–	–	–	Венесуэла (Боливарианская Республика)
нет	–	–	–	–	Вьетнам
нет	–	–	–	–	Йемен
да	0,14	0,10	0,16	0,28	Замбия
нет	–	–	–	–	Зимбабве

Приложение 2.
Текущие значения индекса ВОУЗ, определяющего охват основными медико-санитарными услугами, и значения каждого из отслеживаемых показателей, используемых для расчета данного индекса, в разбивке по странам[a]

Представлены значения за 2015 г., если не указано иное. Эти значения не подвергались преобразованиям или перемасштабированию для учета при расчете индекса. Данные для маркеров представлены жирным шрифтом при наличии первичных данных за период с 2010 г., обычным шрифтом — при наличии первичных данных за период с 2000 г. и бледным шрифтом в случае использования для конкретной страны условных оценок при отсутствии первичных страновых данных.

Приложение 2 Страна	Индекс охвата услугами ВОУЗ (ЦУР 3.8.1)	Доступность данных для расчета индекса[b]	Спрос на планирование семьи, удовлетворяемый с помощью современных методов (%)	Дородовое наблюдение, более 4 посещений (%)[c]	Иммунизация детей (КДС3) (%)	Активное обращение за медицинской помощью в случае пневмонии у детей (%)[c]	Эффективное лечение туберкулеза (%)[d]	Лечение ВИЧ (%)	Использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (%)[e]
Афганистан	34	высокая	**43**	**18**	**65**	**62**	**51**	**5**	–
Албания	62	низкая	25	67	**99**	70	**67**	**28**	–
Алжир	76	высокая	**76**	**67**	**95**	**66**	**70**	**65**	–
Ангола	36	средняя	**25**	56	**64**	39	**22**	**23**	**40**
Антигуа и Барбуда	75	средняя	80	**100**	**99**	88	**58**	46	–
Аргентина	76	высокая	**85**	**90**	**94**	**94**	**45**	**63**	–
Армения	67	высокая	**40**	**96**	**94**	**57**	**69**	**29**	–
Австралия	≥80	высокая	**84**	**95**	**93**	90	**69**	**79**	–
Австрия	≥80	средняя	**84**	97	**93**	92	**64**	72	–
Азербайджан	64	средняя	32	66	**96**	33	**67**	**34**	–
Багамские Острова	72	средняя	83	**85**	**95**	77	**73**	**29**	–
Бахрейн	72	средняя	59	**100**	**98**	90	**38**	**42**	–
Бангладеш	46	высокая	**74**	**31**	**97**	**42**	**53**	**13**	–
Барбадос	79	высокая	**76**	**98**	**97**	87	**87**	**44**	–
Беларусь	74	высокая	**74**	**100**	**99**	**93**	**63**	**42**	–
Бельгия	≥80	средняя	**90**	97	**99**	91	**71**	72	–
Белиз	61	высокая	**68**	**83**	**94**	**67**	**31**	**29**	–
Бенин	41	высокая	**24**	**59**	**82**	**23**	**54**	**51**	**69**
Бутан	59	высокая	**83**	**85**	**99**	**74**	**72**	**13**	–
Боливия (Многонациональное Государство)	60	средняя	52	**59**	**99**	**62**	**52**	**22**	–
Босния и Герцеговина	57	высокая	**27**	**84**	**82**	**87**	**59**	28	–
Ботсвана	60	средняя	78	73	**95**	37	**48**	**77**	–
Бразилия	77	высокая	**88**	**90**	**96**	50	**62**	**57**	–
Бруней-Даруссалам	≥80	средняя	83	**100**	**99**	86	**56**	72	–
Болгария	64	средняя	59	88	**91**	76	**83**	**24**	–
Буркина-Фасо	39	высокая	**43**	34	**91**	**56**	**49**	**55**	**62**
Бурунди	43	высокая	**38**	**49**	**94**	**55**	**46**	**50**	**77**
Кабо-Верде	62	средняя	77	72	**93**	70	**34**	**50**	–
Камбоджа	55	высокая	**59**	**76**	**89**	**69**	**55**	**76**	–
Камерун	44	высокая	**38**	**59**	**84**	**28**	**45**	**30**	**45**
Канада	≥80	низкая	89	99	**91**	90	**74**	72	–
Центральноафриканская Республика	33	средняя	**37**	38	**47**	**30**	**39**	**22**	49
Чад	29	средняя	**18**	**31**	**46**	**26**	**37**	**54**	**70**
Чили	70	средняя	82	97	**96**	87	**51**	**49**	–
Китай	76	средняя	95	74	**99**	79	**82**	41	–
Колумбия	76	высокая	83	89	**91**	**64**	**61**	**53**	–
Коморские Острова	47	высокая	**33**	49	**91**	**38**	**53**	**32**	**57**
Конго	38	высокая	**37**	**79**	**80**	**28**	**39**	**29**	**36**
Коста-Рика	75	высокая	**90**	**90**	**92**	**77**	**71**	**45**	–
Кот-д'Ивуар	44	средняя	**34**	44	**83**	**38**	**49**	**34**	**73**
Хорватия	69	высокая	59	**93**	**94**	90	**62**	**65**	–

По крайней мере основные услуги санитарии (%)	Нормальное кровяное давление (%)	Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ммоль/л)[f]	Отказ от курения табака (%)	Количество больничных коек на 10 тыс. населения[c]	Численность терапевтов на 1 тыс. населения[c]	Численность психиатров на 100 тыс. населения[c]	Численность хирургов на 100 тыс. населения[c]	Индекс основных возможностей Международных медико-санитарных правил (%)[c]	Страна
39	69	5,36	**87**	**5**	**0,3**	**0,1**	0,9	**43**	Афганистан
98	71	5,41	71	**28,9**	**1,3**	**1,3**	5,5	81	Албания
88	75	**5,42**	**85**	**19**	1,2	**3,2**	**20,6**	**72**	Алжир
39	70	5,25	87	8	0,1	**<0.05**	5,1	**18**	Ангола
88	77	5,65	87	**38**	1,2	**1,1**	**5,5**	**87**	Антигуа и Барбуда
95	77	5,55	**77**	**50**	**3,8**	13,7	18,3	**83**	Аргентина
92	75	5,64	**73**	**41,8**	**2,8**	**5,1**	**63,3**	**96**	Армения
100	**80**	5,51	**85**	**37,9**	**3,5**	**13,7**	**20,3**	**100**	Австралия
100	79	**5,24**	**69**	**76,5**	**5,2**	**19,7**	**91,2**	**87**	Австрия
89	76	5,72	**78**	**46,9**	**3,4**	**3,7**	**41,3**	**84**	Азербайджан
92	79	5,82	**88**	**29**	2,7	1,1	21	**59**	Багамские Острова
100	79	5,79	79	**20,3**	**0,9**	**4,8**	**15,1**	**96**	Бахрейн
47	**75**	5,45	77	**7,7**	**0,4**	**0,1**	**1,7**	**85**	Бангладеш
97	**76**	5,9	**92**	**58**	1,8	**2,5**	12,3	**90**	Барбадос
94	73	5,48	**71**	**110,5**	**4,1**	**7,7**	**93,6**	**90**	Беларусь
100	83	5,39	**71**	**62,3**	**3**	**20,3**	**50,3**	**82**	Бельгия
87	77	**5,54**	87	**13**	0,8	**0,6**	5,6	**55**	Белиз
14	**72**	5,07	**93**	**5**	**0,1**	**0,1**	**0,8**	**44**	Бенин
63	**72**	**4,9**	**94**	**17,4**	**0,3**	**0,4**	**0,8**	**65**	Бутан
53	82	5,4	87	**11**	**0,5**	**1**	**17,6**	**67**	Боливия (Многонациональное Государство)
95	**69**	5,57	**61**	**35**	**1,9**	**4**	**7,2**	**55**	Босния и Герцеговина
60	**71**	5,32	**80**	**18**	**0,4**	**0,3**	**1,6**	**56**	Ботсвана
86	**77**	**5,52**	**86**	**22**	**1,9**	**3,5**	**34,4**	**97**	Бразилия
96	81	5,33	**84**	**27,4**	**1,5**	**4,3**	**22,5**	**91**	Бруней-Даруссалам
86	72	5,41	**62**	**68,2**	**4**	**7,9**	**64,1**	**69**	Болгария
23	**68**	5,31	**87**	**4**	**<0.05**	**0,1**	**0,2**	**50**	Буркина-Фасо
51	71	4,87	87	**7,9**	**0,1**	**<0.05**	**0,2**	**56**	Бурунди
65	71	6,05	91	**21**	**0,3**	**1,4**	**11,5**	**58**	Кабо-Верде
49	**74**	**4,73**	**82**	**8,3**	**0,2**	**0,3**	**0,8**	**51**	Камбоджа
39	75	5,53	87	**13**	**0,1**	**<0.05**	**0,4**	**91**	Камерун
99	87	5,54	**85**	**27**	**2,5**	**13,4**	**21,1**	**100**	Канада
25	69	5,13	87	**10**	<0.05	**<0.05**	**0,2**	**24**	Центральноафриканская Республика
10	67	5,3	87	4	**<0.05**	**<0.05**	**0,1**	**41**	Чад
100	**79**	5,5	**61**	**22**	1	**4,7**	**41**	**75**	Чили
75	**81**	5,46	**75**	**42**	**1,5**	**1,7**	**21,6**	**99**	Китай
84	**81**	5	**90**	**15**	**1,6**	**2,5**	**5,8**	**85**	Колумбия
34	**72**	5,16	**86**	**21,6**	**0,2**	**0,1**	**1,3**	**29**	Коморские Острова
15	74	5,2	**76**	16	0,1	**0,1**	**0,2**	**28**	Конго
97	**81**	5,52	**88**	**11,6**	**2,5**	**5,2**	**7,1**	**83**	Коста-Рика
30	73	5,39	87	4	0,1	**0,1**	1,5	**87**	Кот-д'Ивуар
98	**68**	5,37	**63**	**55,6**	**3,1**	**15,5**	**68,2**	**71**	Хорватия

Приложение 2

Страна	Индекс охвата услугами ВОУЗ (ЦУР 3.8.1)	Доступность данных для расчета индекса[b]	Спрос на планирование семьи, удовлетворяемый с помощью современных методов (%)	Дородовое наблюдение, более 4 посещений (%)[c]	Иммунизация детей (КДСЗ) (%)	Активное обращение за медицинской помощью в случае пневмонии у детей (%)[c]	Эффективное лечение туберкулеза (%)[d]	Лечение ВИЧ (%)	Использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (%)[e]
Куба	78	высокая	**88**	**99**	**99**	**93**	**71**	**69**	–
Кипр	73	низкая	83	97	**97**	91	**51**	72	–
Чехия	73	средняя	83	97	**97**	88	**71**	**46**	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	68	низкая	**85**	94	**96**	80	**73**	41	–
Демократическая Республика Конго	40	средняя	**18**	**48**	**81**	**42**	**43**	**32**	**59**
Дания	≥80	средняя	83	97	**93**	92	**49**	72	–
Джибути	47	средняя	**43**	23	**84**	**94**	**65**	**22**	30
Доминиканская Республика	74	высокая	**84**	**93**	**85**	**73**	**59**	**46**	–
Эквадор	75	высокая	82	**80**	**78**	72	**46**	**50**	–
Египет	68	высокая	**80**	**83**	**93**	**68**	**50**	**21**	–
Сальвадор	77	высокая	**80**	**90**	**91**	**80**	**84**	**45**	–
Экваториальная Гвинея	45	средняя	**25**	67	**16**	**54**	**50**	**32**	26
Эритрея	38	высокая	**27**	57	**95**	**45**	**56**	**57**	19
Эстония	76	средняя	77	**97**	**93**	89	**73**	72	–
Эфиопия	39	высокая	**58**	**32**	**77**	**29**	**63**	**55**	61
Фиджи	66	высокая	67	**94**	**99**	72	**70**	**31**	–
Финляндия	79	средняя	88	**98**	**97**	92	**39**	72	–
Франция	≥80	средняя	**93**	**99**	**98**	91	67	**75**	–
Габон	52	средняя	**37**	78	**80**	**68**	**41**	**56**	**11**
Гамбия	46	высокая	**28**	**78**	**97**	**68**	**64**	**24**	**64**
Грузия	66	высокая	**53**	**87**	**94**	74	**66**	**28**	–
Германия	79	средняя	82	97	**95**	91	**55**	**72**	–
Гана	45	высокая	**43**	**87**	**88**	**56**	**28**	**28**	**66**
Греция	70	низкая	59	97	**99**	89	71	72	–
Гренада	72	средняя	79	89	**92**	82	**87**	46	–
Гватемала	57	высокая	**67**	**86**	**74**	**50**	**68**	**36**	–
Гвинея	35	средняя	**20**	57	**54**	**37**	**46**	**28**	**57**
Гвинея-Бисау	39	средняя	**40**	**65**	**87**	**34**	**25**	**25**	78
Гайана	68	высокая	**57**	**87**	**95**	**84**	**55**	**56**	–
Гаити	47	высокая	**49**	67	**60**	**38**	**62**	**46**	–
Гондурас	64	средняя	**77**	89	**97**	**64**	**74**	**48**	–
Венгрия	70	средняя	85	88	**99**	87	**69**	28	–
Исландия	≥80	средняя	83	97	**92**	94	**77**	**72**	–
Индия	56	высокая	**72**	**45**	**87**	**77**	**44**	**44**	–
Индонезия	49	высокая	**81**	**84**	**78**	**75**	**27**	**10**	–
Иран (Исламская Республика)	65	высокая	**76**	94	**98**	**76**	**70**	**11**	–
Ирак	63	средняя	**62**	**50**	**58**	**74**	**48**	43	–
Ирландия	78	средняя	79	97	**95**	91	**49**	**70**	–
Израиль	≥80	средняя	71	97	**95**	91	**77**	72	–
Италия	≥80	средняя	67	**87**	**93**	92	79	**76**	–
Ямайка	60	средняя	83	**86**	**91**	**82**	**14**	**32**	–
Япония	≥80	средняя	65	97	**96**	89	**46**	72	–
Иордания	70	средняя	**62**	95	**99**	**77**	**70**	**50**	–
Казахстан	71	высокая	**75**	**95**	**98**	**81**	**80**	**26**	–
Кения	57	высокая	**76**	**58**	**89**	**66**	**66**	**57**	**62**
Кирибати	40	низкая	43	71	**78**	81	**70**	41	–
Кувейт	77	средняя	67	71	**99**	82	**84**	**71**	–
Кыргызстан	66	высокая	**66**	**95**	**97**	**60**	**69**	**28**	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	48	высокая	**67**	**37**	**89**	**54**	**32**	**35**	–
Латвия	64	средняя	77	88	**95**	87	**72**	**14**	–
Ливан	68	средняя	61	71	**81**	74	**66**	**44**	–
Лесото	45	высокая	**76**	**74**	**93**	**63**	**32**	**40**	–

По крайней мере основные услуги санитарии (%)	Нормальное кровяное давление (%)	Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ммоль/л)[f]	Отказ от курения табака (%)	Количество больничных коек на 10 тыс. населения[c]	Численность терапевтов на 1 тыс. населения[c]	Численность психиатров на 100 тыс. населения[c]	Численность хирургов на 100 тыс. населения[c]	Индекс основных возможностей Международных медико-санитарных правил (%)[c]	Страна
91	**81**	5,67	**64**	**52**	**7,5**	**10,3**	**70,6**	**99**	Куба
99	80	5,45	64	**34,2**	**2,5**	**2,7**	**12,8**	**62**	Кипр
99	72	**5,51**	**66**	**64,9**	**3,7**	**14,1**	**73,6**	**88**	Чехия
77	82	5,13	75	**143**	**2,8**	0,5	0,6	**73**	Корейская Народно-Демократическая Республика
20	72	5,06	87	8	0,1	**0,1**	**0,1**	**75**	Демократическая Республика Конго
100	**79**	5,34	**80**	**25,3**	**3,7**	**17,4**	**58,7**	**91**	Дания
51	73	5,4	87	**14**	**0,2**	**0,1**	1,5	**46**	Джибути
83	79	5,24	86	**16**	**1,5**	**1,1**	9	**70**	Доминиканская Республика
86	**82**	5,39	**93**	**15**	**1,7**	**1,1**	**34,3**	**89**	Эквадор
93	**75**	5,1	**75**	**15,6**	**0,8**	**0,9**	**26,8**	**93**	Египет
91	81	5,61	**89**	**13**	1,9	**0,5**	20,3	**94**	Сальвадор
75	72	5,28	87	**21**	0,3	0,1	32,7	**27**	Экваториальная Гвинеяа
11	**71**	5,12	**94**	**7**	0,1	**<0.05**	**0,4**	**71**	Эритрея
100	**72**	5,25	**68**	**49,6**	**3,3**	**18,5**	**82,3**	**72**	Эстония
7	**79**	**4,48**	**96**	**3,1**	**0,1**	**<0.05**	**0,4**	**78**	Эфиопия
96	**78**	5,98	**77**	**23**	0,4	**0,7**	**1,8**	**98**	Фиджи
99	**81**	5,5	**79**	**43,5**	**3,2**	**23,6**	**56,4**	**96**	Финляндия
99	78	**5,31**	**67**	**64,8**	**3,2**	**14,1**	**29,4**	**89**	Франция
41	75	5,39	87	13	0,3	**0,3**	16,4	**48**	Габон
42	**71**	5,56	**84**	**11**	0,1	**0,2**	**0,6**	**33**	Гамбия
85	**74**	5,64	**70**	**25,9**	**4,8**	**6,5**	**42,5**	**81**	Грузия
99	**80**	**5,45**	**69**	**82,8**	**4,1**	**7,5**	**55,2**	**99**	Германия
14	**76**	5,49	**96**	**9**	**0,1**	**0,1**	**0,5**	**69**	Гана
99	81	**5,51**	**56**	**42,5**	**6,3**	**21,9**	**134,9**	**76**	Греция
78	**76**	5,67	87	**37**	0,7	**1,9**	**2,8**	**66**	Гренада
67	79	5,82	87	**6**	0,9	**0,3**	**1,3**	**86**	Гватемала
22	70	5,3	87	**3**	0,1	**<0.05**	0,5	**52**	Гвинея
22	70	5,31	87	10	0,1	**<0.05**	0,5	**50**	Гвинея-Бисау
86	77	5,68	87	**16**	**0,2**	**0,5**	**5,9**	**81**	Гайана
31	76	5,41	**87**	**7**	1,2	**0,1**	**1,1**	**48**	Гаити
80	79	5,31	87	**7**	0,4	**0,4**	2,6	**74**	Гондурас
98	70	5,4	**69**	**70,4**	**3,3**	**4,4**	**31,9**	**86**	Венгрия
99	80	5,47	**85**	**31,7**	**3,8**	**25,5**	**51**	**84**	Исландия
44	**74**	**5,59**	88	**6,6**	**0,7**	**0,3**	2,6	**94**	Индия
68	**76**	5,09	**61**	**12,1**	**0,2**	**0,3**	6,9	**96**	Индонезия
88	**80**	5,47	**89**	**15**	**1,5**	**1,8**	**1,6**	**85**	Иран (Исламская Республика)
86	75	5,78	81	**13,8**	**0,9**	**0,4**	12,6	**91**	Ирак
92	**80**	**5,38**	**75**	**27,6**	**2,8**	**6,1**	**14,5**	**78**	Ирландия
100	83	5,58	**74**	**30,9**	**3,6**	**6,7**	**40,4**	**71**	Израиль
99	**79**	5,37	**76**	**34,2**	**3,9**	**10,8**	**20,4**	**78**	Италия
85	78	5,69	83	**17**	0,4	**1,1**	3,6	**81**	Ямайка
100	**83**	5,31	**77**	**134**	**2,3**	**8,4**	**16,8**	**100**	Япония
97	79	6,25	73	**14**	**2,7**	**1,3**	**10,8**	**97**	Иордания
98	73	5,65	**74**	**67,2**	**3,3**	**6,3**	**44,1**	**78**	Казахстан
30	**71**	**4,7**	**89**	**14**	**0,2**	**0,2**	**0,7**	**69**	Кения
40	79	6,78	51	**18,6**	**0,2**	**1,8**	**3,6**	**60**	Кирибати
100	**77**	6,06	**80**	**20,4**	**1,9**	**3,3**	106	**86**	Кувейт
97	**73**	5,55	**73**	**45,1**	**1,9**	**3,4**	**32,5**	**50**	Кыргызстан
73	**75**	5,1	**70**	**15**	**0,2**	**<0.05**	**1**	**74**	Лаосская Народно-Демократическая Республика
93	70	5,42	**62**	**58**	**3,2**	**12,1**	**53**	**90**	Латвия
95	79	5,7	**66**	**28,5**	**2,4**	**1,4**	**45,4**	**76**	Ливан
44	**72**	5,5	**74**	13	<0.05	**0,1**	**0,2**	**63**	Лесото

Приложение 2

Страна	Индекс охвата услугами ВОУЗ (ЦУР 3.8.1)	Доступность данных для расчета индекса[b]	Спрос на планирование семьи, удовлетворяемый с помощью современных методов (%)	Дородовое наблюдение, более 4 посещений (%)[c]	Иммунизация детей (КДСЗ) (%)	Активное обращение за медицинской помощью в случае пневмонии у детей (%)[c]	Эффективное лечение туберкулеза (%)[d]	Лечение ВИЧ (%)	Использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (%)[e]
Либерия	34	высокая	**38**	**78**	**52**	**51**	**31**	**17**	**47**
Ливия	63	низкая	45	71	**97**	81	**22**	43	–
Литва	67	средняя	70	88	**93**	87	**71**	**20**	–
Люксембург	≥80	средняя	83	97	**99**	94	**68**	**72**	–
Мадагаскар	30	средняя	59	**51**	**69**	**41**	**43**	**4**	**68**
Малави	44	высокая	**73**	**51**	**88**	**71**	**40**	**58**	**55**
Малайзия	70	высокая	**53**	**80**	**99**	87	**68**	**26**	–
Мальдивы	55	низкая	53	85	**99**	22	**30**	13	–
Мали	32	высокая	**33**	**38**	**64**	**23**	**44**	**32**	**59**
Мальта	79	средняя	72	97	**97**	90	**66**	**75**	–
Мавритания	33	средняя	**30**	**48**	**73**	**34**	**38**	**21**	8
Маврикий	64	средняя	**49**	56	**97**	78	**41**	39	–
Мексика	76	высокая	**83**	**94**	**87**	**73**	**65**	**55**	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	60	низкая	59	74	**72**	65	**75**	41	–
Монголия	63	высокая	**72**	**90**	**99**	**70**	**32**	**33**	–
Черногория	54	высокая	**36**	**87**	**89**	89	**55**	**21**	–
Марокко	65	средняя	**78**	55	**99**	**70**	**71**	**41**	–
Мозамбик	42	высокая	**39**	51	**80**	**50**	**34**	**44**	**66**
Мьянма	60	высокая	**74**	74	**89**	**58**	**61**	**47**	–
Намибия	59	высокая	**77**	**63**	**92**	**68**	**70**	**63**	–
Непал	46	высокая	**65**	**60**	**91**	**50**	**69**	**36**	–
Нидерланды	≥80	средняя	**87**	97	**95**	91	**74**	**77**	–
Новая Зеландия	≥80	средняя	85	97	**92**	86	**71**	72	–
Никарагуа	70	средняя	**89**	88	**98**	58	**68**	**38**	–
Нигер	33	высокая	**41**	**39**	**65**	**59**	**44**	**26**	39
Нигерия	39	высокая	**33**	**54**	**49**	**35**	**13**	**26**	**45**
Норвегия	≥80	средняя	87	97	**95**	92	**73**	72	–
Оман	72	средняя	**35**	**71**	**99**	**56**	**84**	43	–
Пакистан	40	высокая	**49**	**37**	**72**	**64**	**59**	**5**	–
Панама	75	высокая	**74**	**88**	**73**	**82**	**63**	**48**	–
Папуа-Новая Гвинея	41	низкая	48	55	**73**	63	**56**	**48**	–
Парагвай	69	средняя	81	**77**	**93**	74	**62**	**30**	–
Перу	78	высокая	**64**	**95**	**90**	**60**	**70**	**53**	–
Филиппины	58	высокая	**54**	**84**	**60**	**64**	**78**	**27**	–
Польша	75	средняя	66	97	**98**	88	**51**	72	–
Португалия	≥80	средняя	83	97	**98**	91	**63**	72	–
Катар	77	высокая	**62**	**85**	**99**	87	**74**	**85**	–
Республика Корея	≥80	высокая	83	**98**	**98**	80	**76**	72	–
Республика Молдова	65	высокая	**63**	**95**	**87**	**79**	**46**	**26**	–
Румыния	72	средняя	71	76	**89**	70	**74**	**67**	–
Российская Федерация	63	средняя	**73**	78	**97**	83	**60**	28	–
Руанда	53	высокая	**65**	**44**	**98**	**54**	**72**	**74**	**67**
Сент-Люсия	69	средняя	**76**	**90**	**99**	82	**86**	46	–
Сент-Винсент и Гренадины	65	низкая	81	100	**98**	81	**36**	46	–
Самоа	56	высокая	**37**	**73**	**66**	**78**	**68**	41	–
Сан-Томе и Принсипи	54	средняя	**52**	**84**	**96**	**69**	**71**	39	–
Саудовская Аравия	68	средняя	45	71	**98**	82	**54**	**54**	–
Сенегал	41	высокая	**43**	**47**	**89**	**48**	**55**	**44**	**68**
Сербия	65	высокая	**36**	**94**	**95**	**90**	**71**	**63**	–
Сейшельские Острова	68	средняя	39	56	**97**	83	**60**	39	–
Сьерра-Леоне	36	высокая	**36**	**76**	**86**	**72**	**51**	**21**	**72**
Сингапур	≥80	средняя	77	97	**96**	86	**68**	**53**	–

По крайней мере основные услуги санитарии (%)	Нормальное кровяное давление (%)	Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ммоль/л)[f]	Отказ от курения табака (%)	Количество больничных коек на 10 тыс. населения[c]	Численность терапевтов на 1 тыс. населения[c]	Численность психиатров на 100 тыс. населения[c]	Численность хирургов на 100 тыс. населения[c]	Индекс основных возможностей Международных медико-санитарных правил (%)[c]	Страна
17	**72**	5,31	**90**	**8**	<0.05	**0,1**	**0,2**	**26**	Либерия
100	76	**5,93**	81	**37**	**2,1**	**1**	15,6	**65**	Ливия
94	70	5,5	**70**	**72,8**	**4,3**	**16,7**	**61,2**	**83**	Литва
98	78	5,43	**76**	**48,2**	**2,9**	**22,5**	**51,6**	**89**	Люксембург
10	72	5,12	87	**2**	**0,1**	**0,1**	**0,4**	**29**	Мадагаскар
44	71	**5,03**	**85**	**13**	<0.05	**<0.05**	**0,4**	**40**	Малави
100	**77**	5,66	**78**	**18,6**	**1,3**	**0,8**	**6,9**	**99**	Малайзия
96	**76**	**5,14**	71	43	**1,6**	**3,7**	8,8	**60**	Мальдивы
31	68	5,36	**88**	**1**	**0,1**	**<0.05**	0,7	**55**	Мали
100	81	5,64	74	**46,7**	**3,9**	**3,2**	**43,7**	**76**	Мальта
45	68	5,24	87	4	0,1	**0,1**	1,6	**28**	Мавритания
93	75	5,6	78	**34**	1,1	**0,8**	**6,9**	**68**	Маврикий
89	**80**	5,89	**85**	**15,2**	**2,4**	**1**	**16**	**96**	Мексика
56	75	6,18	75	18,6	0,2	1	**10,6**	**64**	Микронезия (Федеративные Штаты)
59	**71**	5,54	**74**	**70**	**2,9**	**0,5**	**14,1**	**86**	Монголия
96	71	5,34	**54**	**39,6**	**2,3**	**8,7**	**37,6**	**55**	Черногория
84	74	5,58	77	**11**	**0,6**	**0,5**	**7,8**	**95**	Марокко
24	71	5,21	**83**	**7**	**0,1**	**0,1**	**0,7**	**67**	Мозамбик
65	76	5,02	**79**	**9**	**0,6**	**0,3**	**0,9**	**86**	Мьянма
34	**72**	5,35	**78**	27	0,4	**0,3**	**0,8**	**66**	Намибия
46	**70**	5,44	**76**	**3**	0,2	**0,2**	**0,9**	**72**	Непал
98	**81**	5,11	**74**	46,6	**3,4**	**20,1**	**29,7**	**94**	Нидерланды
100	**84**	5,57	**84**	**28**	**3**	**18**	**18,3**	**98**	Новая Зеландия
76	79	5,33	87	**9**	**0,9**	**0,9**	**8,7**	**76**	Никарагуа
13	66	5,2	**92**	**2,8**	**<0.05**	**<0.05**	**0,2**	**73**	Нигер
33	76	5,45	**94**	5	0,4	**0,1**	**1**	**67**	Нигерия
98	80	5,52	**79**	**38,6**	**4,4**	**29,7**	**74,7**	**98**	Норвегия
99	76	5,71	92	**15,8**	**1,5**	**2,3**	**14,2**	**94**	Оман
58	**70**	5,84	**80**	**6**	**0,8**	**0,3**	**1,3**	**43**	Пакистан
77	**80**	5,59	**94**	**23**	**1,6**	**3,8**	17,6	**68**	Панама
19	75	6,07	63	18,6	**0,1**	**0,1**	**0,5**	**64**	Папуа-Новая Гвинея
91	76	5,52	**86**	**13**	**1,3**	**2**	**5,4**	**82**	Парагвай
77	**86**	4,93	87	**16**	**1,1**	**0,8**	**28,4**	**89**	Перу
75	**78**	5,03	**75**	**5**	1,1	**0,5**	4,3	**84**	Филиппины
98	**71**	5,15	**71**	**65**	**2,3**	**5,1**	**15,4**	**74**	Польша
99	76	5,28	**77**	**34**	**4,4**	**4,5**	47,8	**95**	Португалия
100	**79**	5,7	**86**	**12**	**2**	**3**	**3,5**	**97**	Катар
100	**88**	**5,4**	**76**	**115,3**	**2,2**	**7**	**62**	**100**	Республика Корея
78	**70**	5,48	**75**	**58,3**	**2,5**	**5,9**	**13,8**	**78**	Республика Молдова
82	70	5,39	**70**	**62,7**	**2,7**	**6**	**40,8**	**79**	Румыния
89	73	5,52	**59**	**81,8**	**3,3**	**11,1**	**16,6**	**81**	Российская Федерация
62	**74**	4,93	**87**	16	**0,1**	**0,1**	**0,4**	**41**	Руанда
91	**73**	5,58	87	**13**	0,1	**1,1**	**10,9**	**58**	Сент-Люсия
87	77	5,67	87	**26**	0,6	**0,9**	**3,7**	**35**	Сент-Винсент и Гренадины
97	**76**	6,63	**72**	18,6	0,5	**0,5**	**2,6**	**75**	Самоа
40	74	5,44	87	**29**	0,5	**0,5**	1,5	**16**	Сан-Томе и Принсипи
100	**77**	6,59	**87**	**26,5**	**2,6**	**2,1**	61,6	**99**	Саудовская Аравия
48	70	5,46	**91**	3	0,1	**0,2**	**0,3**	**30**	Сенегал
95	**71**	5,36	**61**	**56,5**	**2,5**	**7,4**	**43,1**	**47**	Сербия
100	**77**	5,83	**79**	**36**	**1**	**2,1**	**22,9**	**82**	Сейшельские Острова
14	70	5,41	**74**	4	**<0.05**	**<0.05**	**0,1**	**64**	Сьерра-Леоне
100	**85**	5,3	**83**	**24**	3,4	13,7	102,3	**99**	Сингапур

Приложение 2

Страна	Индекс охвата услугами ВОУЗ (ЦУР 3.8.1)	Доступность данных для расчета индекса[b]	Спрос на планирование семьи, удовлетворяемый с помощью современных методов (%)	Дородовое наблюдение, более 4 посещений (%)[c]	Иммунизация детей (КДС3) (%)	Активное обращение за медицинской помощью в случае пневмонии у детей (%)[c]	Эффективное лечение туберкулеза (%)[d]	Лечение ВИЧ (%)	Использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в целях профилактики малярии (%)[e]
Словакия	76	средняя	76	97	**96**	83	**77**	**56**	–
Словения	78	средняя	79	97	**95**	92	**67**	**72**	–
Соломоновы Острова	50	средняя	56	65	**98**	73	**73**	41	–
Сомали	22	средняя	45	6	**42**	13	**40**	**10**	23
Южная Африка	67	средняя	84	87	**75**	65	**49**	**49**	–
Южный Судан	30	средняя	**14**	17	**31**	**48**	**38**	**9**	58
Испания	77	средняя	81	97	**97**	92	**42**	**79**	–
Шри-Ланка	62	средняя	74	93	**99**	58	**58**	**23**	–
Судан	43	средняя	**31**	**51**	**93**	**48**	**44**	**8**	42
Суринам	68	высокая	**72**	67	**89**	**76**	**62**	**38**	–
Свазиленд	58	высокая	**79**	**76**	**90**	**58**	**46**	**69**	–
Швеция	≥80	средняя	81	97	**98**	90	**77**	**63**	–
Швейцария	≥80	средняя	**87**	97	**97**	92	68	72	–
Сирийская Арабская Республика	60	низкая	60	64	**41**	77	**56**	43	–
Таджикистан	65	средняя	**56**	53	**96**	**63**	**71**	**22**	–
Таиланд	75	высокая	**91**	**93**	**99**	**83**	**42**	**61**	–
Бывшая югославская Республика Македони	70	средняя	**28**	**94**	**91**	93	**87**	**41**	–
Тимор-Лешти	47	средняя	48	55	**76**	71	**48**	41	–
Тонга	42	высокая	**33**	**57**	**88**	**49**	**61**	**39**	**74**
Tonga	62	средняя	**50**	70	**78**	76	**87**	41	–
Тринидад и Тобаго	75	средняя	66	**100**	**96**	74	**56**	**63**	–
Тунис	65	высокая	**75**	**85**	**98**	**60**	**73**	**27**	–
Turkey	71	высокая	**60**	**89**	**97**	85	**76**	28	–
Туркменистан	67	средняя	**74**	88	**99**	51	**55**	28	–
Уганда	44	высокая	**46**	48	**78**	**79**	**40**	**60**	**66**
Украина	63	высокая	**70**	**87**	**23**	**92**	**53**	**26**	–
Объединенные Арабские Эмираты	63	низкая	60	71	**99**	88	**35**	43	–
Соединенное Королевство	≥80	средняя	93	97	**96**	89	**72**	72	–
Объединенная Республика Танзания	39	высокая	**54**	43	**98**	**55**	**33**	**55**	**29**
Соединенные Штаты Америки	≥80	высокая	**86**	**97**	**95**	89	**74**	72	–
Уругвай	79	высокая	88	**96**	**95**	**91**	**65**	**52**	–
Узбекистан	72	средняя	84	88	**99**	68	**60**	28	–
Вануату	56	высокая	**59**	**52**	**64**	**72**	**71**	41	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	73	средняя	82	**87**	**87**	72	**64**	**55**	–
Вьетнам	73	высокая	**77**	**74**	**97**	**81**	**72**	**43**	–
Йемен	39	высокая	**48**	**25**	**69**	**34**	**52**	**15**	–
Замбия	56	высокая	**65**	**56**	**90**	**70**	**49**	**64**	**64**
Зимбабве	55	высокая	**86**	**70**	**87**	**51**	**58**	**68**	**78**

КДС3 — вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка (третья доза); ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ВОУЗ — всеобщий охват услугами здравоохранения.

Примечания.

[a] Статистические данные, представленные в приложении 2, основаны на фактической информации, имеющейся по состоянию на середину 2017 г. Они были собраны главным образом в результате использования публикаций и баз данных, созданных и поддерживаемых ВОЗ или группами Организации Объединенных Наций. В целях повышения межстрановой сопоставимости результатов при наличии соответствующих возможностей расчет оценок производился с использованием стандартизированных категорий и методов. В ряде случаев этот подход может иметь следствием различия между оценками, представленными в настоящей публикации, и официальными национальными статистическими данными, подготовленными и утвержденными отдельными странами. Важно подчеркнуть, что этим оценкам также присуща некоторая степень неопределенности, особенно если речь идет о странах с недостаточно развитыми системами статистической и медико-санитарной информации, в которых качество базовых эмпирических данных является ограниченным. С более подробной информацией о представленных здесь показателях и оценках можно ознакомиться на созданном ВОЗ портале данных о ВОУЗ: http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp.

[b] Доступность данных классифицируется следующим образом на основе информации, имеющейся в глобальных базах данных: высокая = 75% и более отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г.; средняя = 50% и более (но менее 75%) отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г.; низкая = менее 50% отслеживаемых показателей с первичными данными за период с 2010 г. Термин «первичные данные» относится к исходным источникам данных и не включает оценки, получаемые путем создания моделей и составления прогнозов

[c] Использовались данные, имеющиеся за ближайший истекший год.

[d] Оценки процентной доли случаев лечения относятся к 2014 г., в то время как оценки выявленных случаев — к 2015 г.

[e] Только для стран, высокоэндемичных по малярии.

[f] Оценки за 2008 год.

По крайней мере основные услуги санитарии (%)	Нормальное кровяное давление (%)	Средняя концентрация глюкозы в плазме натощак (ммоль/л)[f]	Отказ от курения табака (%)	Количество больничных коек на 10 тыс. населения[c]	Численность терапевтов на 1 тыс. населения[c]	Численность психиатров на 100 тыс. населения[c]	Численность хирургов на 100 тыс. населения[c]	Индекс основных возможностей Международных медико-санитарных правил (%)[c]	Страна
99	71	5,45	70	57,5	3,4	11,5	18,5	96	Словакия
99	70	5,42	77	45,5	2,8	10,2	36,3	75	Словения
31	78	6,26	75	14	0,2	0,2	0,9	57	Соломоновы Острова
16	67	5,17	87	8,7	<0.05	<0.05	0,1	6	Сомали
73	73	5,71	79	28	0,8	0,4	6,4	100	Южная Африка
10	72	5,3	87	8,7	0,1	<0.05	1,2	50	Южный Судан
100	81	5,63	70	29,7	3,8	8,1	23,1	90	Испания
94	78	5,38	86	35,1	0,7	0,4	0,6	71	Шри-Ланка
35	70	5,24	87	8,2	3,1	0,1	0,8	71	Судан
79	78	5,75	74	31	0,8	1,5	13,7	71	Суринам
58	71	5,52	91	21	0,1	0,1	4	51	Свазиленд
99	81	5,36	81	25,9	4,1	18,3	26,1	92	Швеция
100	82	5,39	74	46,8	4,1	41,4	50,4	91	Швейцария
93	76	5,79	81	15	1,5	0,3	3	63	Сирийская Арабская Республика
96	74	5,48	69	47,6	1,7	2,2	15,8	89	Таджикистан
95	78	5,15	79	21	0,4	0,9	6,3	98	Таиланд
91	72	5,41	69	44,3	2,8	10	36,9	89	Бывшая югославская Республика Македони
44	73	4,98	57	59	0,1	0,3	1,6	66	Тимор-Лешти
14	71	5,32	92	7	0,1	<0.05	0,3	69	Тонга
94	76	6,31	72	18,6	0,6	1	2,8	74	Tonga
92	74	5,74	87	30	1,2	3,1	18,2	70	Тринидад и Тобаго
93	77	5,75	67	22,9	1,3	2,6	7,3	65	Тунис
96	80	5,49	72	26,6	1,7	1,5	8,3	78	Турция
97	75	5,58	69	73,6	2,3	6,3	42,4	84	Туркменистан
19	73	5,22	90	5	0,1	<0.05	0,6	73	Уганда
96	73	5,47	69	88	3	10,1	72,5	97	Украина
100	80	6,04	81	11,5	1,6	0,1	11	91	Объединенные Арабские Эмираты
99	85	5,38	77	27,6	2,8	14,6	34,1	89	Соединенное Королевство
24	73	5,3	85	7	<0.05	<0.05	0,2	67	Объединенная Республика Танзания
100	87	5,71	78	29	2,6	12,4	36,7	97	Соединенные Штаты Америки
96	79	5,51	82	28	3,9	16,9	11,7	83	Уругвай
100	75	5,71	87	39,9	2,5	1,9	26	83	Узбекистан
54	76	5,38	81	18,6	0,2	0,4	1,9	43	Вануату
95	81	5,55	87	8	1,9	1,1	11,1	90	Венесуэла (Боливарианская Республика)
78	77	4,7	76	25,6	1,2	0,9	3,3	99	Вьетнам
60	69	5,59	81	7,1	0,3	0,2	0,4	46	Йемен
31	73	5,16	86	20	0,2	0,1	0,7	92	Замбия
39	72	5,37	84	17	0,1	0,1	0,5	68	Зимбабве

Приложение 3. Список стран по регионам Организации Объединенных Наций

АФРИКА

Северная часть Африки
Алжир, Египет, Ливия, Марокко, Судан, Тунис

Африка к югу от Сахары
Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сомали, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южная Африка, Южный Судан

АЗИЯ

Центральная Азия
Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан

Восточная Азия
Китай, Корейская Народно-Демократическая Республика, Монголия, Республика Корея, Япония,

Юго-Восточная Азия
Бруней-Даруссалам, Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Мьянма, Сингапур, Таиланд, Тимор-Лешти, Филиппины

Южная Азия
Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Иран (Исламская Республика), Мальдивы, Непал, Пакистан, Шри-Ланка

Западная Азия
Азербайджан, Армения, Бахрейн, Грузия, Йемен, Израиль, Иордания, Ирак, Катар, Кипр, Кувейт, Ливан, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Турция

ЕВРОПА
Австрия, Албания, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Черногория, Чехия, Швейцария, Швеция, Эстония

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН
Антигуа и Барбуда, Аргентина, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Боливия (Многонациональное Государство), Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гайана, Гаити, Гватемала, Гондурас, Гренада, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Люсия, Суринам, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Чили, Эквадор, Ямайка

СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА
Канада, Соединенные Штаты Америки

ОКЕАНИЯ
Австралия, Вануату, Кирибати, Микронезия (Федеративные Штаты), Новая Зеландия, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Соломоновы Острова, Тонга, Фиджи

Приложение 4. Индекс охвата услугами ВОУЗ в разбивке по регионам ВОЗ и Всемирного банка, 2015 г.

Регионы ВОЗ	Индекс охвата услугами ВОУЗ
Весь мир	64
Регион Африки	44
Регион Америки	78
Регион Юго-Восточной Азии	55
Европейский регион	73
Регион Восточного Средиземноморья	53
Регион Западной части Тихого океана	75

Регионы Всемирного банка	Индекс охвата услугами ВОУЗ
Весь мир	64
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	72
Европа и Центральная Азия	73
Латинская Америка и Карибский бассейн	75
Ближний Восток и Северная Африка	65
Северная Америка	≥80
Южная Азия	53
Страны Африки к югу от Сахары	42

Приложение 5. Показатели финансовой защиты в разбивке по регионам ВОЗ и Всемирного банка

Таблица 1. Показатель 3.8.2 ЦУР: частота катастрофических расходов на медицинскую помощь (10%-й порог)

10%-й порог

Регионы ВОЗ	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	9,7	588,5	11,4	741,3	11,7	808,4
Регион Африки	8,6	56,8	9,6	72,0	10,3	88,1
Регион Америки	10,5	87,3	13,0	115,3	11,1	103,5
Регион Юго-Восточной Азии	10,7	168,4	11,1	188,3	12,8	233,0
Европейский регион	6,6	56,9	6,9	60,5	7,0	62,2
Регион Восточного Средиземноморья	7,6	35,8	8,7	45,9	9,5	55,5
Регион Западной части Тихого океана	10,9	182,1	14,9	258	14,8	264,7

10%-й порог

Регионы Всемирного банка	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	9,7	588,5	11,4	741,3	11,7	808,4
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	9,6	194,7	12,9	271,3	12,9	280,9
Европа и Центральная Азия	6,5	56,5	6,9	60,0	7,0	61,8
Латинская Америка и Карибский бассейн	13,4	70,5	17,5	98,3	14,8	88,3
Ближний Восток и Северная Африка	8,3	26,3	11,5	40,1	13,4	52,2
Северная Америка	5,5	17,2	5,3	17,4	4,6	15,6
Южная Азия	12,0	166,1	12,0	181,7	13,5	220,6
Страны Африки к югу от Сахары	8,6	57,2	9,6	72,6	10,3	89,0

Примечание. Катастрофические расходы на медицинскую помощь определяются как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10% общего объема потребления или доходов домохозяйства. Данное определение с указанным пороговым значением соответствует показателю 3.8.2 ЦУР, определяемому как «доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств».

Источник. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановой сопоставимости, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой этих оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Таблица 2. Показатель 3.8.2 ЦУР: частота катастрофических расходов на медицинскую помощь (25%-й порог)

25%-й порог

Регионы ВОЗ	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	1,9%	112,8	2,4%	154,9	2,6%	179,3
Регион Африки	1,6%	10,8	2,1%	15,6	2,6%	21,9
Регион Америки	2,0%	16,6	2,4%	20,9	1,9%	17,5
Регион Юго-Восточной Азии	2,0%	30,8	2,1%	35,1	2,9%	51,8
Европейский регион	1,0%	8,4	1,0%	9,1	1,0%	8,9
Регион Восточного Средиземноморья	1,0%	4,8	1,1%	5,9	1,4%	8,4
Регион Западной части Тихого океана	2,5%	41,1	3,9%	68,0	3,9%	70,6

25%-й порог

Регионы Всемирного банка	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	1,9%	112,8	2,4%	154,9	2,6%	179,3
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	2,2%	43,6	3,3%	70,4	3,4%	73,2
Европа и Центральная Азия	1,0%	8,4	1,0%	9,0	1,0%	8,9
Латинская Америка и Карибский бассейн	2,6%	13,6	3,2%	18,0	2,5%	14,9
Ближний Восток и Северная Африка	1,4%	4,5	1,7%	5,9	2,2%	8,4
Северная Америка	1,0%	3,1	0,9%	3,0	0,8%	2,6
Южная Азия	2,1%	28,8	2,2%	33,0	3,0%	49,4
Страны Африки к югу от Сахары	1,6%	10,8	2,1%	15,7	2,5%	22,0

Примечание. Катастрофические расходы на медицинскую помощь определяются как расходы, покрываемые за счет собственных средств и превышающие 10% общего объема потребления или доходов домохозяйства. Данное определение с указанным пороговым значением соответствует показателю 3.8.2 ЦУР, определяемому как «доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств».

Источник. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановой сопоставимости, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой этих оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Таблица 3. Частота приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь: черта бедности, соответствующая 1,9 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.

1,90 долл. в день

Регионы ВОЗ	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	2,1	130,4	1,8	115,6	1,4	97,0
Регион Африки	2,3	15,4	1,6	11,7	1,7	14,2
Регион Америки	0,4	3,3	0,5	4,1	0,3	2,8
Регион Юго-Восточной Азии	3,9	61,9	3,3	56,6	3,1	56,8
Европейский регион	0,2	2,0	0,1	0,9	0,1	0,7
Регион Восточного Средиземноморья	1,4	6,7	0,9	4,7	0,5	3,2
Регион Западной части Тихого океана	2,4	40,9	2,2	37,4	1,1	19,4

1,90 долл. в день

Регионы Всемирного банка	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	2,1	130,4	1,8	115,6	1,4	97,0
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	2,2	45	1,9	40,4	1,0	20,9
Европа и Центральная Азия	0,2	2,0	0,1	0,9	0,1	0,7
Латинская Америка и Карибский бассейн	0,6	3,3	0,7	4,1	0,5	2,8
Ближний Восток и Северная Африка	0,7	2,2	0,5	1,8	0,3	1,3
Северная Америка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Южная Азия	4,5	62,4	3,7	56,5	3,5	57,1
Страны Африки к югу от Сахары	2,3	15,5	1,6	11,8	1,6	14,2

Примечание. Приводящие к обнищанию расходы на медицинскую помощь имеют место в случае, когда нежелательное связанное со здоровьем событие вынуждает соответствующее домохозяйство сократить расходы на покрытие немедицинских статей бюджета, таких как питание, жилье и одежда, до такой степени, что расходуемые на эти цели средства оказываются ниже уровня, обозначаемого чертой бедности. Показатели приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь не являются частью официального показателя достижения ЦУР, касающегося обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения как такового, однако они напрямую связывают ВОУЗ с первой из ЦУР, заключающейся в повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах.

Источник. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановой сопоставимости, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой этих оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Таблица 4. Частота приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь: черта бедности, соответствующая 3,10 долл. в день при ППС в ценах 2011 г.

3,10 долл. в день

Регионы ВОЗ	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	1,7	106,1	1,8	115,8	1,8	122,3
Регион Африки	2,1	13,9	1,4	10,1	1,5	12,5
Регион Америки	0,9	7,9	1,0	8,8	0,7	6,2
Регион Юго-Восточной Азии	2,4	37,8	2,3	39,1	3,4	61,3
Европейский регион	0,6	4,9	0,2	2,1	0,2	1,5
Регион Восточного Средиземноморья	1,7	8,0	1,7	9,1	1,3	7,7
Регион Западной части Тихого океана	2,0	33,4	2,7	46,4	1,8	32,9

3,10 долл. в день

Регионы Всемирного банка	2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек	Доля населения %	Млн человек
Весь мир	1,7	106,1	1,8	115,8	1,8	122,3
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	1,9	38,1	2,4	50,0	1,7	37,4
Европа и Центральная Азия	0,6	4,9	0,2	2,1	0,2	1,5
Латинская Америка и Карибский бассейн	1,5	7,9	1,6	8,8	1,0	6,2
Ближний Восток и Северная Африка	1,3	4,1	1,1	4,0	0,9	3,3
Северная Америка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Южная Азия	2,7	37,1	2,7	40,7	3,8	61,3
Страны Африки к югу от Сахары	2,1	13,9	1,4	10,2	1,4	12,6

Примечание. Приводящие к обнищанию расходы на медицинскую помощь имеют место в случае, когда нежелательное связанное со здоровьем событие вынуждает соответствующее домохозяйство сократить расходы на покрытие немедицинских статей бюджета, таких как питание, жилье и одежда и т.д., до такой степени, что расходуемые на эти цели средства оказываются ниже уровня, обозначаемого чертой бедности. Показатели приводящих к обнищанию расходов на медицинскую помощь не являются частью официального показателя достижения ЦУР, касающегося обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения как такового, однако они напрямую связывают ВОУЗ с первой из ЦУР, заключающейся в повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах.

Источник. Расчетные значения, полученные ВОЗ и Всемирным банком, основаны на стандартных определениях и методах обеспечения межстрановой сопоставимости, которые могут не соответствовать методам, используемым на региональном и/или национальном уровне в целях мониторинга катастрофических расходов на медицинскую помощь. Основой этих оценок является наличие данных для глобального мониторинга, которое не всегда согласуется с наличием данных на национальном или региональном уровне.

Фото представили

Обложка © WHO/SEARO/Sanjit Das
Страница1 © Olja Latinovic/World Bank
Страница 23 © 2013 Anil Gulati, Courtesy of Photoshare
Страница 47 © WHO/Alison Clements-Hunt



http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/

http://www.worldbank.org/health

ISBN 978 92 4 451355 2