

**Понимание  
глобального  
показателя расходов  
на первичную медико-  
санитарную помощь  
Часто задаваемые вопросы**



**Всемирная организация  
здравоохранения**

## Содержание

Выражение признательности.....	iii
Введение.....	1
1. Что такое первичная медико-санитарная помощь?.....	2
2. Какой метод учета применяется к глобальному показателю РПМСП? .....	2
3. Может ли методика ССЗ 2011 охватить все расходы на ПМСП в какой-либо стране? .....	3
4. Как рассчитывается глобальный показатель РПМСП? .....	3
5. Почему глобальный показатель РПМСП включает 80% расходов на медицинские товары, приобретенные в результате консультаций и самолечения? .....	5
6. Почему глобальный показатель РПМСП включает 80% расходов на управленческое и административное руководство системой здравоохранения? .....	5
7. Какие показатели РПМСП, основанные на данных глобального измерения, публикуются в ГБДРЗ и о чем они могут нам сообщить? .....	6
8. Какие еще показатели доступны для отслеживания РПМСП? .....	7
9. Какая еще информация необходима для получения более полной картины о ПМСП? .....	8
10. Каковы усилия по дальнейшему совершенствованию глобального показателя РПМСП?.....	8
Остались вопросы?.....	9
Библиография.....	10

## Выражение признательности

Настоящая техническая записка является результатом коллективных усилий сотрудников Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В состав основной редакционной группы по подготовке этого документа входят Лахлан Макдональд, Ке Сюй и Наталья Эйго.

В число авторов входят Бактыгуль Акказиева, Мария Арангурен, Сейду Кулибали, Валерия де Оливейра Крус, Огочукву Чуквуджекву, Жюльен Дюпюи, Ева Зверь, Тамаш Эветовиц, Диана Гурзадян, Триин Хабихт, Фараз Халид, Чандика Индикадахена, Донгсюэ (Венди) Ли, Авад Матария, Клод Мейер, Диана Мухонгерва, Джульетта Набьонга, Бенджамин Нганда, Клаудия Пескетто, Лаура Ривас, Эндрю Сирока, Цолмонгерель Цилаажав, Луис Винальс Торрес, Хапса Туре, Дин Ван и Нингзе Сюй.

ВОЗ выражает признательность за предоставление, обзор и утверждение материалов: Эйобу Асбу, Питеру Коули, Джо Кутцину и Инке Матауэр (ВОЗ); Джозефу Дилеману из Института по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья при Вашингтонском университете; Мэтью Шнайдеру из программы «Глобальное здоровье» Фонда Билла и Мелинды Гейтс; и экспертам по глобальным счетам здравоохранения Патрисии Эрнандес и Кору ван Моссевельду.

Подготовка настоящей технической записки финансировалась консорциумом инвесторов в области счетов здравоохранения, в том числе Фондом Билла и Мелинды Гейтс; Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Альянсом GAVI; Агентством Соединенных Штатов Америки по международному развитию; Европейской комиссией; правительством Японии; правительством Французской Республики; Министерством иностранных дел и по делам Содружества и развития Соединенного Королевства; и Министерством иностранных дел, торговли и развития Канады.

## Список сокращений

ГБДРЗ	Глобальная база данных о расходах на здравоохранение
НС	функции здравоохранения
НР	поставщики медицинских услуг
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РПМСП	расходы на первичную медико-санитарную помощь
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

## Введение

Хотя данные об объеме расходов на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) имеют большое значение как на страновом, так и на общемировом уровне, стандартизированный подход к измерению расходов на ПМСП (РПМСП), который мог бы применяться в глобальном масштабе, до недавнего времени отсутствовал. Это объясняется сочетанием целого ряда факторов. ПМСП в силу своей специфики предполагает многосекторальную стратегию, тем самым затрудняя проведение измерений. Кроме того, страны придерживаются разных интерпретаций понятия ПМСП и по-разному организуют свои механизмы предоставления услуг. В Системе Счетов Здравоохранения (ССЗ 2011) – международном стандарте учета для измерения расходов на здравоохранение – не предусмотрено готовой классификации для применения к РПМСП.

Отсутствие стандартной системы построения классификации для измерения РПМСП в разных странах затрудняет возможность межстрановых сопоставлений расходов на ПМСП. Для решения этой проблемы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) инициировала широкомасштабный и всеобъемлющий процесс экспертных консультаций. Поставленная задача состояла в том, чтобы разработать общий принцип измерения РПМСП (который можно использовать для определения РПМСП в любой стране), ориентируясь на достижение трех первоочередных целей:

- отражать определение ПМСП и соответствовать проводимой политике;
- применять методологию ССЗ 2011 — единственную систематическую и признанную на международном уровне структуру для отслеживания расходов на здравоохранение; и
- обеспечивать данные для сопоставления объемов РПМСП между странами вне зависимости от их внутренней архитектуры предоставления услуг или от конфигураций системы здравоохранения.

Кульминацией этой насыщенной программы работы стало опубликование в декабре 2021 г. технической записки ВОЗ, в которой специалистам технического профиля был представлен глобальный показатель РПМСП с соответствующими пояснениями (1).

Цель настоящего документа — обеспечить углубленное понимание глобального показателя РПМСП. Он подготовлен на основе ряда наиболее существенных вопросов, касающихся ПМСП и глобального показателя РПМСП. Эти вопросы способствуют разъяснению методологии, применения и полезности показателя РПМСП.

Важно отметить, что глобальный показатель РПМСП стал неотъемлемым элементом мониторинга системы здравоохранения. Поскольку он рассчитывается с использованием существующих счетов здравоохранения стран, Глобальная база данных ВОЗ о расходах на здравоохранение (ГБДРЗ) в настоящее время включает оценочные данные РПМСП по 108 странам за период с 2016 г. Эти оценки РПМСП служат важным ориентиром для проведения сопоставлений между аналогичными странами. Они также включены в известные системы мониторинга и оценки, такие как система мониторинга ВОЗ для отслеживания эффективности ПМСП (2) и Повестка дня в области иммунизации на период до 2030 г. — Глобальная стратегия на основе принципа «никого не оставить без внимания», одобренная семьдесят третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (3).

## 1. Что такое первичная медико-санитарная помощь?

ПМСП представляет собой основанный на участии всех государственных структур и всех общественных сил подход к здравоохранению, направленный на обеспечение максимально возможного уровня здоровья и благополучия всем людям и общинам и справедливого распределения медицинских услуг. В соответствии с операционным механизмом первичной медико-санитарной помощи (4), опубликованным ВОЗ и ЮНИСЕФ, ПМСП сочетает в себе три следующих взаимосвязанных компонента.

- **Всесторонние комплексные медицинские услуги, которые охватывают первичную медико-санитарную помощь, а также блага и функции общественного здравоохранения в качестве основных элементов.** По этому элементу предусмотрено удовлетворение потребностей отдельных лиц, семей и населения в области охраны здоровья посредством комплексной, укрепляющей здоровье, защитной, профилактической, лечебной и паллиативной помощи. Люди защищены от неблагоприятных последствий для здоровья с помощью мер, ориентированных на население, которые планируются и осуществляются с учетом потребностей обслуживаемых лиц.
- **Многосекторальная политика и меры воздействия на первичные и более широкие детерминанты здоровья.** Данное направление предполагает систематическую работу с более широкими детерминантами здоровья (в том числе социальными, экономическими и экологическими факторами, а также характеристиками и поведением людей) с помощью научно обоснованных мер политики и действий во всех секторах.
- **Вовлечение и расширение прав и возможностей отдельных лиц, семей и сообществ для активизации их участия в жизни общества и увеличения масштабов самопомощи и самодостаточности в области здравоохранения.** Этот элемент предусматривает расширение прав и возможностей отдельных лиц, семей и сообществ для обеспечения им оптимального уровня здоровья путем их вовлечения в число сторонников мер политики, направленных на укрепление и охрану здоровья и благополучия, и обеспечения их участия в мерах по разработке медицинских и социальных услуг, а также по оказанию самопомощи и уходу за больными.

## 2. Какой метод учета применяется к глобальному показателю РПМСП?

Система учета ССЗ 2011 используется в качестве основы для измерения расходов на ПМСП для межстранового сравнения. Измерение глобального показателя РПМСП опирается на функциональную классификацию (НС) расходов на здравоохранение, используемую в методике ССЗ 2011. Согласно этой системе, расходы на здравоохранение классифицируются в соответствии с их изначальной целью, то есть независимо от того, как они были профинансированы и где и кому были оказаны услуги.

Поскольку в основу классификации НС заложены потребляемые услуги, она дает возможность последовательно идентифицировать РПМСП независимо от архитектуры оказания услуг в той или иной стране. Такая методика обеспечивает сопоставимость показателя РПМСП между различными странами, что является одной из основных особенностей глобально применимого показателя.

Многие страны уже формируют счета здравоохранения с использованием классификации НС для представления национальной и международной отчетности по расходам на здравоохранение. Следовательно, показатель РПМСП можно рассчитать на основе имеющейся информации счетов здравоохранения.

### 3. Может ли методика ССЗ 2011 охватить все расходы на ПМСП в какой-либо стране?

Нет, не может. Глобальный показатель РПМСП является лишь косвенной величиной, которая отражает максимально возможную часть расходов, относящихся к концепции ПМСП.

Методика ССЗ 2011 ограничивает концепцию ПМСП какой-либо комбинацией видов деятельности. Затем можно провести измерение РПМСП, рассматривая индивидуальные услуги при первичном контакте (консультации и розничные расходы) и коллективные услуги в сочетании с соответствующими управленческими и административными расходами системы здравоохранения. Однако при этом не охватываются более широкие, многопрофильные и многосекторальные аспекты ПМСП.

Как указано в вопросе 1, определение ПМСП включает социальные детерминанты здоровья, в том числе, факторы окружающей среды, экономические факторы, водоснабжение и санитарию. Последовательного метода отслеживания расходов в этих областях, равно как и метода отнесения этих расходов к сфере ПМСП, не существует. Поэтому они не включены в показатель РПМСП. Эта проблема является общей для всех имеющихся методик измерения РПМСП.

### 4. Как рассчитывается глобальный показатель РПМСП?

В явно выраженной форме глобальный показатель РПМСП сосредоточен на персональных медицинских услугах первого контакта, популяционных вмешательствах и системной координации. Это согласуется с представлением о том, что ПМСП является первым контактом отдельных лиц, семьи и сообщества с системой здравоохранения, с ее ключевой ролью в укреплении общественного здравоохранения и санитарно-эпидемиологической безопасности, а также с ее системным подходом к медицинскому обслуживанию.

Формально показатель РПМСП представляет собой сумму следующих девяти функциональных показателей расходов, распределенных по четырем обширным категориям:

<p><b>Лечебная помощь (НС.1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общая амбулаторная лечебная помощь (например, визиты к врачу общей практики или медсестре) (НС.1.3.1)</li> <li>• Стоматологическая амбулаторная лечебная помощь (например, посещения для регулярного осмотра и другого лечения полости рта) (НС.1.3.2)</li> <li>• Амбулаторная лечебная помощь, не отнесенная к другим категориям (за исключением специализированной амбулаторной помощи) (НС.1.3. н.в.д.к.<sup>а</sup>)</li> <li>• Лечебная помощь на дому (например, визиты врача общей практики или медсестры на дому) (НС.1.4)</li> </ul>	<p><b>Долговременная помощь (НС.3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторная долговременная медицинская помощь (НС.3.3)</li> <li>• Долговременная медицинская помощь на дому (НС.3.4)</li> </ul>
<p><b>Профилактическая помощь (НС.6)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактическая помощь и мероприятия по укреплению здоровья (например, иммунизация, медицинские осмотры, санитарное просвещение, программы выявления заболеваний, мониторинг и программы реагирования на чрезвычайные ситуации) (НС.6)</li> </ul>	<p><b>Другое<sup>б</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% расходов на медицинские товары, приобретенные в результате консультации и/или самолечения (НС.5)<sup>с</sup></li> <li>• 80% расходов на административное управление и руководство системой здравоохранения (НС.7)</li> </ul>
<p><sup>а</sup> н.в.д.к.= не отнесено к другим категориям.  <sup>б</sup> Эта категория более подробно пояснена в вопросе 6.  <sup>с</sup> ССЗ 2011 включает отдельную функциональную категорию (НС.5) для расходов на лекарственные средства и медицинские товары, которые не включены в предоставление услуг (например, на лекарства, потребляемые после амбулаторной консультации).</p>	

Лечебная и долговременная помощь, предоставляемая в качестве амбулаторных услуг и услуг на дому, классифицируется как услуги в месте первого контакта и услуги по непрерывному персональному уходу, которые не являются специализированными. Это означает, что некоторые виды расходов (например, в связи с машинами скорой помощи), которые на первый взгляд можно определить как расходы по первому контакту или непрерывному уходу и, следовательно, отнести их к расходам на ПМСП, исключаются из глобального показателя ввиду трудностей дифференциации услуг общей практики и специализированных услуг.

В объем РПМСП также включаются меры по охране здоровья населения, определяемые в рамках классификации профилактической помощи. Профилактика основана на стратегии укрепления здоровья, охватывающей конкретные медико-санитарные меры по предотвращению заболеваний и факторов риска, а также конкретные вмешательства для выявления заболеваний и предоставления терапевтической помощи на максимально ранней стадии, например путем проведения скрининговых мероприятий.

Порог в 80% для расходов на медицинские товары и на управление и административное руководство системой здравоохранения не основан на эмпирических исследованиях и остается предметом обсуждения. В следующих двух вопросах эти категории рассматриваются более подробно.



## 5. Почему глобальный показатель РПМСП включает 80% расходов на медицинские товары, приобретенные в результате консультаций и самолечения?

Вообще, когда лекарства и медицинские товары потребляются в результате общей амбулаторной консультации, они являются частью пакета амбулаторных услуг и поэтому относятся к сфере ПМСП. Соответственно, когда пациенты приобретают назначенные им лекарственные средства и медицинские товары в пунктах розничной продажи (например, в аптеках), эти расходы также следует относить к РПМСП. Когда люди покупают лекарства и медицинские товары в торговых точках безрецептурного отпуска в целях самолечения, их расходы также нужно включать в объем РПМСП.

При этом важно отметить, что закупочные операции в пунктах розничной продажи могут также включать расходы на лекарства и медицинские товары, приобретенные в результате *специализированной* амбулаторной консультации. Такие расходы не зачитываются в РПМСП.

Ограниченность данных означает, что расходы на медицинские товары, связанные с общей амбулаторной помощью, не всегда легко отделить от расходов на медицинские товары, связанных со специализированной амбулаторной помощью. Поэтому, исходя из экспертного заключения и результатов анализа отдельных случаев, к сфере ПМСП относится 80% расходов на лекарства и медицинские товары, приобретенные в пунктах розничной продажи.

Разумеется, точная доля каждой категории расходов, связанной с ПМСП, зависит от конкретных условий; предполагаемый показатель на уровне 80% может в одних условиях привести к завышению объема расходов на ПМСП, а в других — к его занижению. Исследования показали, что в расходах на лекарства в связи с ПМСП возможна значительная вариативность (5). Поэтому упомянутый предполагаемый показатель находится в стадии рассмотрения.

## 6. Почему глобальный показатель РПМСП включает 80% расходов на управленческое и административное руководство системой здравоохранения?

Предполагается, что значительная доля расходов на управление и администрирование системой здравоохранения (80%) связана с ПМСП, поскольку эта помощь носит системный характер и охватывает меры по охране здоровья населения. Эти 80% включают координационные мероприятия правительства на уровне всей системы здравоохранения (то есть в рамках системы здравоохранения и между секторами), а также мероприятия по разработке и осуществлению политики, которые являются важнейшими функциями общественного здравоохранения. При этом к сфере ПМСП не относятся расходы на управление механизмами финансирования здравоохранения и на общую административную деятельность в рамках министерства здравоохранения и местных медико-санитарных органов.

Существует ряд аргументов о том, что включение 80% управленческих и административных расходов в расчеты глобального показателя приводит к завышению расходов на ПМСП в странах с низким уровнем дохода (6). Однако есть много вероятных причин, в силу которых эти страны могут направлять на управленческие нужды более значительную часть РПМСП. Например, в странах с низким уровнем дохода реализация некоторых профилактических программ возлагается на министерство здравоохранения, а не на отдельное учреждение по борьбе с

заболеваниями. В таких случаях часть расходов, отнесенных к сфере управления, следует отнести к оказанию профилактической помощи и, следовательно, причислить к РПМСП.

Необходим более глубокий анализ, чтобы получить полное представление об этих принципиальных различиях и не смешивать их с расходами на чисто организационно-измерительные мероприятия.

## 7. Какие показатели РПМСП, основанные на данных глобального измерения, публикуются в ГБДРЗ и о чем они могут нам сообщить?

Для всех стран, представляющих отчетность о расходах на здравоохранение в разбивке по функциям, в ГБДРЗ публикуются два ключевых показателя расходов:

- текущий объем РПМСП на душу населения в долларах США;
- текущий объем РПМСП в процентах от текущих расходов на здравоохранение.

Эти два показателя важны для понимания объема ресурсов, направляемых на ПМСП в рамках системы здравоохранения. Такая информация может помочь в определении базовых уровней расходов и в установлении будущих инвестиционных целей.

Однако в общем потоке ресурсов могут скрываться важные различия, касающиеся происхождения средств, что может повлечь значимые последствия с точки зрения политики. Например, если РПМСП финансируются за счет личных средств пациентов, а не объединенных бюджетных средств, такой способ финансирования ПМСП вряд ли будет соответствовать принципам всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Соответственно, когда страна представляет функциональную классификацию расходов на здравоохранение в перекрестной таблице с источниками финансирования, в ГБДРЗ могут дополнительно публиковаться еще пять оценок РПМСП:

- внутренние общие государственные РПМСП в виде процентной доли от текущего объема РПМСП;
- объем РПМСП, финансируемый из внешних источников, в виде процентной доли от текущего объема РПМСП;
- внутренние общие государственные РПМСП в виде процентной доли от внутренних общих государственных расходов на здравоохранение (GGHE-D);
- РПМСП, финансируемые из внешних источников, в виде процентной доли от расходов на здравоохранение, финансируемых их внешних источников (EXT); и
- внутренние общие государственные и финансируемые из внешних источников РПМСП в виде процентной доли от валового внутреннего продукта.

В совокупности эти семь показателей обеспечивают краткий обзор абсолютных сумм, расходов на ПМСП, степени приоритетности ПМСП, источников финансирования ПМСП (внутренние расходы государственного сектора и расходы из внешних источников) и относительной значимости каждого источника финансирования.

## 8. Какие еще показатели доступны для отслеживания РПМСП?

Во многих странах введены собственные показатели РПМСП, отражающие уникальность механизмов предоставления услуг в отдельных системах здравоохранения. Например, ПМСП может быть ограничена определенным набором поставщиков медицинских услуг или применяться в широких масштабах, охватывая сети предоставления услуг и телемедицину. С другой стороны, страны по-разному подходят к решению вопроса о том, какие расходы считать частью РПМСП, например включать или не включать в них управленческие расходы системы здравоохранения.

Эти различия означают, что подходы к измерению РПМСП с учетом национальных особенностей имеют решающее значение при разработке политики на страновом уровне. Поэтому странам настоятельно рекомендуется рассчитывать эти показатели, в то же время рассчитывая объем РПМСП с использованием глобального метода.

В ССЗ 2011 основной альтернативой расчету глобального показателя РПМСП является стандартная система классификации расходов по поставщикам медицинских услуг (НР), то есть распределение расходов по категориям в зависимости от *места* потребления медицинских услуг.

Однако классификация НР не была выбрана для построения глобального показателя РПМСП, поскольку, в отличие от классификации НС, она не может обеспечить последовательное представление о РПМСП, применимое в разных странах. Архитектура предоставления услуг и, следовательно, тип поставщика медицинских услуг, предоставляющего ПМСП, могут варьироваться в зависимости от стран. Кроме того, между поставщиками медицинских услуг и их услугами нет единообразной связи. Поставщики могут предлагать несколько категорий услуг: например, больницы обеспечивают специализированный и общий уход, а также стационарные и амбулаторные услуги. Верно и обратное: одна и та же услуга ПМСП (например, скрининг рака молочной железы) может предоставляться в разных учреждениях. Практическое функционирование такой системы также будет различаться в зависимости от стран.

Однако классификация расходов на здравоохранение по НР может дать намного более точное представление о РПМСП, именно, на страновом уровне, предоставляя ценную информацию о том, где потребляются услуги ПМСП исходя из индивидуальных особенностей структуры предоставления услуг в той или иной стране. Такой подход способен значительно повысить стратегическую значимость и точность глобального измерения РПМСП. Поэтому при формировании счетов здравоохранения странам настоятельно рекомендуется составлять перекрестные таблицы расходов на здравоохранение с разбивкой по функциям и поставщикам услуг.

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) разработала методы оценки РПМСП для ее государств-членов. В этих методах для объединения информации о функциях здравоохранения и поставщиках услуг используется структура ССЗ 2011 (7). Первоочередной показатель расходов на ПМСП для ОЭСР — «расходы на основные услуги, предоставляемые поставщиками амбулаторной помощи»<sup>1</sup> — является более узконаправленным в сравнении с глобальным показателем РПМСП по двум важным аспектам.

- Показатель ОЭСР сосредоточен на предоставлении услуг, а глобальный показатель включает еще и некоторые виды расходов в розничной сети на лекарственные средства, медицинские товары, управление и администрирование системой здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Это наиболее предпочтительный показатель РПМСП для ОЭСР; параллельно используются и другие показатели, включая расходы на основные услуги (во всех учреждениях) и «расходы на основные услуги, связанные с фармацевтическими препаратами».

- Показатель ОЭСР ограничен поставщиками амбулаторной помощи (то есть поликлинической и некоторых видов профилактической помощи, например услугами кабинетов общей практики, стоматологических кабинетов и аналогичных медицинских центров), тогда как глобальный показатель охватывает услуги в местах первого контакта, предоставляемые поставщиком медицинских услуг любого уровня или любого типа.

Направленность подхода ОЭСР весьма эффективна для узкого подмножества стран с высоким уровнем дохода, которые имеют несколько схожие структуры предоставления услуг. Однако он менее применим к остальному миру, учитывая большое количество способов предоставления услуг.

## 9. Какая еще информация необходима для получения более полной картины о ПМСП?

Результаты измерения РПМСП позволяют выявить важную информацию, имеющую отношение к политике, но для обеспечения полноты картины одной лишь информации о расходах недостаточно. Чтобы ответить на ключевые вопросы, связанные с политикой здравоохранения, обычно требуются дополнительные сведения.

- **Чтобы узнать, достаточен ли объем расходов на ПМСП в какой-либо стране,** необходимо иметь больше информации об источниках финансирования РПМСП (государственные средства, внешние партнерств или домохозяйства) и о более масштабных контекстуальных факторах, таких как макрофинансовая ситуация.
- **Чтобы узнать, являются ли услуги ПМСП качественными и широкодоступными,** требуется информация о качестве результатов для здоровья, а также информация о том, где и кому предоставляются услуги ПМСП.
- **Чтобы составить всестороннее мнение об эффективности системы здравоохранения,** требуется более подробная информация о результатах оказания ПМСП, а также о вводимых ресурсах, в том числе о местах предоставления услуг и факторах производства. Не менее важное значение имеет информация о путях финансирования РПМСП. Внешняя помощь, получаемая странами с уровнем дохода ниже среднего или низким уровнем дохода, может как предоставляться в рамках национального бюджета и интегрироваться в национальные системы, так и поступать отдельно от государственных механизмов финансирования, предоставляться вне бюджетных рамок и/или по линии отдельных программ. Такие методы фрагментации широко используются в области борьбы с инфекционными заболеваниями, где заметную роль традиционно играют доноры. Эти методы затрудняют отслеживание финансирования и могут оказать влияние на общую эффективность системы здравоохранения.

## 10. Каковы усилия по дальнейшему совершенствованию глобального показателя РПМСП?

Поскольку измерение объема РПМСП требует точности в отображении расходов на здравоохранение с использованием ССЗ 2011, во многих странах решение этой задачи может вызвать трудности. Например, в ряде стран, где данные о расходах и деятельности на уровне учреждений ограничены, в той или иной больнице сложно отделить расходы на стационарные услуги от амбулаторных и провести разграничительную линию между первичной и специализированной помощью.

В идеале последующие инвестиции будут направляться на укрепление странового потенциала в области проведения измерений и представления функциональных классификаций расходов на здравоохранение и, в частности, РПМСП (включая системы измерения, данные, персонал и т.д.), с тем чтобы у стран было больше возможностей для разработки собственных, адаптированных к их условиям и актуальных для проводимой политики показателей.

Периодические обзоры метода измерения также будут способствовать поддержанию актуальности глобального показателя в русле проводимой политики. Например, следует провести дальнейшие технико-экономические экспертизы для проверки применимости предполагаемой доли в размере 80% к медицинским товарам, потребляемым в системе розничной продажи, а также к сфере управления и администрирования.

Кроме того, дальнейшая работа позволит прояснить неопределенности в методике ССЗ 2011, касающиеся РПМСП. В качестве примера можно привести неосложненные вагинальные роды; в принципе эта услуга не относится к числу специализированных, хотя в ряде стран в зависимости от местоположения и сложности случая она может быть квалифицирована как специализированная услуга (стоимость которой не учитывается в объеме РПМСП). Прояснение ситуации с классификацией этой и других услуг должно способствовать уменьшению расхождений в показателях РПМСП, вызванных различиями в методологических интерпретациях разных стран.

В конечном счете цель глобального показателя РПМСП — обеспечить единообразный метод измерения расходов, который может содействовать межстрановому сопоставлению РПМСП во временной динамике. Он не предназначен для замены национальных показателей РПМСП или замены национального подхода. **ВОЗ настоятельно рекомендует странам продолжать мониторинг ПМСП и наращивать усилия по подготовке собственных качественных оценок ПМСП.**

## Остались вопросы?

Просим направить группе ВОЗ по счетам здравоохранения сообщение на адрес [nha@who.int](mailto:nha@who.int).

## Библиография

1. Measuring primary health care expenditure under SHA 2011: technical note, December 2021. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352307>, по состоянию на 22 декабря 2022 г.).
2. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund, 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352205>, по состоянию на 22 декабря 2022 г.).
3. Implementing the Immunization Agenda 2030: a framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, ownership & accountability, and communication & advocacy. IA2030; 2021 ([https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/IA2030\\_Framework\\_For\\_Action\\_31March\\_final.pdf](https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/IA2030_Framework_For_Action_31March_final.pdf), по состоянию на 22 декабря 2022 г.).
4. Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи: воплощение концепции в жизнь. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2020 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>, по состоянию на 21 декабря 2022 г.).
5. Schneider MT, Chang AY, Crosby SW, Gloyd S, Harle AC, Lim S et al. Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000–2017. *BMJ Glob. Health* 2021;6:e005798. doi:10.1136/bmjgh-2021-005798.
6. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob. Health*. 2022;10(5):e715–72. doi: [10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
7. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018. (<https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>, по состоянию на 22 декабря 2022 г.).