

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения им.
Салидат Каирбековой»

**Разграничение расходов на первичную медико-санитарную помощь
и амбулаторно-поликлиническую помощь**

(Руководство)

Астана
2023

УДК 614.2
ББК 65.495

Рецензенты:

Заместитель председателя правления РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой» МЗ РК Табаров А.Б.

Д.э.н., профессор Шаяхметова К.О.

Рекомендовано

Экспертным советом РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой» (протокол заседания Экспертного Совета РГП ННЦРЗ» № 27 от «1» ноября 2023 года)

Коллектив авторов:

Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Омирбаева Б.С., Серикбаев Н.С., Хасенова А.Ж.

Разграничение расходов на первичную медико-санитарную помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь: Руководство / Г.У. Кулкаева, З. М. Темекова, Б.С. Омирбаева, Н.С. Серикбаев, А. Ж. Хасенова – Астана: ННЦРЗ МЗ РК, 2023 – 26с.

ISBN 978-601-305-588-6

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, является центральным звеном всей системы здравоохранения. Данная помощь является основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи, которая обеспечивает результативность всей системы здравоохранения. Это место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.

Однако, все еще существует дискуссия о том, какие же именно расходы рассматривать для учета доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи. Четкое измерение расходов на ПМСП имеет важное значение для отслеживания инвестиций в стратегии в сфере ПМСП на национальном уровне и контроля за ходом их осуществления.

Также это позволит проводить сравнительный анализ между странами и изучить причины успеха или неудач отдельных стран. Информация о расходах на ПМСП может стать мощным политическим инструментом для принятия решений в направлении инвестиций и оценки рациональности использования средств в рамках расходов на здравоохранение.

Это первый всесторонний анализ ежегодных расходов на первичную медицинскую помощь в Казахстане.

Данное руководство предназначено для экономистов, организаторов и менеджеров здравоохранения, политиков, аналитиков и экспертов.

УДК 614.2
ББК 65.495



© Национальный научный центр развития здравоохранения МЗ РК, 2023
© Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Омирбаева Б.С., Серикбаев Н.С., Хасенова А.Ж., 2023

Перечень сокращений, условных обозначений, символов

АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
АЛО	Амбулаторно-лекарственное обеспечение
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МБ	Местный бюджет
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РБ	Республиканский бюджет
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
ЧРЗ	Частные расходы на здравоохранение
ООУ	Объем оказанных услуг
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
СНС	Система национальных счетов
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединённых наций

Содержание

Перечень сокращений, условных обозначений, символов	1
Введение	5
Основная часть	7
1. Актуальность и необходимость учета расходов на ПМСП	7
2. Определение понятия первичной медико-санитарной помощи и амбулаторно-поликлинической помощи в разных источниках	10
3. Подходы к оценке расходов на первичную медико-санитарную помощь	13
3.1. Расходы на ПМСП согласно законодательству РК	13
3.2. Рекомендации ВОЗ по измерению расходов на ПМСП.....	16
3.3 Рекомендации по разграничению расходов на первичную медико- санитарную помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь	21
Заключение	24
Список использованных источников	25

Введение

Наличие оценки расходов на первичную медико-санитарную помощь улучшает понимание государством текущего уровня инвестиций в первичную медико-санитарную помощь.

При базовом уровне расходов на первичную медико-санитарную помощь у государства будет больше возможностей:

- для проведения сравнительного анализа расходов и инвестиций на первичную медико-санитарную помощь в динамике и с другими странами;
- для обоснования необходимости увеличения расходов на первичную медико-санитарную помощь;
- для оценки эффективности мероприятий по расширению доступа пациентов к первичной медико-санитарной помощи.

На международном уровне Всеобщая декларация прав человека стала прорывом в 1948 году, заявив в статье 25:

«Каждый человек имеет право на уровень жизни, достаточный для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи».

В преамбуле к Уставу ВОЗ также подтверждается, что одним из основных прав каждого человека является «наивысший достижимый уровень здоровья».

Все большее значение придается социальной справедливости и равных правах в достижении доступности медицинской помощи.

На фоне вышеизложенного 30-я Всемирная ассамблея здравоохранения приняла решение в мае 1977 года в Алма-Ате, что «главной социальной целью правительств и ВОЗ на ближайшие десятилетия должно стать достижение всеми гражданами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь».

Кульминацией этого стала международная цель «здоровье для всех» к 2000 году в качестве социальной цели всех правительств.

На совместной международной конференции ВОЗ – ЮНИСЕФ в 1978 году в Алма-Ате правительства 134 стран и многие добровольные организации призвали к революционному подходу в здравоохранении. Заявляя, что «существующее вопиющее неравенство в состоянии здоровья людей, особенно между развитыми и развивающимися странами, а также внутри стран, является политически, социально и экономически неприемлемым».

Алма-Атинская декларация призвала все правительства разработать национальную политику, стратегии и планы действий по развертыванию и поддержанию первичной медико-санитарной помощи как части национальной системы здравоохранения. Каждой стране остается внедрять инновации в области оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии со своими собственными обстоятельствами.

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь стала новым подходом к здравоохранению, который объединяет на уровне сообщества все факторы, необходимые для улучшения состояния здоровья населения.

Первым ключевым принципом стратегии первичной медико-санитарной помощи является справедливость или равноправное распределение медицинских услуг. Медицинские услуги должны предоставляться в равной степени всем людям, независимо от их платежеспособности, и все (богатые или бедные, городские или сельские) должны иметь доступ к медицинским услугам.

Целью данного исследования является определить границы расходов на первичную медико-санитарную помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь в процентах от текущих расходов на здравоохранение.

В настоящем Руководстве кратко излагается подход и наборы данных, использованные для расчета этих расходов, сравниваются методы и результаты с другими государственными и национальными отчетами о расходах на первичную медико-санитарную помощь, а также обсуждаются ограничения, связанные с текущими источниками данных.

Приведенные в настоящем отчете оценки доли медицинских расходов, относящихся к первичной медико-санитарной помощи, представляются меньшими, чем оценки, рассчитанные в других отчетах. Однако, поскольку не существует национального стандарта для измерения расходов на первичную медико-санитарную помощь, эти оценки невозможно сравнить напрямую из-за различий в наборах данных, методологиях и определениях первичной медико-санитарной помощи.

При сравнении доли расходов на первичную медико-санитарную помощь в Казахстане с другими странами могут иметься различия в подходах и определениях первичной медико-санитарной помощи. Чтобы не было подобных разночтений, необходимо придерживаться международной классификации учета расходов на здравоохранение.

В этом отчете подчеркивается низкий уровень инвестиций в первичную медико-санитарную помощь в Казахстане. Исследования показывают, что системы здравоохранения с более высокой долей инвестиций, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь, имеют лучшие результаты для здоровья и более низкие затраты.

Таким образом, данное исследование может стать ключом к успешному укреплению системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

Основная часть

1. Актуальность и необходимость учета расходов на ПМСП

В рамках более широкой системы здравоохранения существуют различные уровни или области медицинской практики.¹ Их часто описывают как пирамидальную структуру с тремя, а иногда и четырьмя уровнями медицинского обслуживания, представляющими растущую степень специализации и технической оснащенности, как правило, с увеличением стоимости медицинского обслуживания. Наибольшее число пациентов наблюдается на первом уровне первичной медицинской помощи, который, как правило, является их первым контактом с системой здравоохранения, при этом число пациентов уменьшается по мере того, как они переходят с этого первого уровня на более высокие уровни специализированной помощи во вторичной, третичной, а теперь даже четвертичной помощи.²

Первичная, вторичная, третичная и четвертичная медицинская помощь зависят от сложности и серьезности решаемых проблем в области здравоохранения, а также от характера взаимоотношений между пациентом и поставщиком медицинских услуг. Медицинские работники, входящие в состав этих четырех уровней здравоохранения, совместно предоставляют медицинские услуги, такие как оценка, диагностика, предоставление лечения или последующее направление на следующий уровень медицинской помощи, исходя из конкретных потребностей в области здравоохранения. (рис. 1)



Рисунок 1 – Пирамида предоставления медицинских услуг

¹ Britannica. Medicine - Levels of Care. Available from: <https://www.britannica.com/science/medicine> (accessed on 30 June 2021)

² Britannica. Medicine - Levels of Care. Available from: <https://www.britannica.com/science/medicine> (accessed on 30 June 2021)

Треугольник на рисунке 1 представляет четыре уровня помощи в виде пирамиды с менее затратной и более доступной первичной медико-санитарной помощью, удовлетворяющей подавляющее большинство потребностей, и относительно менее частыми по использованию и более дорогими уровнями специализированной и неотложной помощи.

Далее на рисунке 2 представлено распределение расходов по уровням оказания медицинской помощи в Казахстане.



Рисунок 2 – Предоставление медицинской помощи по уровням оказания медицинской помощи в Казахстане в 2022 году, тыс.тенге, % к итогу

Эта фигура демонстрирует модель расходов по уровням оказания помощи в Казахстане. Так, профилактическая помощь оказывается менее доступной, так же как и первичная медико-санитарная помощь. Самым затратным уровнем оказывается вторичный уровень, или оказание специализированной амбулаторной и стационарной помощи.

Профилактическая помощь здесь включает в себя все мероприятия направленные на профилактику здоровья, в том числе такие бюджетные программы как «Пропаганда здорового образа жизни», «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения», «Охрана материнства и детства», «Централизованный закуп вакцин» и т.д.

Расходы на медицинскую помощь, оказываемую на первичном уровне, составили 533 млрд.тенге, или 26,6% от всех расходов на мед.помощь. Так, первичная помощь здесь включает в себя расходы на ПМСП, медицинскую реабилитацию в АПП, скорую медицинскую помощь, стационар на дому.

Вторичная помощь включает в себя всю специализированную помощь, оказываемую в амбулаторных и стационарных условиях.

Первичная помощь покрывает подавляющее большинство медицинских потребностей населения и является первым уровнем контакта с системой здравоохранения. Мероприятия первичной медико-санитарной помощи включают укрепление здоровья, профилактику заболеваний, поддержание здоровья, консультирование, обучение пациентов, диагностику и лечение острых и хронических заболеваний. Наряду с оказанием помощи первичная медико-санитарная помощь также стремится обеспечить получение пациентами комплексной помощи в рамках системы путем координации работы с другими поставщиками медицинских услуг и другими уровнями помощи, такими как социальные службы. Благодаря своей роли в координации медицинской помощи и профилактике заболеваний сильная первичная медико-санитарная помощь имеет ключевое значение для создания и поддержания здоровья всего населения³

Затраты первичной медико-санитарной помощи относительно ниже, чем в специализированной и неотложной помощи, данные ВОЗ показывают, что посещение больницы для амбулаторной помощи в Европе было примерно в 6 раз дороже, чем посещение учреждения первичной медико-санитарной помощи.⁴

Эффективная первичная медико-санитарная помощь играет серьезную роль в предотвращении хронических заболеваний и снижении смертности. Исследование, проведенное в 18 развитых странах, показало, что чем сильнее ориентирована система здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь, тем ниже уровни смертности от широкого круга причин.⁵

Сильная первичная медико-санитарная помощь может обеспечить экономию для систем здравоохранения за счет предотвращения дорогостоящей госпитализации путем более эффективного ведения и профилактики заболеваний. В последние годы первичная медико-санитарная помощь оказалась в центре внимания государственных реформ во многих странах, поскольку она может обеспечить экономию средств и оптимально отвечает ряду растущих потребностей в области здравоохранения.

Например, эффективная первичная медико-санитарная помощь может помочь координировать растущее число пациентов с множественными заболеваниями, а также сократить расходы за счет уменьшения количества ненужных госпитализаций.

Именно поэтому так важно вести учет и контролировать расходы на ПМСП, а также перераспределять средства с более высоких уровней на более низкие.

³ OECD (2020), *Delivering Quality education and Health Care to All: preparing regions for demographic change*.

⁴ WHO (2020), *Results of Unit costs for patient services for the 14 GBD Re-organization*

⁵ OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

2. Определение понятия первичной медико-санитарной помощи и амбулаторно-поликлинической помощи в разных источниках

Понятие ПМСП неоднократно становилось объектом новых интерпретаций или определений, что привело к путанице в понимании этого термина и практике его применения. В этой связи для того, чтобы правильно учитывать расходы на ПМСП необходимо изучить, что же включает в себя это понятие.

Первичная медико-санитарная помощь согласно Алматинской декларации по ПМСП от 12 сентября 1978 года составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе.

Первичная медико-санитарная помощь является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения и максимально приближает ее к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа.

Так, согласно Алма-Атинской декларации по ПМСП, Первичная медико-санитарная помощь включает, как минимум⁶:

- ✓ просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения, содействие обеспечению рационального питания, доброкачественного водоснабжения и проведению основных санитарных мер;
- ✓ охрану здоровья матери и ребенка, в том числе планирование семьи;
- ✓ иммунизацию против основных инфекционных заболеваний;
- ✓ профилактику эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними (борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими инфекционными заболеваниями);
- ✓ соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм;
- ✓ обеспечение основными лекарственными средствами;

Концепция ВОЗ и Юнисеф по первичной медико-санитарной помощи дает следующее определение: «Первичная медико-санитарная помощь – подход к охране здоровья, охватывающий все общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества, в рамках которого приоритетное внимание уделяется удовлетворению медико-санитарных потребностей населения на самых ранних этапах их формирования. Это осуществляется посредством единого комплекса мероприятий от укрепления здоровья и

⁶ Алмаатинская декларации по ПМСП от 12 сентября 1978 года

профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, осуществляемых максимально близко к среде повседневной жизни людей».⁷

Согласно Кодексу о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан (далее – Кодекс) первичная медико-санитарная помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. ПМСП включает в себя оказание следующих услуг:

- 1) диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;
- 2) профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);
- 3) раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний, и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;
- 4) иммунизацию;
- 5) формирование и пропаганду здорового образа жизни;
- 6) мероприятия по охране репродуктивного здоровья;
- 7) наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;
- 8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Между тем, в Казахстанских НПА отсутствует определение амбулаторно-поликлинической помощи, амбулаторная помощь определяется как условие оказания медицинской помощи.

Так, согласно статье 116 Кодекса в Республике Казахстан установлена трехуровневая система оказания медицинской помощи:

1) первичный уровень – уровень оказания медицинской помощи специалистами первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных, стационарозамещающих условиях и на дому;

2) вторичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном уровне;

3) третичный уровень – уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь с применением высокотехнологичных медицинских услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов первичного и вторичного уровней.

В статье 118 Кодекса определены условия оказания медицинской помощи:

⁷ ВОЗ и ЮНИСЕФ. Концепция первичной медико-санитарной помощи в XXI веке: на пути к ВОУЗ и ЦУР.

1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;

2) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения;

3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

4) на дому: при вызове медицинского работника, мобильной бригады, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому (стационар на дому);

5) в санаторно-курортных организациях;

6) вне медицинской организации: по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, на санитарном автотранспорте и медицинской авиации при транспортировке, а также в медицинских поездах, передвижных (полевых) медицинских комплексах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах и при оказании дистанционных медицинских услуг.

Таким образом, амбулаторно-поликлиническая помощь является понятием намного шире, чем ПМСП и включает в себя все мероприятия, оказываемые в амбулаторных условиях. Поэтому, ПМСП является ядром всего первичного звена системы здравоохранения, а значит необходимо правильно разграничивать расходы на ПМСП и медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

3. Подходы к оценке расходов на первичную медико-санитарную помощь

3.1. Расходы на ПМСП согласно законодательству РК

Несмотря на разногласия в отношении учета расходов на ПМСП, всем странам, так или иначе рекомендуется придерживаться одного стандарта для сопоставимости и сравнения показателей, а также для принятия оперативных стратегических решений в отношении направлений политики здравоохранения.

В Казахстане разработаны нормативно-правовые акты, а также стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи. В этой связи принимать рекомендации по учету расходов на ПМСП предлагается в соответствии с установленным законодательством.

Так, согласно статье 123 Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан (далее – Кодекс), первичная медико-санитарная помощь включает в себя:

- 1) диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;
- 2) профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);
- 3) раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний, и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;
- 4) иммунизацию;
- 5) формирование и пропаганду здорового образа жизни;
- 6) мероприятия по охране репродуктивного здоровья;
- 7) наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;
- 8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Структура расходов на ПМСП согласно Кодексу представлена в таблице 1. В этом перечне мы постарались охватить все услуги, которые оказываются на уровне ПМСП и соответствуют определению ПМСП в Кодексе.

Таблица 1 – Структура расходов на ПМСП в Казахстане в 2022 году согласно Кодексу

Вид помощи по Кодексу	Наименование программы	Гос-ые расходы	Частные расходы
1) диагностика, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями	ГОБМП	449 358 422	
	Амбулаторно-поликлиническая помощь прикрепленному населению (КПН)	410 556 046	
	Разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	52 685	
	Стимулирование работников ПМСП, за достигнутые индикаторы (СКПН)	23 447 835	

Вид помощи по Кодексу	Наименование программы	Гос-ые расходы	Частные расходы
	Оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов	12 083 145	
	Обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	2 209 328	
	Оказание медицинской помощи мобильными бригадами ПМСП (КВИ)	368 505	
	Стационар на дому КВИ	15 037	
	Онко мобильные бригады	625 843	
	ОСМС	6 837 440	
	Оказание медицинской помощи мобильными бригадами ПМСП (КВИ)	6 691 617	
	Стационар на дому КВИ	145 823	
	Стоматология		153 214 874
	АЛО	243 734 381	557 903 760
	МБ	2 297 924	
	Оказание дополнительного объема медицинской помощи, включающий медицинскую помощь субъектами здравоохранения, оказание услуг Call-центрами и прочие расходы	2 297 924	
	ООУ		116 539 513
	Услуги в области врачебной практики общей		116 234 011
Услуги социальные без обеспечения проживания для престарелых и инвалидов		305 502	
2) профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);	ГОБМП	1 739 405	
	Скрининг село	1 280 336	
	ПМК автотранспорт	368 064	
	ПМК ЖД	91 005	
	ОСМС	31 952 199	
	ПМК автотранспорт	4 419 557	
	ПМК ЖД	631 697	
Школьная медицина	26 900 945		
3) раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;	ГОБМП	7 758 218	
	Обслед насел на ВИЧ	7 256 743	
	Работа дружественных кабинетов	501 476	
	МБ	2 919 643	
	Реализация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД	2 655 498	
	Услуги по реализации мероприятия по предупреждению распространения коронавирусной инфекции COVID-19	69 507	
	Проведение мероприятий за счет чрезвычайного резерва местного исполнительного органа для ликвидации	194 638	

Вид помощи по Кодексу	Наименование программы	Гос-ые расходы	Частные расходы
	чрезвычайных ситуаций социального, природного и техногенного характера		
4) иммунизацию;	Централизованный закуп и хранение вакцин и других медицинских иммунобиологических препаратов для проведения иммунопрофилактики населения (Местный бюджет)	59 175 228	
5) формирование и пропаганду здорового образа жизни	Пропаганда здорового образа жизни (Местный бюджет)	738 623	
6) мероприятия по охране репродуктивного здоровья; 7) наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;	Услуги по охране материнства и детства (Местный бюджет)	5 236 743	
8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения (РБ)	24 543 961	
ИТОГО ПМСП		836 292 188	827 658 147
от гос расходов/частных расходов		35,0%	56,5%
от ТРЗ		21,7%	21,5%

Таким образом, государственные расходы на ПМСП в Казахстане составляют 836 292 188 тыс.тенге, или 35% от государственных расходов на здравоохранение, 21,7% от ТРЗ.

Частные расходы на ПМСП в Казахстане составили 827 658 147 тыс.тенге, или 56,5% от частных расходов на здравоохранение, 21,5% от ТРЗ.

Совокупные расходы на ПМСП от всех источников финансирования составили 1 663 950 335 тыс.тенге, или 43,2% от ТРЗ.

Также, отметим, что при расчете затрат на ПМСП согласно Кодекса важнее учитывать только государственные расходы, а долю расходов определять исходя суммы всех государственных расходов. Это значение говорит о приоритетах государства выделяемых средств на медицинскую помощь.

3.2. Рекомендации ВОЗ по измерению расходов на ПМСП

В декабре 2021 г. ВОЗ опубликовал техническую записку, в которой специалистами технического профиля был представлен глобальный показатель расходов ПМСП (РПМСП) с соответствующими пояснениями.⁸

Цель этого 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. В качестве основы для измерения расходов на ПМСП используется система учета счетов здравоохранения ССЗ 2011. При этом измерение глобального показателя РПМСП опирается на классификацию расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (НС), 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.

Так, согласно рекомендациям ВОЗ показатель РПМСП представляет собой сумму следующих функциональных показателей расходов, распределенных по четырем обширным категориям⁹:

- Лечебная помощь (НС.1)
 - Общая амбулаторная лечебная помощь (например, визиты к врачу общей практики или медсестре) (НС.1.3.1)
 - Стоматологическая амбулаторная лечебная помощь (например, посещения для регулярного осмотра и другого лечения полости рта) (НС.1.3.2)
 - Амбулаторная лечебная помощь, не отнесенная к другим категориям (за исключением специализированной амбулаторной помощи) (НС.1.3. н.в.д.к.а)
 - Лечебная помощь на дому (например, визиты врача общей практики или медсестры на дому) (НС.1.4)
- Долговременная помощь (НС.3)
 - Амбулаторная долговременная медицинская помощь (НС.3.3)
 - Долговременная медицинская помощь на дому (НС.3.4)

⁸ 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.)

⁹ Measuring primary health care expenditure under SHA 2011: technical note, December 2021

- Профилактическая помощь (НС.6)
 - 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)
- Другое:
 - 80% расходов на медицинские товары, приобретенные в результате консультации и/или самолечения (НС.5)
 - 80% расходов на административное управление и руководство системой здравоохранения (НС.7)

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.

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. Также профилактика включает 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, на управление и административное руководство системой здравоохранения основан на предположении о том, что, когда пациенты приобретают назначенные им лекарственные средства и медицинские товары в пунктах розничной продажи (например, в аптеках), эти часть этих расходов относится к первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, исходя из экспертного заключения ВОЗ 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. Так, 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.¹⁰ Поэтому этот показатель является оценочным.

Теперь перейдем к расходам на управленческое и административное руководство системой здравоохранения. Предполагается, что значительная доля расходов на управление и администрирование системой здравоохранения

¹⁰ 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.

(80%) связана с ПМСП, поскольку эта помощь носит системный характер и охватывает меры по охране здоровья населения. Указанные 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.

Необходимо отметить, что в вышеуказанные расходы суммируются все источники финансирования здравоохранения. То есть расходы государственного бюджета, системы обязательного медицинского страхования, добровольное страхование и выплаты населения из кармана на медицинские товары и услуги. Отсюда, и расходы личных средств населения также относятся к доле ПМСП.

Таким образом, согласно данному подходу, мы получаем следующий перечень медицинской помощи, который необходимо включать при расчете расходов на ПМСП.

Таблица 2 – Расходы на ПМСП в Казахстане по методологии ВОЗ согласно данным национальных счетов здравоохранения в 2022 году

Наименование программы	гос	частные
1.Лечебная помощь:	461 214 651	490 763 903
1.1.Общая амбулаторная лечебная помощь (например, визиты к врачу общей практики или медсестре)	458 755 867	116 234 011
<i>Г ОБМП</i>	<i>456 535 571</i>	
Оказание медицинской помощи мобильными бригадами ПМСП (КВИ)	368 505	
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	26 988	
Медико-социальная помощь зараженным ВИЧ в центрах по профилактике ВИЧ	3 152 175	
Амбулаторно-поликлиническая помощь прикрепленному населению (КПН)	410 556 046	
Разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	52 685	
Онко АПП	4 638 864	
Стимулирование работников ПМСП, за достигнутые индикаторы (СКПН)	23 447 835	
Оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов	12 083 145	
Обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	2 209 328	
<i>ОСМС</i>	<i>6 859 161</i>	
Оказание медицинской помощи мобильными бригадами ПМСП (КВИ)	6 691 617	
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	167 543	
<i>ООУ</i>		<i>116 234 011</i>
Услуги в области врачебной практики общей		116 234 011

Наименование программы	гос	частные
1.2.Стоматологическая амбулаторная лечебная помощь (например, посещения для регулярного осмотра и другого лечения полости рта)	-	153 214 874
Услуги в области стоматологии		153 214 874
1.3.Амбулаторная лечебная помощь, не отнесенная к другим категориям (за исключением специализированной амбулаторной помощи)	2 297 924	221 315 018
МБ		
Оказание дополнительного объема медицинской помощи, включающий медицинскую помощь субъектами здравоохранения, оказание услуг Call-центрами и прочие расходы	2 297 924	
ОДХ		
Парамедицинские услуги		38 719 643
ООУ		
Услуги по охране здоровья человека прочие		182 595 375
1.4.Лечебная помощь на дому (например, визиты врача общей практики или медсестры на дому)	160 859	-
ГОБМП	15 037	
Стационар на дому КВИ	15 037	
ОСМС	145 823	
Стационар на дому КВИ	145 823	
2.Долгосрочный медицинский уход	625 843	305 502
2.1.Амбулаторная долговременная медицинская помощь	-	-
2.2.Долговременная медицинская помощь на дому	625 843	305 502
онко мобильные бригады	625 843	
Услуги социальные без обеспечения проживания для престарелых и инвалидов		305 502
3.Профилактическая помощь	101 652 752	-
3.1. Профилактическая помощь и мероприятия по укреплению здоровья (например, иммунизация, медицинские осмотры, санитарное просвещение, программы выявления заболеваний, мониторинг и программы реагирования на чрезвычайные ситуации)	101 652 752	-
Пропаганда здорового образа жизни	738 623	
Реализация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД	2 655 498	
Работа дружеств.кабнт	501 476	
Централизованный закуп и хранение вакцин и других медицинских иммунобиологических препаратов для проведения иммунопрофилактики населения	59 175 228	
Обслед насел на ВИЧ	7 256 743	
Скрининг село	1 280 336	
Услуги по охране материнства и детства	5 236 743	
Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения	24 543 961	
Услуги по реализации мероприятия по предупреждению распространения коронавирусной инфекции COVID-19	69 507	
Проведение мероприятий за счет чрезвычайного резерва местного исполнительного органа для ликвидации чрезвычайных ситуаций социального, природного и техногенного характера	194 638	
4.Другое	297 039 076	567 652 203

Наименование программы	гос	частные
4.1.80% расходов на медицинские товары, приобретенные в результате консультации и/или самолечения	243 734 381	557 903 760
4.2.80% расходов на административное управление и руководство системой здравоохранения	53 304 696	9 748 443
ИТОГО	865 171 186	1 058 721 608
в % от ТРЗ	22,4%	27,5%

Таким образом, по данным таблицы 2 видно, если пользоваться данным подходом, то **расходы на ПМСП в Казахстане составляют 1 923 892 794 тыс. тенге, или 49,9% от текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ в Казахстане – 3 855 044 948 тыс. тенге в 2022 году, или 3,7% от ВВП).**

3.3 Рекомендации по разграничению расходов на первичную медико-санитарную помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь

Как упоминалось ранее, в Казахстанских НПА отсутствует определение понятия амбулаторно-поликлиническая помощь, однако в Кодексе закреплено понятие амбулаторные условия. Таким образом, амбулаторно-поликлиническая помощь является понятием намного шире, чем первичная медико-санитарная помощь. Это все медицинские услуги, проводимые в амбулаторных условиях, без круглосуточного наблюдения, включая клинико-диагностические мероприятия, а также реабилитацию.

При расчете затрат на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, были учтены все затраты на ПМСП, рассчитанные по методологии ВОЗ, а также расходы на клинико-диагностическую помощь, и реабилитацию в амбулаторных условиях. Перечень расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь в Казахстане в 2022 году

	гос расходы	Частные
Клинико-диагностическая помощь в амбулаторных условиях	277 592 440	66 827 907
ГОБМП	36 303 209	
Консультативно-диагностическая помощь по услугам тарификатора	30 540 484	
Оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе автотранспорта	368 064	
Оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе железно-дорожного транспорта	91 005	
Услуги в травматологических пунктах	5 163 930	
Услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	112 738	
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	26 988	
ОСМС	241 289 231	
Услуги молодежных центров здоровья	1 661 674	
Консультативно-диагностическая помощь по услугам тарификатора	201 274 748	
Оказание услуг субъектов ПМСП медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования	26 900 945	
Оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе автотранспорта	4 419 557	
Оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе железно-дорожного транспорта	631 697	
Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	1 408 266	
Услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	4 824 802	
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	167 543	

	гос расходы	Частные
Мед.помощь ПМСП (ГОБМП)	448 349 038	116 234 011
Амбулаторно-поликлиническая помощь прикрепленному населению (КПН)	410 556 046	
Разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	52 685	
Стимулирование работников ПМСП, за достигнутые индикаторы (СКПН)	23 447 835	
Оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов	12 083 145	
Обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	2 209 328	
Оказание медицинской помощи мобильными бригадами ПМСП (КВИ)	7 060 122	
ГОБМП	368 505	
ОСМС	6 691 617	
Спец.помощь сельскому населению КПН (ГОБМП)	49 449 118	
Мед.помощь онкология (ГОБМП)	674 230	
Телеконсультации	210 368	
Молекулярная диагностика	463 862	
Стоматология		153 214 874
Стационар на дому КВИ	160 859	
ГОБМП	15 037	
ОСМС	145 823	
Прочие	2 297 924	221 315 018
Оказание дополнительного объема медицинской помощи, включающий медицинскую помощь субъектами здравоохранения, оказание услуг Call-центрами и прочие расходы - МБ	2 297 924	
Парамедицинские услуги		38 719 643
Услуги по охране здоровья человека прочие		182 595 375
Профилактика	101 652 752	
1.1РБ (070БП)	24 829 486	
Пропаганда здорового образа жизни	146 987	
Реализация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД	138 538	
Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения	24 543 961	
1.2МБ	67 784 712	
Услуги по охране материнства и детства	5 236 743	
Пропаганда здорового образа жизни	591 636	
Централизованный закуп и хранение вакцин и других медицинских иммунобиологических препаратов для проведения иммунопрофилактики населения	59 175 228	
Реализация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД в Республике Казахстан	2 516 960	
Услуги по реализации мероприятия по предупреждению распространения коронавирусной инфекции COVID-19	69 507	

	гос расходы	Частные
Проведение мероприятий за счет чрезвычайного резерва местного исполнительного органа для ликвидации чрезвычайных ситуаций социального, природного и техногенного характера	194 638	
ГОБМП	9 038 554	
Работа дружеств.кабнт	501 476	
Обслед насел на ВИЧ	7 256 743	
Скрининг село	1 280 336	
Реабилитация АПП	7 819 672	
Реабилитация в АПП	7 745 923	
Реабилитация в АПП ковид	73 749	
Онко АПП	4 638 864	
Медико-социальная помощь зараженным ВИЧ в центрах по профилактике ВИЧ	3 152 175	
Амбулаторная долговременная медицинская помощь на дому	625 843	305 502
онко мобильные бригады	625 843	
Услуги социальные без обеспечения проживания для престарелых и инвалидов		305 502
АЛО	200 558 360	
Лекарства в АПП (ВИЧ, туб, МБ)	43 176 020	557 903 760
Администрирование	53 304 696	9 748 443
Итого на первичный уровень	1 200 512 115	1 125 549 515
в % от ТРЗ	31,1%	29,2%

Таким образом, расходы на всю медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, в 2022 году составили 2 322 909 455 тыс. тенге, или 60,3% от ТРЗ.

Заключение

Развитие первичной медико-санитарной помощи позволит достичь всеобщего охвата, связанных со здоровьем целей устойчивого развития (ЦУР) и санитарно-эпидемиологической безопасности. В рамках работы по достижению ВОУЗ, ЦУР и санитарно-эпидемиологической безопасности ПМСП играет роль движущей силы. Их реализация требует срочного ускорения, которое может быть обеспечено на базе ПМСП.

ПМСП – это наиболее инклюзивный, действенный и результативный подход к повышению уровня физического и психического здоровья людей и их социального благополучия. Все больше данных свидетельствуют о высокой эффективности инвестирования ресурсов в развитие первичной медико-санитарной помощи во всем мире, особенно в контексте пандемии COVID-19.

Финансирование ПМСП повсеместно приводит к повышению эффективности медицинской помощи, усилению подотчетности системы здравоохранения и улучшению показателей общественного здравоохранения.

ПМСП также играет решающую роль в повышении устойчивости систем здравоохранения в кризисных ситуациях, укрепляя их способность заблаговременно выявлять ранние признаки эпидемий и повышая их готовность принимать оперативные меры в случае резкого увеличения спроса на медицинские услуги. Общеизвестно, что ПМСП является пунктом первого доступа к системе здравоохранения и основой для усиления наиболее важных функций в области охраны общественного здоровья, необходимых в случае таких кризисов, как пандемия COVID-19.

Вот почему так важно учитывать затраты на ПМСП. Это показатель того, правильно ли развивается система здравоохранения, прилагает ли государство достаточно усилий для оказания качественной и доступной медицинской помощи. Если мы отследим это вовремя, это покажет нам смещение финансирования в ту или иную сторону, и мы увидим, на какой уровень медицинского обслуживания расходуется больше всего ресурсов.

В то же время в мировой практике до сих пор не существует единого подхода к определению затрат на ПМСП. ВОЗ разработала свою методологию бухгалтерского учета на основе Системы счетов здравоохранения 2011 года. Однако такой подход также вызывает много вопросов и требует дальнейшего рассмотрения и обсуждения. В случае Казахстана мы предлагаем не отступать от установленного законодательства и придерживаться его при учете расходов на ПМСП.

Список использованных источников

1. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения РК от 7.07.2020 № 360-VI ЗРК
2. Всемирная организация здравоохранения. (2023). Понимание глобального показателя расходов на первичную медико-санитарную помощь: часто задаваемые вопросы. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/366751>.
3. Данные национальных счетов здравоохранения за 2022 год.
4. 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>)
5. 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>)
6. 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>)
7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-173/2020 Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения
8. A system of health accounts / 2011 Edition. Режим доступа: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en.
9. Всемирная организация здравоохранения. (2022). Система счетов здравоохранения 2011 г.: исправленное издание: сокращенная версия. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/361852>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
10. Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>
11. Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go? Berchet C., Lafortune G., OECD, 2016.
12. Health 2020: targets and indicators, WHO, 2016. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1
13. OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
14. OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

15. Bailit M.H., Friedberg, M.W. and Houy M.L. (2017), "Standardizing the Measurement of Commercial Health Plan Primary Care Spending", Report of the Milbank Memorial Fund. New York
16. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). (2014): Report and definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems
17. Friedberg, M.W., Hussey P.S. and E.C. Schneider (2010), "Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care", *Health Affairs* (29):766-72
18. Gmeinder M., Morgan D. and M. Mueller (2017), "How much do OECD countries spend on prevention?", *OECD Health Working Papers*, No. 101, OECD Publishing, Paris
19. OECD (2016), "Measuring primary care spending and efficiency", Document DELSA/HEA/HA(2016)5 presented at the 17th Health Accounts Experts and Data Correspondents Meeting. Paris
20. Starfield B. (1994), "Is primary care essential?", *The Lancet* 344(8930):1129-1133
21. Starfield B. (1998), "Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology", Oxford University Press.
22. WHO (1978), "Primary health care", Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, Geneva.
23. 8 Healthcare Quality Improvement Tips // Школы Общественного здравоохранения Гарварда <https://www.hsph.harvard.edu/есре/8-healthcare-quality-improvement-tips/>
24. Priyanka Saksena, Justine Hsu, David B. Evans Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges// https://www.researchgate.net/publication/266028635_Financial_Risk_Protection_and_Universal_Health_Coverage_Evidence_and_Measurement_Challenges
25. WHO (2022), Primary health care: making our commitments happen: realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region