

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК**

БЕКІТЕМІН

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
МӘМС үйлестіру департаментінің
директоры

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту
республикалық орталығы» ШЖҚ
РМК Бас директоры

_____ А. Өміртаев
« ____ » _____ 2019 ж.

_____ А. Айыпханова
« ____ » _____ 2019 ж.

**2019 жылдың IV тоқсаны үшін
«Денсаулық сақтау даму жүйесінде мемлекеттік саясат құру» 001
бағдарламасы, «Денсаулық сақтау жүйесін реформалауды қолдау» 105
кіші бағдарламасы
2019 жылғы 28 ақпандағы № 91 шарты бойынша есеп**

**1 тармақ. «Денсаулық сақтаудың Ұлттық шоттарын қалыптастыру
және жетілдіру»**

Кіші тармақтар:

1.6 «Денсаулық сақтау жүйесінің өнімділігін есептеу».

1.8 «Денсаулық сақтау шығыстарын талдай отырып, ДСҰШ бойынша жыл сайынғы есепті қалыптастыру».

Келісілген:

ШЖҚ РМК

Бас директордың орынбасары

_____ **З. Темекова**

Жауапты орындаушы:

Денсаулық сақтау экономикасы
орталығының басшысы

_____ **К. Гаитова**

Нұр-Сұлтан қ., 2019жылы

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»**

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента
координации ОСМС
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

_____ А. Умертаев
«___» _____ 2019 года

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

_____ А. Айыпханова
«___» _____ 2019 года

**Отчет
по Договору № 91 от 28 февраля 2019 года
программе 001 «Формирование государственной политики в области
здравоохранения и социального развития»
подпрограмме 105 «Поддержка реформирования системы
здравоохранения» за IV квартал 2019 года**

**Пункт 1. «Формирование и совершенствование Национальных счетов
Здравоохранения»**

Подпункты:

- 1.6 «Расчет продуктивности системы здравоохранения»
- 1.8 «Формирование ежегодного отчета по Национальным счетам здравоохранения с анализом расходов на здравоохранение»

Согласовано:

Заместитель
Генерального директора
РЦРЗ

_____ **З. Темекова**

Исполнитель:

Руководитель Центра экономики
здравоохранения РЦРЗ

_____ **К. Гаитова**

г. Нур-Султан, 2019 год

Лист согласования
к отчету по Договору № 91 от 28 февраля 2019 года за I квартал 2019 года
Пункт 1 «Формирование и совершенствование Национальных счетов
здравоохранения»

Подпункты:

1.6 «Расчет продуктивности системы здравоохранения»

1.8 «Формирование ежегодного отчета по Национальным счетам
здравоохранения с анализом расходов на здравоохранение»

	Ф.И.О	Должность	Дата	Подпись
	Министерство здравоохранения Республики Казахстан			

Список исполнителей

- | | | |
|--|---------|----------------|
| 1. Начальник отдела
макроэкономических
исследований | <hr/> | Г. Загидуллина |
| | подпись | |
| 2. Главный аналитик отдела
макроэкономических
исследований | <hr/> | Б. Омирбаева |
| | подпись | |
| 3. Ведущий специалист отдела
макроэкономических
исследований | <hr/> | А. Маратбаева |
| | подпись | |

Содержание

Список сокращений и обозначений.....	6
1.6 Расчет продуктивности системы здравоохранения.....	8
1.8 Формирование ежегодного отчета по Национальным счетам здравоохранения с анализом расходов на здравоохранение.....	24
Приложения.....	94

Список сокращений и обозначений

КС МНЭ РК	Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан
АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
ВБ	Всемирный Банк
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врачи общей практики
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
КЗГ	Клинико-затратные группы
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
КПВЭД	Классификатор продукции по видам экономической деятельности
МВФ	Международный валютный фонд
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МЗСР РК	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
МГСЗ	Международная группа по счетам здравоохранения
МКСЗ	Международная классификация счетов здравоохранения
МНЭ РК	Министерство национальной экономики Республики Казахстан
МФ РК	Министерство финансов Республики Казахстан
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОКЭД	Общий классификатор видов экономической деятельности
ОГРЗ	Общие государственные расходы на здравоохранение
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ОРП	Общие расходы правительства
ОТРЗ	Общие текущие расходы на здравоохранение
ОЧРЗ	Общие частные расходы на здравоохранение
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
СМР	Средний медицинский персонал
СНС	Система национальных счетов
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединённых наций
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
FS	Классификация доходов схем финансирования
FS.R	Классификация справочных статей доходов схем финансирования
HF	Классификация схем финансирования здравоохранения
HF.RI	Классификация справочных статей схем финансирования здравоохранения
HP	Классификация поставщиков услуг здравоохранения

НС	Классификация функции здравоохранения		
НС.RI	Классификация справочных статей	функций	
	здравоохранения		
ОРМ	Oxford Policy Management		

1.6 Расчет продуктивности системы здравоохранения

Содержание

Введение.....	9
Системный уровень.....	11
Суб-секторальный уровень.....	15
Амбулаторный.....	15
Стационарный.....	16
Уровень, основанный на болезни.....	19
Выводы и заключительные ремарки.....	22

Введение

Совершенствование эффективности системы здравоохранения является одной из основных задач политики здравоохранения, направленных на примирение растущего спроса на медицинские услуги с ограничениями в расходах государства на здравоохранение. На основе общепринятой экономической теории, эффективность определяется как взаимосвязь между факторами производства и результатом определённого вида деятельности. Основным инструментом выявления эффективности данной деятельности могут служить показатели продуктивности.

Формирование НСЗ, по существу, открывает доступ к ряду данных и показателей, которые в дальнейшем могут быть использованы для обоснованного анализа как системы здравоохранения в целом, так и ее отдельных секторов, что дает возможность отслеживать стратегически важные показатели и, тем самым, контролировать решения задач и принятия решений.

Стандартные таблицы НСЗ показывают, откуда берутся деньги, кто управляет денежными потоками и для чего они используются, что повышает прозрачность и подотчетность в системе здравоохранения. Отслеживание этих финансовых потоков в течение определенного периода дает возможность учитывать тренды в динамике финансирования медицинской помощи, а также анализировать потенциальные последствия с точки зрения устойчивости этих показателей. С помощью данных об источниках финансирования и об объемах затраченных средств (с привлечением данных об использовании средств и о доходах), а также о видах поступлений и о бенефициарах можно разработать показатели, характеризующие сбалансированность в распределении финансирования.

Кроме того, использование информации по расходам с таблиц НСЗ, в сочетании с данными, не относящимися к расходам средств, дает широкую возможность получения более детализированных показателей системы здравоохранения в целом, в части показателей доступности, качества и эффективности медицинских услуг.

Повышение эффективности, которая обычно определяется как соотношение между одним или несколькими затрачиваемыми ресурсами (или «факторами производства») и одним или несколькими показателями (например, количеством хирургических операций) или итоговыми результатами работы медицинской сферы (например, продолжительность жизни без заболеваний), обычно считается главной задачей политики в области здравоохранения, что позволяет уравновесить растущий спрос на медицинские услуги с ограниченными возможностями государственного бюджета.

Согласно рекомендациям ОЭСР, продуктивность в секторе здравоохранения можно измерять на трех уровнях:

- 1) на системном уровне (макроуровень);

2) на субсекторальном уровне (например, больницы, первичной медико-санитарной помощи, фармацевтическая сфера и т.д.)

3) на уровне заболеваний (например, онкологическая помощь, помощь в случае сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, т.д.).

Так как каждый из показателей, входящих в вышеуказанные категории, описывает разные аспекты сферы здравоохранения, они требуют агрегированных на разных уровнях данные. ОЭСР совместно с другими международными организациями в настоящее время разрабатывают показатели, которые в должной мере характеризуют эффективность сферы здравоохранения на всех указанных выше уровнях.

Продуктивность в здравоохранении – это измерение результатов медицинской деятельности при использовании определенной комбинации ресурсов (факторов) для предоставления услуг поставщиками. Показатели оценки продуктивности сферы здравоохранения могут служить критерием социальной и экономической значимости данной сферы в развитии общества.

При анализе показателей продуктивности необходимо учитывать то, что данные индикаторы не показывают полную комплексность предоставления услуг здравоохранения и качество оказанной медицинской помощи. Также, для точности расчетов продуктивности по регионам РК следует учитывать сложность заболевания и лечения в каждом отдельном регионе и по каждому году, в противном случае рассчитанные показатели продуктивности являются общими.

Анализ индикаторов продуктивности сформирован на основании методики оценки показателей продуктивности системы здравоохранения, разработанной ЦЭЗ РЦРЗ в 3 квартале 2016 года (*Приложение 5 – на диске*), одобренной на экспертном совете РЦРЗ МЗ РК (*Приложение 6 – на диске*).

Для расчета данных показателей в качестве информационной базы помимо таблицы НСЗ также используются другие источники данных, доступные в системе здравоохранения РК. Расчет индикаторов продуктивности необходимых для осуществления анализа представлен в *Приложении 7 (на диске)*.

Источники данных:

- ИС ЭРСБ;
- ИС СУКМУ;
- Годовые отчетные статистические формы МЗ РК;
- Статистический сборник Министерства здравоохранения РК;
- Статистика Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК;
- Отчет об исполнении государственного бюджета;
- Таблицы НСЗ.

Системный уровень

Коэффициенты младенческой и материнской смертности являются важными статистическими показателями, которые характеризуют качество и уровень организации работы современных родовспомогательных учреждений.

Данные показывают снижающуюся тенденцию младенческой смертности в РК за 2011-2018 годы. В 2018 году по сравнению с предыдущим годом данный показатель снизился на 14,6%, а по сравнению с началом рассматриваемого периода – более чем в 2 раза. Это связано с множеством факторов, в том числе с внедрением международных стандартов, эффективных перинатальных технологий, а также укреплением материально-технической базы родильных домов. Тем не менее, в сравнении со странами ОЭСР данный показатель является достаточно высоким: в среднем по странам-членам ОЭСР показатель младенческой смертности на 1000 живорожденных составил 3,6¹ в 2017 году, что в 2,2 раза ниже, чем в РК.

Показатель коэффициента материнской смертности 2018 году равнялся 14,0 на 100 000 живорожденных, что показывает рост на 12% по сравнению с 2017 годом, и снижение на 20% по сравнению с 2011 годом. Однако стоит отметить, что данный показатель снижался в динамике до 2014 года, после чего отмечается тенденция роста. В сравнении со странами-членами ОЭСР данный показатель также является высоким: средний показатель по ОЭСР за 2017 год – 7,2², что является в 1,7 раза ниже показателя по РК. Для сравнения, в Мексике отмечен наибольший коэффициент материнской смертности в 2017 году – 34 в Мексике, 15,3 – в Венгрии, и 14,6 – в Турции. Наименьшие показатели материнской смертности отмечены в Дании и Австралии – по 1,6 на 100 тыс. родившихся живыми.

В целях снижения младенческой и материнской смертности, данные показатели были включены в Государственную программу развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы и по завершению программы индикаторы снижения младенческой и материнской смертности к 2015 году были достигнуты. Также для снижения данных показателей в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы утверждена Дорожная карта по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства. В каждом регионе совместно с областными акиматами разработаны и утверждены аналогичные дорожные карты. Согласно данной государственной программе приоритетом работы ПМСП будет оставаться укрепление здоровья матери и ребенка.

Таблица 1. Показатели национального уровня за 2011-2018 годы

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Коэффициент								

¹ Health at glance. OECD statistics. <https://stats.oecd.org/>

² Health at glance. OECD statistics. <https://stats.oecd.org/>

младенческой смертности (от момента рождения до достижения возраста 1 года, на 1000 живорожденных)	14,91	13,56	11,39	9,83	9,41	8,59	7,93	6,77
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)	17,4	13,5	13,1	11,7	12,5	12,7	12,5	14,0
Общая заболеваемость населения	1,03	1,03	1,02	1,00	0,98	1,04	1,06	1,04
Общая заболеваемость населения на 100 000 человек	103 074	102 913	101 894	99 608	98 219	104 368	106 458	104 376
Первичная заболеваемость	0,56	0,55	0,54	0,52	0,52	0,56	0,58	0,57
Первичная заболеваемость на 100 000 человек	55 991	54 781	53 560	51 654	52038	56 380	57 515	56 805

Показатель общей заболеваемости населения РК с 2011 по 2016 годы показывал тенденцию снижения (на 4,9% с 2011 по 2015 годы). Однако в 2016 году данный показатель увеличился на 6,2% в сравнении с предыдущим годом. В 2017 году показатель общей заболеваемости также показывает рост на 2%. Однако в 2018 году отмечается незначительное снижение данного показателя – на 2%.

В среднем по РК первичная заболеваемость населения всеми болезнями (по обращаемости за медицинской помощью) с 2011 года снижалась ежегодно, но с 2015 года наблюдается увеличение данного показателя. В 2016 году данный показатель составил 0,56, что является на 7,7% выше показателя предыдущего года и в 2017 увеличился на 3,5%. Увеличение данных индикаторов, в основном, обусловлено увеличением заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями. Однако, в 2018 году отмечается снижение уровня первичной заболеваемости на 1,8%.

За период с 2011 по 2018 годы расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно. Так, прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения за указанные годы составил 106%, в то время как государственные расходы на душу населения на этот же период

увеличились на 86%. В 2018 году расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане составили 95 987 тенге (278 долл. США)³ (Рисунок 1).

Для сравнения, в странах ОЭСР⁴, таких как Франция, Германия, Эстония, расходы на здравоохранение на душу населения в 2018 г. составили 3929,9 (1 598 133 тг), 4592,5 (1 867 586 тенге), 1254,3 (509 951 тенге) евро⁵ соответственно. В целом по ОЭСР расходы на здравоохранение на душу населения в 2018 году составили 3527 долл. США по ППС, а из них из государственных схем финансирования - 2 937 долл. США по ППС. Как следствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинских услуг.



Рисунок 1. Расходы на здравоохранения на душу населения за 2011-2018 годы, в тыс. тенге

Индикатор расходов на лекарственные средства на душу населения также показывают тенденцию роста. Общие расходы на лекарственные средства за 2011-2018 годы выросли на 183%, из них государственные – 167%, частные – 185%. Следовательно, можно сделать вывод, что государство продолжает увеличивать государственные расходы на предоставление лекарственных средств. Однако, в 2018 году отмечается снижение государственных расходов на лекарственные средства на душу населения. Так, на предоставление лекарственных средств расходы государства в 2018 году составили 5213 тенге на душу населения (15 долл. США), в то время как в 2017 году этот показатель составлял 5630 тенге (17,2 долл. США).

Для сравнения, государственные расходы на лекарственные средства в странах ОЭСР на душу населения составляют 376,7 долл. США по ППС.

³ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2018 год 1 долл. США – 344,71 тенге.

⁴ <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

⁵ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2016 год 1 евро – 406,66 тенге.

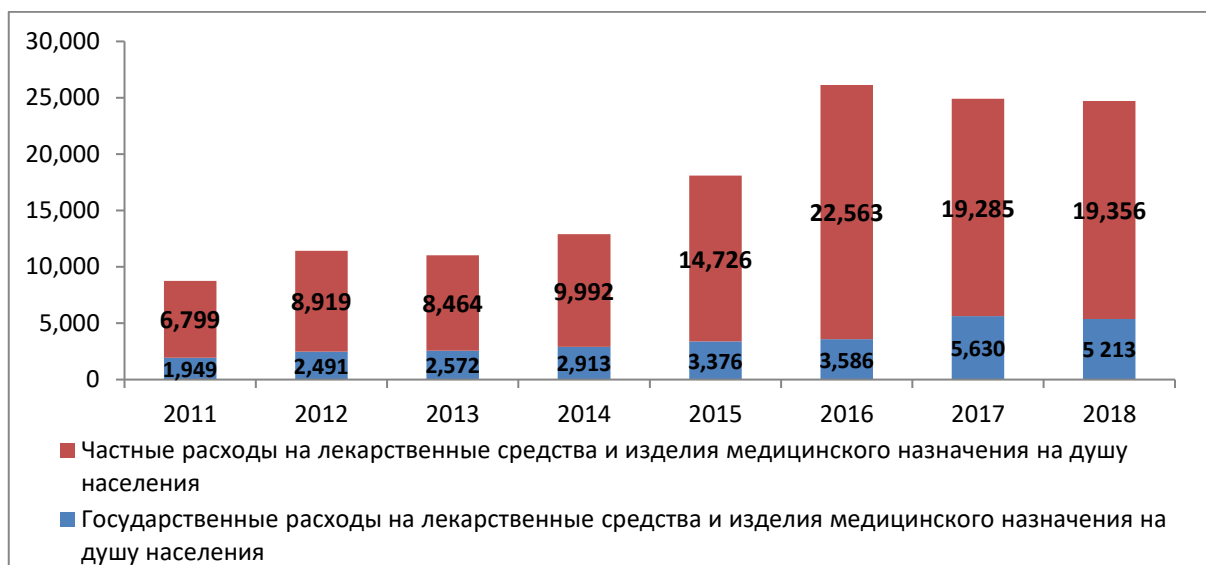


Рисунок 2. Расходы на ЛС и ИМН на душу населения за 2011-2018 годы

Как показывает Таблица 2, доля расходов домохозяйств в общих расходах на здравоохранение стабильно увеличивается с 2011 года и в 2016 составила 36%. Стоит отметить, что в последние 2 года (2017-2018 гг.) доля частных расходов не меняется и составляет 33%.

В таких странах ОЭСР, как Турция, Германия, Словакия данный показатель составляет 20,6%, 15,4%, 20,2% соответственно, а в среднем по странам ОЭСР - 27,5%.

Таблица 2. Расходы на здравоохранение за 2011-2018 годы.

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Расходы на здравоохранение на душу населения	46 240	45 594	55 508	59 982	61 638	70 422	91 208	95 987
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения	31 652	38 504	39 320	43 010	44 953	53 635	56 389	59 047
Частные расходы на здравоохранение на душу населения	14 588	7 090	16 188	16 972	16 685	16 787	34 525	36 939
Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	8 747	11 410	11 036	12 904	18 102	26 149	24 915	24 569
Государственные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	1 949	2 491	2 572	2 913	3 376	3 586	5 630	5 213

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Частные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	6 799	8 919	8 464	9 992	14 726	22 563	19 285	19 356
Доля расходов домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения от общих расходов на здравоохранение	0,21	0,23	0,25	0,20	0,27	0,36	0,33	0,33

По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет не более 20%. Превышение этого показателя повышает риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы, а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.

Суб-секторальный уровень

Чтобы сделать более детализированную оценку состояния системы здравоохранения страны необходимо провести анализ непосредственных итогов и результатов по отношению к затрачиваемым ресурсам на уровне отдельных видов медицинских услуг. На долю первичной медицинской помощи, больничных и фармацевтических услуг приходится три четверти всех затрат, выделяемых на здравоохранение, и именно эти виды услуг являются главной целью для наращивания преимуществ от повышения эффективности работы. Поэтому на суб-секторальном уровне выделяются амбулаторный и стационарный уровни оценки продуктивности системы здравоохранения.

Амбулаторный уровень

Как показывает Таблица 3, расходы на оказание амбулаторной помощи за рассматриваемый период выросли как в расчете на 1 жителя, так и на 1 участкового врача, что в 2018 году составили 31257 тенге и 63242 тыс. тенге соответственно. Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр) также выросли. Прирост по сравнению с предыдущим годом составил 33%, что свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения путем увеличения финансирования.

Таблица 3. Показатели расходов на уровне АПП

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя	11029	13939	15375	20926	24566	25416	26536	31257

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр) (тыс. тенге)	23514	29806	33585	46348	54327	54221	54579	63242
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр)	1 575	2 034	2 318	3 227	4 028	4 066	4 395	5 858

В Казахстане нагрузка на 1 участкового врача (ВОП, педиатра, терапевта) в 2018 году снизилась по сравнению с предыдущим годом и составила 2023 человек, что является позитивным изменением, так как очень важно сократить данный показатель в ближайшие годы для увеличения продуктивности лечебно-профилактической работы врача. В странах ОЭСР этот показатель составляет около 1 500 человек на 1 участкового врача.

Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя за 2011-2018 годы выросло на 21,8%, а в сравнении с 2017 годом – на 1,14%. Объем оказания скорой медицинской помощи на 1000 человек населения вырос на 10,5% за рассматриваемый период. В то же время в 2018 году отмечается снижение данного показателя на 1,5% в сравнении с 2017 годом.

Таблица 4. Показатели продуктивности на амбулаторном уровне за 2011-2018годы.

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Число прикрепленных на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр)*	1 781	1 971	2 035	2 142	2 146	2 099	2 048	2 023
Объем оказания скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения)	375	389	387	409	404	427	420	414
Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя	0,38	0,39	0,39	0,41	0,41	0,43	0,41	0,41

Стационарный уровень

В стационаре приоритетом является увеличение оборота больничной койки и сокращение средней длительности больничного пребывания. Информация с Таблицы 5 показывает, что данные цели достигаются: оборот больничной койки в течение года увеличился на 7% и составил 45 выбывших

больных на одно койко-место в 2018 году, а средняя длительность больничного пребывания сократилось на 2% и составила 12,4.

Среднегодовое число больничных коек сократилось на 5,4% в 2018 году (99465 – в 2017г., 93921 – в 2018г.).

Так, снижая коечный фонд, государство пытается перераспределить нагрузку с больниц на поликлиники, что позволит отказаться от необоснованной госпитализации пациентов. Это обусловлено перемещением приоритетов на уровень первичного звена.

Несмотря на позитивные показатели в динамике, в текущий момент в Казахстане показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР, более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре, не достаточна дифференциация коечного фонда по уровню интенсивности лечения, что создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения. В среднем по ОЭСР количество больничных коек в 2017 году составило 16 коек на 10 тыс. человек (в Казахстане 51 койка на 10 тыс. населения), а средняя длительность больничного пребывания – 7,6 дней (в Казахстане этот показатель составил 12,4).



Рисунок 3. Расходы на стационарную помощь

В 2018 году отмечается увеличение расходов на стационарную помощь в расчете на одну койку на 7,8%. Это связано как с ростом расходов на стационарную помощь, так и с сокращением числа больничных коек на 5544 койки в 2018 году по сравнению с 2017 годом.

Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача имеют нестабильную динамику, год от года то сокращаясь, то увеличиваясь по сравнению с предыдущим отчетным периодом. Это свидетельствует о том, что население продолжает нерационально использовать медицинскую помощь. Учитывая тот факт, что лечение в стационарах является более дорогим видом услуг и, поэтому, население предпочитает получать эти услуги за счет средств государства, большая доля государственных средств уходит в стационар.

Таблица 5. Показатели продуктивности на стационарном уровне за 2011-2018 годы.

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Оборот больничной койки	31	32	34	35	37	41	42	45
Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре	10,7	10,4	10,8	10,7	10,4	12,9	12,6	12,4
Число проведенных койко-дней в году, приходящихся на 1000 жителей	1 646	1 637	1 680	1 625	1 565	2 106	2 084	2 049
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача (тыс. тенге)	4 790	5 972	6 529	5 962	6 323	9 458	8 828	9 166
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 койку (тыс. тенге)	2 129	2 776	3 268	2 989	3 233	4 922	5 021	5 414
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 операцию		407976	445825	384145	387175	517596	509879	518246
Частота послеоперационных осложнений	0,0002	0,0044	0,0032	0,0025	0,0020	0,0021	0,0015	0,0020
Послеоперационная летальность	0,0081	0,0066	0,0069	0,0068	0,0065	0,0058	0,0064	0,0068
Летальность больничная	0,0089	0,0071	0,0068	0,0067	0,0065	0,0061	0,0060	0,0060
Обеспеченность населения больничными койками	71	67	63	60	58	56	55	51
Уровень экстренной госпитализации	0,0009	0,1071	0,1095	0,1072	0,1063	0,1090	0,1080	0,1071

Послеоперационные осложнения и больничная летальность постепенно снижались до 2017 года. В 2017 году увеличилась на 10%, и в 2018 году рост показал еще 6% по отношению к предыдущему году.

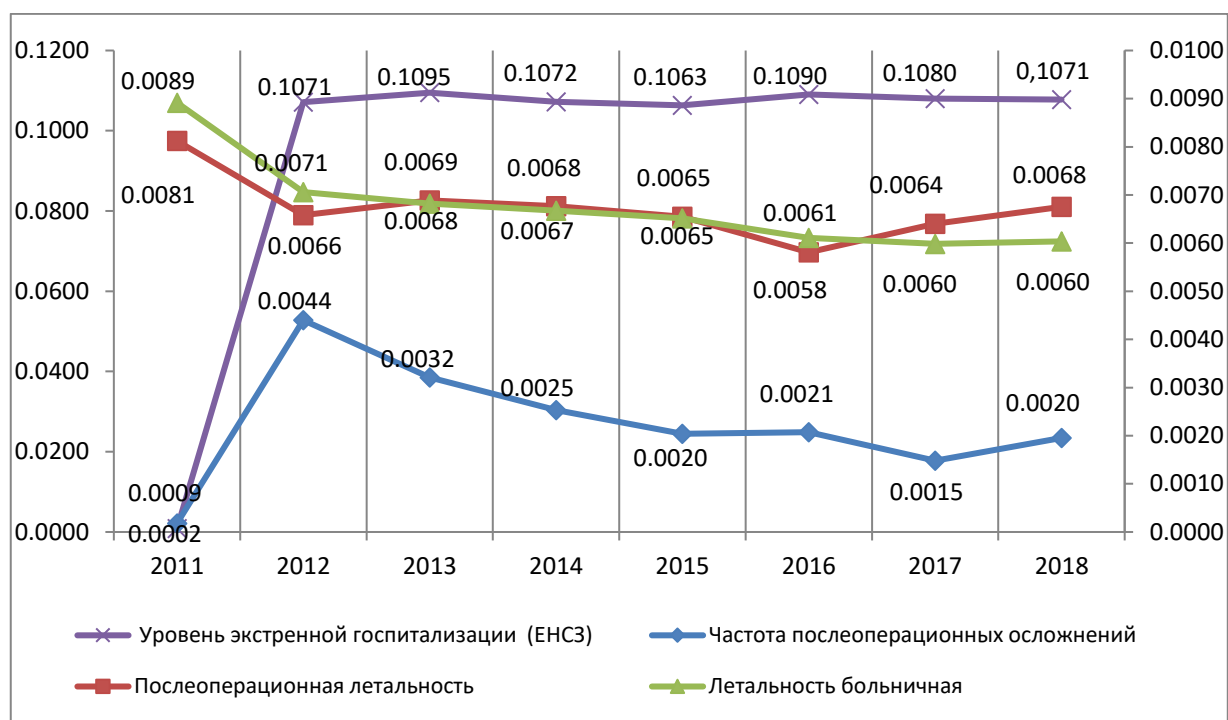


Рисунок 4. Показатели продуктивности стационарной помощи

Однако, уровень экстренной госпитализации варьирует год за годом. В большинстве случаев, это связано с беременностью и родами, болезнями системы кровообращения, болезнями системы пищеварения и т.д.

Уровень, основанный на болезни

В целом, анализ данных показывает, что доли первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО) имеет снижающуюся тенденцию, но, тем не менее, показатели пятилетней выживаемости больных ЗНО не увеличивается, что может быть либо следствием снижения качества лечения онко-больных, либо просто снижением количества заболеваемости ЗНО в целом.

Таблица 6. Показатели продуктивности на уровне, основанной на болезни

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Женской молочной железы	0,554	0,527	0,536	0,543	0,544	0,512	0,532	0,544
Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого	0,350	0,297	0,311	0,317	0,298	0,299	0,300	0,309
Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Шейки матки	0,619	0,569	0,571	0,567	0,560	0,537	0,542	0,555

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Женской молочной железы	0,265	0,233	0,227	0,192	0,207	0,167	0,149	0,124
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Шейки матки	0,203	0,189	0,164	0,140	0,150	0,136	0,143	0,117
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого	0,767	0,748	0,741	0,722	0,720	0,735	0,696	0,728

Индикаторы 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы, шейки матки и трахеи, бронхов, легкого

В Казахстане наблюдается снижение показателя пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы, шейки матки и трахеи, бронхов, легкого за период с 2011 г. по 2018 г. Это означает, что процент людей, которые живут с данным диагнозом 5 и более лет, снижается. Индикатор 5-летней выживаемости с онкологическими заболеваниями отражает процент людей, которые живы спустя 5 лет и более после обнаружения рака. 5 лет - критический срок, когда у большинства возможно возвращение заболевания. Снижение этого показателя означает, что все меньше людей живут в течение 5 лет после того, как им поставили диагноз.

Однако, по сравнению с предыдущим годом, в 2018 году отмечается незначительный рост показателей 5-летней выживаемости пациентов со злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы (рост с 0,532 до 0,544), Трахеи, бронхов и легкого (с 0,3 до 0,309), шейки матки (с 0,542 до 0,555).

Касательно злокачественных новообразований в области молочной железы, в Казахстане 5-летняя выживаемость этого заболевания составляет 54%, тогда как в США 91%.⁶

Однако, показатель 5-летней выживаемости со злокачественными образованиями трахеи, бронхов, легкого в Казахстане превышает такой же показатель в США. В Казахстане в 2018 году он составлял 30,9%, а в США – 18%.⁷

⁶ American Cancer Society, Inc. Cancer Statistics 2016

⁷ American Cancer Society, Inc. Cancer Statistics 2016



Рисунок 5. 5-летняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями

Индикаторы доли первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы, шейки матки и трахеи, бронхов, легкого

По показателю доли первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы, шейки матки и трахеи, бронхов, легкого также наблюдается его снижение за период 2011-2018 годы. Снижение этого показателя обозначает выявление данных заболеваний на 1-2 стадиях и уменьшение процента больных на последних стадиях онкологических заболеваний в области женской молочной железы, шейки матки и трахеи, бронхов, легкого.

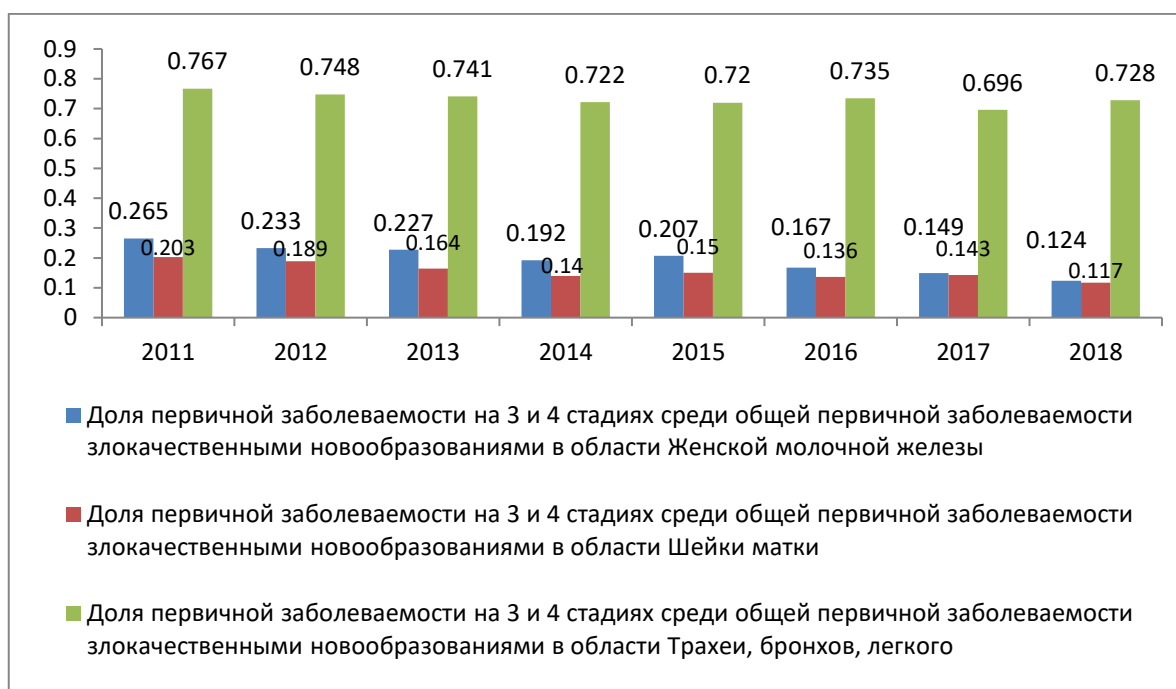


Рисунок 6. Доля первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Как показывает Рисунок 42, в стране доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей заболеваемости ЗНО в области Трахеи, бронхов, легкого преобладает среди всех вышеуказанных индикаторов, причем данная тенденция сохраняется из года в год.

Выводы и заключительные ремарки

Анализ показателей продуктивности на национальном уровне отражает положительные сдвиги в части увеличения финансирования здравоохранения и снижения показателей заболеваемости. Данные за 2011-2018 годы показали снижающуюся тенденцию материнской и младенческой смертности в РК, что соответствует целям, поставленным в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Также показатели общей заболеваемости и первичной заболеваемости населения идут на снижение в 2018 году, после длительного снижающегося тренда.

Как показывает анализ, расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно за период с 2011 по 2018 годы и прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения за указанные годы составил 112%. Однако доля расходов домохозяйств от общих расходов на здравоохранение также увеличивается и в 2018 составила 33%, что является в 1,3 раза больше, чем средний показатель по странам-членам ОЭСР.

Несмотря на то, что текущая политика направлена на развитие услуг ПМСП, в структуре затрат все еще наблюдается преобладание расходов на стационарные услуги, хотя разрыв между расходами на стационар и АПП заметно сокращается.

Оценка показала снижение нагрузки на 1 участкового врача с 2048 в 2017 году до 2023 в 2018 году. При этом расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на 1 участкового врача увеличились на 16%, что связано с ростом расходов на АПП и количества врачей.

Оборот койки за последний год увеличился на 6,4%, в то время как средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре сократилась на 2%, что подтверждает более эффективную работу стационара.

В целом, на основе данных медицинской статистики и НСЗ за период 2010-2018 годы отмечается положительная динамика по отдельным показателям. Однако анализ продуктивности за указанный период выявил отрицательную динамику по ряду показателей. Тем не менее, использование показателей продуктивности является информативным и значимым в контексте динамики демографических и эпидемиологических факторов населения, а также интенсивности проводимых мер в политике здравоохранения.

1.8 Формирование ежегодного отчета по Национальным счетам здравоохранения с анализом расходов на здравоохранение

Содержание

РАЗДЕЛ 1.	25
Введение.....	25
Опыт измерения расходов на здравоохранение: исторический экскурс....	27
Цели и задачи НСЗ.....	29
Концепция учета при формировании НСЗ.....	30
Источники данных.....	31
Концептуальная структура НСЗ.....	32
Классификация и источники данных поставщиков услуг здравоохранения.....	35
Классификация и источники данных функций здравоохранения.....	37
Классификация по факторам предоставления медицинских услуг...	38
РАЗДЕЛ 2.....	41
2.1 Обзор макроэкономической ситуации в Казахстане.....	41
2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2018 году.....	42
Доходы схем финансирования.....	44
Схемы финансирования.....	45
Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения.....	47
Потребление медицинских услуг: обзор расходов по услугам здравоохранения.....	53
Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения.....	64
2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2010-2018гг.....	66
2.4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан.....	72
Выводы и заключительные ремарки.....	83
Заключение.....	85
Использованная литература.....	86
Глоссарий терминов.....	89

Введение

Национальные счета здравоохранения (далее – НСЗ) представляют собой систему регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. НСЗ играют значительную роль в разработке и реализации политики в сфере здравоохранения, поскольку позволяют определить приоритеты государственной политики. На международном уровне НСЗ являются основным инструментом измерения и сопоставления расходов на здравоохранение среди стран со схожими уровнями социально-экономического развития, демографическими и эпидемиологическими параметрами.

Во всем мире идет развитие мощностей систем здравоохранения, направленное на улучшение здоровья обслуживаемого населения, что, однако, сопряжено с ощутимыми дополнительными затратами. Именно по этой причине получение более точной информации о финансировании системы здравоохранения становится важным элементом разработки политики здравоохранения.

Эксперты в сфере здравоохранения используют НСЗ разработанные для решения конкретных вопросов относительно состояния системы здравоохранения. С их помощью обеспечиваются систематические расчеты и представление данных о расходах на здравоохранение. Они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.

НСЗ являются широко признанным в мировой практике методом суммирования, описания и анализа финансирования национальных систем здравоохранения, что важно при использовании финансовой информации для улучшения деятельности системы здравоохранения.

Информация НСЗ полезна для процесса принятия решений, поскольку дает возможность провести оценку использования ресурсов на текущий момент и может использоваться для сравнительного анализа конкретной системы здравоохранения с системами других стран. Это особенно ценно для постановки задач и определения целей. При регулярном использовании НСЗ могут отслеживать тенденции затрат, что важно для мониторинга и оценки системы здравоохранения. Методология НСЗ может использоваться для прогнозирования финансовых потребностей сектора здравоохранения страны. Информация НСЗ в сочетании с нефинансовыми данными как, например, уровнем заболеваемости и уровнем потребления ресурсов поставщиками медицинских услуг, позволяет политикам принимать обоснованные стратегические решения и избегать потенциально неблагоприятные. Несмотря на сравнительную новизну концепции НСЗ, результаты применения этого метода уже начинают оказывать влияние на политику сектора здравоохранения во всем мире.

Настоящий обзор состоит из 2 основных разделов, первый раздел полностью посвящен методологическим аспектам формирования НСЗ, в свою очередь раздел 2 содержит аналитическую информацию.

Опыт измерения расходов на здравоохранение: исторический экскурс

Обзор литературы по практике сбора данных и проведению анализа расходов на здравоохранение позволяет определить следующие основные вехи в развитии счетов здравоохранения. Так, первые усилия, направленные на отслеживание расходов на здравоохранение, были предприняты в 1926 году по результатам конференции Американской медицинской ассоциации, на которой обсуждались вопросы расширения доступа к медицинской помощи для американцев.⁸ Комитет по затратам на медицинские услуги (основанный в 1927 году) опубликовал финальный отчет с первыми систематизированными расчетами затрат на медицинские услуги в США, выраженные в виде соотношения к доходу страны. Также, были рассчитаны сравнительные значения четырех основных групп плательщиков – население, правительство, благотворительные организации и филантропы, а также предприятия. Эти расчеты легли в основу последующего анализа трех основных вопросов:

- Какую долю национального дохода население тратит на здравоохранение?
- Кто платит за услуги здравоохранения?
- Какие услуги покупаются?

В 1960-е годы в рамках проектов ВОЗ, Абдел-Смит и др. (*Abdel-Smith*) провели серию исследований в 29 странах для измерения расходов на здравоохранение.⁹ Это были первые систематизированные исследования, проведенные в развивающихся странах. Результаты исследования показали, что чем выше уровень жизни в стране, тем больше ресурсов расходуется на медицинские услуги. При этом, в странах где на здравоохранение расходуется значительная доля национального дохода, средства на медицинские услуги аккумулируются из нескольких различных источников финансирования.

В связи с экономическим кризисом 1970-х годов, появилась потребность в изучении основных тенденций в расходах на здравоохранение, увеличился спрос на более детальную и точную информацию о средствах, выделяемых на национальном уровне.¹⁰ Так, страны ОЭСР на регулярной основе начали вести учет расходов на здравоохранение, представлявшие собой относительно агрегированные данные о государственных и частных средствах.

Анализ данных о расходах на здравоохранение в развивающихся странах проводился в рамках исследований, инициированных экспертами

⁸ Fetter, B. (2006). Origins and elaboration of the National Health Accounts, 1926-2006. Health care financing review, Vol. 28. No 1.

⁹ Abdel-Smith, B. (1967). An international study of health expenditure and its relevance for health planning. WHO, Geneva.

¹⁰ Rannan-Eliya, R., Berman, P. (1993). National health expenditure estimates in the OECD. Harvard School of Public health.

ВОЗ и Института здравоохранения Sandoz в Женеве (страны Африки), ЮСАИД и Панамериканской организации здравоохранения (страны Латинской Америки) во второй половине 1970-х годов.

Первые шаги по гармонизации основных терминов, определений и подходов для составления единой системы счетов были инициированы Европейским Сообществом и ОЭСР в 1980-х годах. Однако значительные различия в устройствах систем здравоохранения европейских стран явились основным препятствием для стандартизации подходов. Тем не менее, в начале 2000-х годов были опубликованы 2 основных документа, которые систематизировали сбор данных о финансовых потоках связанных со здравоохранением:

- в 2000 году ОЭСР опубликовала пособие «Система счетов здравоохранения»;¹¹

- в 2003 году совместными усилиями ВОЗ, Всемирного банка и ЮСАИД было издано «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения».¹²

Данные работы стали первыми стандартами для формирования счетов здравоохранения на мировом уровне, что позволило получить сопоставимые данные. Указанные пособия стимулировали процесс формирования НСЗ в различных странах.

В 2007 году группа экспертов ОЭСР, Евростат и ВОЗ, также известных как Международная группа по счетам здравоохранения, приступила к разработке новой версии Системы счетов здравоохранения. Результатом работы стала публикация Системы счетов здравоохранения 2011 года.

ССЗ 2011 оказывает методологическую поддержку и руководство в разработке счетов здравоохранения. В частности, цели Системы счетов здравоохранения 2011 заключаются в следующем:

- Предоставить структуру основных совокупных показателей, имеющих отношение к международному сопоставлению расходов здравоохранения и анализу систем здравоохранения;
- Предоставить инструмент, который может быть расширен отдельными странами и который позволит получить практические данные по мониторингу и анализу систем здравоохранения;
- Определить согласованные на международном уровне границы здравоохранения для отслеживания расходов на потребление.

Для достижения этих целей, ССЗ 2011 предоставляет основу для сбора данных, занесения в таблицы НСЗ и оценивания всех денежных потоков, связанных с расходами на здравоохранение.

Система счетов здравоохранения берет начало и полагается на учет расходов, связанных со здравоохранением, организаций и домашних

¹¹ Organization for Economic Cooperation and Development. (2000). A System of Health Accounts. OECD Publishing.

¹² World Health Organization. (2003). Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries.

хозяйств, а также на определенные совокупные показатели, собираемые в рамках национальных счетов.

Особенностью ССЗ 2011 является:

- возможность сопоставления данных между странами с различными моделями финансирования;
- возможность прослеживания финансовых потоков в системе здравоохранения, с использованием новой классификации схем финансирования;
- более полная классификация функций здравоохранения и др.

Разработка **НСЗ в Республике Казахстан** началась в 2004–2005 годах МЗ РК при поддержке Всемирного Банка.¹³ В эти годы был проведен анализ источников данных, изучены бизнес-процессы сбора и обработки данных, а также разработана концепция формирования НСЗ, основанная на сплошном сборе данных от каждого поставщика услуг, относящихся к сфере здравоохранения. В связи с этим, ТОО «Мединформ» был разработан соответствующий программный комплекс. Процесс сбора данных был формализован Агентством РК по статистике путем разработки и утверждения специальной формы ведомственной статистической отчетности - №19 «Отчет о расходах здравоохранения». Стандартом для разработки НСЗ выступило «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения» ВОЗ. В соответствии с этой методологией были разработаны отчеты о расходах на здравоохранение за 2010 и 2011 годы.

В рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в качестве консультанта была привлечена компания Oxford Policy Management. Совместно с консультантом, МЗ РК и РЦРЗ был разработан новый подход по формированию НСЗ, основанный на снижении административной нагрузки на респондентов и сборе данных из существующих стабильных и регулярных источников информации.

Начиная с 2013 года, в связи с углублением сотрудничества Казахстана с ОЭСР, МЗ РК приняло решение о внедрении ССЗ 2011 года.

Цели и задачи НСЗ

Согласно методологии, ССЗ 2011 предусматривает стандарт для классификации расходов на здравоохранение в соответствии с предоставлением, потреблением и финансированием медицинских услуг и оказывает методологическую поддержку в разработке счетов здравоохранения. В этой связи, целью НСЗ является мониторинг и отслеживание расходов на здравоохранение в Республике Казахстан.

НСЗ способствует:

¹³ Танирбергенов, С., Сапарбекова, А., Жуманбеков, Д. (2013). Методические рекомендации по формированию Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан на основе Системы счетов здравоохранения 2011 года. Астана, РГП «Республиканский центр развития здравоохранения».

- предоставлению информации для мониторинга и анализа системы здравоохранения;
- определению агрегированных показателей финансирования здравоохранения для международного сравнения расходов на здравоохранение и анализа систем здравоохранения.

Концепция учета при формировании НСЗ

Настоящие концептуальные подходы были использованы при формировании НСЗ в Казахстане.

Центральным понятием в НСЗ является *потребление* медицинских товаров и услуг.¹⁴

Существуют два различных вида потребления: промежуточное и конечное потребление.

Промежуточное потребление включает стоимость товаров и услуг, потребленных в качестве затрат в процессе производства услуг здравоохранения. К промежуточному потреблению может быть отнесено следующее: электричество, водоснабжение, другие виды медицинских товаров и услуг, используемые поставщиками услуг здравоохранения (консультирование радиолога или различные виды лабораторных исследований, предоставленные другому поставщику услуг здравоохранения, медицинские приборы и материалы, используемые во время операций и т.д.).

Конечное потребление охватывает товары и услуги, полностью использованные отдельными домашними хозяйствами или обществом в целом для удовлетворения их индивидуальных или коллективных нужд и потребностей. В данную категорию могут входить стоимость различных медицинских услуг и лекарственных средств, приобретенных и используемых населением.

Таким образом, в счетах здравоохранения учитывают все товары и услуги, направленные на улучшение, сохранение или предотвращение ухудшения состояния здоровья населения, поставляемые внутренним поставщиком и (или) импортируемые из за рубежа и потребляемые населением, проживающим на данной территории (резидентами).

В целях улучшения международной сопоставимости показателей финансирования здравоохранения применяются такие агрегированные показатели, как текущие расходы на здравоохранение, валовое капиталообразование, общие расходы на здравоохранение.

Так, к *текущим расходам здравоохранения* относятся средства, направленные в первую очередь на приобретение услуг, необходимых для сохранения и улучшения здоровья людей (услуги лечения, приобретение рецептурных лекарств, профилактические услуги, администрирование системы здравоохранения и др.), потребляемые в течение одного года.

¹⁴ Organization for Economic Cooperation and Development, Eurostat, World Health Organization. (2011). A System of Health Accounts 2011 Edition. OECD Publishing

Средства на *валовое капиталообразование* или *капитальные расходы здравоохранения* предназначены для приобретения физических объектов срок эксплуатации, которых превышает 1 год.

Агрегированный показатель *общие расходы на здравоохранение* включает текущие расходы на здравоохранение и расходы на валовое капиталообразование.

Все прочие расходы, указанные в справочных статьях, т.е. расходы на товары и услуги, не соответствующие ранее указанным критериям, относятся к *забалансовым счетам* здравоохранения и не учитываются в структуре общих расходов на здравоохранение. Например, это расходы на прикладные научные исследования в области здравоохранения; судебно-медицинская экспертиза; хранение ценностей исторического наследия в области здравоохранения; создание и сопровождение информационных систем здравоохранения; консалтинговые, аналитические и социологические исследования; хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС и прочие виды расходов.

Источники данных

В качестве источников информации при формировании НСЗ используются данные, формируемые и публикуемые МФ РК, МЗ РК, Фондом социального медицинского страхования, Комитетом по статистике МНЭ РК, Национального Банка РК, а также информация из базы данных «Система отчетности кредиторов» Комитета по содействию в развитии ОЭСР.

Ниже в таблице представлены основные виды расходов на здравоохранение с указанием источников данных.

Таблица 1 – Виды расходов на здравоохранение и источники информации

Категория расходов	Источники информации
Государственные расходы	<p>Отчет об исполнении республиканского и местного бюджетов, формируемый МФ РК на регулярной основе в разрезе категорий, предусмотренных Единой бюджетной классификации.</p> <p>Отчет об исполнении договоров закупок в рамках 067 бюджетной программы «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».</p>
Частные расходы	<p>Статистические бюллетени КС МНЭ РК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в Республике Казахстан»; - «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения Республики Казахстан»; - «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан»; - Объем розничной торговли по отдельным товарным группам.

Категория расходов	Источники информации
Частное медицинское страхование	Отчет о страховых премиях и страховых выплатах по страховым (перестраховочным) организациям, формируемый Национальным Банком РК.
Внешние источники финансирования	Данные о средствах доноров публикуются в базе данных «Система отчетности кредиторов» Комитета содействия развитию ОЭСР и представляют собой средства, выделенные на цели здравоохранения членами Комитета содействию развития (29 стран), международными организациями (например, Глобальный Фонд, ЮНИСЕФ и др.) и странами, не являющимися членом этого Комитета (например, ОАЭ, Кувейт и др.).

Концептуальная структура НСЗ

Структура НСЗ состоит из четырех компонентов: доходы схем финансирования, собственно схемы финансирования, поставщики медицинских услуг и функции здравоохранения.

Основными компонентами системы финансирования здравоохранения являются:

- схемы финансирования здравоохранения, посредством которых услуги здравоохранения финансируются и предоставляются потребителям;
- виды доходов, которые определяют и классифицируют источники доходов для каждой из схем финансирования;
- институциональные единицы, которые на практике управляют схемами финансирования здравоохранения.

Схемы финансирования (HF) являются основными моделями финансирования системы здравоохранения, посредством которых потребители получают услуги здравоохранения. Включают в себя государственные, частные расходы и внешние источники. Преимуществом данной категории является:

- способность идентифицировать источники схем финансирования. Например, государственное субсидирование обязательного социального страхования, солидарные взносы населения на обязательное страхование, трансферты бюджета центрального уровня на нижестоящие уровни бюджетной системы;
- оценка распространенности различных систем финансирования здравоохранения (бюджетная, социальное страхование, накопительные счета и др.);
- возможность сравнения монетарной емкости различных систем финансирования здравоохранения на международном уровне.

Следует отметить, что на уровне отдельно взятой страны категория «схемы финансирования» становится информативно полезной при наличии различных моделей финансирования здравоохранения.

В условиях Республики Казахстан информационная ценность этого измерения дает возможность оценки объема межбюджетных трансфертов и распределения финансовой ответственности бизнес-сообщества и населения при оплате услуг здравоохранения.

Доходы схем финансирования (FS) - это основные источники финансирования здравоохранения. Данная категория определяет «откуда» схемы финансирования мобилизуют средства для приобретения товаров и услуг здравоохранения. Основными категориями данной классификации являются транзакции, посредством которых схемы финансирования получают свои доходы. К примеру, средства из государственного бюджета, поступления от домашних хозяйств, прямые зарубежные содействия (средства, выделенные международными организациями, иностранными правительствами и другие).

Значимость данной категории для политики здравоохранения является в предоставлении следующей информации:

- откуда потоки финансирования происходят (из каких институциональных единиц экономики были собраны доходы);
- куда эти потоки направляются;
- какова природа этих потоков.

Далее в таблице представлены категории схем и доходов схем финансирования, а также источники информации.

Таблица 2 – Категории схем и доходов схем финансирования, а также источники информации.

Категории финансирования здравоохранения	Источники данных	Примечание
<p>Средства государственного бюджета (республиканский и местный)</p> <p>Схемы государственного финансирования (республиканского – HF 1.1.1 и местного уровней HF 1.1.2)</p>	<p>Отчет об исполнении государственного бюджета. МФ РК</p>	<p>Согласно Бюджетному Кодексу РК (ст.125) отчет об исполнении республиканского и местного бюджетов отражает утвержденный, уточненный, скорректированный республиканский и местный бюджеты, принятые, неоплаченные обязательства, исполнение поступлений бюджета и/или оплаченные обязательства по бюджетным программам соответствующего бюджета.</p> <p>Бюджетный процесс осуществляется на основе Единой бюджетной классификации, которая является группировкой поступлений и расходов бюджета по функциональным, ведомственным и экономическим характеристикам с присвоением объектам классификации группированных кодов. Так, в данную категорию следует отнести средства бюджетных программ, наименование которых позволяет</p>

Категории финансирования здравоохранения	Источники данных	Примечание
		классифицировать их как средства предназначенные на цели здравоохранения (в первую очередь направленные на улучшение, сохранение и предотвращение ухудшения здоровья населения и облегчению последствий плохого здоровья), а также связанные с ней, и не вызывает сомнения и двусмысленности толкования.
<p>Расходы населения/домашних хозяйств</p> <p><i>Частные расходы домашних хозяйств – HF3</i></p>	<p>«Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан», Комитет по статистике МНЭ РК.</p> <p>«Объем розничной торговли по отдельным товарным группам», Комитет по статистике МНЭ РК.</p>	<p>Структура расходов домашних хозяйств на здравоохранение (расходы на услуги больниц, приобретение лекарственных средств и прочее) публикуется в бюллетенях «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан» Комитета по статистике МНЭ РК по результатам ежеквартальных обследований домашних хозяйств в регионах РК.</p> <p>Объем розничной торговли дает нам фактические данные о реализованной фармацевтической продукции и медицинских изделий.</p>
<p>Поступления от предприятий</p> <p><i>Схемы финансирования предприятий – HF2.3</i></p>	<p>«Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения Республики Казахстан», Комитет по статистике МНЭ РК</p>	<p>Структура отчета включает данные о расходах предприятий на услуги здравоохранения в разрезе медицинских услуг и поставщиков услуг.</p>
<p>Взносы на добровольное медицинское страхование</p> <p><i>Схемы добровольного медицинского страхования – HF2.1</i></p>	<p>Сводный отчет по страховым выплатам и страховым премиям страховых (перестраховочных) организаций Республики Казахстан, Национальный Банк РК</p>	<p>Информация представлена в виде агрегированных данных по страховым выплатам на добровольное личное страхование граждан на случай болезни. Однако, во избежание двойного учета, данные по этой статье расходов не учитываются в структуре текущих расходов на здравоохранение, так как уже учтены в средствах предприятий.</p>
<p>Прямые зарубежные трансферты</p>	<p>База данных ОЭСР, Система отчетности кредиторов Комитета по содействию в</p>	<p>База данных предоставляет информацию Комитета по содействию в развитии о донорских средствах, полученных Казахстаном на цели здравоохранения. Это детализированные</p>

Категории финансирования здравоохранения	Источники данных	Примечание
	развитии (<i>The Development Assistance Committee, Creditor Reporting System</i>)	данные о благотворительной деятельности отдельных государств, международных агентств развития и других международных организаций с указанием названия проектов, их характеристик, описания получателя, и др. информации. Во избежание двойного учета, средства, поступающие от внешних источников финансирования, которые были учтены в категории «Государственный займ», не учитываются в данной категории.

Классификация и источники данных поставщиков услуг здравоохранения

Поставщики медицинских услуг (НР) – это организации и прочие субъекты, которые предоставляют товары и услуги здравоохранения. Классификация поставщиков здравоохранения используется для группировки всех организаций, которые вносят свой вклад в предоставление товаров и услуг здравоохранения, и формируют специфичные для отдельной страны виды поставщиков в общие, применимые на международном уровне категории.

Поставщики услуг здравоохранения также разделяются на основных и второстепенных поставщиков. Группа основных поставщиков здравоохранения включает организации и лиц, первостепенной деятельностью которых является предоставление товаров и услуг здравоохранения согласно классификации функций здравоохранения (категории НС). Примерами являются врачи, больницы, клиники и пункты медицинской помощи. Второстепенные поставщики – это организации или лица, осуществляющие деятельность в области здравоохранения в дополнение к своим основным обязанностям, которые, однако, могут не иметь отношение к здравоохранению. Например, социальные службы, домашние хозяйства, организации управления здравоохранения и другие.

Основными источниками данных о государственных расходах в разрезе поставщиков услуг здравоохранения являются Отчет об исполнении государственного бюджета МФ РК, информация МЗ РК по финансированию медицинских услуг, оказываемых в рамках ГОБМП, а также информация местных органов управления здравоохранения о расходах в разрезе медицинских организаций.

Для определения поставщиков услуг здравоохранения, которые финансируются из средств населения, используются данные на основе таблицы «Расходы домашних хозяйств на здравоохранение» (бюллетень

«Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан»). Далее, методом аппроксимации заполняются расходы по категориям поставщиков НР. Так, к примеру, расходы на «Услуги больниц» относятся к «НР. 1. Больничные организации», «Фармацевтическая продукция» – «НР.5. Предоставление медицинских препаратов и товаров» и т.д.

Ниже в таблице представлены основные поставщики согласно классификации Международной группы по счетам здравоохранения (МГСЗ), а также учреждения, согласно Номенклатуре организаций здравоохранения в РК.

Таблица 3 – Классификация поставщиков в системе национальных счетов здравоохранения.

Классификация поставщиков в НСЗ	Примеры организаций, представленные в таблицах НСЗ
Больничные организации (НР.1.)	Больницы общего профиля, инфекционные больницы, психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости, специализированные больницы/диспансеры АО "Национальный медицинский холдинг" Санаторий, специализированный санаторий, профилакторий, реабилитационный центр
Учреждения длительного ухода (НР.2.)	Больницы сестринского ухода, центры паллиативной помощи (хоспис)
Поставщики амбулаторных медицинских услуг (НР.3.)	Кабинеты врачей общей практики, кабинеты других специалистов, центры амбулаторного лечения, стоматологические кабинеты
Организации, предоставляющие дополнительные услуги (НР.4.)	Организации, предоставляющие услуги по транспортировке пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях, прочие организации, предоставляющие дополнительные услуги
Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров (НР.5.)	Аптеки, организации, реализующие изделия медицинского назначения и медицинской техники
Организации, оказывающие профилактические услуги (НР.6.)	Центры ВИЧ/СПИД, также сюда относятся расходы по бюджетным программам «Пропаганда здорового образа жизни», вакцинация и т.д.
Организации управления здравоохранением (НР.7.)	Местные и центральные органы государственного управления в сфере здравоохранения
Прочие сектора экономики (НР.8.)	Учебные заведения и поставщики услуг здравоохранения, представляющие другие сектора национальной экономики.
Остальной мир (НР.9.)	В данной категории учтены средства, выделенные на лечение граждан РК за рубежом

Классификация и источники данных функций здравоохранения

Функции здравоохранения (НС) – это товары и услуги, предоставляемые поставщиками здравоохранения за счет полученных средств по схемам финансирования. Информация этого уровня отвечает на вопрос: “Какой именно вид услуги, продукта или мероприятия был фактически обеспечен?” К примеру, услуги лечения, реабилитационная помощь, предоставление медицинских товаров, администрирование здравоохранения и другие функции.

Основным источником данных о государственных расходах в разрезе функций здравоохранения является Отчет об исполнении государственного бюджета МФ РК, информация МЗ РК по финансированию медицинских услуг, оказываемых в рамках ГОБМП.

Для определения функций здравоохранения, которые финансируются из средств населения, используются данные по отдельным видам товаров и услуг на основе таблицы «Расходы домашних хозяйств на здравоохранение» (бюллетень «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан»). Далее, данные заполняются по категориям функций здравоохранения НС. Так, к примеру, расходы на «Услуги больниц» относятся к «НС.1.1. Медицинские услуги на стационарном уровне» и т.д.

Информация о расходах предприятий представлены в бюллетенях «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения Республики Казахстан» (таблица «Объем оказанных услуг в области здравоохранения и предоставления социальных услуг»).

Ниже в таблице представлены основные функции здравоохранения согласно классификации МГСЗ, а также виды медицинских услуг, согласно Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Таблица 4 – Классификация функций здравоохранения в системе национальных счетов здравоохранения.

Классификация функций здравоохранения в НСЗ	Примеры функций здравоохранения, представленные в таблицах НСЗ
Услуги лечения (НС.1.)	Специализированная стационарная помощь, высокоспециализированная стационарная помощь
	Лечение в дневном стационаре
	Первичная медико-санитарная помощь, амбулаторное стоматологическое лечение, специализированное амбулаторное лечение
Реабилитационное лечение (НС.2.)	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация в санитарно-курортных организациях
Долгосрочный медицинский уход (НС.3.)	Паллиативная помощь и сестринский уход
Вспомогательные услуги (НС.4.)	Оказание скорой медицинской помощи и транспортировка пациентов, обеспечение донорской

Классификация функций здравоохранения в НСЗ	Примеры функций здравоохранения, представленные в таблицах НСЗ
	кровью, ее компонентами и препаратами
Предоставление медицинских товаров (НС.5.)	Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования, терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования
Профилактические услуги (НС.6.)	Программы иммунизации, информационная, образовательная и консультационная программы
Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование (НС.7.)	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование, обеспечение деятельность уполномоченного органа в области здравоохранения

Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения

К классификации ССЗ 2011 относятся также расходы на исходные ресурсы, используемые в процессе предоставления медицинских услуг. Для разработки более содержательных счетов здравоохранения в НСЗ РК включен учет факторов предоставления медицинских услуг (ФР).

Информация о том, сколько поставщики медицинских услуг тратят на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения (факторов предоставления), может иметь многостороннее применение в политике здравоохранения.

Классификация факторов также является частью государственных систем учета и служит стандартным инструментом анализа для статистики государственных финансов на международном уровне. Предоставление услуг подразумевает комбинацию факторов производства – труд, капитал, материалы и внешние услуги – используемых для предоставления товаров и услуг здравоохранения. Чтобы функционировать, поставщики также должны покрывать и другие расходы на исходные ресурсы, такие как уплата налогов (напр., НДС). Таким образом, факторы предоставления медицинских услуг учитывают совокупную стоимость ресурсов в денежной или натуральной форме, используемые в предоставлении товаров и услуг здравоохранения. Они равны сумме, выплачиваемой поставщикам медицинских услуг схемами финансирования за товары и услуги здравоохранения, потребленные в отчетном периоде.

Таблица 5 – Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг (в тыс. тенге)

Коды по ССЗ 2011	Наименование расходов	Примечание
ФР. 1	Компенсационные расходы работникам	Оплата труда работников измеряет вознаграждение всех лиц, нанятых поставщиками медицинских услуг,
ФР. 1.1	Заработная плата	

	ФР. 1.2	Социальные выплаты	независимо от того, являются они медработниками или нет. Важно, что любые предоставляемые по контракту услуги, такие как уборка и общественное питание в больницах, считаются покупками, и оклады и заработная плата соответствующего персонала не должны учитываться в рамках данной статьи. Когда акционеры корпорации также работают на нее и получают оплачиваемое вознаграждение, кроме дивидендов, эти акционеры рассматриваются как работники. Студенты, вносящие свой труд в качестве исходного ресурса в процесс производства предприятия (например, в качестве рабочих стажеров, студентов сестринского профиля и практикантов в больницах), рассматриваются как работники независимо от того, получают они какое-либо вознаграждение в денежной форме за свою работу в дополнение к обучению, получаемому ими в виде платежа в натуральной форме, или нет.
	ФР. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	
ФР.2		Вознаграждение самозанятых специалистов	Данная категория относится к вознаграждению независимой профессиональной медицинской практики, к доходу самозанятых специалистов, работающих не на зарплату, а к дополнительному или добавочному доходу, получаемому путем независимой практики медицинского персонала, работающего на зарплату, что распространено в большинстве систем здравоохранения. В НСЗ РК не ведется учет расходов по данной статье расходов из-за отсутствия соответствующих данных.
ФР. 3		Материалы и услуги	Данная категория состоит из общей стоимости товаров и услуг, использованных для предоставления товаров и услуг здравоохранения (не собственного производства), закупленных у других поставщиков и в других отраслях экономики. Сюда входят как такие высокоспециализированные материалы, как фармацевтические препараты и материалы для клинических лабораторных исследований, так и такие материалы универсального назначения,
	ФР. 3.1	Услуги здравоохранения	
	ФР. 3.2	Товары здравоохранения	
	ФР. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	
	ФР. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	

			как бумага и ручки.
ФР. 4		Потребление основного капитала	Потребление основного капитала является издержками производства. Его можно определить, в общих чертах, как обесценивание запасов основных средств производителя, обусловленное обычной амортизацией, моральным износом или обычными и случайными повреждения, за отчетный период. Оно исключает убытки, связанные с повреждениями, возникшими в результате войны или стихийных бедствий. В финансовом учете потребление основного капитала является экономической концепцией, которую следует отличать от амортизации, являющейся юридической концепцией. Во многих случаях эти две концепции ведут к разным результатам. Потребление основного капитала должно отражать использование соответствующего капитала как факторы производства на момент осуществления производства.
ФР. 5		Прочие расходы, затраченные на "входы"	Данная статья включает в себя все финансовые затраты, такие как процентные выплаты по займам, налоги и так далее.
	ФР. 5.1	Налоги	Согласно определению СНС, налоги являются обязательными, безвозмездными платежами в денежном или натуральном выражении, выплачиваемыми субъектами экономической деятельности государственным учреждениям. Статья ФР.5.1 "Налоги" в счете факторных затрат включает в себя налоги на производство и налоги на продукцию.
	ФР. 5.2	Прочие расходы	Прочие статьи расходов включают в себя все транзакции, относящиеся к статьям, не вошедшие в другие категории. Ученные здесь транзакции включают расходы на имущество, штрафы и взыскания, налагаемые госорганами; процентные ставки и затраты на использование займов; и страховые платежи на имущественное страхование и платежные требования

РАЗДЕЛ 2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2018 ГОДУ

2.1 Обзор макроэкономической ситуации в Казахстане

При анализе затраченных средств и экономических показателей в определенной отрасли, а также формировании последующих заключений необходимо учитывать происходящие в стране тенденции экономики в целом в анализируемом временном промежутке.

В 2015-2016 годах экономика и экономическая политика Республики Казахстан приспосабливались к массивному ухудшению условий торговли. Падение цен на нефть в 2014 году до нового уровня ценовых реалий снизили экспорт и доходы бюджета почти вдвое. Ослабление российского рубля при стабильности тенге привело к потере конкурентоспособности. Подстройка экономики к этой ситуации протекала медленно и началась с задержкой, вызванной защитой обменного курса. Переход на плавающий курс во второй половине 2015 года устранил наиболее острые внешнеэкономические дисбалансы, создал условия для стабилизации условий на денежном и валютном рынках, ускорил смещение внутренних цен в пользу торгуемого несырьевого сектора. В области экономической политики решение о переходе на плавающий курс открыло возможности для денежно-кредитной политики, основанной на управлении ставками, расширило возможности проведения контрциклической фискальной политики и усилило необходимость в координации. Несмотря на положительное влияние роста цен на нефть и объемов добычи нефти на доходы бюджета и внешний баланс в 2017 году, в силу высокой зависимости от экспортных цен на сырье, риск изменения внешних факторов оставался высоким.

Начиная с 2016 года экономика начала восстанавливаться благодаря улучшению конкурентоспособности и возможностей для фискального стимула. Сократилось использование внешних активов и внешних заимствований для финансирования двойного дефицита. Восстановился приток иностранных прямых инвестиций.

В 2017 году наблюдалось улучшение экономической ситуации в стране, чему свидетельствует рост ВВП до 4%. Среднегодовая инфляция за 2017 год составила 7,4%, практически вдвое снизившись по сравнению с показателем 2016 года. Постепенное восстановление экономической активности сыграло положительную роль.

По итогам 2018 года инфляция сложилась на уровне 5,3% (декабрь к декабрю предыдущего года). В рамках проведения денежно-кредитной политики в режиме инфляционного таргетирования Национальный Банк в течение всего года обеспечивал соответствие цели по инфляции, установленной на 2018 год в коридоре 5–7%. В 2018 году рост ВВП, по данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики, составил 4,1%. Рост был отмечен по всем основным отраслям экономики, при этом наибольший вклад в рост ВВП внесли торговля (1,1% из 4,1%), промышленность (1%), транспорт (0,5%), строительство (0,4%).

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы бюджета в 2018 году снизились в сравнении с 2017 годом на 1,1 трлн тенге до 11,4 трлн тенге. В структуре бюджетных расходов 2018 года 24,2% приходятся на социальную помощь и обеспечение (2,8 трлн тенге), на образование – 17,1% (1,9 трлн тенге) и 10,3% на здравоохранение (1,2 трлн тенге).

Отчет об исполнении бюджета Министерства финансов Республики Казахстан представлен в **Приложении 4** на диске.

2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2018 году

По итогам 2018 года размер внутреннего валового продукта в Республике Казахстан¹⁵ составил 61 трлн. 819 млрд. тенге (114% к 2017 году) или 3,3 млн. тенге на 1 жителя (9 749 долл. США).

Таблица 6 – Структура расходов на здравоохранение в 2016-2018 годы (в млрд. тенге)

	2016			2017			2018		
	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ
ОРЗ	1 761,5	-	-	1 759,0	-		1 885,4		
<i>ОРЗ в % от ВВП</i>	3,8%	-	-	3,2%	-		3,0%		
ТРЗ	1 612,3	-	-	1 656,1	-		1 765,7		
<i>ТРЗ в % от ВВП</i>	3,4%	-	-	3,1%	-		2,9%		
Гос. расх.	948	59%	53,8%	1 024	61,8%	58%	1 086,2	61,5%	58%
<i>Гос.расх. в % от ВВП</i>	2,0%			1,9%			1,8%		
Частн. расх.	645,6	40,2%	37%	626,9	37,9%	36%	679,5	38,5%	36%
<i>Частн.расх. в % от ВВП</i>	1,4%		1,2	1,2%			1,1%		

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) в 2018 году составили 1 885,4 млрд. тенге и показывают рост на 1% по сравнению с предыдущим годом (1 759 млрд. тенге).

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) (без учета капитальных расходов) составили 1 765 млрд. тенге.

ТРЗ составили 2,9% от ВВП, что почти в 3 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2018 году (8,8%). По рекомендациям ВОЗ,

¹⁵ Данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК.

для нормального функционирования медицины, минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах.

В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 61,5%, в то время как доля частных расходов составляет 38,5%.

В 2018 году расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 1 885 384 819,1 тыс. тенге (5 469 481 068,3 долл. США)¹⁶, что составило 3% к ВВП.

Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств (2,9% к ВВП), чем в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (8,8% к ВВП)¹⁷.

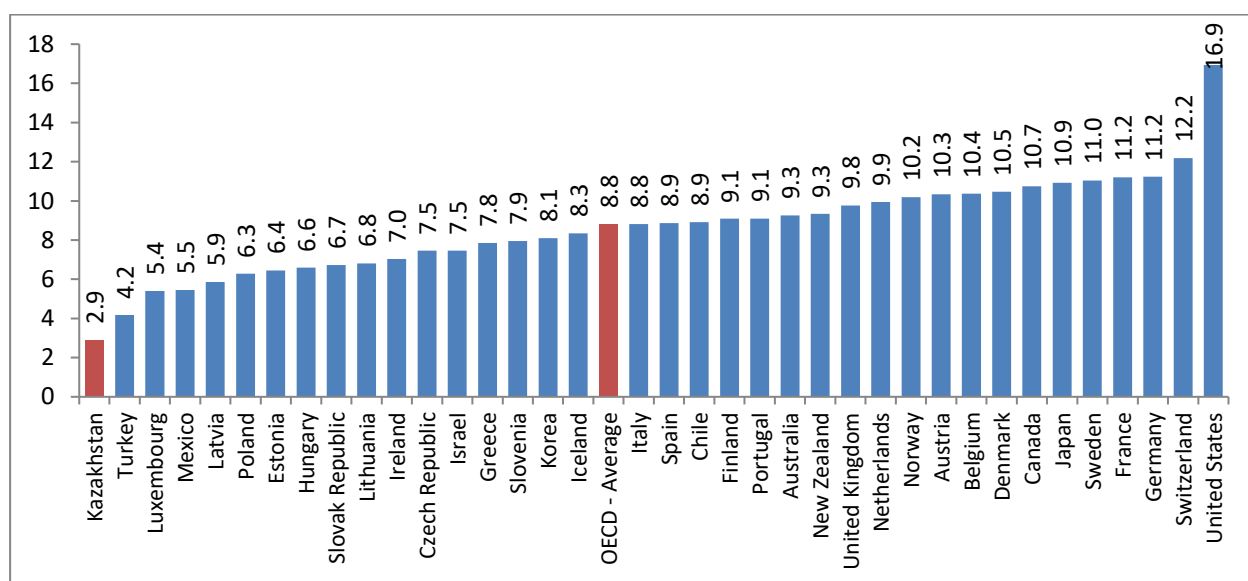


Рисунок 1 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2018г. (в % к ВВП)

Подушечные расходы на здравоохранение в 2018 году Казахстане составили 95 986 тенге или 278,5 долл. США¹⁸. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС. Уровень подушечных текущих расходов в Казахстане составил 861,9 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушечных расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (3992,3 долл. США по ППС).

¹⁶ Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2018 г. – 344,7 тенге

¹⁷ www.stats.oecd.org

¹⁸ Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2018 г. – 344,7 тенге

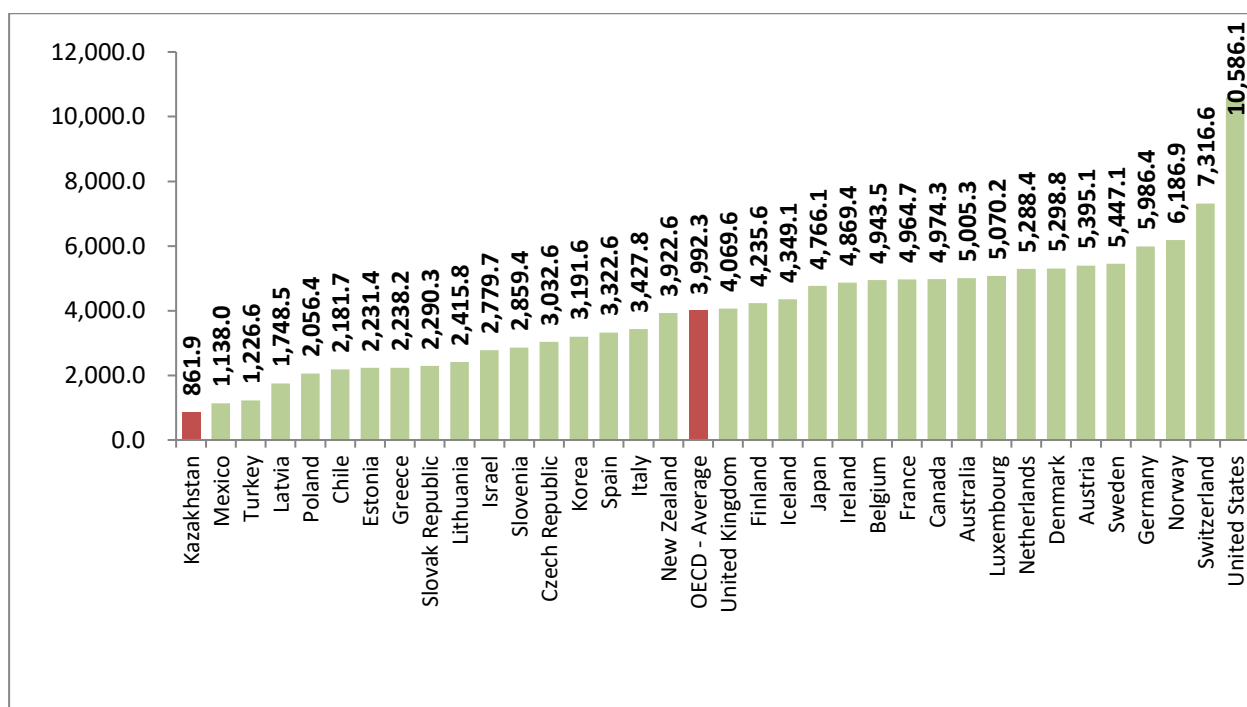


Рисунок 2 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2018 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС

Доходы схем финансирования

Согласно классификации Системы счетов здравоохранения 2011 года, схемы финансирования здравоохранения подразделяются на следующие категории - схемы финансирования (государственные, частные расходы и т.д.) и доходы схем финансирования (средства республиканского и местного бюджетов, национальные доходы).

Доходы схем финансирования – это основные источники финансирования здравоохранения.

Структура расходов показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения является государственные средства – 61,5% (1,8% к ВВП).

Таблица 7 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2018 году

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	1 085 236 130	61,4%
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	1 031 487 680	58,4%
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	53 748 450	3,04%
FS.2	Трансферты, выделенные государством из доходов иностранного происхождения	976 672	0,06%
FS.5	Добровольное страхование	18 372 659	1,04%

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
FS.6	Прочие национальные доходы	661 147 948	37,4%
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств	583 047 921	33%
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	78 100 027	4,4%
FS.7	Прямые зарубежные трансферты		
	Итого	1 765 733 409	100%

Схемы финансирования здравоохранения

Схемы финансирования определяют основные механизмы, посредством которых услуги финансируются и предоставляются потребителям. Так, распределение государственных средств выглядит следующим образом:

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 58,5%;
- государственные схемы финансирования местного уровня – 3%.

Таблица 8– Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
HF.1.1	Государственные схемы	1 086 212 802	61,5%
HF.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	1 032 464 352	58,5%
HF.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	53 748 450	3,0%
HF.2	Схемы добровольных медицинских взносов	96 472 686	5,5%
HF.3	Частные расходы домохозяйств	583 047 921	33,0%
HF.4	Международные схемы финансирования		
	Итого		100,0

Декомпозиция государственных схем финансирования (HF.1.1) показала следующее.

Государственные схемы финансирования республиканского уровня (HF.1.1.1) представлены Министерством здравоохранения (97,3%), Министерством внутренних дел (0,5%), Управлением делами Президента (1,7%), Министерством обороны (0,5%), и Министерством образования и науки (0,1%).

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) включают региональные управления здравоохранения (75,7%), региональные

управления строительства (15,5%), управления архитектуры и градостроительства областей (8,7%).

HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступаемых от предприятий, в том числе средства на добровольное медицинское страхование граждан на случай болезни (5,5% от текущих на здравоохранение).

HF.3 Расходы домохозяйств

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 33% от текущих расходов здравоохранения.

HF.4 Международные схемы финансирования

Международные схемы финансирования формируются за счет прямых зарубежных трансфертов на цели здравоохранения.

Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре текущих расходов на здравоохранение в Казахстане в 2018 году составил 61,5%. Данный показатель ниже среднего значения стран-членов ОЭСР на 12,3%.

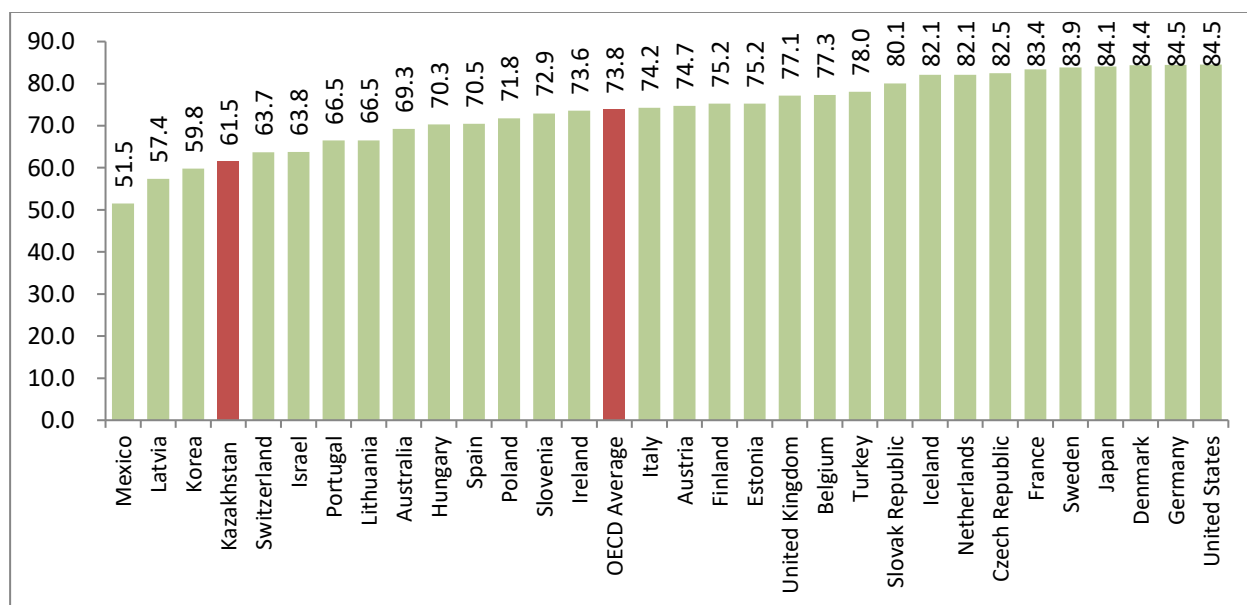


Рисунок 3 – Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в ТРЗ в Казахстане и странах ОЭСР в 2018 году, %

Второе ранговое место в структуре текущих расходов на здравоохранение средства частного сектора. Схемы HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов и HF.3 Расходы домохозяйств в совокупности дают объем частных расходов на здравоохранение. Таким образом, частные расходы на здравоохранение в 2018 году составили 679 520 606,8 тыс. тенге, или 38,5%.

Данный показатель выше среднего значения показателя стран-членов ОЭСР, где уровень частных расходов составляет 26,1%.

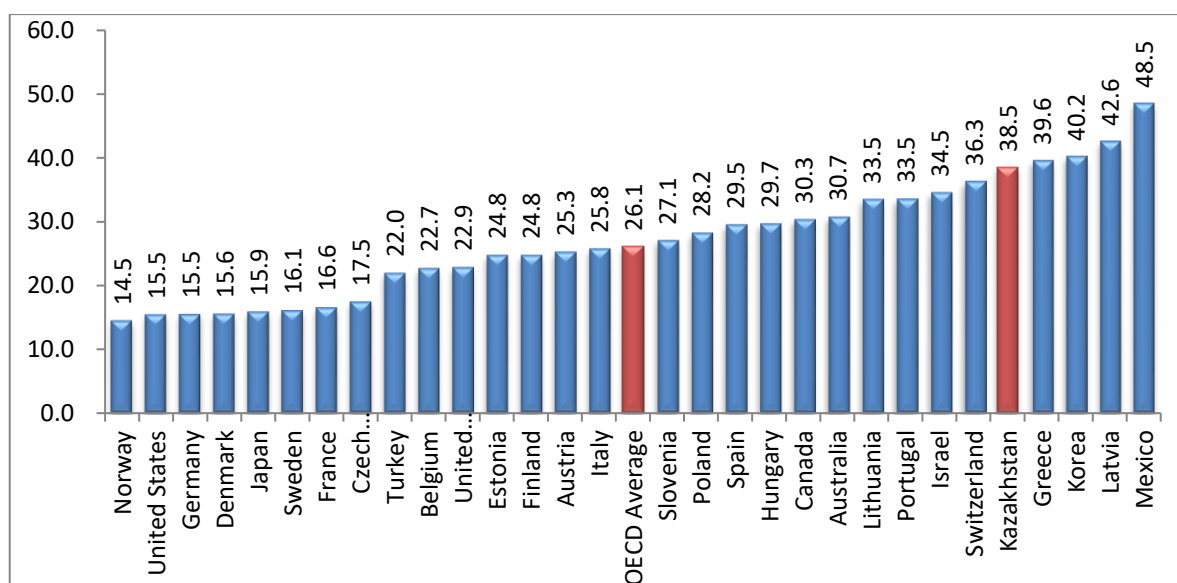


Рисунок 4 – Удельный вес частных расходов на здравоохранение в ВВП в Казахстане и в странах ОЭСР в 2018г., %

Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения

Поставщики медицинских услуг охватывают организации и субъекты деятельности, которые предоставляют товары и услуги здравоохранения в качестве основного вида деятельности, а также тех, для которых предоставление медицинских услуг является лишь одним из видов деятельности. Они отличаются по своим правовым, учетным, организационным и операционным структурам. Несмотря на огромную разницу организации предоставления медицинских услуг, существует ряд общих подходов и технологий для всех систем здравоохранения, которые помогают их структурировать. Следовательно, классификация поставщиков здравоохранения (МКСЗ-НР) используется для классификации всех организаций, которые вносят свой вклад в предоставление товаров и услуг здравоохранения, и структурирует специфичные для страны единицы поставщиков в общие, применимые на международном уровне категории.

По итогам 2018 года можно выделить три основные группы поставщиков услуг всех форм собственности:

- больничные организации – 41,16%;
- поставщики и розничные продавцы фармацевтических препаратов и медицинских товаров – 25,6%.
- поставщики амбулаторных услуг – 22,6%.

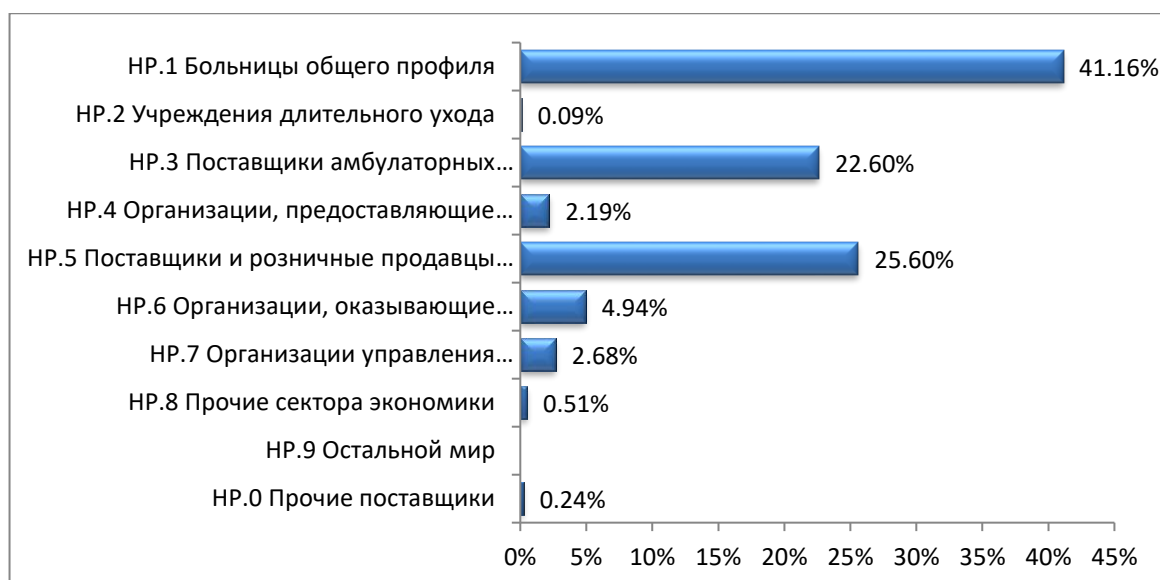


Рисунок 5 – Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от текущих расходов на здравоохранение, все формы собственности)

Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 10 основных категорий статей расходов здравоохранения

Таблица 9 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в тыс. тенге, в %)

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Зарубежные трансферты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НР.1	Больницы	630 950 803	95 738 128		726 688 931	41,16%
НР.2	Учреждения длительного ухода	248 192	1 352 603		1 600 795	0,09%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	176 416 382	222 695 429		399 111 811	22,6%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	38 709 515	-		38 709 515	2,19%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	98 193 233	353 765 243		451 958 476	25,6%
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	87 241 386	-		87 241 386	4,94%

Код	Наименование категорий	Схемы государствен ного финансирова ния	Схемы негосударстве нного финансирова ния	Зарубеж ные трансфе рты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НР.7	ие услуги Организации управления здравоохранени ем	41 351 855	5 969 204		47 321 059	2,68%
НР.8	Прочие сектора экономики	8 921 330	-		8 921 330	0,51%
НР.9	Остальной мир Неустановленн					
НР.0	ые провайдеры медицинских услуг	4 180 108	-		4 180 108	0,24%
	Итого	1 086 212 803	679 520 607		1 765 733 410	100%

Структура расходов в разрезе поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от вида схем финансирования показывает следующее:

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь у больниц. Поставщики, оказывающие профилактические услуги и предоставляющие дополнительные услуги (скорая помощь и санитарная авиация) находятся в полной зависимости от государственных средств.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков фармацевтической продукции, организации амбулаторно-поликлинической помощи и больниц общего профиля.

НР.1 Больницы

К поставщикам данной категории относятся лицензированные учреждения, занимающиеся, главным образом, предоставлением медицинских, диагностических и лечебных услуг стационарным пациентам, включая услуги врачей, медсестер и прочие медицинские услуги, а также специализированные услуги по размещению, необходимые для стационарных пациентов.

Таблица 10 – Структура распределения категории НР.1 Больницы за 2018 год (в тыс. тенге)

НР.1 Больницы	Схемы государств енного финансиро вания	Схемы негосударс твенного финансиро вания	Зарубежн ые трансферт ы	ВСЕГО	% от ТРЗ
НР.1.1 Больницы общего профиля	482 923 234	95 738 128	578 661 362	79,7%	32,7%

НР.1 Больницы	Схемы государств енного финансиро вания	Схемы негосударс твенного финансиро вания	Зарубежн ые трансферт ы	ВСЕГО	% от ТРЗ
НР.1.2 Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	26 376 252	-	26 376 252	3,6%	1,5%
НР.1.3 Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	121 651 317	-	121 651 317	16,7%	6,9%
Итого по НР.1 Больницы	630 950 803	95 738 128	726 688 931	100%	41,16%

В данной категории преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуются 79,7% от всей суммы стационарных услуг, и 32,7% от ТРЗ.

НР.2 Учреждения длительного ухода

К поставщикам данной категории относят учреждения, предоставляющие долгосрочный уход: сестринский уход, паллиативная помощь.

НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг

Данная категория охватывает учреждения, занимающиеся, в основном, предоставлением медицинских услуг амбулаторным пациентам напрямую, которые не нуждаются в стационарной помощи. Сюда входят кабинеты врачей общей практики и специалистов узкого профиля, а также учреждения, специализирующиеся на лечении дневных случаев.

Таблица 11 – Структура распределения категории НР.2 Поставщики амбулаторных медицинских услуг (в тыс. тенге)

НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.3.1 Лечебная практика	162 214 147	52 599 491	214 813 638	53,8%	12,17%
НР.3.2 Стоматологические поликлиники/кабинеты	653 708	26 886 964	27 540 672	6,9%	1,56%
НР.3.3 Кабинеты других специалистов	-	117 468 117	117 468 117	29,4%	6,65%

НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.3.4 Центры амбулаторного лечения	13 548 528	25 701 801	39 250 329	9,8%	2,22%
НР.3.5 Поставщики медицинских услуг на дому	-	39 056	39 056	0,1%	0,001%
Итого по НР.3	176 416 382	222 695 429	399 111 811	100	22,6%

НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги

Данная категория включает учреждения, которые предоставляют специфические вспомогательные услуги амбулаторным пациентам напрямую под наблюдением медработников. Эти услуги не входят в эпизод лечения, предоставляемого стационарами, учреждениями сестринского ухода, поставщиками амбулаторной медицинской помощи или иными поставщиками. Включаются поставщики услуг транспортировки пациентов и спасению в чрезвычайной ситуации.

НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров

Данная категория включает специализированные учреждения, основной деятельностью которых является розничная продажа медицинских изделий населению для целей индивидуального и семейного потребления и пользования. Сюда также входят учреждения, чья основная деятельность заключается в производстве медицинских изделий, таких как изготовление линз, ортопедических приспособлений или протезов, для прямого сбыта широкой общественности в целях индивидуального пользования или пользования домохозяйствами.

НР.6 Поставщики профилактической помощи

Данная категория охватывает организации, такие как организации по укреплению и охране здоровья или институты общественного здравоохранения, предоставляющие, главным образом, коллективные профилактические программы и кампании, а также специализированные учреждения, оказывающие первичную профилактику в качестве основного вида деятельности.

НР.7 Организации управления здравоохранением

Данный пункт охватывает учреждения, занимающиеся, главным образом, регулированием деятельности организаций, предоставляющих медицинскую помощь, и общим руководством сектором здравоохранения, включая администрирование финансирования здравоохранения. Первое касается деятельности правительства и государственных органов в

руководстве и управлении системой здравоохранения в целом, тогда как последнее отражает администрирование в области сбора средств и закупки товаров и услуг здравоохранения государственными и частными агентами.

НР.8 Прочие сектора экономики

К поставщикам категории «НР.8 Прочие сектора экономики» предлагающие медицинскую помощь главным образом в качестве второстепенного вида деятельности, например, услуги по гигиене труда, оказываемые на предприятиях, поставщики социальной помощи с нерегулярными медицинскими услугами или услуги по транспортировке пациентов, предоставляемые таксистами. Эта подкатегория второстепенных поставщиков сильно различается по странам, в зависимости от правил аккредитации и лицензирования. В этих учреждениях предоставление товаров и услуг здравоохранения составляет, как правило, малую долю объема производства. Эта подкатегория охватывает все другие организации и отрасли, занимающиеся предоставлением товаров и услуг здравоохранения в качестве второстепенного вида деятельности, не учтенного ранее.

Показательные примеры:

- ✓ Услуги по гигиене труда, оказываемые на рабочем месте, а не предоставляемые учреждениями здравоохранения;
- ✓ Такси, обеспечивающие транспортировку пациентов под наблюдением медицинского персонала;
- ✓ Медицинское обслуживание в тюрьмах, не предоставляемое независимыми/отдельными учреждениями здравоохранения;
- ✓ Оптовые торговцы, предоставляющие также медицинские изделия напрямую потребителям;
- ✓ Школы с нанятыми медицинскими работниками для, например, лечения больных детей или предоставления санитарного просвещения;
- ✓ Учреждения социального ухода, оказывающие в некоторой степени услуги, связанные с медицинской помощью и долгосрочным сестринским уходом.

В Казахстане к поставщикам подобного типа относятся медицинские университеты.

НР.9 Остальной мир

Данный пункт охватывает все нерезидентные единицы, предоставляющие товары и услуги здравоохранения или осуществляющие деятельность, связанную со здравоохранением.

НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг

Данный пункт включает все прочие медицинские услуги, не вошедшие ни в одну из категорий с НР.1 до НР.9 и соответствует категории услуг здравоохранения «НС.0 Прочие медицинские услуги»

Потребление: обзор расходов по услугами здравоохранения

В структуре учета расходов в области здравоохранения, основополагающий принцип можно сформулировать как «что потреблено, какие товары и услуги предоставлены и профинансированы». Не существует однозначной взаимосвязи между функциями здравоохранения, категориями предоставления товаров и услуг и финансирования здравоохранения. Товары и услуги здравоохранения одного и того же вида могут потребляться у разных поставщиков и в то же время оплачиваться в рамках различных схем финансирования. Однако для достижения трехмерной концепции (потребление-предоставление - финансирование) отправной точкой является измерение потребления товаров и услуг. Границы здравоохранения устанавливаются на основе сути потребления. А потому крайне важно иметь ясное представление о том, какова суть потребления в здравоохранении и какие соответствующие категории необходимо определить.

Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 8 основных категорий статей расходов здравоохранения.

По итогам 2018 года 62,58% всех средств на здравоохранение было использовано для финансирования медицинской помощи, т.е. предоставления услуг лечения (НС.1 – стационарная, амбулаторно-поликлиническая помощь и услуги дневного стационара).

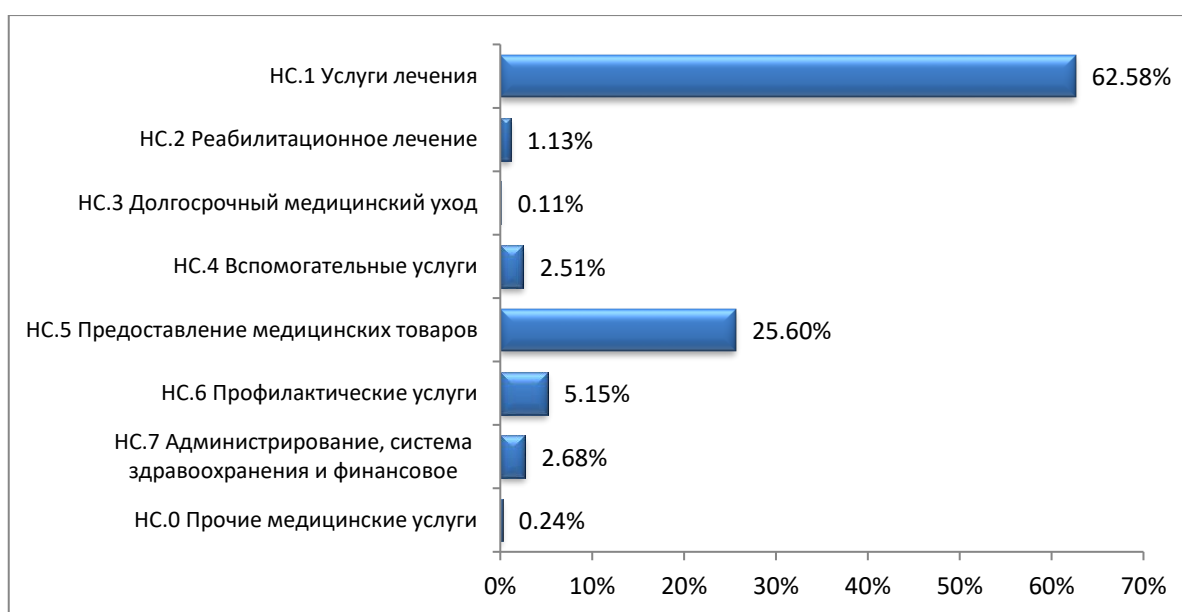


Рисунок 6 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (все формы собственности, % от текущих расходов на здравоохранение)

Расходы на предоставление медицинских товаров (НС.5) составили 25,6%. На профилактические услуги было направлено 5,15% расходов здравоохранения. Эта категория включает в себя программы иммунизации, скрининг, информационная поддержка, программы по борьбе с инфекционными заболеваниями.

На вспомогательные услуги израсходовано 2,51% текущих расходов на здравоохранение. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, оказание скорой медицинской помощи, услуги по обеспечению донорской кровью, и прочее.

На администрирование системы здравоохранения было направлено 2,68%, на оказание реабилитационной помощи в 2018 году израсходовано 1,13% текущих расходов.

Расходы на прочие виды услуг составили 0,24%. Сюда входят услуги, связанные со здравоохранением, такие как, судебно-медицинская экспертиза, хранение ценностей исторического наследия в области здравоохранения, создание и сопровождение информационных систем здравоохранения.

Для сравнения, в таких странах ОЭСР, как Корея и Канада, данная картина выглядит следующим образом.



Рисунок 7 – Распределение расходов по услугам за 2018 год (в % долях от ТРЗ) в Корее и в Канаде

Опыт стран показывает, что больше половины средств на здравоохранение идут на услуги лечения, и менее четверти идут на предоставление медицинских товаров. Стоит отметить, что в Казахстане последнее составляет 25,6% от текущих расходов на здравоохранение, что является достаточно высоким показателем. Также явным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный медицинский уход, который в Корее занимает 16% от ТРЗ, а в Канаде – 14%. Для сравнения в Казахстане данный показатель в 2018 году достиг 0,11%.

Таблица 12 – Финансирование услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в тыс. тенге, в %)

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Зарубежные трансферты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НС.1	Услуги лечения	801 707 956	303 341 233		1 105 049 189	62,58%
НС.2	Реабилитационное лечение	4 970 934	15 053 268		20 024 202	1,13%
НС.3	Долгосрочный медицинский уход	555 321	1 391 659		1 946 980	0,11%
НС.4	Вспомогательные услуги	44 246 440	-		44 246 440	2,51%
НС.5	Предоставление медицинских товаров	98 193 233	353 765 423		451 958 476	25,6%
НС.6	Профилактические услуги	91 006 955	-		91 006 955	5,15%
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	41 351 855	5 969 204		41 321 059	2,68%
НС.0	Прочие медицинские услуги	4 180 108	-		4 180 108	0,24%
	Итого	1 086 212 803	679 520 607		1 765 733 409	100%

Структура расходов в разрезе функций здравоохранения в зависимости от вида схем финансирования показывает следующее:

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями услуг лечения, вспомогательных и профилактических услуг, а также администрирования системы здравоохранения.

Средства предприятий и домашних хозяйств являются основными покупателями услуг лечения, фармацевтических товаров, а также реабилитационного лечения.

НС 1. Услуги лечения

Категория статей расходов «НС 1. Услуги лечения» состоит из медицинских услуг, основным намерением которых является облегчение симптомов заболевания или травмы, уменьшение тяжести заболевания или травмы или защита от обострения и/или осложнения заболевания и/или травмы, которые могут угрожать жизни или нормальной жизнедеятельности индивидуума. Данная категория включает: все компоненты лечения заболевания или травмы; выполненные хирургические вмешательства, диагностические и терапевтические процедуры, и акушерские услуги.

Услуги лечения по видам предоставления помощи разделяются на стационарный уход, дневной уход (дневной стационар) и амбулаторный уход.

Таблица 13 – Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.) в 2018 году (тыс. тенге)

НС 1 .	Услуги лечения	Схемы государств енного финансиро вания	Схемы негосударс твенного финансиро вания	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.1.1	Медицинские услуги на стационарном уровне	434 554 352	73 933 386	508 444 738	46%	28,8%
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	21 572 644	-	21 572 644	2%	1,22%
НС.1.3	Амбулаторное лечение	345 583 960	229 407 847	574 991 807	52%	32,56%
НС.1.3.1	Основные услуги на амбулаторном уровне	242 953 429	51 266 349	294 219 778	26,6%	16,66%
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	-	27 750 158	27 750 158	2,5%	1,57%
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	81 042 406	25 163 910	106 206 316	9,6%	6,01%
НС. 1.3.9	Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно	21 588 124	125 227 430	146 815 554	13,3%	8,31%
Итого		801 707 956	303 341 233	1 105 049 189	100%	62,58%

По итогам 2018 года 28,82% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 32,56% ТРЗ, что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В странах ОЭСР в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги.

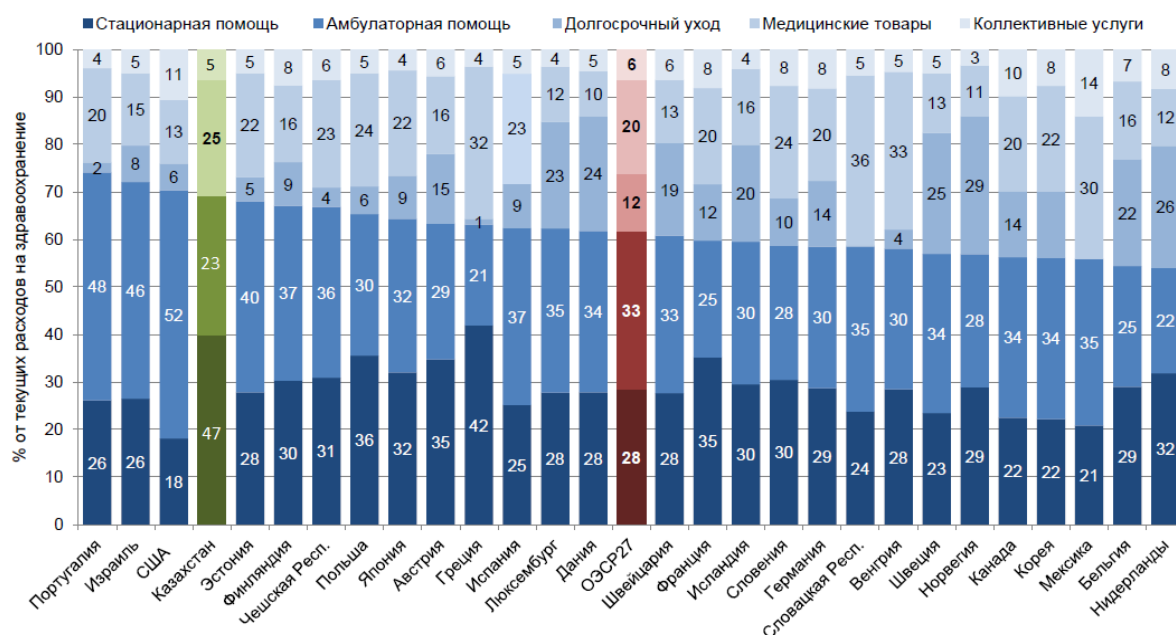


Рисунок 8 – Распределение расходов по видам услуг здравоохранения от ТРЗ в странах ОЭСР в 2018 году¹⁹

В структуре расходов на услуги лечения (НС.1) у государственных схем финансирования преобладают услуги стационарной помощи, на которые было направлено 40% этих средств. Расходы на основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичную медико-санитарную помощь у государственных схем финансирования составили 22,37% средств, на специализированное амбулаторное лечение было направлено 7,46% средств, прочие виды амбулаторных услуг – 1,99%. На лечение в дневном стационаре государство потратило 2% средств.

У частных схем финансирования преобладают расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи – 33,76%.

НС.2 Реабилитационное лечение

Реабилитация представляет собой комплексную стратегию, направленную на то, чтобы дать возможность людям с определенными состояниями, у которых имеется или может проявиться инвалидность, достигать и поддерживать оптимальный уровень физического функционирования, достойного качества жизни и участия в жизни сообщества и общества в целом. В то время как лечебная помощь в основном фокусируется на состоянии здоровья, услуги реабилитации фокусируются на функционировании, связанном с состоянием здоровья.

Реабилитационные услуги стабилизируют, улучшают или восстанавливают пострадавшие физические функции и части тела, компенсируют отсутствие или потерю физических функций и частей тела,

¹⁹ Последние доступные данные в базе данных ОЭСР <https://stats.oecd.org/>

улучшают жизнедеятельность и участие, и предотвращают ухудшение состояния, медицинские осложнения и риски.

Тем не менее, в Казахстане очень мало внимания уделяется данному виду услуг, и согласно учету НСЗ, в 2018 году расходы на реабилитационные услуги составили всего 1,13% от текущих расходов, направленных на здравоохранение. Данный факт может стать одной из причин дефицита финансирования здравоохранения, так как реабилитационные услуги, как и превентивные услуги, предотвращают ухудшение состояния человека, тем самым предотвращая повторные обращения и лечения осложнений.

НС.3 Долгосрочный медицинский уход

Долгосрочная медицинская помощь состоит из ряда медицинских услуг и услуг индивидуального ухода, основной целью потребления которых является облегчение боли и страданий и ограничение или контроль над ухудшением состояния здоровья пациентов с долгосрочной несамостоятельностью. С точки зрения конечного потребления, долгосрочный уход, как правило, представляет собой интегрированный пакет услуг и помощи пациентам с повышенным уровнем зависимости от посторонней помощи (под которым также понимается ухудшение физического состояния, ограничение деятельности и/или ограничение участия) на непрерывной или периодической основе и в течение длительного периода времени.

Основными поставщиками долгосрочного медицинского ухода являются дома или пансионаты для выздоравливающих, дома престарелых с сестринским уходом, хосписы со стационарным уходом, и другие.

В 2018 году в Казахстане потребление услуг долгосрочного медицинского ухода составило 0,11%. В среднем по странам-членам ОЭСР данный показатель в 2018 году составил 18,8% от ТРЗ. Учитывая важность данных услуг, для достижения уровня показателя стран ОЭСР необходимо увеличить количество организаций в РК, оказывающих услуги долгосрочного ухода. Учитывая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни в РК увеличивается ежегодно, стареющему населению необходим длительный уход.

НС.4 Вспомогательные услуги

Вспомогательные услуги зачастую являются неотъемлемой частью пакета услуг, основной целью которых является диагностика и наблюдение. Стало быть, вспомогательные услуги не имеют цели быть сами по себе: цель заключается в излечении, профилактике болезней и т.п.

В 2018 году среди вспомогательных услуг использовались услуги по транспортировке пациентов. К услугам по транспортировке пациентов относится санитарная авиация, предназначенная для оказания экстренной медицинской помощи в условиях плохой транспортной доступности или большой удалённости от медицинских учреждений, услуги скорой

медицинской помощи, а также обеспечение граждан бесплатным или льготным проездом за пределы населенного пункта на лечение за счет средств государственного бюджета.

На финансирование данного вида услуг в 2018 году было направлено 2,51% от всех средств, расходованных на здравоохранение. Для сравнения, в странах ОЭСР данный показатель в 2018 году составлял 4,2%.

Таблица 14 – Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги» за 2018 год (в тыс. тенге)

НС. 4	Вспомогательные услуги	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от ТРЗ
НС 4.1	Лабораторные услуги	-	-		
НС 4.2	Диагностические услуги	-	-		
НС 4.3	Транспортировка пациентов	44 246 440	-	44 246 440	2,51%
	Итого	44 246 440		44 246 440	2,51%

НС.5 Предоставление медицинских товаров

К категории статей расходов «НС.5 Предоставление медицинских товаров» относятся услуги по предоставлению лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

В 2018 году расходы на ЛС и ИМН на душу населения составили 24 568 тенге, 71 долл. США или 212,6 долл. по ППС. В сравнении со странами ОЭСР на приобретение медицинских товаров в Казахстане, в целом, расходуется намного меньше. Для сравнения, в США данный показатель составляет 1387,5 долл. по ППС, что почти в 6,5 раз больше, чем в нашей стране, а в Мексике, который имеет самый низкий показатель по данному индикатору среди стран-членов ОЭСР, данный показатель составляет 300 долл. по ППС, что 1,5 раза больше чем в РК.

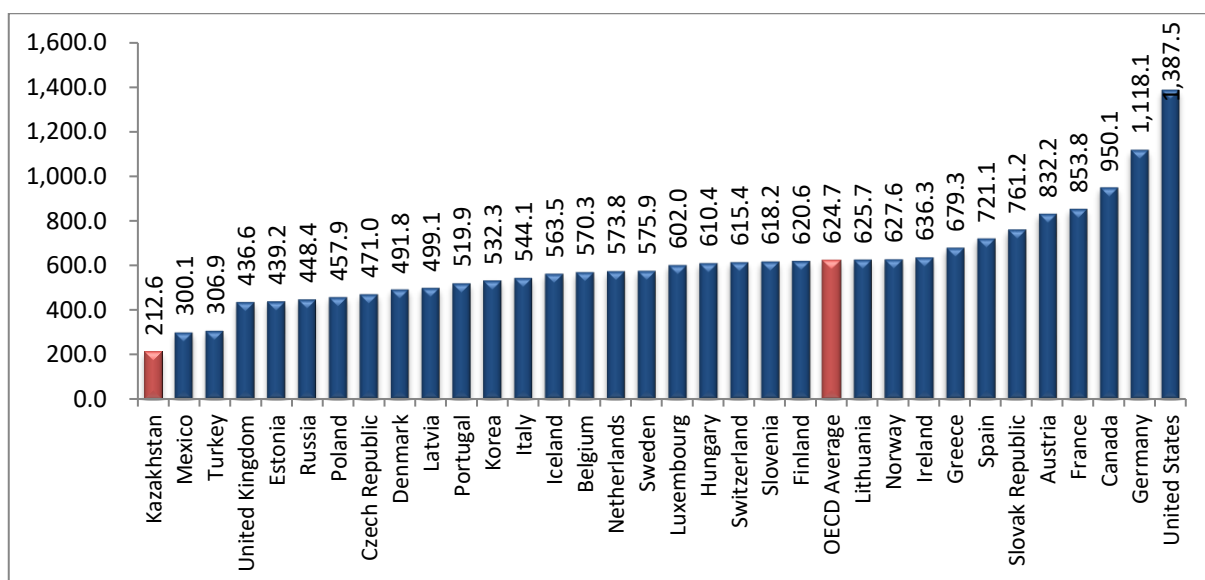


Рисунок 9 – Расходы на ЛС и ИМН на душу населения в странах ОЭСР и Казахстане в 2018 г. (в долл. ППС)

Анализ структуры расходов на ЛС и ИМН показывает, что в 2018 году из государственных средств расходовалось в 3,6 раз меньше, чем из частных средств населения и предприятий. При этом из частных расходов около 30% население расходовало на терапевтические приборы и другие товары длительного пользования.

Таблица 15 – Структура категории статей расходов «Предоставление медицинских товаров» за 2018 год (в тыс. тенге)

НС. 5	Предоставление медицинских товаров	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС 5.1	Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования	98 193 233	248 585 427	346 778 660	76,7%	19,64%
НС 5.2	Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования	-	105 179 816	105 179 816	23,3%	5,96%
Итого		98 193 233	353 765 243	451 958 476	100%	25,6%

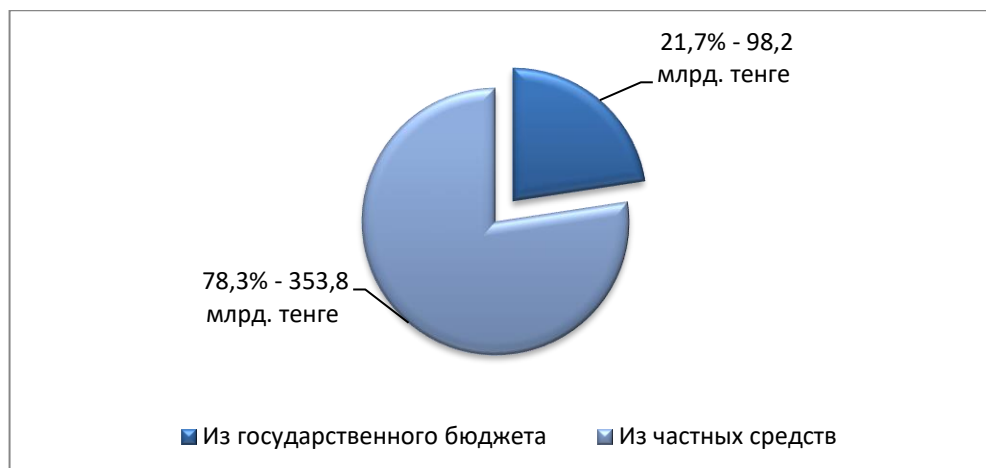


Рисунок 10 – Структура расходов на ЛС и ИМН в 2018 году (в тыс. тенге)

НС.6 Профилактические услуги

Профилактика подразумевает любые меры, направленные на избежание или сокращение числа или тяжести травм и заболеваний, их остаточных явлений и осложнений. Профилактика основана на стратегии укрепления здоровья как процесса, который позволяет людям улучшать состояние здоровья посредством контроля некоторых непосредственных детерминантов здоровья. Она включает широкий спектр ожидаемых результатов, которые покрываются большим многообразием вмешательств, организованных на первичном, вторичном и третичном уровнях профилактики.

В НСЗ РК к профилактическим услугам относятся пропаганда здорового образа жизни, программы иммунизации в целях проведения иммунопрофилактики населения (вакцинация), программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях (скрининги, диагностические тесты, медосмотры, направленные на конкретные заболевания), программы мониторинга состояния здоровья (беременность, наблюдения за развитием детей и стареющего населения), профилактика ВИЧ/СПИД и другие.

В 2018 году на данный вид услуг было направлено 91 млрд. тенге, что составило 5,15% от всех расходов. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2018 году на профилактические услуги в среднем по странам-членам ОЭСР было расходовано 2,9% от ТРЗ, среди которых самый высокий показатель в Канаде – 6,2% и самый низкий в Словакии – 1 %.

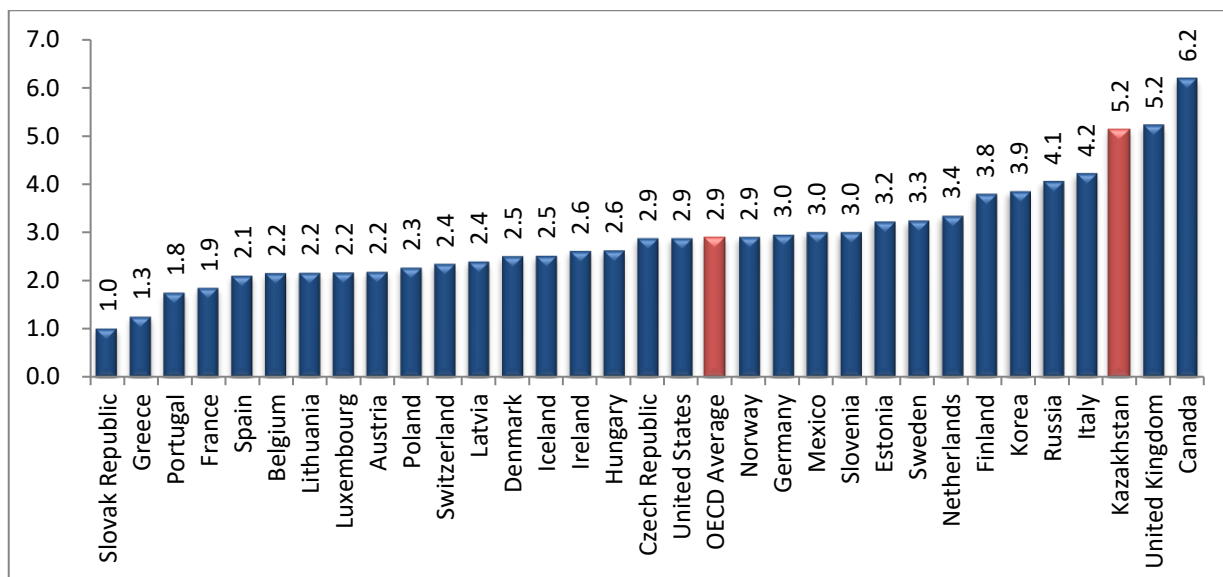


Рисунок 11 – Расходы на профилактику в странах ОЭСР и Казахстане в 2018 г. (в % от ВВП)

Как уже отмечалось выше программы профилактики полностью финансируются из средств государственного бюджета. Структура расходов по данной категории представлена ниже.

Таблица 16 – Структура категории статей расходов «Профилактические услуги» за 2018 год (в тыс. тенге)

НС 6	Профилактические услуги	Гос. средства	% от суммы	% от ВВП
НС 6.1	Информационная, образовательная и консультационная программы	12 505 482	13,7%	0,71%
НС 6.2	Программы иммунизации	57 237 334	63,0%	3,25%
НС 6.3	Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	3 769 099	4,1%	0,21%
НС 6.4	Программа мониторинга состояния здоровья	3 572 386	3,9%	0,20%
НС 6.5	Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	13 832 655	15,2%	0,78%
НС 6.6	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации			
Итого		91 006 955	100%	5,15%

НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование

Эти услуги концентрируются на системе здравоохранения, а не на самой медицинской помощи и считаются коллективными, так как они не предоставляются отдельным лицам, а приносят выгоду всем пользователям

системы здравоохранения. Они контролируют и поддерживают функционирование системы здравоохранения. Эти услуги подразумевают поддержание и повышение эффективности и действенности системы здравоохранения и возможность повышения справедливости в здравоохранении.

Согласно ССЗ 2011 к статье расходов «НС.7.1 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» относятся услуги по планированию, формированию политики и информационному анализу всей системы здравоохранения.

В НСЗ РК в 2017 году в данной статье расположились расходы за счет средств государственного бюджета, а именно услуги по реформированию системы здравоохранения, социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников, направленных для работы в сельскую местность, информационно-аналитические услуги в области здравоохранения, услуги по реализации государственной политики на местном уровне в области здравоохранения.

Статья «НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения» подразумевает подкомпонент, специфичный для финансирования здравоохранения, независимо от его частного или государственного происхождения и частного или государственного предоставления. В него входит управление сбором средств и администрирование, мониторинг и оценка этих ресурсов, также администрирование частного медицинского страхования, что означает службу медицинского страхования и затраты на ее обслуживание. Сюда входят расходы на продажу, зачисление и обслуживание полисов, рассмотрение исков, службы правового сопровождения, инвестиционные функции, корпоративные накладные расходы и начисления за риск.

Таблица 17 – Структура категории статей расходов «Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» за 2018 год (в тыс. тенге)

НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.7.1 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	23 032 455		23 032 455	48,7%	1,3%
НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения	18 319 400	5 969 204	24 288 604	51,3%	1,38%
Итого	41 351 855	5 969 204	47 321 059		2,68%

В НСЗ РК в 2018 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

НС.0 Прочие медицинские услуги

Данный пункт включает все прочие медицинские услуги, не вошедшие ни в одну из категорий с НС.1 до НС.7.

В НСЗ РК в прочие услуги вошли следующие мероприятия: прикладные научные исследования в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализация мероприятий технической помощи в рамках содействия устойчивому развитию и росту Республики Казахстан, погашение кредиторской задолженности по обязательствам организаций здравоохранения, консультативное сопровождение проектов государственно-частного партнерства и концессионных проектов. Следует отметить, что расходы на вышеперечисленные мероприятия финансировались за счет средств государственного бюджета. Так, в данную статью было направлено 0,24 % от всех расходов.

Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения

К классификации ССЗ 2011 относятся также расходы на исходные ресурсы, используемые в процессе предоставления медицинских услуг. Для разработки более содержательных счетов здравоохранения в НСЗ РК включен учет факторов предоставления медицинских услуг (FP).

Информация о том, сколько поставщики медицинских услуг тратят на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения (факторов предоставления), может иметь многостороннее применение в политике здравоохранения.

Классификация факторов также является частью других государственных систем учета и служит стандартным инструментом анализа для статистики государственных финансов на международном уровне. Предоставление услуг подразумевает комбинацию факторов производства – труд, капитал, материалы и внешние услуги – используемых для предоставления товаров и услуг здравоохранения. Чтобы функционировать, поставщики также должны покрывать и другие расходы на исходные ресурсы, такие как уплата налогов (напр., НДС). Таким образом, факторы предоставления медицинских услуг учитывают совокупную стоимость ресурсов в денежной или натуральной форме, используемые в предоставлении товаров и услуг здравоохранения. Они равны сумме, выплачиваемой поставщикам медицинских услуг схемами финансирования за товары и услуги здравоохранения, потребленные в отчетном периоде.

Таблица 18 – Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг (в тыс. тенге)

Коды по ССЗ 2011		Наименование расходов	2018
FP. 1		Компенсационные расходы работникам	639 621 155
	FP. 1.1	Заработная плата	587 693 634
	FP. 1.2	Социальные выплаты	46 611 909
	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	5 315 612
FP. 3		Материалы и услуги	497 715 890
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	247 991 828
	FP. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	161 390 430
	FP. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	88 333 632
FP. 4		Потребление основного капитала	64 402 733
FP. 5		Прочие расходы, затраченные на "входы"	53 794 993
	FP. 5.1	Налоги	6 135 873
	FP. 5.2	Прочие расходы	47 659 120
Итого			1 255 534 771

2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2010-2018 годы

В течение последних лет отмечается рост благосостояния государства, так размер ВВП в номинальном выражении с 2010 года увеличился почти в 3 раза, общие затраты из государственного бюджета выросли в 2,5 раза. Рост общих расходов на здравоохранение в 2018 году по сравнению с 2010 годом составил 115%.

Несмотря на постоянный рост расходов на протяжении всего исследуемого периода, существует стойкий разрыв между государственными и частными расходами на здравоохранение в размере в среднем до 1% к ВВП.

Таблица 19 – Макроэкономические показатели в 2010-2018 гг.

Макроэкономический показатель, млрд. тенге	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ВВП	21815	28 243	31015	35999	39675	40884	46971	54378	61819
Расходы гос. бюджета	4 457,1	5 423,2	6 268,9	6 852,7	7 791,8	8 227,1	9 433,7	12 485,3	11 346,1
ОРЗ	875,5	955,9	1165,6	1281,4	1431,8	1484,8	1761,5	1759	1885,4
ТРЗ	597,9	758,8	948,9	1031,4	1074,8	1245,2	1613,4	1659,6	1765,7
Капитальные расходы	277,6	197,1	216,7	250,1	357,1	239,6	148,1	102,9	119,6
Гос. расходы	410,7	532,4	645,8	669,7	742,5	788,4	967,7	1032,7	1086,2
Частн. расходы	187,2	226,4	303,1	361,7	332,2	456,8	645,6	626,9	679,5
Прямые платежи населения	164,9	199,2	265,7	318,3	280,9	398,9	573,4	550,1	583
Внешние источники	5,4	4,4	2,6	2,7	3,3	4,6	18,9	5,3	
Показатели расходов на здравоохранение, процент									
ОРЗ, % от ВВП	4%	3,4%	3,8%	3,6%	3,6%	3,6%	3,8%	3,2%	3,0%
ТРЗ, % от ВВП	2,7%	2,7%	3,1%	2,9%	2,7%	3,0%	3,4%	3,1%	2,9%
Гос. расх., % от ВВП	1,9%	1,9%	2,1%	1,9%	1,9%	1,9%	2,1%	1,9%	1,8%
Гос. расх., % от ОРЗ	46,9%	55,7%	55,4%	52,3%	51,9%	53,1%	54,9%	58,7%	57,6%
Гос. расх., % от ТРЗ	68,7%	70,2%	68,1%	64,9%	69,1%	63,3%	60,0%	62,2%	61,5%
Част.расх. % от ВВП	0,9%	0,8%	1,0%	1,0%	0,8%	1,1%	1,4%	1,2%	1,1%
Част.расх. % от ОРЗ	21,4%	23,7%	26,0%	28,2%	23,2%	30,8%	36,7%	35,6%	36,0%
Част.расх. % от ТРЗ	31,3%	29,8%	31,9%	35,1%	30,9%	36,7%	40,0%	37,8%	38,5%
Прямые платежи населения, % от ТРЗ	27,6%	26,3%	28,0%	30,9%	26,1%	32,0%	35,5%	33,1%	33,0%
Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя									
ОРЗ на душу, тенге	53 253	57 331	68 930	74 675	82 216	84 030	98 309	96 877	102491
ОРЗ на душу, долл. США	361,4	391,0	462,3	490,9	458,8	379,0	287,3	297,2	297,3
ТРЗ на душу, тенге	36 368	45 510	56 117	60 102	61 714	70 471	90 041	91 401	95 986
ТРЗ на душу, долл. США	246,8	310,4	376,3	395,1	344,4	317,8	263,2	280,4	278,5
ТРЗ реальные, тенге	36 368	42 375	49 293	50 375	48 162	48 413	57 011	54 036	53 890

Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных подушевых

расходов на здравоохранение в период с 2010 по 2018 годы составил всего 1,5 раза, а размер накопленной инфляции составил 78%.

Как мы видим, за рассматриваемый период отмечается рост ВВП и расходов государственного бюджета. Вместе с тем, в 2018 году отмечается снижение расходов государственного бюджета на 9%.



Рисунок 12 – Динамика ВВП и расходов государственного бюджета за 2010-2016 гг (в млрд. тенге)

Кроме того, несмотря на рост номинальных текущих расходов на здравоохранение, соотношение расходов на здравоохранение к ВВП снижается с 3,4% в 2016 году до 2,9% в 2018 году. Это связано с более высоким темпом роста ВВП и более низким темпом роста расходов на здравоохранение.

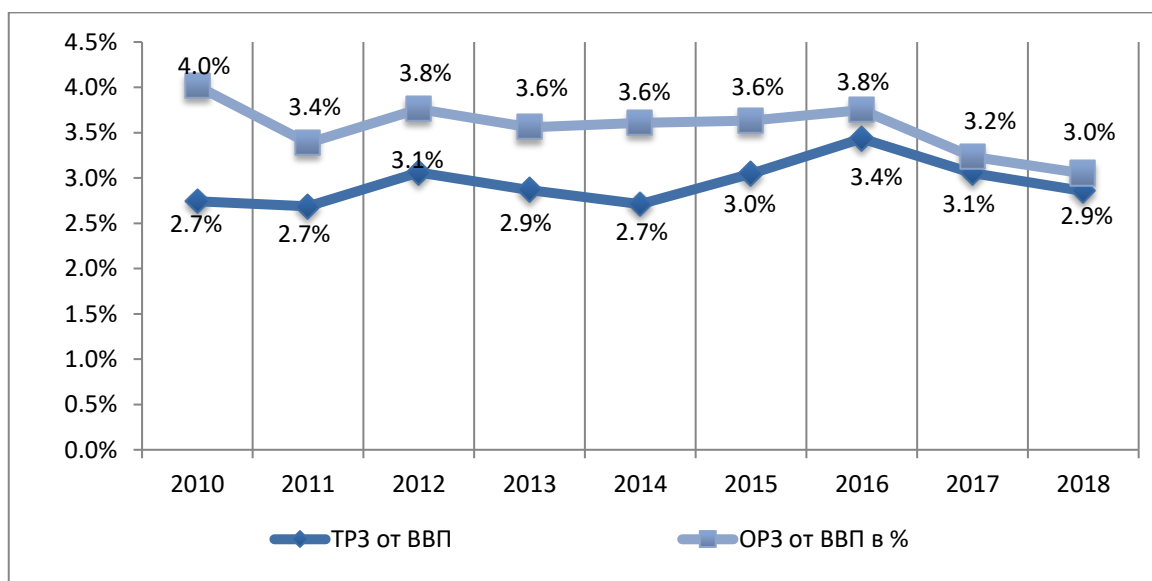


Рисунок 13 – Динамика процентных соотношений ТРЗ и ОРЗ от ВВП (в %)

В период 2010-2018 гг. частные расходы колебались вокруг значения в 0,8-1,4% от ВВП, или 29-40% от текущих расходов на здравоохранение. Средний ежегодный прирост номинальных частных расходов составлял 19,5%. Однако в 2014 году наблюдается спад на -8% по сравнению с 2013 годом (Рисунок 14). Данное явление обуславливается снижением потребления медицинских товаров, а также низкими показателями неформальных расходов за этот год. Вместе с тем, поскольку адекватного замещения частных расходов государственными не происходит, приходится говорить скорее о дефиците финансовой доступности услуг здравоохранения, чем о позитивной динамике доли частных расходов. Ежегодное повышение частных расходов на здравоохранение говорит о предпочтении населением оплачивать медицинские услуги из собственных доходов, а не за счёт государственного финансирования. Тем самым, отмечается неэффективное использование средств государственного бюджета, а также недостаточное финансирование системы здравоохранения.

Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования показывает, что наибольшая доля расходов приходится на государственный сектор – 61,5%. Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение составляют 38,5%.



Рисунок 14 – Государственные, частные и текущие расходы на здравоохранение в 2010-2018 годы (в млрд. тенге)

Анализ структуры государственных расходов показал, что преобладают расходы на оказание стационарной помощи (40%). Вместе с тем, отмечается сокращение этих расходов с 53% в 2010 году до 40% в 2018 году. Стоит отметить, что в странах ОЭСР расходы на оказание стационарной помощи составляют 34%.

Расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в структуре государственных расходов в 2018 году составили 32%. При этом

отмечается незначительный рост в динамике на оказание АПП (30% в 2010 году).

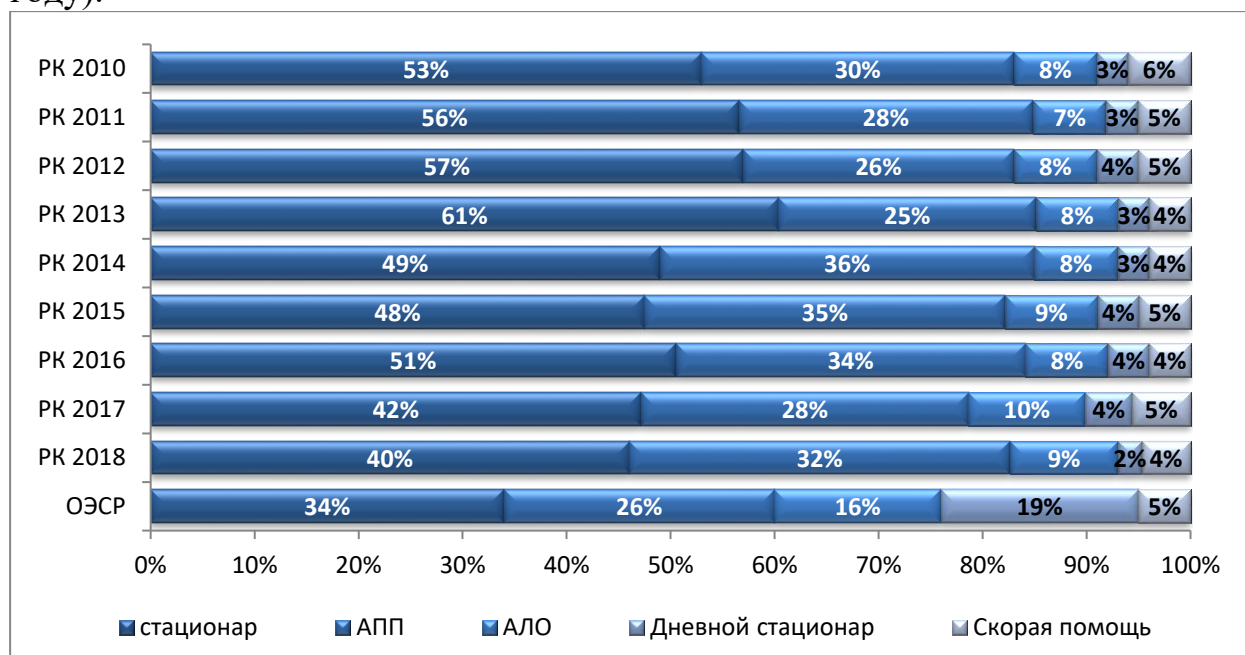


Рисунок 15 – Структура государственных расходов на здравоохранение в 2010-2018 гг. в Казахстане и странах ОЭСР.

Частные расходы на здравоохранение показывают рост на 8,3%. Вместе с тем, в структуре частных расходов преобладают расходы домохозяйств.

Так, в 2018 году карманные расходы в структуре частных расходов составляют 85,8%. Стоит отметить, что в динамике удельный вес карманных расходов сокращается с 88,1% в 2010 году. Также, растет удельный вес расходов предприятий с 7,4% в 2010 году до 11,5% в 2018г. Вместе с тем, наблюдается снижение удельного веса расходов на ДМС с 4,5% в 2010 г. до 2,7% в 2018г.

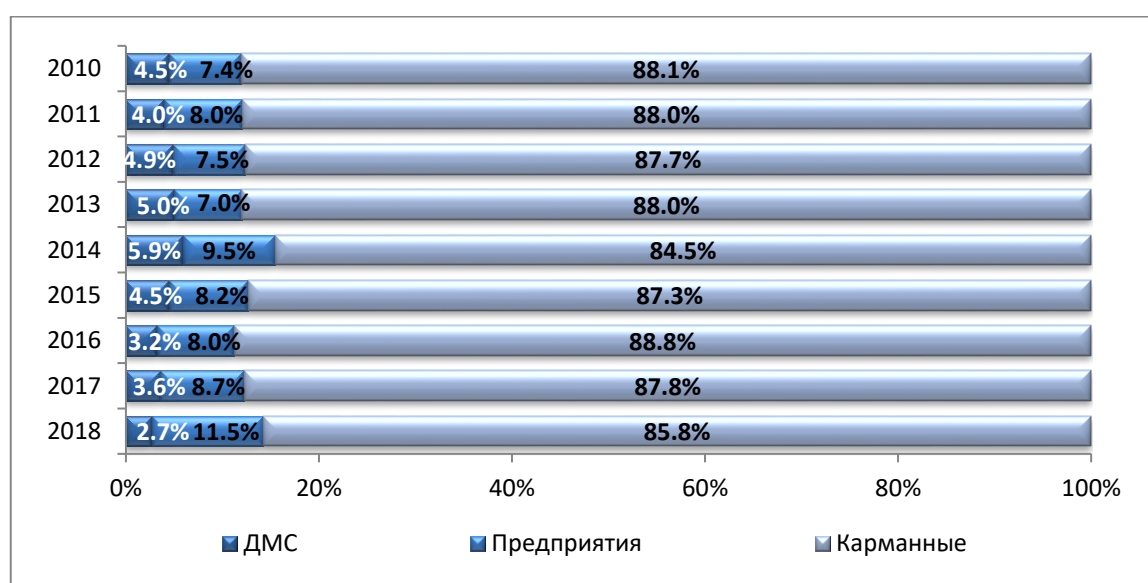


Рисунок 16 – Структура частных расходов на здравоохранение в 2010-2018 гг. в Казахстане.

В структуре карманных расходов на здравоохранение преобладают расходы на приобретение лекарственных средств и прочих фармацевтических товаров – 60,7% в 2018 году. Отметим, что в динамике доля расходов на ЛС сокращается (65,9% в 2010 году).

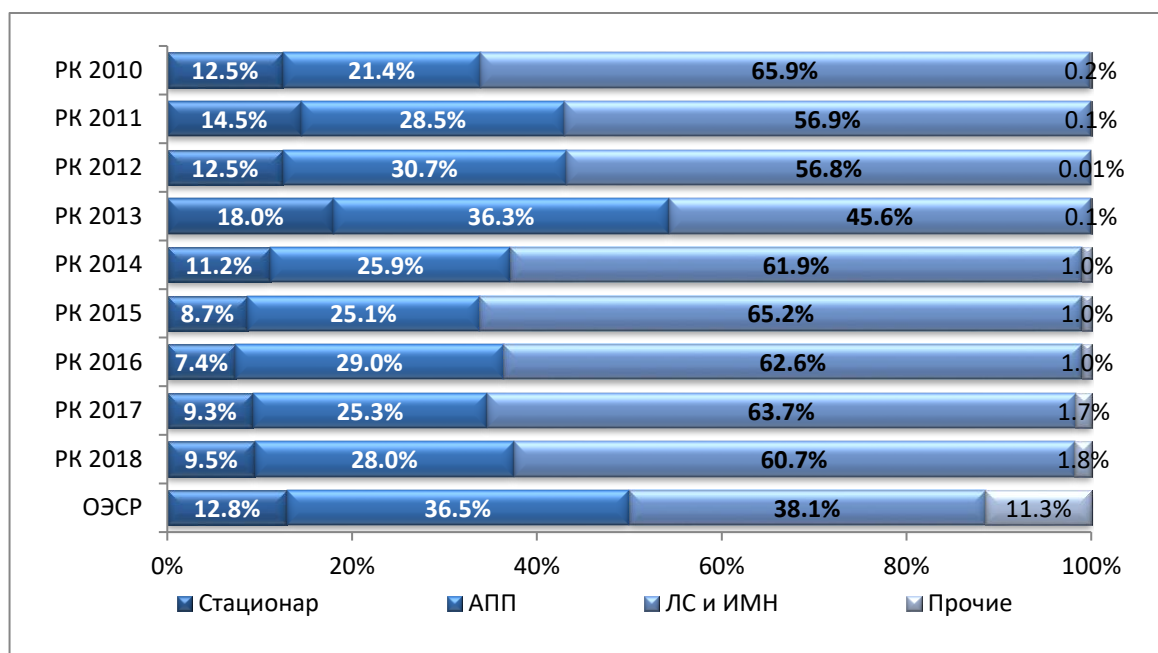


Рисунок 17 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2010-2018 гг. в Казахстане и странах ОЭСР.

В 2018 году частные расходы показывают рост на 8,3% по сравнению с предыдущим годом. Отражается рост по всем статьям расходов в структуре карманных расходов (стационарная, реабилитационная и амбулаторная помощь, расходы на лекарства).



Рисунок 18 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2010-2018 гг. в Казахстане

Если рассматривать динамику расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, то отмечается их ежегодный рост, как и от государственных средств, так и от частных. Как показывает Рисунок 18, расходы населения на лекарства ежегодно увеличивались с 2010 года, но исключение составил 2013 год, когда данный показатель снизился на 5,5 млрд. тенге по сравнению с 2012 годом. В 2017 году частные расходы, направляемые на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения сократились на 13%, в то время как за счет государственных средств расходы увеличились на 64% в сравнении с предыдущим годом (Рисунок 19).



Рисунок 19 – Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2018 годы (в млн. тенге)

Как показывает анализ структуры расходов на ЛС и ИМН, то здесь преобладают расходы населения. Так, за 2010-2015 годы, государственные расходы составляли в среднем 1/5 часть всех расходов на приобретение медицинских товаров. Остальные 80% расходов покрывались непосредственно средствами из карманов населения. Но в 2016 году ситуация ухудшилась, и государством было покрыто всего 13,7% всех расходов на приобретение медицинских товаров (Рисунок 20).

В 2018 году расходы на лекарства за счет средств населения составили – 78,3% в 2018г.

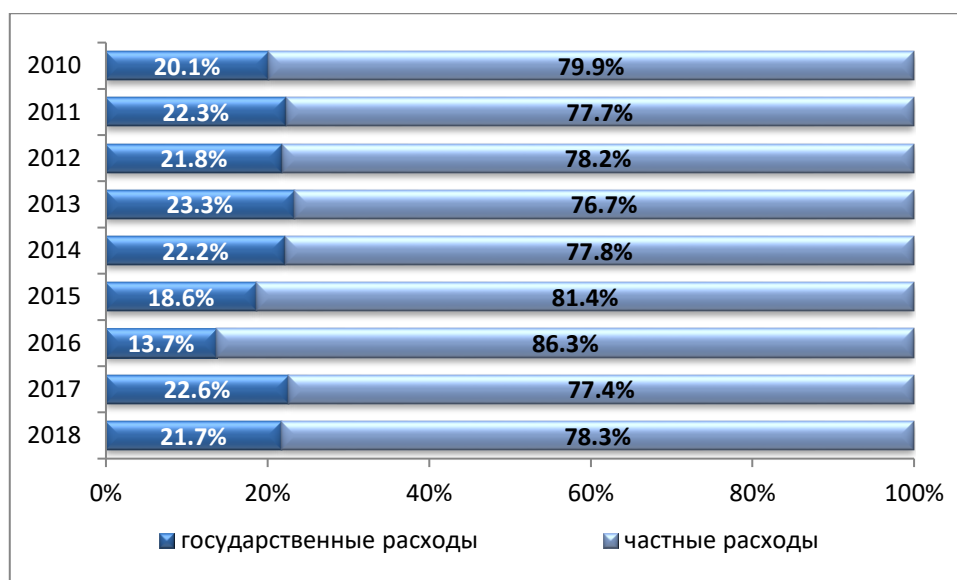


Рисунок 20 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2010-2018 гг. в Казахстане

2.4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан

Региональные счета здравоохранения разрабатываются в рамках формирования НСЗ РК в целях анализа регионального распределения расходов на здравоохранение. В целях возможности анализа расходов на здравоохранение на региональном уровне были построены таблицы НСЗ для каждого региона и городов республиканского значения, представленные в **Приложении 5**.

Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2018 года показал, что наибольший объем расходов наблюдается г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 213 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Мангыстауской области, где затраты на здравоохранения составили 34,4 млрд. тенге.

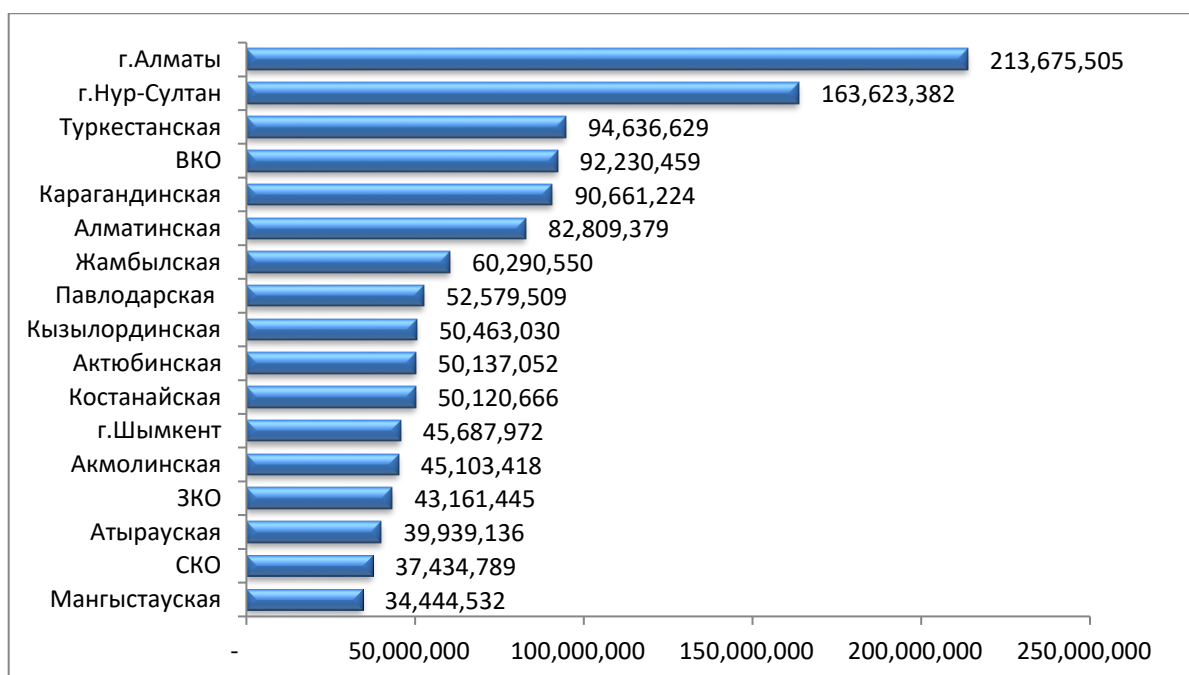


Рисунок 21 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2018 году, тыс. тенге.

В процентном соотношении по итогам 2018 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в г. Алматы затраты на здравоохранения составили 17,14% к текущим расходам на здравоохранение страны. Удельный вес расходов в г. Нур-Султан и Туркестанской области составили 13,12% и 7,59%, соответственно. Удельный вес расходов на здравоохранение в Мангыстауской и Северо-Казахстанской областях составили 2,76% и 3%, соответственно.

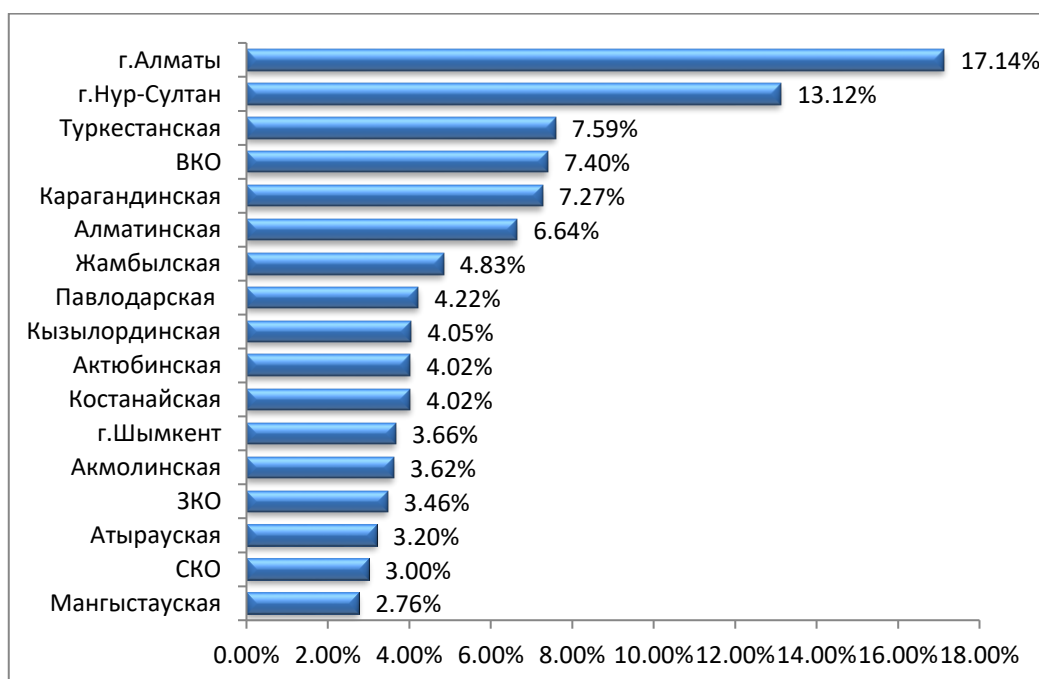


Рисунок 22 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2018 году, % к итогу

Текущие расходы на 1-го жителя в 2018 году в среднем по РК составили 95987 тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Алматинской области – 40 614 тенге, наивысший в г. Нур-Султан – 151 727 тенге

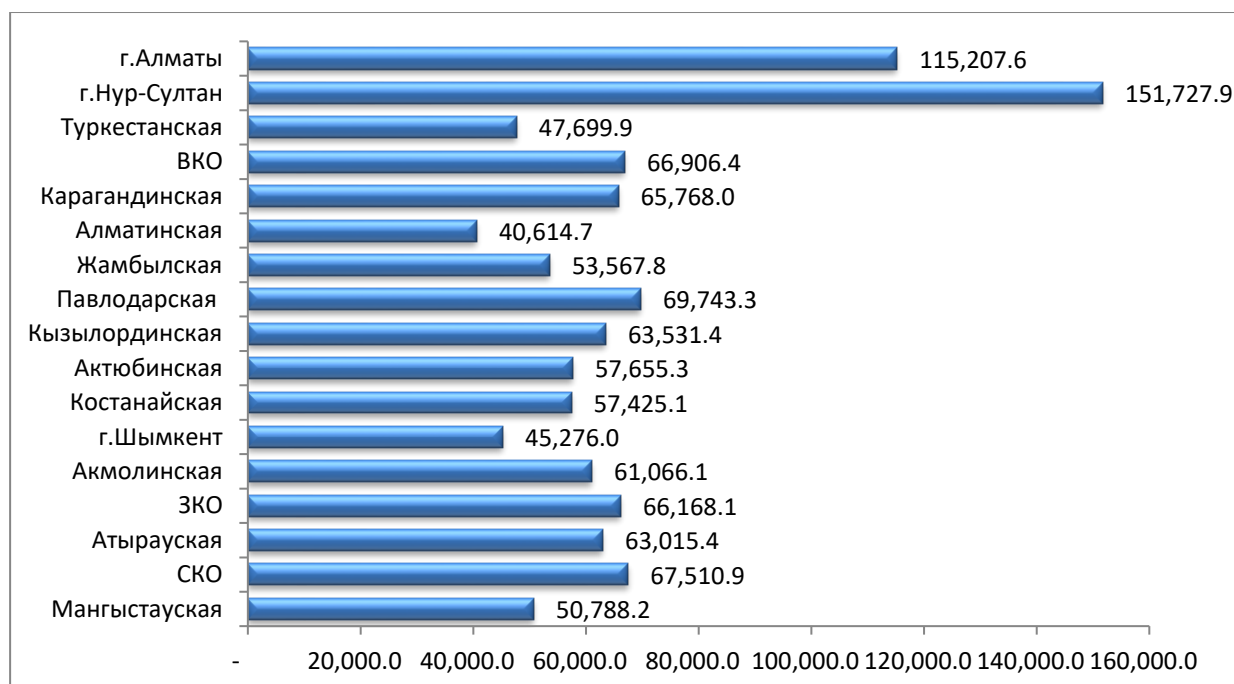


Рисунок 23 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2018 году, на 1 жителя, тенге.

Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования в разрезе регионов представлена следующим образом:

По итогам 2018 года можно отметить, что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Жамбылской – 90,9%, Кызылординской – 90,8% и Туркестанской – 90,3% областях. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в г. Алматы – 57,1%.

Наибольшая доля расходов населения отмечается в г. Алматы – 32%. Наименьший удельный вес расходов за счет средств населения наблюдается в Алматинской области и составляет 5%.

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Нур-Султан составил 16%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Атырауская область – 11,7%.

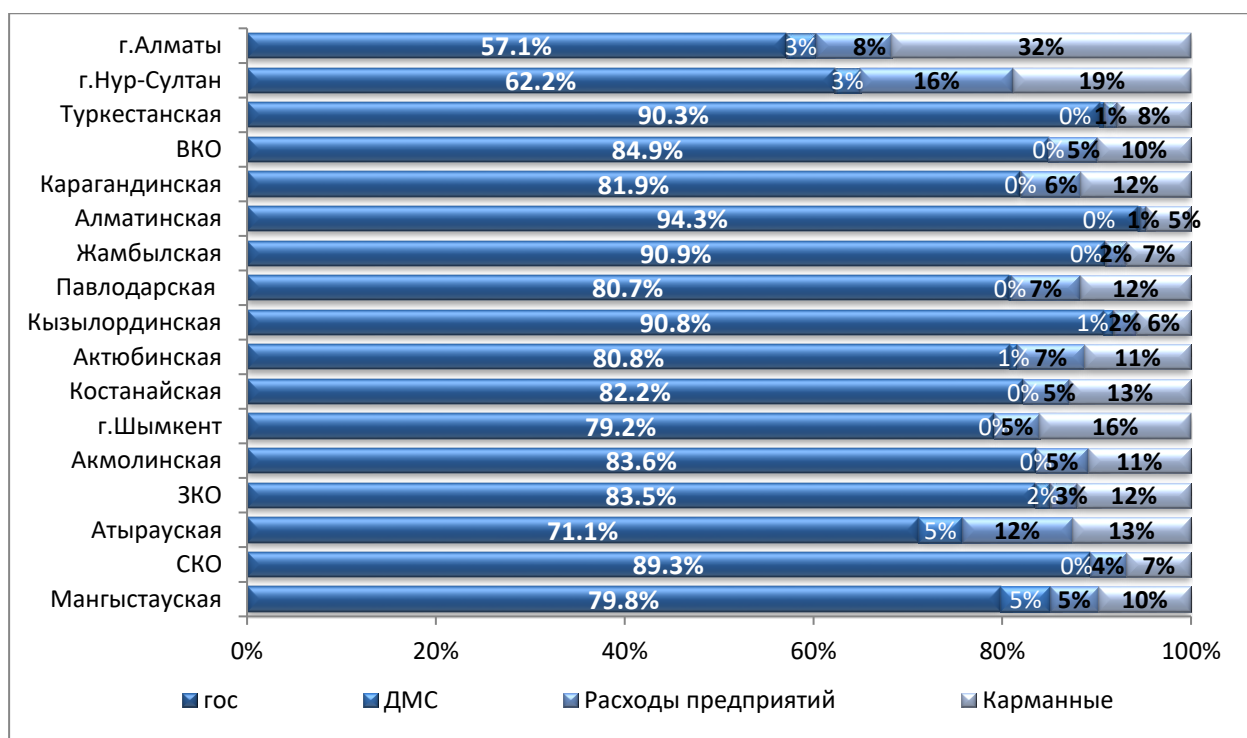


Рисунок 24 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу

По итогам 2018 г. наибольший объем текущих затрат государственного бюджета на здравоохранение в абсолютном выражении приходится на г. Алматы – 121,9 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Атыраускую и Мангыстаускую области – 28,4 млрд. тенге и 27,5 млрд. тенге соответственно.



Рисунок 25 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2018 г. (тыс. тенге)

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет средств ДМС и доходов, поступающих от предприятий. Поступления за счет средств ДМС и от предприятий показаны на Рисунках ниже.

Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы – 6,8 млрд. тенге, далее г. Нур-Султан – 4,5 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Жамбылской области – 1,3 млн. тенге.

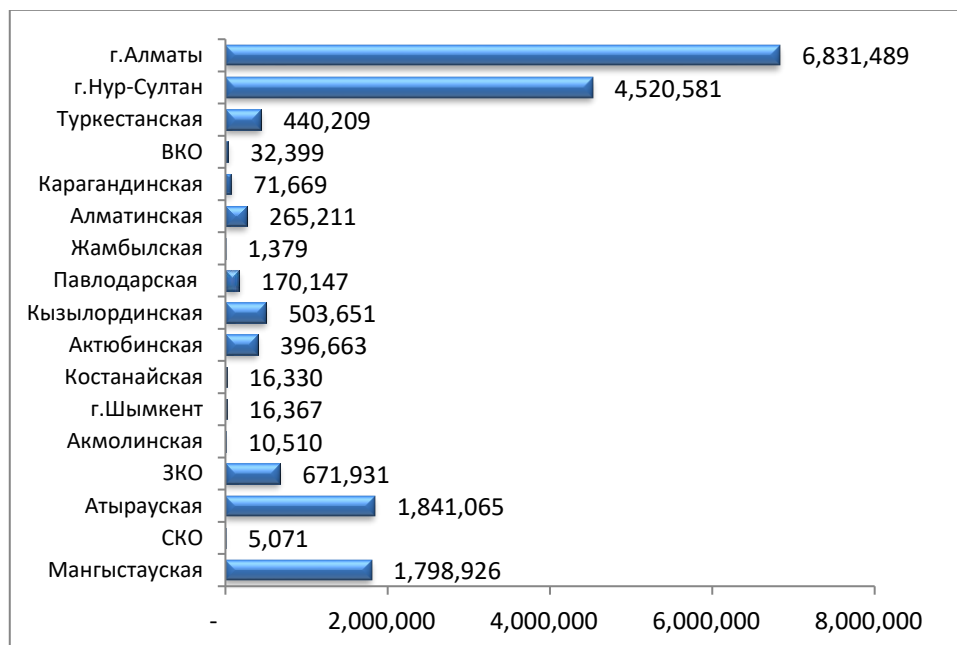


Рисунок 26 – Схемы медицинских взносов, поступающих в рамках добровольного медицинского страхования, в 2018 г. (тыс. тенге)

Что касается расходов предприятий, то наибольший объем показал г. Нур-Султан – 26,4 млрд. тенге, далее г. Алматы – 17,1 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области – 494,8 млн. тенге.

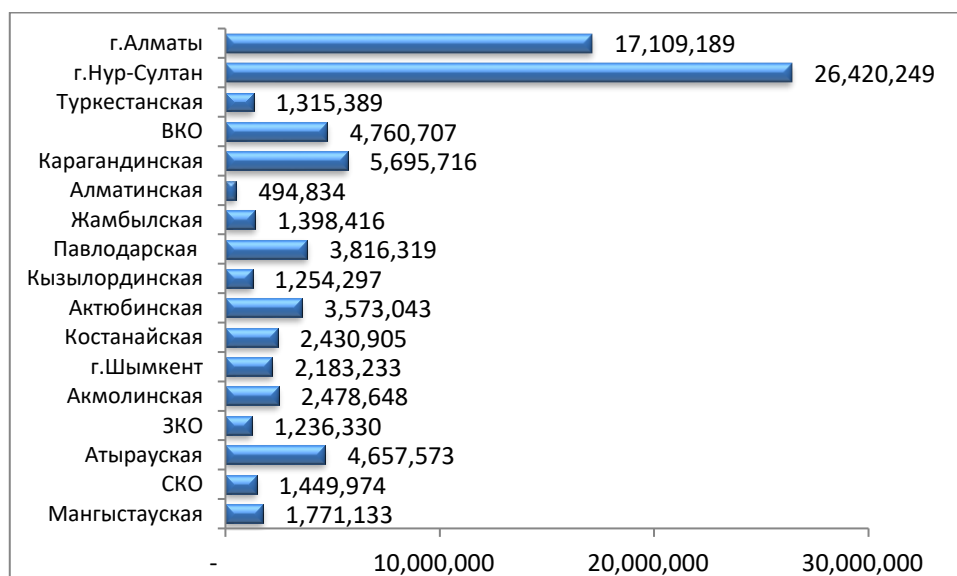


Рисунок 27 – Схемы медицинских взносов, поступающих от предприятий (тыс. тенге)

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 38,5% от текущих расходов на здравоохранение. Частные расходы домохозяйств в разрезе регионов показаны на рисунке ниже.

Наибольший объем расходов показывает г. Алматы – 67,7 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом более чем в 2 раза следует г. Нур-Султан – 30,8 млрд. тенге. Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в Северо-Казахстанской области 2,5 млрд. тенге.

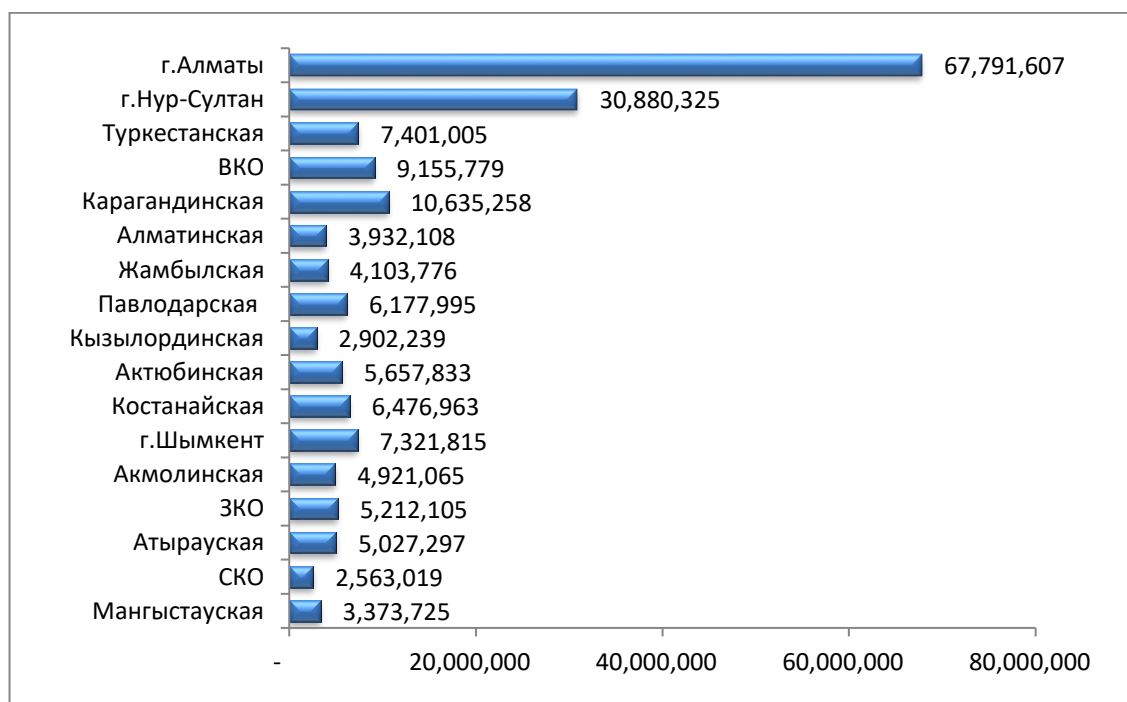


Рисунок 28 – Расходы домохозяйств в разрезе регионов в 2018г. (тыс. тенге)

Расходы на одного жителя в городах Астана и Алматы в 4-5 раз выше по сравнению с другими городами. Так, наибольший размер частных подушевых расходов отмечается в г. Нур-Султан и составили в 2018 году 57 327 тенге. Далее следует г. Алматы – 49 459 тенге.

Наименьшие подушевые карманные расходы наблюдаются в Алматинской области – 2301 тенге.

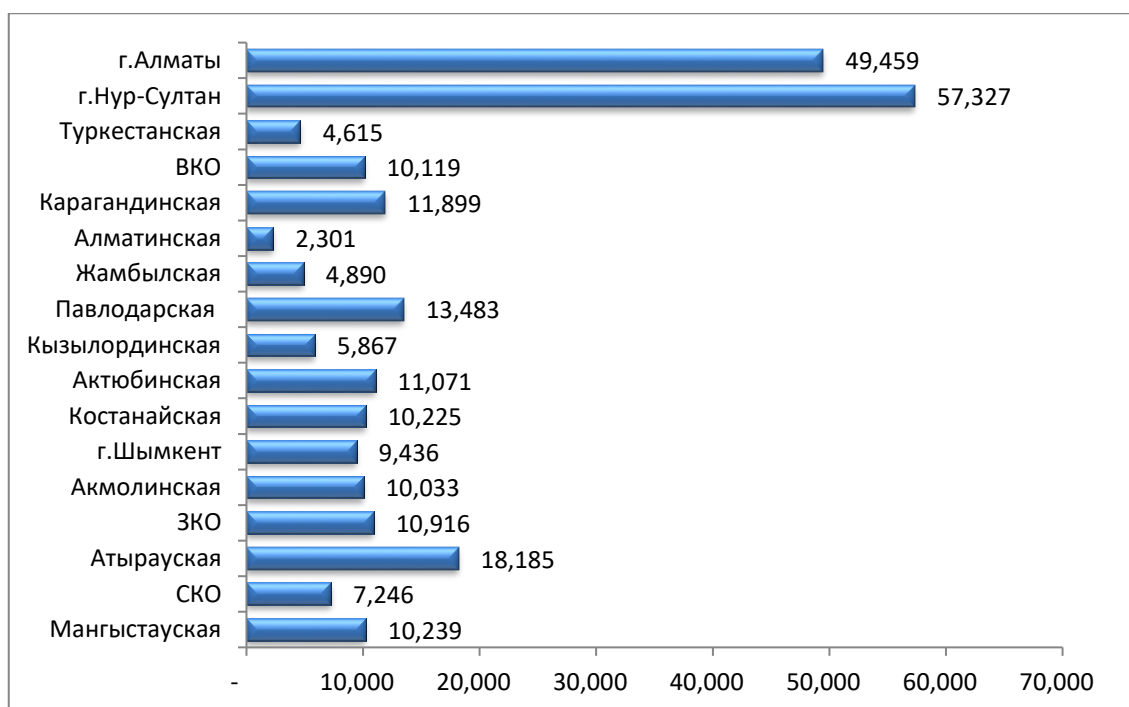


Рисунок 29 – Частные расходы домохозяйств на одного жителя в разрезе регионов (тенге)

Согласно структуре расходов на услуги лечения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 28% до 53% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2018г. являлся г. Нур-Султан (53,2%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Алматинской области (27,6%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2018г. было направлено от 36,3% до 53,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Атырауской области (53,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в г. Нур-Султан (36,3%).

На лечение в дневном стационаре в 2018г. было направлено от 0,7% до 3% всех расходов на медицинские услуги. Так, 0,7% расходов услуг лечения было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 3% - Карагандинской области.

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечаются регионы, в которых приличная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область -4,7%, Костанайская область – 3,6%, Туркестанская область – 3,1%. (Рисунок 30).

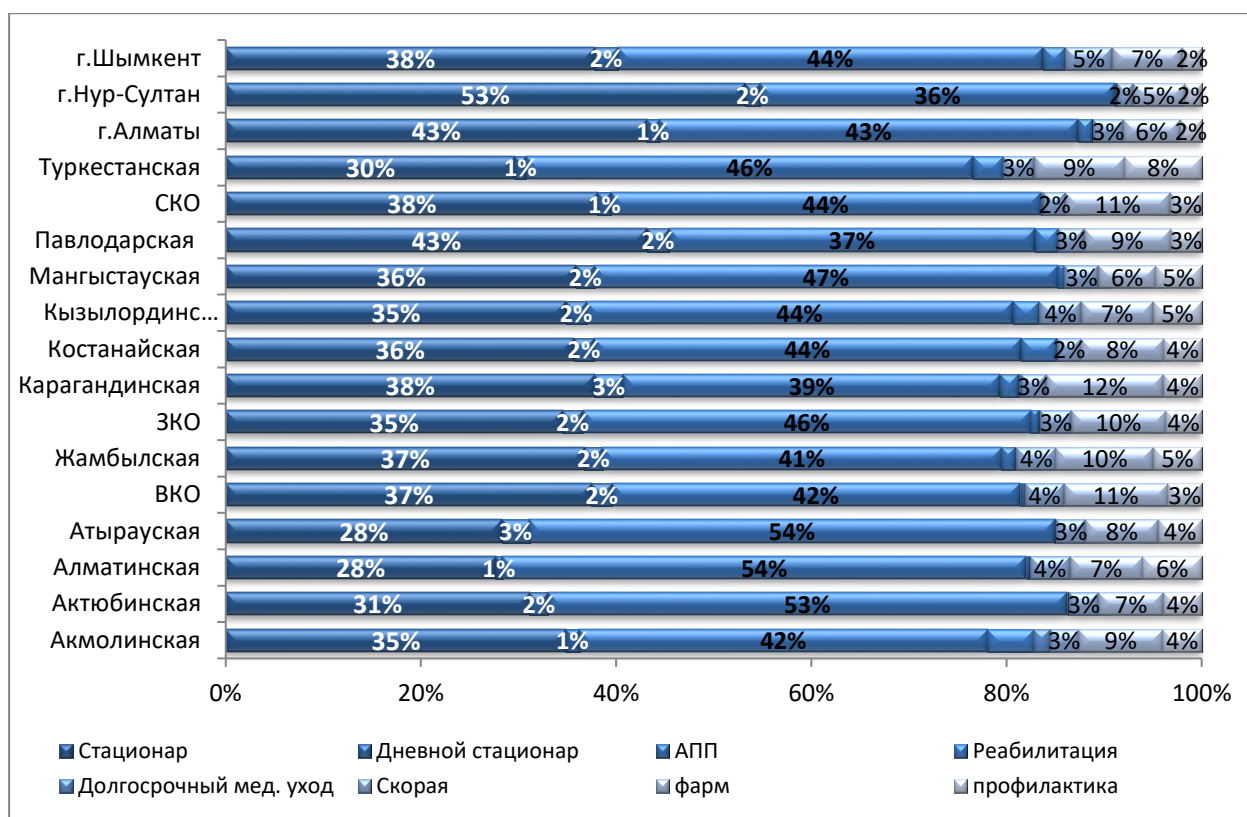


Рисунок 30 – Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам РК в 2018 году, в % к сумме

Расходы на приобретение лекарственных средств колеблются от 5% до 12% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например в Карагандинской области на ЛС было израсходовано 12,1%, а в г. Нур-Султан – 5,3%.

Структура расходов в разрезе поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от вида схем финансирования показывает следующее:

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь амбулаторной и стационарной помощи. При этом в расчете на 1 жителя максимальный объем доходов поставщиков услуг больниц общего профиля приходится на г. Нур-Султан – 67883 тенге, минимальный в г. Шымкент – 18290 тенге. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет более чем 3 раза (Рисунок 31).

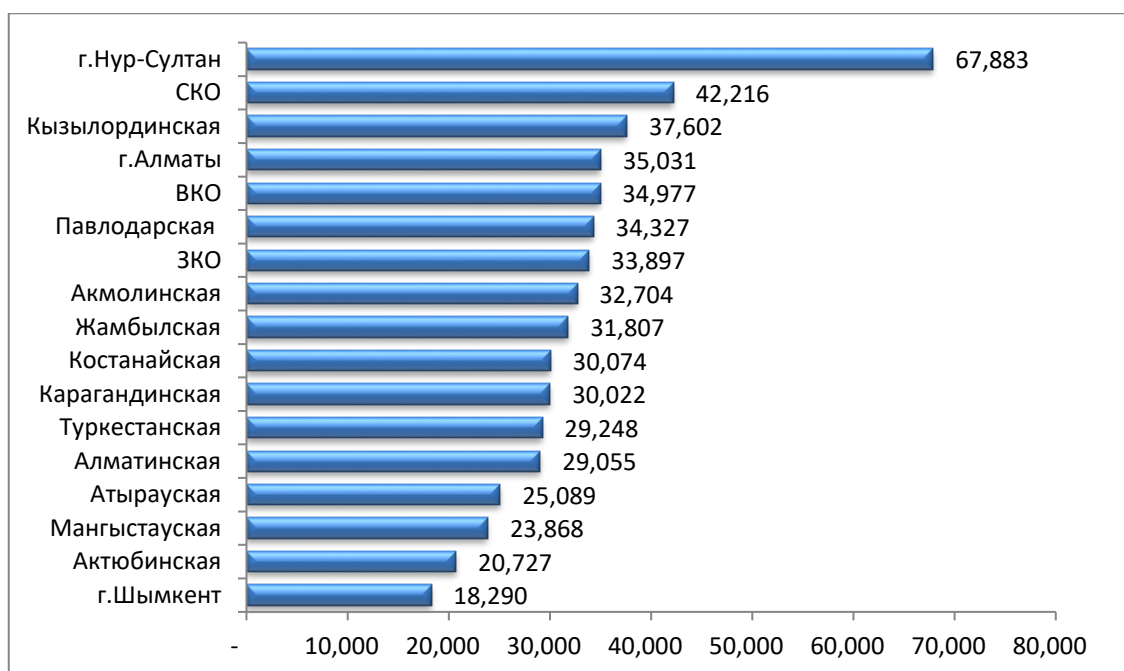


Рисунок 31 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.

Доходы поставщиков амбулаторных услуг в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования, минимальный объем в Алматинской области 3 391 тенге и максимальный объем в городе Алматы – 15 821 тенге (Рисунок 32).

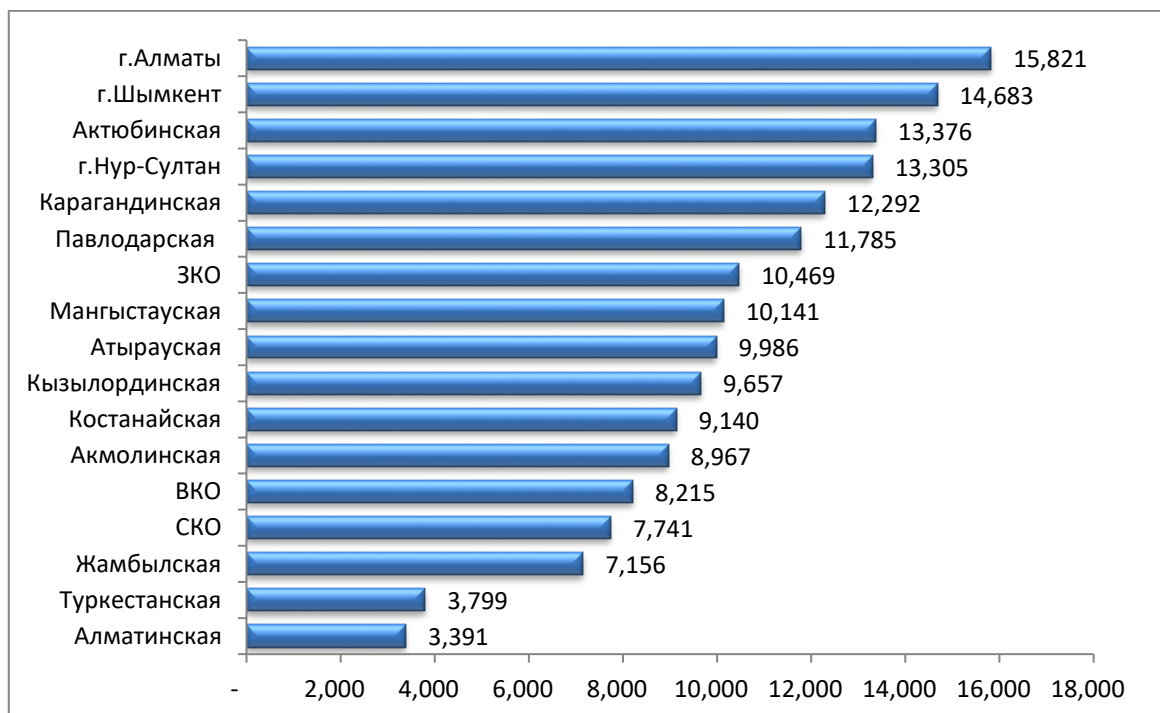


Рисунок 32 – Доходы поставщиков амбулаторных услуг на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.

Минимальный объем доходов поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем

финансирования отмечается в Мангыстауской области – 2 928 тенге, а максимальный объем – в г. Нур-Султан и Карагандинской области – 7835 и 7823 тенге соответственно (Рисунок 33).

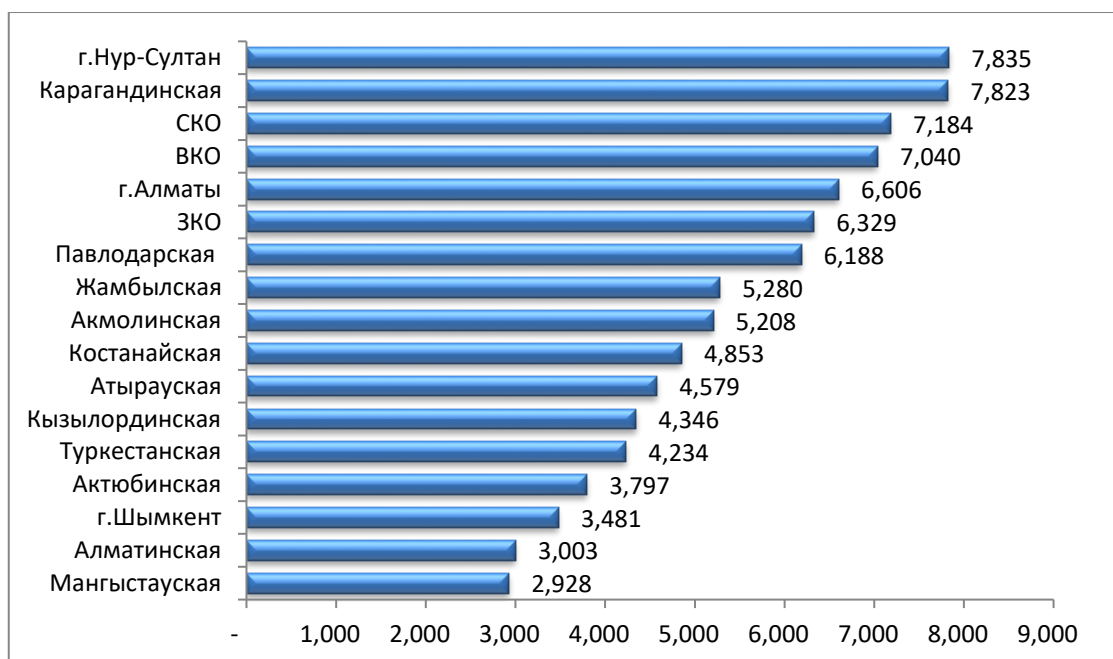


Рисунок 33 – Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков амбулаторной и стационарной помощи.

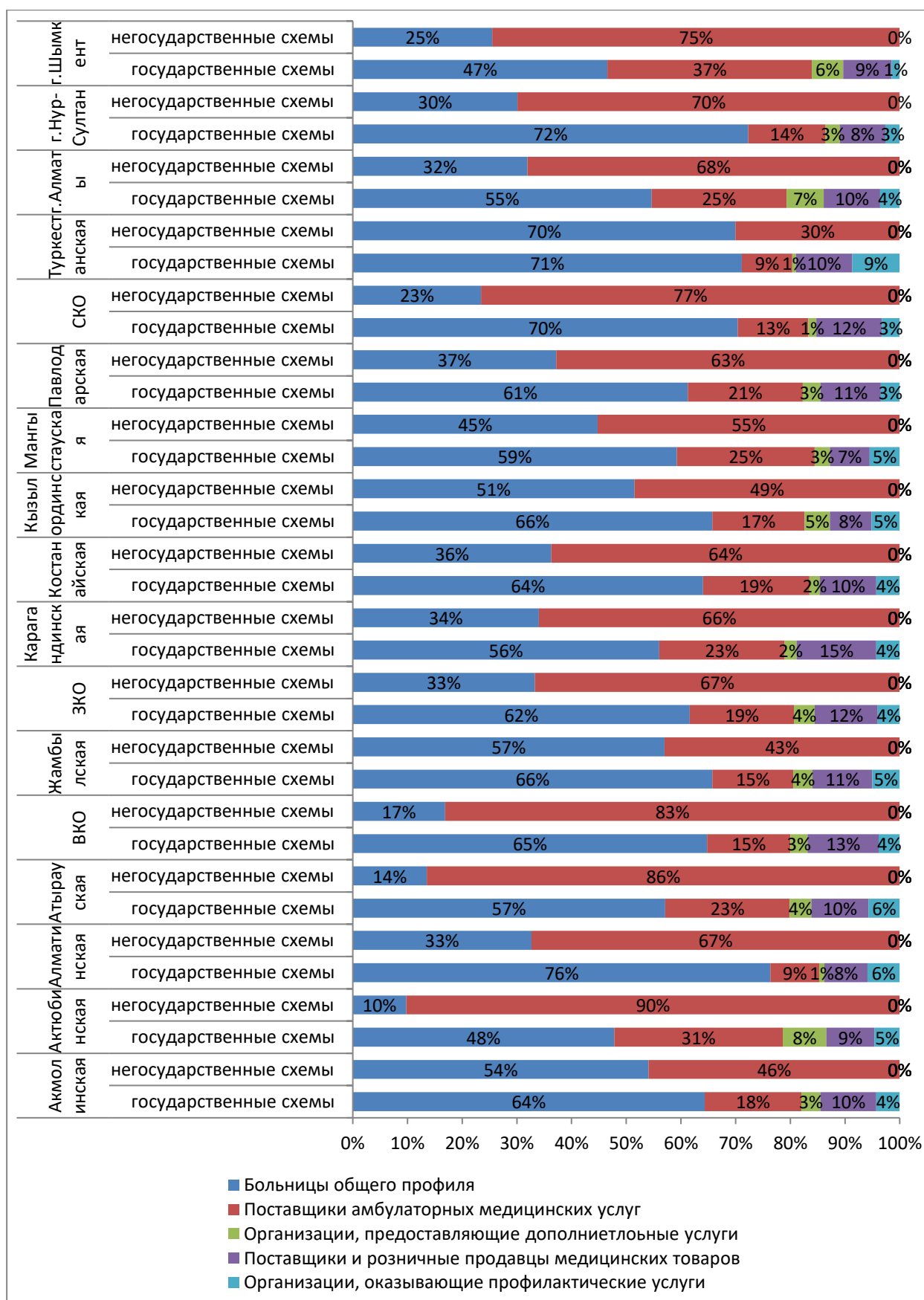


Рисунок 34 – Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в разрезе регионов

Выводы и заключительные ремарки

В 2018 году текущие расходы на уровне местного бюджета на здравоохранение значительно сократились по сравнению с 2017 годом. Это связано с переходом некоторых бюджетных программ на республиканский уровень. Так, если в 2017 году общие расходы местного бюджета составили 307,6 млрд. тенге, то в 2017 году составили – 149,8 млрд. тенге.

Наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 213,6 млрд. тенге, а наименьший показатель отмечается в Мангыстауской области – 34,4 млрд. тенге.

По показателям текущих расходов на здравоохранение также лидирует город Нур-Султан – 163,6 млрд. тенге. Объяснением данному явлению может послужить расположение большинства медицинских организаций республиканского уровня, которые предоставляют услуги, как местным жителям, так и жителям населению других регионов.

В процентном соотношении по итогам 2018 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в г. Алматы затраты на здравоохранения составили 17,14% к текущим расходам на здравоохранение страны. Удельный вес расходов в г. Нур-Султан и Туркестанской области составили 13,12% и 7,59%, соответственно. Удельный вес расходов на здравоохранение в Мангистауской и Северо-Казахстанской областях составили 2,76% и 3%, соответственно.

Текущие расходы на 1-го жителя в 2018 году в среднем по РК составили 95987 тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Алматинской области – 40 614 тенге, наивысший в г. Нур-Султан – 151 727 тенге

Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования по регионам представлена следующим образом:

По итогам 2018 г. наибольший объем текущих затрат государственного бюджета на здравоохранение в абсолютном выражении приходится на г. Алматы – 121,9 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Атыраускую и Мангыстаускую области – 28,4 млрд. тенге и 27,5 млрд. тенге соответственно

Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы – 6,8 млрд. тенге, далее г. Нур-Султан – 4,5 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Жамбылской области – 1,3 млн. тенге

Что касается расходов предприятий, то наибольший объем показал г. Нур-Султан – 26,4 млрд. тенге, далее г. Алматы – 17,1 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области – 494,8 млн. тенге.

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 38,5% от текущих расходов на здравоохранение. Наибольший объем расходов показывает г. Алматы – 67,7 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом более чем в 2 раза следует г. Нур-Султан – 30,8 млрд. тенге. Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в Северо-Казахстанской области 2,5 млрд. тенге.

Карманные расходы на одного жителя в городах Астана и Алматы в 4-5 раз выше по сравнению с другими городами. Так, наибольший размер частных подушевых расходов отмечается в г. Нур-Султан и составили в 2018 году 57 327 тенге. Далее следует г. Алматы – 49 459 тенге. Наименьшие подушевые карманные расходы наблюдаются в Алматинской области – 2301 тенге.

Согласно структуре расходов на услуги лечения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 28% до 53% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2018г. являлся г. Нур-Султан (53,2%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Алматинской области (27,6%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2018г. было направлено от 36,3% до 53,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Атырауской области (53,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в г. Нур-Султан (36,3%).

На лечение в дневном стационаре в 2018г. было направлено от 0,7% до 3% всех расходов на медицинские услуги. Так, 0,7% расходов услуг лечения было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 3% - Карагандинской области.

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечаются регионы, в которых приличная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область -4,7%, Костанайская область – 3,6%, Туркестанская область – 3,1%. (Рисунок 30).

Расходы на приобретение лекарственных средств колеблются от 5% до 12% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например в Карагандинской области на ЛС было израсходовано 12,1%, а в г. Нур-Султан – 5,3%.

Заключение

По итогам 2018 года инфляция сложилась на уровне 5,3% (декабрь к декабрю предыдущего года). В рамках проведения денежно-кредитной политики в режиме инфляционного таргетирования Национальный Банк в течение всего года обеспечивал соответствие цели по инфляции, установленной на 2018 год в коридоре 5–7%. В 2018 году рост ВВП, по данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики, составил 4,1%. Рост был отмечен по всем основным отраслям экономики, при этом наибольший вклад в рост ВВП внесли торговля (1,1% из 4,1%), промышленность (1%), транспорт (0,5%), строительство (0,4%).

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2010 по 2018 годы показывает рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился в 3 раза.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы бюджета в 2018 году снизились в сравнении с 2017 годом на 1,1 трлн тенге до 11,4 трлн тенге. В структуре бюджетных расходов 2018 года 24,2% приходятся на социальную помощь и обеспечение (2,8 трлн тенге), на образование – 17,1% (1,9 трлн тенге) и 10,3% на здравоохранение (1,2 трлн тенге).

Несмотря на снижение общих затрат из государственного бюджета, расходы на здравоохранение выросли на 6% по сравнению с 2017 годом.

В 2018 году общие расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 1 885 384 819,1 тыс. тенге (5 469 481 068,3 долл. США), что составило 3% к ВВП.

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) (без учета капитальных расходов) составили 1 765 млрд. тенге, или 2,9% от ВВП, что почти в 3 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2018 году (8,8%)

В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 61,5%, в то время как доля частных расходов составляет 38,5%.

Подушевые расходы на здравоохранение в 2018 году в Казахстане составили 95 986 тенге или 278,5 долл. США. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС. Уровень подушевых текущих расходов в Казахстане составил 861,9 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (3992,3 долл. США по ППС).

В целом, анализ показывает положительную динамику расходов на здравоохранение в стране. Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, что составил 163% за рассматриваемый период, инфляционные процессы оказали существенное влияние и рост реальных расходов на здравоохранение на 1 жителя в период с 2010 по 2018 годы составил всего 48%.

Использованная литература

1. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: для стран со средним и низким уровнем доходов / WHO, 2003. Режим доступа: <http://www.who.int/health-accounts/documentation/RussianGuide.pdf>.
2. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».
3. Бюджетный кодекс Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года № 95-IV
4. Приказ Министра финансов РК от 14 ноября 2014 года №494 «Об утверждении Правил составления Единой бюджетной классификации Республики Казахстан».
5. Приказ Председателя Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан от 14 ноября 2014 года № 51 «Об утверждении статистических форм общегосударственных статистических наблюдений по статистике здравоохранения и инструкций по их заполнению».
6. Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework, World Health Organization, 2008.
7. 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.
8. Повышение потенциала по разработке Национальных Счетов Здравоохранения и проведению анализа в Казахстане: Рекомендации по совершенствованию аналитических аспектов и дезагрегированию данных по областям. Георгий Г. Астана, 1 июня 2014.
9. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен.
10. The importance of disaggregation data, University of Northern British Columbia, 2009-2010.
11. Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2013 годы, Шоранов М.Е., Танирбергенов С.Т., Сапарбекова А.К., Абеуов А.Б., Астана, Казахстан, 2014 год.
12. Методические рекомендации по формированию Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан на основе Системы счетов здравоохранения 2011 года, Танирбергенов С. Т., Сапарбекова А. К., Жуманбеков Д. К. – Отдел развития программ здравоохранения, Центр менеджмента, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», Астана, Казахстан, 2013 год.
13. OECD, ICHA-HF Classification of health care financing, 2000.
14. OECD, Eurostat, WHO, A system of Health Accounts, 2011
15. Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>

16. Статистика Национального Банка;
17. Цены и тарифы. Комитет по статистике МНЭ РК;
18. Отчет об исполнении бюджета МФ РК;
19. Статистика Комитета по статистике МНЭ РК;
20. Статистика базы данных ОЭСР <http://stats.oecd.org/> ;
21. Статистика базы данных ВОЗ
<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>;
22. Таблицы НСЗ РК 2010-2017 годы;
23. Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go?. Berchet C. , Lafortune G., OECD, 2016.
24. Measuring Productivity, OECD Manual, 2001.
<https://www.oecd.org/std/productivity-stats/2352458.pdf>
25. OECD Health Statistics 2014 Definitions, Sources and Methods
26. 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
27. Health at a glance, OECD indicators, 2015.
<http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=147887401&id=id&accname=guest&checksum=59B1E1AE0A24BC9ADBFE92B1B31DC06D>
28. Core indicators booklet, WHO, 2014.
29. Developing health system efficiency indicators: Overview of key concepts, general approaches, and current and future work. Meeting of OECD Health Data National Correspondents, OECD, 2015.
30. Developing health care efficiency indicators: current status and possible next steps. Meeting of OECD Health Data National Correspondents, OECD, 2014.
31. Labour productivity indicators, OECD, 2008
32. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Smith P.C., Mossialos E. and Papanicolas I., WHO, 2008.
33. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения, ВОЗ, 2008.
34. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Xu K. et al. [Электронный ресурс] / World Health Report 2010 Background Paper. № 19. Режим доступа: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>
35. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. Mou H. // Health Policy. 2013. Т. 113. № 3.
36. Cavalieri M., Guccio C. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix / Società italiana di economia pubblica. XVIII Conferenza. Pavia, 2006.
37. Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. 2008. № 144 (3).

38. Sanwald A., Theurl E. What drives out-of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey [Электронный ресурс] / University of Innsbruck. Working Papers in Economics and Statistics. 2014. № 4. Режим доступа: <http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>

Глоссарий терминов

Счета здравоохранения – это инструмент для обеспечения систематического обобщения расходов на здравоохранение. Они прослеживают, сколько, куда и на что тратятся средства, а также что изменилось с течением времени и можно ли сравнить данные показатели другими странами аналогичного уровня социально-экономического, демографического и эпидемиологического развития.

Доходы схем финансирования – это источники финансирования системы здравоохранения.

Государственные средства – это средства из государственного бюджета и прочих государственных доходов. Государственный бюджет, в свою очередь, состоит из республиканского и местного бюджетов.

Частные средства – часть общих расходов на здравоохранение из частных негосударственных источников финансирования. Эти расходы включают неформальные расходы из кармана, средства на добровольное медицинское страхование, и прочие средства.

Добровольное страхование граждан – это средства на добровольное личное страхование на случай болезни.

Поступления от домашних хозяйств – это средства населения за оказанные услуги в области здравоохранения.

Поступления от корпораций – это средства, выделяемые физическими и юридическими лицами на цели улучшения здоровья собственных работников.

Государственный займ – это средства, полученные правительством страны посредством внешних займов.

Средства доноров (зарубежные прямые трансферты) – гранты международных организаций и агентств, иностранных правительств или донации зарубежных НПО и граждан для целей здравоохранения.

Схемы финансирования – это модели финансирования посредством которых потребители получают услуги здравоохранения.

Схемы государственного финансирования – механизмы финансирования здравоохранения из государственного бюджета.

Государственные схемы финансирования республиканского уровня – механизмы финансирования из республиканского бюджета, где администраторами бюджетных программ являются центральные органы государственной власти, например, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Министерство обороны РК, т.д.

Государственные схемы финансирования местного уровня – механизмы финансирования из местного бюджета, где администраторами бюджетных программ являются местные органы государственной власти, например, управления здравоохранения областей и городов республиканского значения.

Схемы добровольного медицинского страхования – схемы финансирования посредством добровольных вложений населения с целью добровольного личного страхования на случай болезни

Схемы финансирования предприятий – механизмы финансирования, на что физические и юридические лица выделяют средства для улучшения здоровья собственных работников.

Расходы домашних хозяйств – схемы финансирования населения на приобретение товаров и услуг здравоохранения.

Поставщики услуг здравоохранения – организации и лица, предоставляющие товары и услуги здравоохранения.

Больницы – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь. Данная категория включает организации имеющие лицензию, чьей первостепенной задачей является оказание медицинских, диагностических услуг и услуг лечения, а также штат врачей и СМР, оказывающих услуги стационарным больным и услуги по размещению стационарных больных.

Больницы восстановительного лечения и реабилитационные центры – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию (санаторий, профилакторий, реабилитационные центры).

Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной и наркотической зависимости – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, которые включают психиатрические и наркологические диспансеры, центры медико-социальной реабилитации.

Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц и больниц для лечения алкогольной и наркотической зависимости) – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, которые включают инфекционные, туберкулезные больницы, лепрозорий, кожно-венерологический, онкологический, эндокринологический диспансеры, противотуберкулезный санаторий, специализированные клиники национальных центров и научно-исследовательских институтов.

Учреждения длительного ухода – организации, предоставляющие услуги длительного ухода, и комбинированные услуги в области здравоохранения и социальной помощи, например, дома ребенка.

Поставщики амбулаторных медицинских услуг – организации, основными видами, деятельности которых является предоставление медицинской помощи амбулаторным больным, не требующимся госпитализация в больницы.

Лечебная (медицинская) практика – врачи общего профиля, и медицинские специалисты (кроме стоматологов).

Стоматологические поликлиники (кабинеты) – организации, основными видами, деятельности которых является предоставление стоматологических услуг.

Кабинеты других специалистов – группа парамедиков и других специалистов (кроме ВОП, стоматологов и узких специалистов). Например, специалисты по физлечению, психотерапевты и другие.

Центры амбулаторного лечения – организации, которые предоставляют широкий спектр амбулаторных услуг, в штат которых входят медицинский и парамедицинский персонал, СМР и ММР. Данная категория включает центры гемодиализа, все прочие амбулаторные организации по месту жительства, женская консультация и другие.

Организации, предоставляющие дополнительные услуги – организации, которые предоставляют специфичные дополнительные услуги амбулаторным больным, такие, например, как транспортировка больных, аварийно-спасательная помощь, услуги диагностических лабораторий и другие.

Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров – специализированные организации, первостепенная деятельность которых является розничная продажа медицинских товаров населения для индивидуального и коллективного потребления. Категория включают аптеки, организации, изготавливающие и реализующие контактные линзы, очки, ортопедические товары и другие.

Организации, оказывающие профилактические услуги – организации, осуществляющие профилактические и превентивные программы как для всего, так и для определенных групп населения. Категория включает, например, продвижение ЗОЖ в организациях образования отдельными специалистами или специальными организациями.

Организации управления здравоохранения - организации, основными видами деятельности которых является регулирование деятельности организаций, которые непосредственно предоставляют услуги здравоохранения, а также общее администрирование сектора здравоохранения. В данную категорию входят государственные учреждения управления здравоохранения (центральные и местные органы управления здравоохранения) и организации, предоставляющие частное медицинское страхование.

Остальной мир – все не резиденты, предоставляющие товары и услуги здравоохранения.

Функции здравоохранения - услуги и мероприятия в сфере здравоохранения, обеспечиваемые поставщиками за счет полученных средств.

Услуги лечения – услуги, предоставляемые поставщиками здравоохранения с целью облечения симптомов заболевания или травм, защита от осложнений заболевания, что может угрожать жизнедеятельности людей.

Медицинские услуги на стационарном уровне - форма предоставления квалифицированной, специализированной и

высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением.

Лечение в дневном стационаре – предоставление стационарозамещающей медицинской помощи.

Амбулаторное лечение – форма предоставления первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов.

Реабилитационное лечение – в данную категорию входят услуги восстановительного лечения и медицинская реабилитация.

Долгосрочный медицинский уход предполагает меры медицинской помощи и персонального ухода, который потребляется с целью облегчения боли и уменьшения и/или управления ухудшением состояния здоровья больных.

Вспомогательные услуги – услуги, предоставляемые с целью содействия в диагностировании и лечения. В данную категорию входят транспортировка пациентов, услуги лабораторий и другие.

Предоставление медицинских товаров – предоставление фармацевтических препаратов и медицинские товары недлительного пользования (пластырь, шприцы для подкожных инъекций, контрацептивные товары, аптечки первой помощи и т.д.), терапевтические приборы (корректирующие очки, контактные линзы, ортопедическая обувь, протезы, инвалидные кресла и другие).

Профилактические услуги – услуги, основной целью которых является уничтожение или снижение количества заболеваний, их распространение и осложнение. Данная категория включает информационную, образовательную и консультационную деятельность, иммунизация (вакцинация) и т.д.

Администрирование, система здравоохранения – услуги, нацеленные на управление системой здравоохранения в целом. Данная категория включает расходы на обеспечение деятельности центрального и местных органов управления в системе здравоохранения.

Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения – широкий спектр услуг здравоохранения, предоставляемые с целью профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, перинатальное и постнатальное медицинское наблюдение, скрининги в школах и предприятиях.

Неформальные расходы – расходы населения на приобретение товаров и услуг здравоохранения из собственного кармана.

Текущие расходы на здравоохранение – конечное потребление товаров и услуг здравоохранения резидентами. Иными словами, общие текущие расходы на здравоохранение это сумма расходов на индивидуальные (НС.1-5) и коллективные (НС.6-7) услуги здравоохранения.

Индивидуальные услуги здравоохранения включают такие товары и услуги, которые прямо назначаются пациентам (населению).

Коллективные услуги включают расходы, затраченные на профилактические услуги, услуги в области общественного здравоохранения, а также администрирование системы здравоохранения и социальное медицинское страхование.

Валовое капиталообразование – общая стоимость активов, которые были приобретены поставщиками услуг здравоохранения в отчетный период и используются сроком более одного года.

Общие расходы на здравоохранение – сумма расходов за услуги, которые путем применения медицинских, пара медицинских, и других знаний и технологий нацелены на укрепление здоровья населения, профилактику и лечению заболеваний, уход за людьми с хроническими заболеваниями и нарушениями, связанными со здоровьем, администрирование общественного здравоохранения, программ здравоохранения медицинского страхования. Таким образом, общие расходы на здравоохранение включают текущие расходы на здравоохранение (НС.1-9) и расходы на валовое капиталообразование (НС.R.1).

Приложения:

1. Приложение 1 – Методика расчета показателей продуктивности системы здравоохранения РК;
2. Приложение 2 – Протокольное решение Экспертного совета РЦРЗ по методике расчета показателей продуктивности системы здравоохранения РК;
3. Приложение 3 – Расчет показателей продуктивности системы здравоохранения;
4. Приложение 4 – Отчет об исполнении бюджета Министерства финансов РК за 2018 год;
5. Приложение 5 – Региональные счета здравоохранения РК;
6. Приложение 6 – Таблицы НСЗ за 2018 год.