

Введение

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) предоставляют систематическое описание финансовых потоков, связанных с потреблением товаров и услуг здравоохранения. Их целью является описание системы здравоохранения с точки зрения расходов. Одним из важнейших приоритетов является разработка достоверных и своевременных данных, которые сопоставимы между странами и во времени. Это необходимо для отслеживания тенденций расходов на здравоохранение и движущих ими факторов, что, в свою очередь, могут быть использованы при сравнении этих расходов по странам и прогнозирования их роста в будущем. Соответственно, счета здравоохранения используются в двух основных направлениях: на международном уровне, где акцент делается на выборе тех данных по расходам, которые сопоставимы на международном уровне; и на национальном уровне, с более подробным анализом расходов на здравоохранение и большим акцентом на сравнение данных по годам. Также, Национальные счета здравоохранения подлежат дезагрегации на региональном уровне, методу, по которому таблицы НСЗ на национальном уровне разделяются на меньшие информационные единицы для получения более полного видения структуры расходов в разрезе областей.

Методическим руководством к формированию НСЗ является Система счетов здравоохранения (ССЗ) 2011 года, разработанная совместными усилиями ОЭСР, ВОЗ и Евростат.

Национальные счета здравоохранения – это получивший всемирное признание механизм для определения общего объема расходов и контроля за движением средств в системе здравоохранения страны. Данный инструмент позволяет отслеживать и анализировать движение финансовых потоков в системе здравоохранения в стране, что далее может использоваться для оптимального распределения и мобилизации ресурсов здравоохранения.

НСЗ способствуют получению ответов на следующие вопросы:

Как происходит мобилизация и управление ресурсами в системе здравоохранения?

Счета здравоохранения формируют основу для оценки достаточности финансовых средств, выделяемых для системы здравоохранения, а также с их помощью разрабатываются стратегии увеличения имеющихся ресурсов. Они

указывают на виды социальных структур в государственном и частном секторах, которые были созданы для мобилизации, организации и объединения средств и для оплаты производства медицинских товаров и услуг.

Кто и сколько платит за медицинское обслуживание?

Знание того, кто финансирует здравоохранение, а также степени финансового бремени по отношению к их средствам отражает характер финансовой защищенности и справедливости финансовой нагрузки. Знание того, кто вносит вклад в финансирование здравоохранения, также представляет собой весьма ценную информацию при разработке политики и программ здравоохранения. К примеру, многие страны децентрализуют средства государственного бюджета, в большей степени полагаясь на муниципальное и региональное финансирование социальных услуг. Счета здравоохранения могут наглядно отразить, насколько хорошо и справедливо данные меры распределяют риски между различными группами населения. С их помощью также можно прояснить, каким способом организации, покупающие медицинские услуги, рассчитываются с поставщиками и с каким результатом.

Ответы на эти вопросы дают описание распределения расходов между разными видами производителей и производственными факторами, действующими в системе. Это - аспекты экономического планирования и анализа экономической эффективности, имеющих большое значение для принятия решений.

Каким образом средства, выделяемые на финансирование системы здравоохранения, распределяются между различными видами обслуживания, мероприятиями и прочими видами деятельности, которые имеют место в системе здравоохранения?

Счета здравоохранения отражают, что было произведено и что было затрачено на производство различных продуктов. Распределение ресурсов по услугам системы здравоохранения, являются немаловажной характеристикой, позволяющей определить фактические приоритеты, существующие в системе здравоохранения. Такая информация указывает, насколько адекватно распределение ресурсов отражает действительные приоритеты. Например, счета здравоохранения показывают долю средств на финансирование коллективных программ государственного здравоохранения, на репродуктивное здравоохранение или лечение сердечнососудистых заболеваний. Подобные показатели являются

отличными индикаторами действенности политики по изменению приоритетов в распределении ресурсов.

Кто получает выгоды от затрат на здравоохранение?

На этот вопрос можно ответить, рассмотрев целый ряд характеристик, включая группы населения по уровню дохода, возрасту/полу, географическим регионам, состоянию здоровья или по видам предоставляемых медицинских программ. Знание того, кто получает выгоду от расходов на здравоохранение в финансовом смысле, представляет собой важный критерий оценки справедливости распределения финансовых ресурсов.

Структура отчета

В Главе 1 описан принцип формирования Национальных счетов здравоохранения, перечисляются основные составляющие системы НСЗ.

В Главе 2 перечисляются и детально описываются необходимые источники информации для построения счетов здравоохранения.

Глава 3 представляет собой обзор расходов на здравоохранения в 2015 году. Анализ расходов производится благодаря 3 составляющим НСЗ: схемам или источникам финансирования, поставщикам медицинских услуг и функциям здравоохранения, составляющим трехмерную взаимосвязь, описанную в Главе 1. Обзор расходов производится в сравнении с международными показателями, показателями стран ОЭСР.

В главе 4 представлена динамика расходов на здравоохранение в период с 2010-2015 гг.

Глава 5 описывает расходы на здравоохранения на региональном уровне, то есть дезагрегацию НСЗ в разрезе регионов.

В Главе 6 представлен анализ эффективности системы здравоохранения Республики Казахстан по средствам расчета индикаторов, способствующих оценке продуктивности здравоохранения страны и сравнению уровня продуктивности с другими странами.

Глава 1. Система организации НСЗ

Национальные счета здравоохранения включают в себя информацию о расходах по всей Республике по 4 главным показателям: услугам здравоохранения, поставщикам медицинских услуг, схемам финансирования здравоохранения и доходам схем финансирования.

- Источники финансирования (HF): учреждения или другие единицы, выделяющие средства, используемые в системе получателями финансирования.

Цель системы учета финансирования здравоохранения заключается в предоставлении четкой и ясной картины ключевых транзакций (потоков) в стране и структуры ее системы финансирования здравоохранения;

- Поставщики здравоохранения (HP): единицы, получающие деньги в обмен на результаты деятельности или за осуществление деятельности, учитываемой в рамках счетов 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;

- Услуги здравоохранения (HC): виды предоставленных товаров и услуг и выполненной деятельности, учитываемые в рамках счетов здравоохранения.

Товары и услуги здравоохранения одного и того же вида могут потребляться у разных поставщиков и в тоже 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;

- Доходы источников финансирования (FS): факторы или средства, используемые поставщиками при производстве товаров или оказании потребленных услуг либо осуществлении деятельности, учитываемой в системе;

Доход – это увеличение денежных средств схем финансирования здравоохранения посредством конкретных механизмов уплаты взносов. Категориями классификации являются определенные типы транзакций, посредством которых схемы финансирования получают свои доходы

В основе НСЗ лежит трехмерная взаимосвязь анализа расходов на здравоохранение – то есть, все, что было потреблено, было предоставлено и профинансировано.



Базовая структура учета согласно ССЗ 2011 образована вокруг трехмерной системы для учета расходов на здравоохранение, а именно вокруг классификаций функций здравоохранения предоставления медицинских услуг и схем финансирования здравоохранения, как показано на рисунке 1. Эти три базовые классификации отвечают на три основных вопроса:

- Какие виды товаров и услуг здравоохранения потребляются?
- Какие поставщики медицинских услуг предоставляют эти товары и услуги?
- Какая схема финансирования оплачивает эти товары и услуги?

Конечная цель анализа НСЗ заключается в том, чтобы ответить на эти три вопроса относительно каждой операции, которая подразумевает расходы на здравоохранение – иными словами, использовать эти три измерения ССЗ, а именно, функция, поставщик и финансирование, для описания каждого финансового потока в секторе здравоохранения.

Глава 2. Источники данных, необходимых для формирования НСЗ

Для построения Национальных счетов здравоохранения на республиканском уровне используются данные с разных источников согласно источникам финансирования. В *Таблице 1* представлены категории расходов и источники информации, используемых для мониторинга расходов на здравоохранение в рамках НСЗ.

Таблица 1. Источники данных

Категория расходов	Источники информации
1	2
Государственные расходы	<p>Отчет об исполнении государственного бюджета, формируемый Министерством финансов РК на регулярной основе в разрезе категорий, предусмотренных Единой бюджетной классификацией. Уместность и применимость данного отчета для формирования НСЗ объясняется единством базовой методологии. Применяемая в РК бюджетная классификация разработана на основе Системы национальных счетов и других рекомендаций Международного валютного фонда.</p> <p>Детализация информации о государственных расходах будет осуществлена путем изучения данных управленческой отчетности, формируемой структурными подразделениями Министерства здравоохранения РК (далее – МЗСР РК), а также данных, полученных от региональных управлений здравоохранения РК.</p>
Частные расходы	<p>Статистические бюллетени Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК, формируемые на регулярной основе:</p> <ul style="list-style-type: none">- «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в Республике Казахстан», форма Соцфин (здрав);

	<p>- «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения Республики Казахстан»;</p> <p>- «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан»;</p> <p>- «Расходы и доходы населения Республики Казахстан»</p> <p>Таким образом, форма Соцфин (здрав) охватывает всех хозяйствующих субъектов здравоохранения, что позволяет оценить различные категории частных источников финансирования здравоохранения. В свою очередь, бюллетень «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан» позволяет изучить функциональную структуру расходов домашних хозяйств, определить виды потребляемых услуг/товаров и объем затрат на их приобретение.</p>
Добровольное медицинское страхование	Отчет о страховых премиях и выплатах, формируемый Финансовым надзором Национального Банка РК
Внешние источники финансирования	<p>Внешние источники финансирования включают средства по государственным займам Правительства РК и донорские средства. Источником данных о государственных займах является Отчет об исполнении государственного бюджета, формируемый Министерством финансов РК, средства бюджетной программы «Реформирование системы здравоохранения» администируемый МЗСР РК в рамках реализации Проекта Правительства Республики Казахстан и Международного Банка Реконструкции и Развития «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».</p> <p>Данные о средствах доноров публикуются в базе данных «Система отчетности кредиторов» Комитета содействия развитию Организации экономического сотрудничества и развития 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</p>

	др.).
--	-------

Таблица 2. Информация о входных данных для отчета

№	Ведомство	Входные данные
1	ДНССР НБ РК	Сводный отчет о страховых выплатах по страховым (перестраховочным) организациям РК за 2015 год; Сводный отчет о страховых премиях по страховым (перестраховочным) организациям РК за 2015 год;
2	КОМУ МЗСР РК	Анализ исполнения плана финансирования по 011 БП за 2015 год по РК и в разрезе регионов (ИС «СУКМУ»); Аналитическая таблица по освоению средств по бюджетной программе 011 "Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением направлений финансируемых на местном уровне" по РК и в разрезе регионов за 2015 год (ИС «СУКМУ»);
3	МФ РК	Отчет об исполнении государственного, республиканского и местного бюджетов РК за 2015 год; Отчет об исполнении поступлений государственного, республиканского и местного бюджетов РК за 2015 год;
4	ДФ МЗСР РК	Информация о расходах по 011 бюджетной программе за 2015 год; Информация по исполнению выделенных средств из республиканского бюджета в рамках 010 бюджетной программы "Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на обеспечение и расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" за 2015 год;
5	ОУЗ	Информация о расходах на здравоохранение, осуществляемых за счет местных бюджетов, за 2015 год в разрезе бюджетных программ, медицинских организаций, услуг; Информация о расходах местных бюджетов за 2015 год в рамках 039 бюджетной программы (АПП, село) в разрезе форм помощи;
6	ДОМП МЗСР РК	Статистические формы за 2015 год.
7	КС МНЭ РК	«Расходы и доходы домашних хозяйств РК за 2015 год»; «Расходы и доходы населения РК за 2015 год»; «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в РК за 2015 год», форма Соцфин (здрав); Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения РК за 2015 год»;

		Динамика основных социально-экономических показателей РК за 2015 год; «Розничная и оптовая торговля в РК» по регионам за 2015 год;
8	Департаменты по статистике регионов РК	«Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в РК за 2015 год», форма Соцфин (здрав);
		«Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения РК за 2015 год»;
		«Расходы и доходы домашних хозяйств РК за 2015 год»;
		«Расходы и доходы населения РК за 2015 год»;
9	ВОЗ	Информация о расходах на здравоохранение стран-участниц ОЭСР, группы стран с высоким – средним уровнем развития и некоторых других стран;
10	Комитет содействия развитию ОЭСР	Данные о средствах доноров за 2015 год, публикуемые в базе данных «Система отчетности кредиторов»;

Глава 3. Расходы на здравоохранение в 2015 году

Макроэкономические показатели

По итогам 2015 года размер внутреннего валового продукта составил 40 трлн. 884 млрд. тенге (103% к 2014 году) или 2,3 млн.тенге на 1 жителя (10 509,9 долл. США). Согласно классификации применяемой международными институтами Казахстан относится к числу стран с высоким – средним уровнем дохода.

Общие затраты государственного бюджета (общие расходы правительства), то есть сумма всех расходов на обеспечение деятельности государства и реализации государственных функций составили 8 трлн. 227 млрд. тенге или 20,1% к ВВП. Этот индикатор на 16,9 процентных пункта ниже, чем аналогичный усредненный показатель стран с аналогичным уровнем дохода (37,5%).

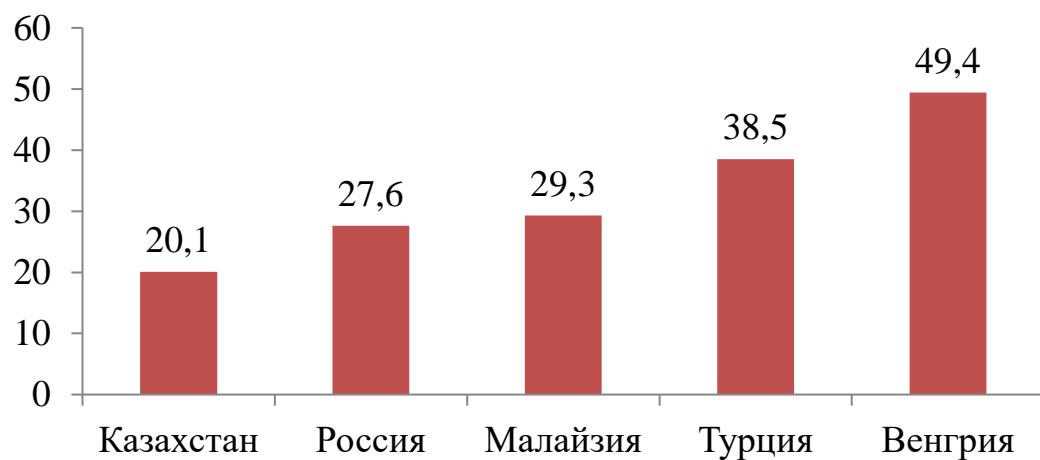


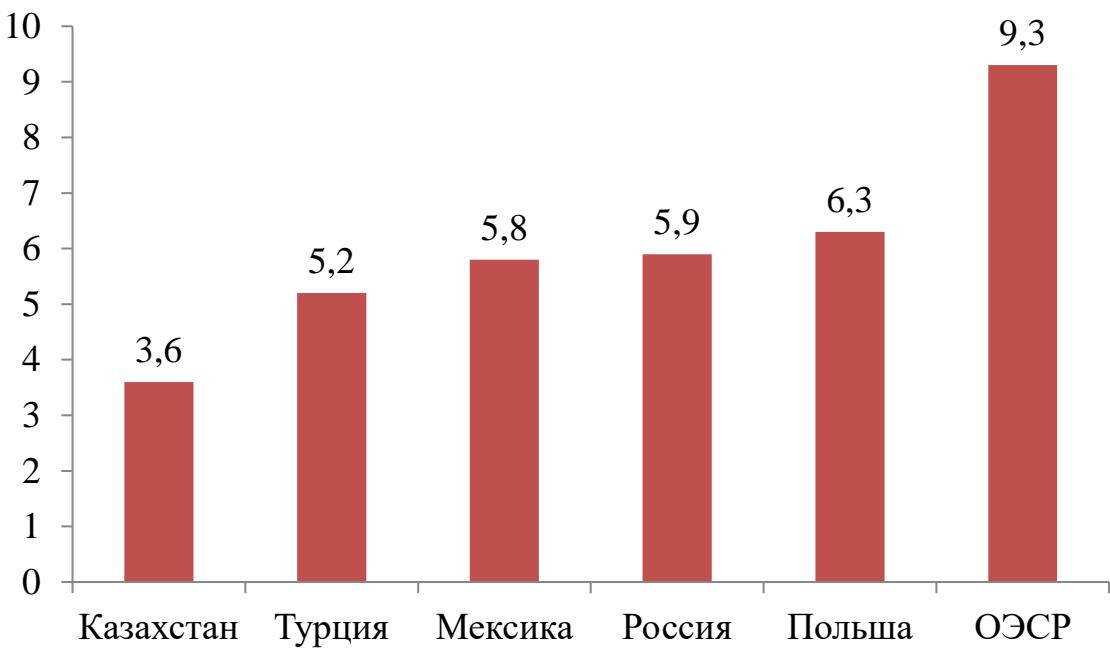
Рисунок 1. Общие расходы правительства, в % к ВВП

Системы финансирования здравоохранения

Согласно ССЗ 2011 года, разработанной совместными усилиями ОЭСР, ВОЗ и Евростат , схемы финансирования здравоохранения состоят из «схем финансирования» (таких как государственный сектор здравоохранения, частные расходы домохозяйств, добровольное страхование и так далее) и «доходов схем финансирования»(средства республиканского или местного бюджета, национальные доходы).

- Схемы финансирования здравоохранения являются структурными компонентами систем финансирования здравоохранения: они являются основными типами финансовых механизмов, посредством которых население получает услуги здравоохранения. Схемы финансирования здравоохранения включают в себя прямые выплаты домохозяйств за товары и услуги и механизмы финансирования с участием третьих сторон.
- Виды доходов схем финансирования здравоохранения – подход, используемый для определения, классификации и измерения структуры источников дохода для каждой схемы финансирования. Анализировать сборы доходов можно с трех позиций: где зарождаются финансовые потоки; куда идут эти потоки; и какова природа этих потоков. Понимание природы потоков имеет значение с позиции политики здравоохранения и политики государственных финансов. Например, классификация доходов схем финансирования должна способствовать установлению различия между государственными и частными средствами в финансировании здравоохранения.

По итогам 2015 года расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 1трн. 483 млрд. 917 млн. тенге (6 млрд. 677 млн. долл. США), что составило 3,6 % к ВВП.



Подушевые расходы на здравоохранение в 2015 году в Казахстане составили 84 582 или 381 долл. США. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в группе стран с высоким – средним уровнем дохода (512 долл. США), а также в странах-членах ОЭСР в 9,1 раз (3 470 долл. США).

Доходы схем финансирования

Анализ расходов на здравоохранение по части доходов схем финансирования показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения является государственные средства – 61% (2,2% к ВВП).

Таблица 3. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования за 2014 год

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		млрд.тенге	% к ОРЗ
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	898,5	61
<i>FS.1.1.1</i>	<i>Средства республиканского бюджета</i>	685,7	46,2

<i>FS.1.1.2</i>	<i>Средства местного бюджета</i>	212,8	14,3
FS.5	Добровольное страхование	2,7	
FS.6	Прочие национальные доходы	578,9	39
<i>FS.6.1</i>	<i>Прочие поступления от домохозяйств</i>	523,8	35
<i>FS.6.2</i>	<i>Прочие поступления от корпораций</i>	55,1	3,7
FS.7	Прямые зарубежные трансферты	1,8	0,2
FSR.1	Государственный заем	1,9	0,1
Итого	Общие расходы на здравоохранение	1 483,9	100,0

При этом удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре общих расходов государства составляет 10,9%. Данный показатель ниже показателя стран с высоким-средним уровнем дохода (12,4%).

Средства частного сектора в структуре общих расходов на здравоохранение в 2015 году составили 39% или 1,4% к ВВП. При этом 35% общих расходов на здравоохранения составляют частные средства населения. **Данный** показатель выше показателя стран с высоким-средним уровнем развития (28,5%), а также среднего показателя по странам-членам ОЭСР (18,9%).

Схемы финансирования

В 2015 году 61% расходов здравоохранения финансировались посредством государственных схем финансирования здравоохранения. При этом государственные схемы финансирования республиканского уровня составили 35,9% от общих государственных расходов, 64,1% - государственные схемы местного уровня.

Распределение государственных расходов на здравоохранение по источникам финансирования (FS.1.1) показало, что 76,3% государственных

средств направлялись по схемам республиканского уровня, 23,6% - по схемам финансирования местного уровня.

Подобная картина говорит о том, что 53% (363,5 млрд. тенге) средств республиканского бюджета, предусмотренных на финансирование здравоохранения, переносится на уровень местного бюджета.

Код ССЗ	Наименование категории	Расходы на здравоохранение	
		млрд.тенге	% к ОРЗ
HF.1.1	Государственные схемы	898,5	61
HF.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	322,2	21,7
HF.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	576,3	38,8
HF.2	Схемы добровольных медицинских взносов	57,8	3,9
HF.3	Частные расходы домохозяйств	523,8	35,3
HF.4	Международные схемы финансирования	3,7	0,2
Итого		1.483,9	100,0

Категории схем финансирования представляют собой источники финансирования здравоохранения. Подробный их анализ демонстрирует следующую картину:

HF.1 Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений

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

Государственные схемы финансирования республиканского уровня (HF.1.1.1) представлены Министерством здравоохранения (89,9%), Министерством национальной экономики (3,6%), Министерством внутренних дел (1,6%), Управлением делами Президента (3,2%), Министерством обороны (1,5%), и Министерством образования и науки (0,2%).

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) включают региональные управления здравоохранения (90,7%), управления строительства (6,7%), управления строительства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог областей (около 1,6%), а также управления архитектуры и градостроительства областей (0,9%).

HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступающих от предприятий, в том числе средства на страхование граждан на случай болезни (3,9% от всех расходов на здравоохранение).

HF.3 Расходы домохозяйств

Схема финансирования домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 35,3% от общих расходов здравоохранения.

HF.4 Международные схемы финансирования

Международные схемы финансирования формируются за счет прямых зарубежных трансфертов (0,2%) на цели здравоохранения.

Поставщики услуг здравоохранения

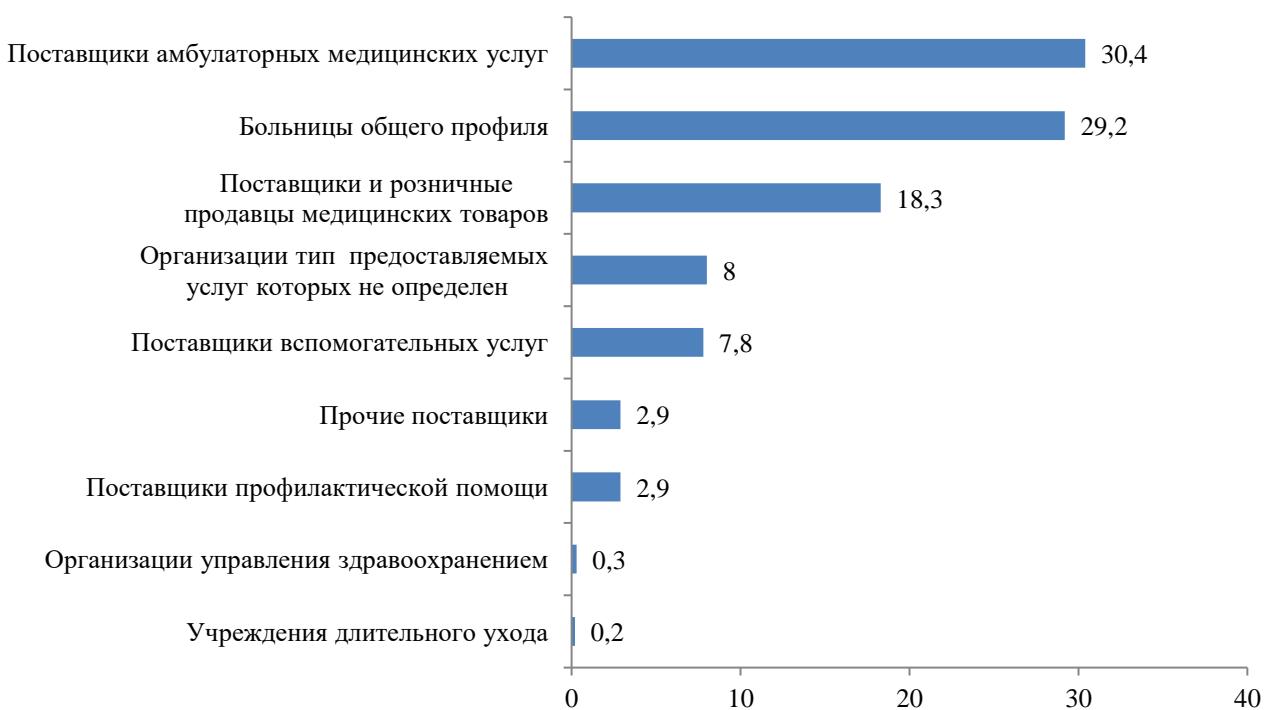
Поставщики медицинских услуг охватывают организации и субъекты деятельности, которые предоставляют товары и услуги здравоохранения в качестве основного вида деятельности, а также тех, для которых предоставление медицинских услуг является лишь одним из видов деятельности. Они отличаются по своим правовым, учетным, организационным и операционным структурам. Несмотря на огромную разницу организаций предоставления медицинских услуг, существует ряд общих подходов и технологий для всех систем здравоохранения, которые помогают их структурировать. Следовательно, классификация поставщиков здравоохранения ССЗ 2011 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.

Системой счетов здравоохранения 2011 года поставщики услуг здравоохранения рассматриваются в контексте еще одного измерения денежных потоков – предоставления услуг. В контексте данного измерения

отражаются финансовые взаимоотношения между схемами финансирования и поставщиками, т.е. движение денег между ними.

По итогам 2015 года можно выделить следующие группы классификации поставщиков медицинских услуг с соответствующим процентным соотношением расходов от общих расходов на здравоохранение:

Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от общих расходов на здравоохранение, все формы собственности) за 2015



В 2015 году расходы здравоохранения, направленные в больничные организации, поставщикам амбулаторных услуг, а также поставщикам и розничным продавцам медицинских товаров, составили 78% от всех расходов на здравоохранение.

Вместе с тем, остальные 22% средств распределены среди поставщиков обобщенных и не идентифицированных категорий, к которым относятся:

- организации, тип которых не определен – субъекты, основная деятельность которых находится за пределами сектора здравоохранения – строительство, торговля, информатизация и т.д., однако продукты их деятельности непосредственно используются системой здравоохранения;
- организации, предоставляющие дополнительные услуги – организации системы здравоохранения, основная деятельность которых заключается в предоставлении сопутствующих медицинских услуг, дополняющих

процесс оказания медицинской помощи, например, транспортировка пациентов, патологоанатомические бюро и т.д.;

- организации, оказывающие профилактические услуги;
- организации управления здравоохранения – субъекты, осуществляющие администрирование в сфере здравоохранения;
- прочие поставщики здравоохранения – организации медицинского образования и другие субъекты здравоохранения, не отнесенные к остальным категориям.

Таблица . Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %) за 2015 год

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования		Схемы негосударственного финансирования	
		млрд. тенге	% от всего по данной категории	млрд. тенге	% от всего по данной категории
HP.1	Больницы общего профиля	337,8	78%	96	22%
HP.2	Учреждения длительного ухода	3,5	100%	-	0%
HP.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	257,1	57%	193,7	43%
HP.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	58,6	51%	56,7	49%
HP.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	57,9	21%	213,4	79%
HP.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	42,6	100%	-	0%
HP.7	Организации управления здравоохранением	1,8	40%	2,7	60%
HP.8	Прочие сектора экономики	41,1	100%	-	0%
HP.9	Остальной мир	1,6	100%	-	0%
HP.11	Организации тип предоставляемых услуг которых не определен	95,8	81%	22,9	19%
HP.13	База специального медицинского снабжения	0,7	100%	-	0%
Итого		898,5	61%	585,4	39%

Структура расходов в разрезе поставщиков медицинских услуг в зависимости от источника финансирования показывает следующее:

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг здравоохранения, в частности

стационарной помощи (78 %). Поставщики услуг длительного ухода, профилактических услуг, а также базы специального медицинского снабжения находятся в полной зависимости от государственных средств. Поставщики амбулаторных услуг финансируются, как и за счёт государственных (57%), так и негосударственных (43 %) средств.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков фармацевтической продукции, организаций, предоставляющие дополнительные услуги, а также организации управления добровольным медицинским страхованием населения.

Функции здравоохранения

В структуре учета расходов в области здравоохранения, основополагающий принцип можно сформулировать как “что потреблено, такие товары и услуги предоставлены и профинансиованы”. Очевидно, 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 тоже время оплачиваться в рамках различных схем финансирования. Однако для достижения трехмерной концепции (потребление-предоставление-финансирование) отправной точкой является оценка потребления товаров и услуг, которая в функциональном подходе понимается как прямое целевое потребление со стороны населения.

По итогам 2015 года 59,6% всех средств на здравоохранение было использовано для финансирования услуг лечения (НС.1, стационарная, амбулаторно-поликлиническая помощь и услуги дневного стационара).



Расходы на приобретение продукции фармацевтической промышленности и медицинских товаров (НС.5) составили 18,4%. На вспомогательные услуги были направлены 8% расходов здравоохранения. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, оказание скорой медицинской помощи, услуги по обеспечению донорской кровью, и прочее. Удельный вес расходов на формирование капитала медицинских организаций (НС.RI.5) составил 5,1%.

Вместе с тем 8,9% средств распределены по следующим видам услуг:

- администрации системы здравоохранения;
- профилактические услуги;
- прочие виды услуг - услуги, связанные со здравоохранением, такие как, судебно-медицинская экспертиза, обучение медицинского персонала, создание и сопровождение информационных систем здравоохранения, реформирование системы здравоохранения, консалтинговые, аналитические и социологические исследования, а также прочие расходы, не отнесенные к вышеуказанным категориям.

Таблица . Финансирование функций здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в млрд. тенге, в %) за 2015 год

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования		Схемы негосударственного финансирования	
		млрд. тенге	% от всего по данной категории	млрд. тенге	% от всего по данной категории
HC.1	Услуги лечения	597,4	67,6%	286,8	32,4%
HC.2	Реабилитационное лечение	0,5	14,3%	3,0	85,7%
HC.3	Долгосрочный медицинский уход	0,3	100,0%	0,0	0,0%
HC.4	Вспомогательные услуги	61,4	52,0%	56,7	48,0%
HC.5	Предоставление медицинских товаров	59,7	21,9%	213,4	78,1%
HC.6	Профилактические услуги	30,5	100,0%	0,0	0,0%
HC.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	6,8	71,6%	2,7	28,4%
HC.RI.3	Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения	3,4	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.4	Образование и обучение медицинского персонала	34,4	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.5	Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги	76,2	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.6	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	1	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.7	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия	11,6	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.9	Расходы HCR, не определенные по типам	2,7	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.10	Хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС	0,7	100,0%	0,0	0,0%
HC.RI.11	Прочие виды расходов	11,9	42,7%	16,0	57,3%
HC.RI.12	Неформальные расходы	-	0,0%	6,8	100,0%
	Итого	898,5	60,5%	585,4	39,5%

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

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями услуг лечения, вспомогательных услуг и администрирования системы здравоохранения. Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения, долгосрочный уход, формирование капитала учреждений здравоохранения, образование и обучение медицинского персонала, прикладные научные исследования в области здравоохранения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, хранение специального медицинского резерва и ликвидации чрезвычайных ситуаций находятся под полной финансовой ответственностью государства.

Предприятия и домашние хозяйства являются основными покупателями услуг реабилитации, предоставления фармацевтических препаратов и медицинских товаров, а также прочих видов услуг.

Таблица. Структура расходов по видам медицинских услуг (НС.1.).

Код ССЗ	Наименование услуг	млрд. тенге	% к услугам лечения
НС.1.1	Медицинские услуги на стационарном уровне	424,3	48,0%
НС.1.1.1	Специализированное стационарное лечение	371,2	42,0%
НС.1.1.2	Высокоспециализированная стационарная помощь	53,0	6,0%
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	25,8	2,9%
НС.1.3	Амбулаторное лечение	434,0	49,1%
НС.1.3.1	Основные услуги на амбулаторном уровне	260,6	29,5%
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	140,6	15,9%
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	32,9	3,7%

Обзор структуры расходов на услуги лечения (НС.1), включая все источники финансирования, демонстрирует небольшое преобладание услуг амбулаторной помощи (49,1 % от общих расходов на услуги лечения). Среди них основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичную медико-санитарную помощь составили 29,5 % средств, стоматологические услуги 15,9 % и на специализированное амбулаторное лечение было

направлено 3,7 % средств. Расходы на стационарную помощь составили 48 % от общих расходов на лечебные медицинские услуги.

Еще один аспект, который необходимо учитывать согласно рекомендациям Системы счетов здравоохранения 2011 года – ненаблюдаемая экономика или неформальные платежи населения. Неформальные расходы населения за медицинские услуги учтены в НСЗ под функцией «НС.RI.12 Неформальные расходы». Этот вид расходов учитывается при регулярных опросах домохозяйств, проводимых Агентством РК по статистике.

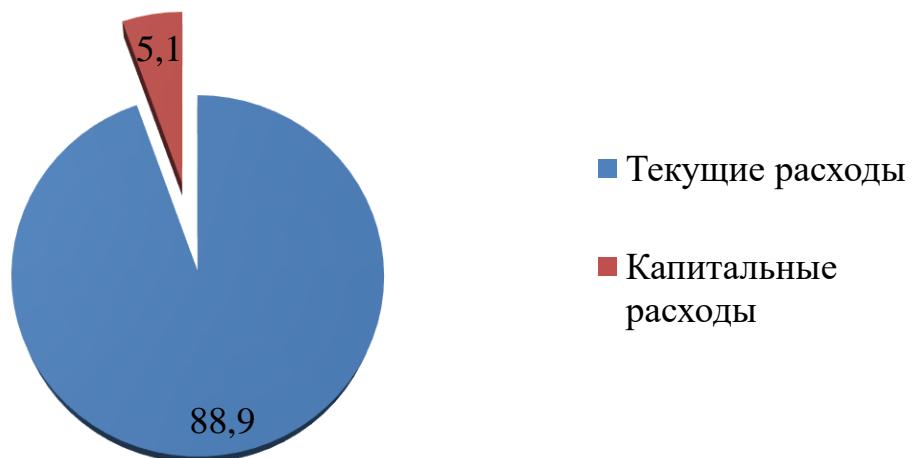
Текущие и капитальные расходы здравоохранения

Особенностью Системы счетов здравоохранения 2011 года является функциональная дихотомия общих расходов на здравоохранение на текущие расходы и расходы, связанные с капиталообразованием.

Так, показатель «текущие расходы на здравоохранение» включает расходы на индивидуальные (НС.1-5) и коллективные (НС.6-7) услуги здравоохранения. Категорию «капитальные расходы» или «валовое капиталообразование» включает средства под кодом «НС.RI.5 Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги». Все прочие расходы классифицируются как средства связанные со здравоохранением, но не входящие в границы расходов здравоохранения, и не учитываются в структуре общих расходов на здравоохранение.

В 2015 году текущие расходы здравоохранения составили 1 трлн. 319,1 млрд. тенге (88,9% от всех расходов на здравоохранение). Средства на валовое капиталообразование медицинских организаций составили 76,2 млрд. тенге (5,1%).

Расходы на здравоохранение



Этот аспект оценки денежных потоков согласуется с международными стандартами финансовой отчетности в части классификации товаров в зависимости от срока их эксплуатации или балансовой стоимости. Следуя этому к функции « HC.RI.5 Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги» были отнесены строительство, капитальный ремонт, реконструкция зданий, пополнение уставного капитала, приобретение оборудования и т.д.

Таблица . Структура расходов на услуги, связанные со здравоохранением (млрд. тенге и % к сумме)

Код ССЗ	Наименование категорий	млрд.тенге	% к сумме
HC.RI.3	Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения	3,4	3,8%
HC.RI.4	Образование и обучение медицинского персонала	34,4	38,8%
HC.RI.6	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	1	1,1%
HC.RI.7	Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия	11,6	13,1%
HC.RI.9	Расходы НСР, не определенные по типам	2,7	3,0%
HC.RI.10	Хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС	0,7	0,8%
HC.RI.11	Прочие виды расходов	28	31,6%
HC.RI.12	Неформальные расходы	6,8	7,7%
	Итого	88,6	100,0%

Структура расходов, отнесенных к забалансовым счетам здравоохранения, включает следующие виды услуг: профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения, образование и обучение медицинского персонала, прикладные научные исследования в области здравоохранения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, хранение специального медицинского резерва, а также прочие виды услуг.

Принадлежность к этой группе других функций, которые также называются «связанными со здравоохранением», а именно обучение и образование, научные исследования и хранение объектов исторического наследия рассматривается с позиции накопления человеческого капитала и получения возможных выгод от этих инвестиций не в отчетном году, а в будущем.

Глава 4. Динамика расходов на здравоохранение за 2010-2015 гг.

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2010 по 2015 годы показывают рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился на 87,4%, общие затраты из государственного бюджета возросли на 84,6%. В данном контексте, наблюдается также рост расходов на здравоохранения, который составил 69,5% в 2015 году в сравнении с началом исследуемого периода.

Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, инфляционные процессы оказывает существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Так, рост реальных расходов здравоохранения значительно ниже. К примеру, реальные расходы на здравоохранение на 1 жителя в период с 2010 по 2015 годы составил всего 1,2 раза. При этом, в номинальном выражении данный показатель увеличился в 1,6 раза. Размер накопленной инфляции с 2010 по 2015 годы составил 25,6%.

Таблица . Макроэкономические показатели в 2010-2015 гг.

Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Валовой внутренний продукт (ВВП)	21 815,5	27 571,9	347,0	35 275,2	39 040,9	40884,1
Общие расходы правительства (ОРП)	4 457,2	5 423,2	6 269,0	6 852,7	7 791,9	8227,1
Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ)	875,5	955,9	1 165,6	1 281,5	1 431,8	1483,9
Государственные расходы на здравоохранение	582,8	654,6	772,8	826,4	892,8	898,5
Частные расходы на здравоохранение	287,1	297	388,9	452,3	535,9	585,4
Внешние источники	5,6	4,4	3,9	2,7	3,1	3,7
Показатели расходов на здравоохранение, процент						
ОРЗ, % к ВВП	4	3,5	3,8	3,6	3,7	3,6
Государственные расходы на	13,1	12,1	12,3	12,1	11,5	11,5

здравоохранение, % к ОРП						
Государственные расходы на здравоохранение, % к ВВП	2,7	2,4	2,5	2,3	2,3	2,2
Частные расходы на здравоохранение, % к ВВП	1,3	1,1	1,3	1,3	1,4	1,4
Частные расходы на здравоохранение, % к ОРЗ	32,8	31,1	33,4	35,3	37,4	39,4
Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя						
Номинальные OPЗ, тыс.тенге	53,3	57,3	68,9	74,7	82,2	84,6
Реальные OPЗ, тыс.тенге, цены 2010 г.	53,3	53,4	60,5	62,6	64,2	65,5
Номинальные OPЗ, долл.США	361,4	391	462,3	490,9	458,8	381,5
Номинальные OPЗ, ППС в межд.долл.	482	463	545,5	576,7	619,4	664,3

В период с 2010 по 2015 годы текущие расходы на здравоохранение увеличились приблизительно в 2 раза (или 98,9%), в то время как расходы, связанные с образованием капитала сократились на 54,3%.

Таблица 22. Текущие и капитальные расходы на здравоохранение в зависимости от схемы финансирования в 2010-2014 годах.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Текущие расходы на здравоохранение, млрд. тенге	663,2	751,6	946,9	1 080,3	1 225,9	1 319,1
государственный сектор (%)	56	63,6	62,7	59,1	57,3	57,6
негосударственный сектор (%)	44	36,4	37,3	40,9	42,7	42,4
Валовое капитaloобразование, млрд. Тенге	166,8	108,6	101,2	122	114,5	76,2
государственный сектор (%)	98,3	99,8	99,9	100	99,9	100
негосударственный	1,7	0,2	0,1	-	0,1	-

сектор (%)						
------------	--	--	--	--	--	--

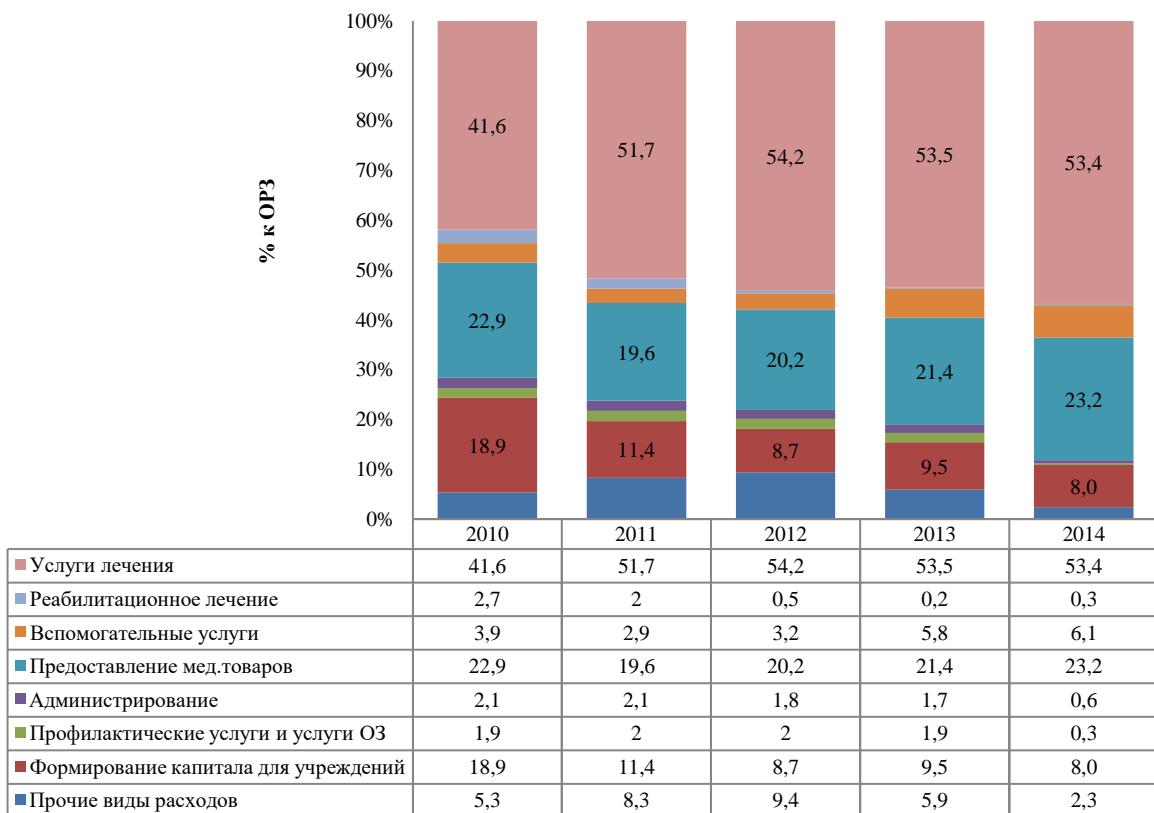
Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования показывает следующее:

- государственный сектор несет основную финансовую нагрузку по капиталообразованию в системе здравоохранения, средневзвешенная доля государственных расходов за 2010-2015 годы составляет 99,9%;

- частный сектор вносит значительный вклад при финансировании текущих расходов, его доля колеблется в пределах 36,4-44,0% в год (в среднем 40,6%).

За период с 2010 по 2015 годы в среднем 97% текущих расходов были выделены на индивидуально потребляемые услуги здравоохранения (НС.1-НС.5), из которых около 64,7% были направлены на услуги лечения и реабилитации (НС.1-НС.2).

Рисунок 18. Структура расходов по функциям здравоохранения в 2010-2014 гг., в % к общим расходам на здравоохранение



Источник: Национальные Счета Здравоохранения Республики Казахстан: Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы, Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

В структуре расходов услуг лечения (НС.1) преобладают услуги стационарной помощи, на которые были направлены в среднем 54,9% этих

средств. В 2014 году расходы на стационарную помощь по сравнению с 2010 годом возросли в 1,8 раза, в то время, как по сравнению с 2013 годом они сократились в 0,9 раза.

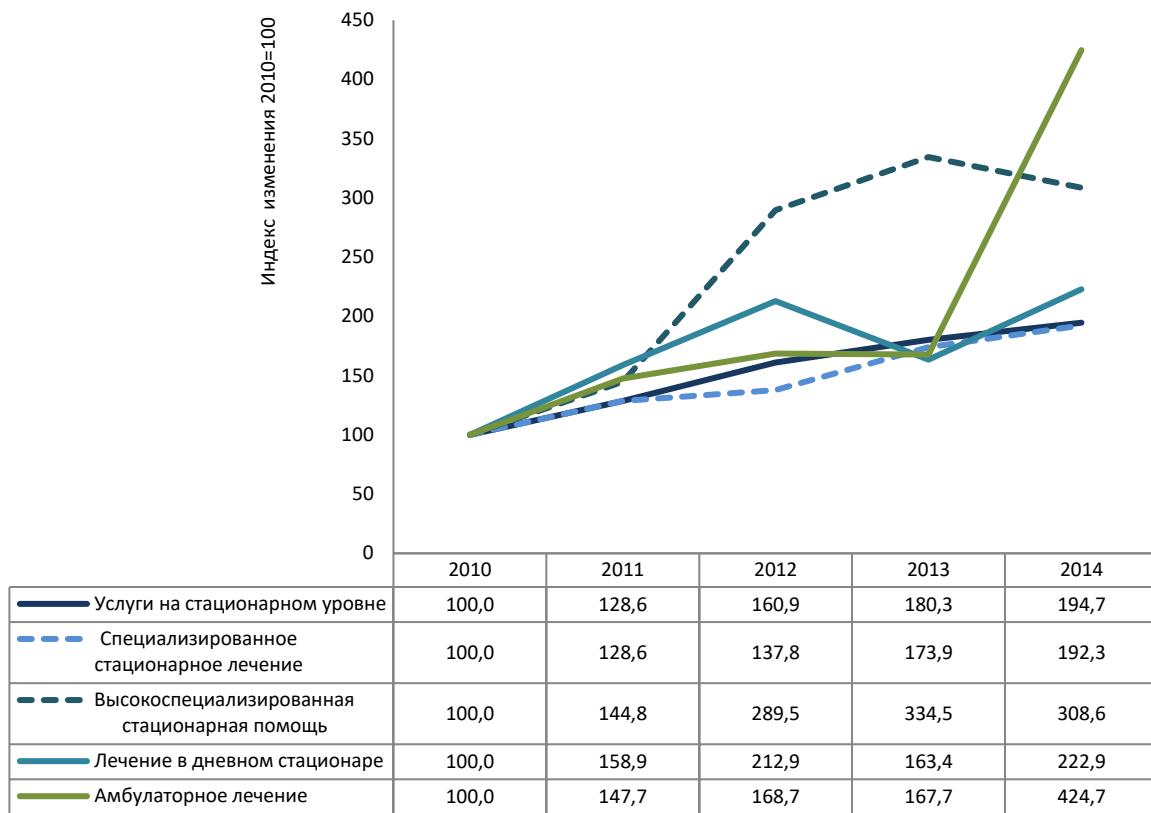
Удельный вес расходов на услуги, оказываемые в амбулаторно-поликлинических организациях, в структуре расходов на услуги лечения сохранился на уровне 37%-48% за период 2010-2014 годы, несмотря на рост в абсолютном значении (2,5 раз).

Таблица 23. Динамика расходов на услуги лечения в 2010-2014 гг.
млрд. тенге

млрд. тенге	2010	2011	2012	2013	2014
Услуги лечения	366,9	494	632,3	685,9	765,3
Медицинские услуги на стационарном уровне	208,4	262,9	351,6	406,3	379,3
Специализированное стационарное лечение	173,2	222,7	276,6	356,2	333,1
Высокоспециализированная помощь	15	21,7	43,4	50,1	46,2
Лечение в дневном стационаре	12,7	15,4	20,6	15,8	21,6
Амбулаторное лечение	145,7	183,9	235,7	263,8	364,4

Из них, в 2014 году текущие государственные расходы на услуги стационарной помощи возросли на 82% по сравнению с 2010 годом. Этот показатель составляет 70,1% и 67,7% для услуги лечения в дневном стационаре и АПО, соответственно. Расходы на высокоспециализированную медицинскую помощь за указанный период возросли на 208%.

Рисунок 19. Индекс ежегодного изменения государственных средств на услуги лечения в 2010-2014 годы (2010=100)



Источник: Национальные Счета Здравоохранения Республики Казахстан: Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы, Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

Таблица 24. Структура текущих расходов на здравоохранение по факторам предоставления медицинских услуг за 2010-2014 годы, в % к сумме

Код	Наименование	2010	2011	2012	2013	2014
FP. 1	Оплата труда работников	56,2	56,3	54,8	54,4	54,1
FP.1.1	Заработка плата	50,2	50,1	49,1	49,9	49,6
FP.1.2	Социальные отчисления	5,9	6,0	5,5	4,3	4,3
FP.1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
FP. 3	Используемые материалы и услуги	33,9	32,7	34,8	37,3	37,9
FP.3.2	Товары здравоохранения	17,0	16,4	18,5	20,6	17,4
FP.3.3	Немедицинские услуги	8,4	8,6	8,8	10,0	11,1
FP.3.4	Немедицинские товары	8,5	7,6	7,5	6,7	9,4
FP. 4	Потребление основного капитала	3,9	4,3	4,4	5,1	4,0
FP. 5	Прочие расходы на исходные ресурсы	6,0	6,7	6,0	3,2	4,1
FP.5.1	Налоги	3,3	3,8	3,5	0,7	0,5

FP.5.2 Прочие расходы	2,7	2,9	2,4	2,6	3,6
ОТРЗ (без учета расходов на ЛС и медицинские товары), млрд. тенге	461,3	564,0	710,9	805,8	985,5

Анализ динамики расходов на здравоохранение по факторам предоставления медицинских услуг показал, что в период с 2010 по 2014 годы в среднем 55,2% текущих расходов направляются на оплату труда работников. Из средств, затрачиваемых на материалы и услуги 17%-20,6% направляются на приобретение медикаментов и перевязочных материалов. На коммунальные услуги, услуги транспорта и связи и на прочие немедицинские услуги расходуется в среднем 9,4% средств. На приобретение немедицинских товаров, а именно продуктов питания, топлива, мягкого инвентаря и обмундирования и прочих материалов для текущих хозяйственных целей расходуется в среднем 7,9% средств. От 3,9% до 5,1% расходов составляет амортизационные отчисления и аренда основных средств. В среднем 5,2% средств направляются на прочие виды расходов.

Глава 5. Региональные счета здравоохранения

По итогам 2015 года общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 262,4 млрд. тенге, наименьший показатель отмечается в Мангистауской области, где затраты на здравоохранение составили 27,8 млрд. тенге (рис.1).

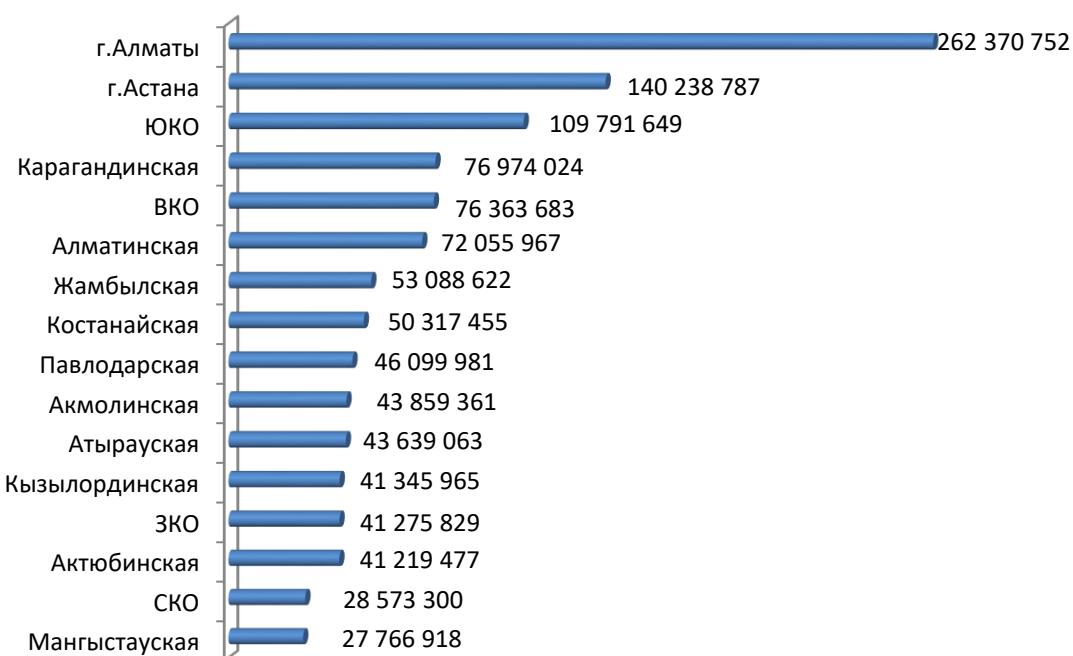


Рисунок 1 – Общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2015г. (тыс. тенге)

Текущие расходы на 1 жителя в 2015 году в среднем по РК составил 33823 тенге. Самый высокий подушевой показатель отмечен в г. Астана – 46712 тенге, наименьший в Южно-Казахстанской области – 26753 тенге. В г. Алматы расходы на 1 жителя ниже среднего по республике на 2510 тенге и составляют 31313 тенге (рис.2)

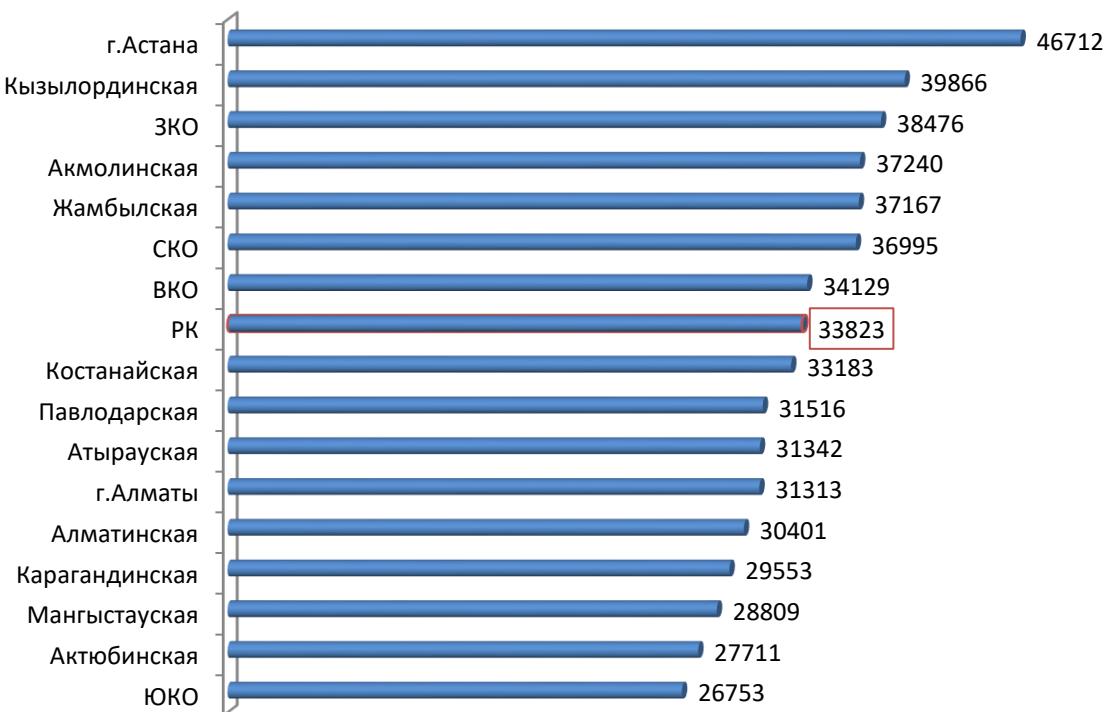


Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2015 году, на 1 жителя, тенге.

Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования показывает, что более 80% всех расходов на здравоохранение в 2015 году в Алматинской области были аккумулированы за счет средств государства. Также высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета можно отметить также в Жамбылской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях, где удельный вес расходов из средств государства составил 77,8%, 73,8% и 73,7% соответственно. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в г. Алматы и составляет 20,3% (рис.3)

Наибольшая доля расходов населения отмечается в г. Алматы – 75,7%. Наименьший удельный вес расходов за счет средств населения наблюдается в Алматинской области и составляет 17,1% (рис.3).

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Астане составил 12,9%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует г. Алматы – 8,9% (рис.3).

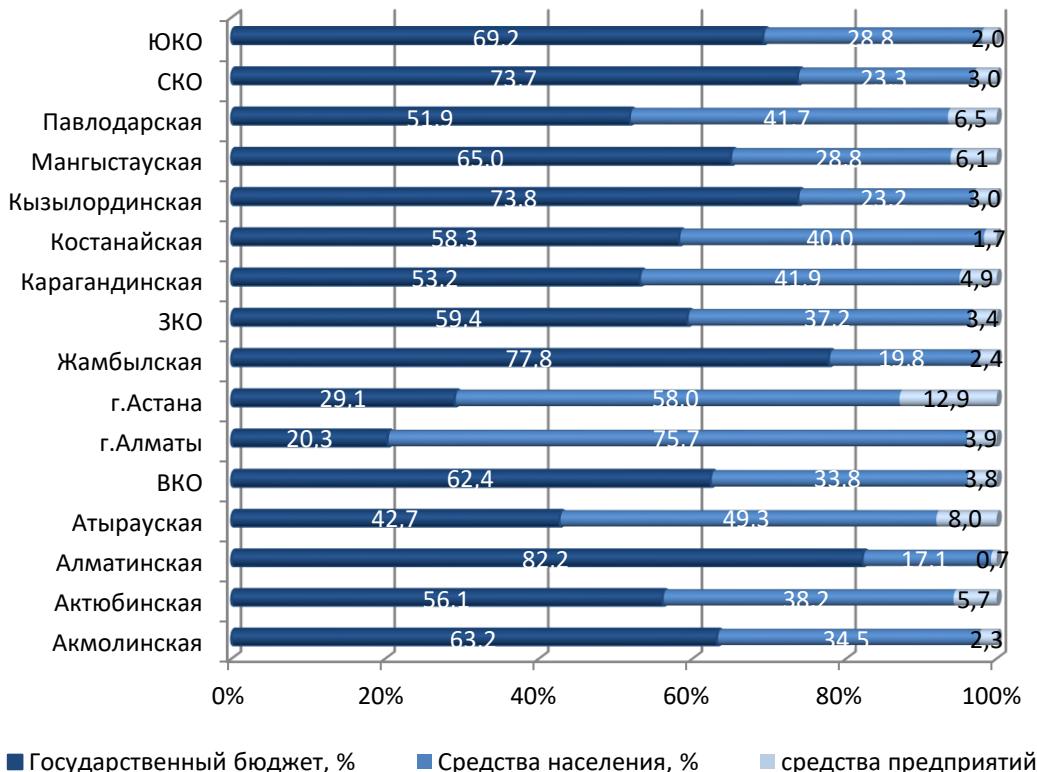


Рисунок 3 – Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу

По итогам 2015г. общие затраты государственного бюджета на здравоохранение в регионах Казахстана представлены на рисунке 4.

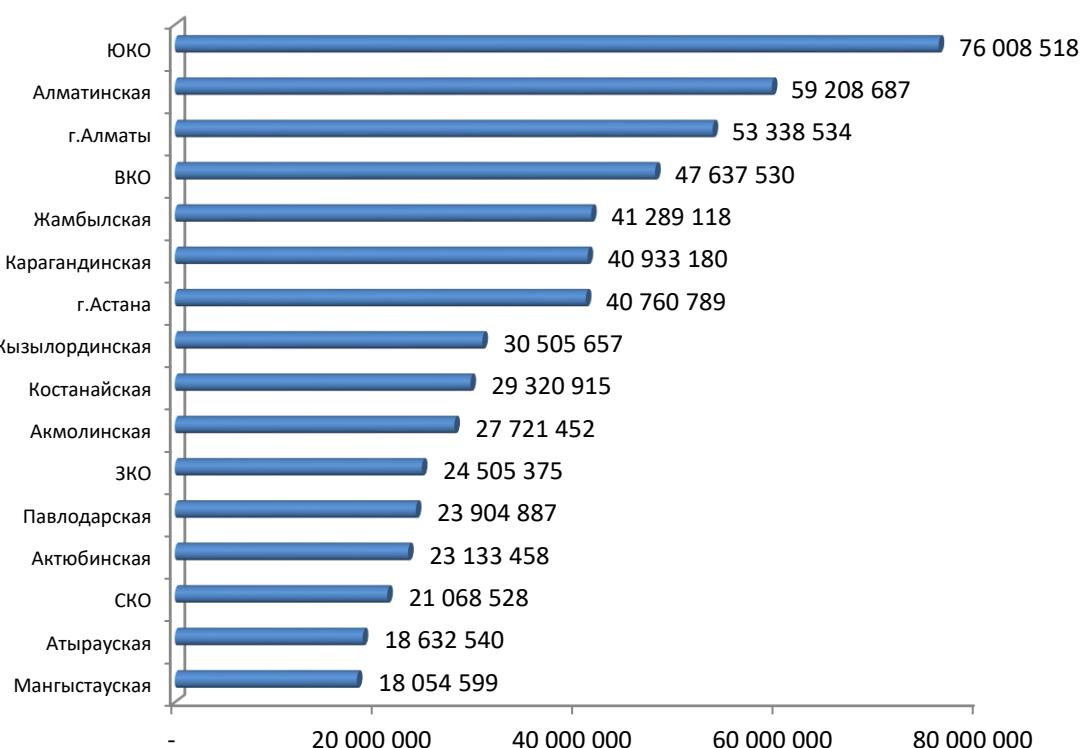


Рисунок 4 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2015г. (тыс. тенге)

Согласно рисунку 4 наибольший объем расходов за счет средств государственного бюджета приходится на Южно-Казахстанскую область – 76 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Атыраускую и Мангистаускую области – 18,6 млрд. тенге и 18 млрд. тенге соответственно.

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

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 55-71%;
- государственные схемы финансирования местного уровня – 29-45% (рис.5).

Подобная картина говорит о том, что в среднем на 64% средств государственного бюджета, предусмотренных на финансирование здравоохранения, переносится на республиканский уровень.

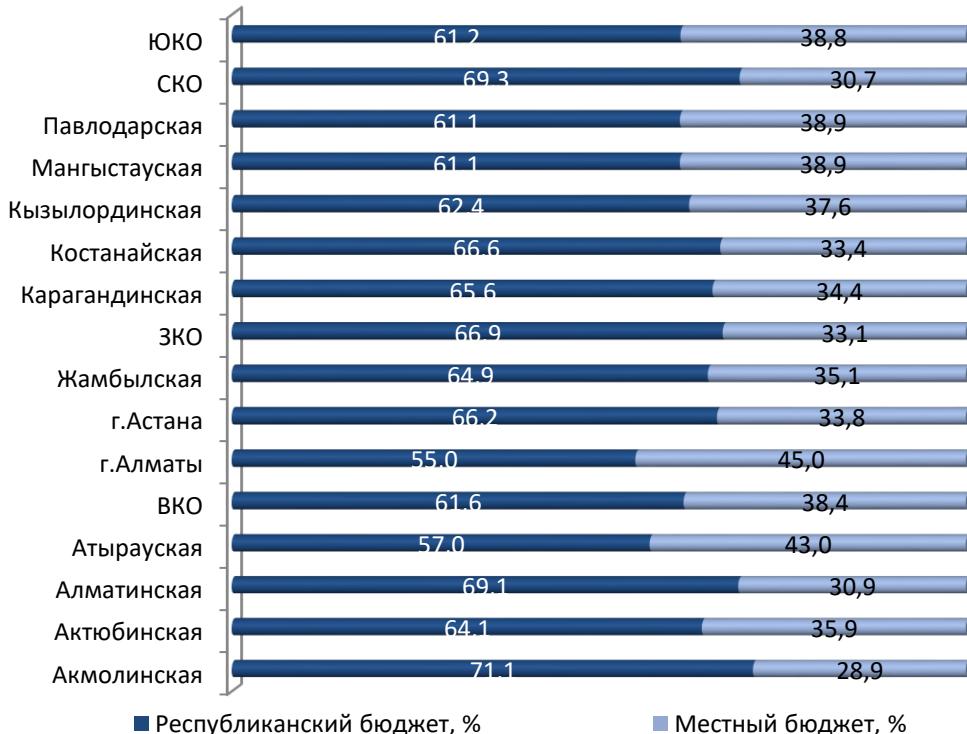


Рисунок 5 - Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2015г.

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

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) включают Местные органы государственного управления здравоохранением (90,7%), Управление строительства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог области (8,3%), а также Управление строительства, архитектуры и градостроительства области (0,9%).



Рисунок 6 – государственные схемы финансирования местного уровня в разрезе регионов (в % к сумме)

HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступаемых от предприятий. Поступления от предприятий показаны на рисунке. Наибольший объем расходов предприятий показал г. Астана – 18,1 млрд. тенге, далее г. Алматы – 10,3 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области -529,8 млн. тенге (рис.7).

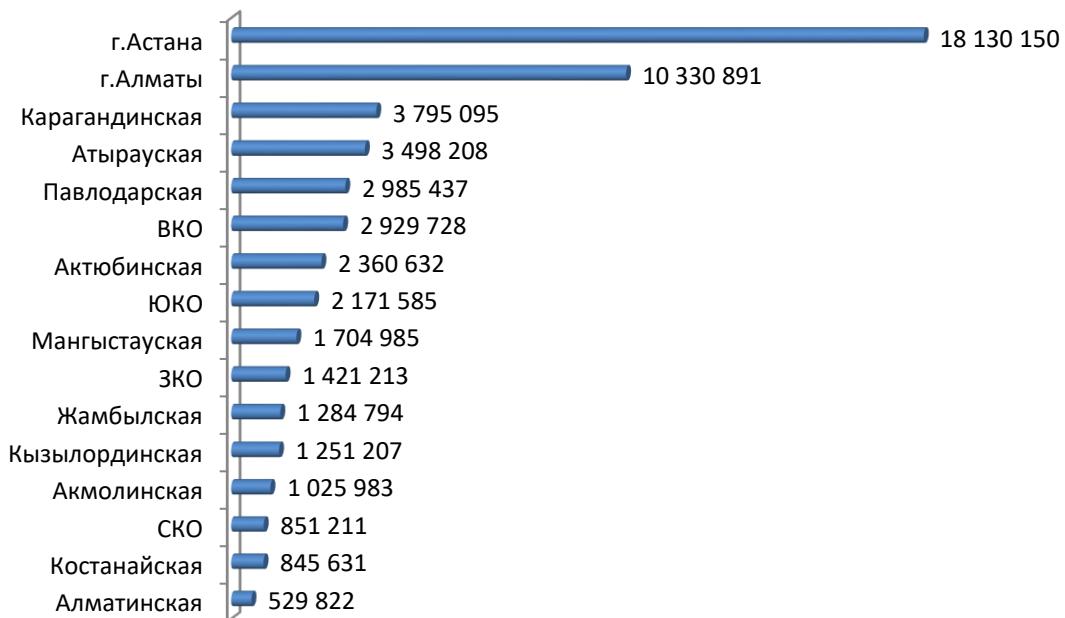


Рисунок 7 – Схемы медицинских взносов, поступаемых от предприятий (тыс. тенге).

HF.3 Расходы домохозяйств

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 45% от общих расходов на здравоохранение. Частные расходы домохозяйств показаны на рисунке 8.

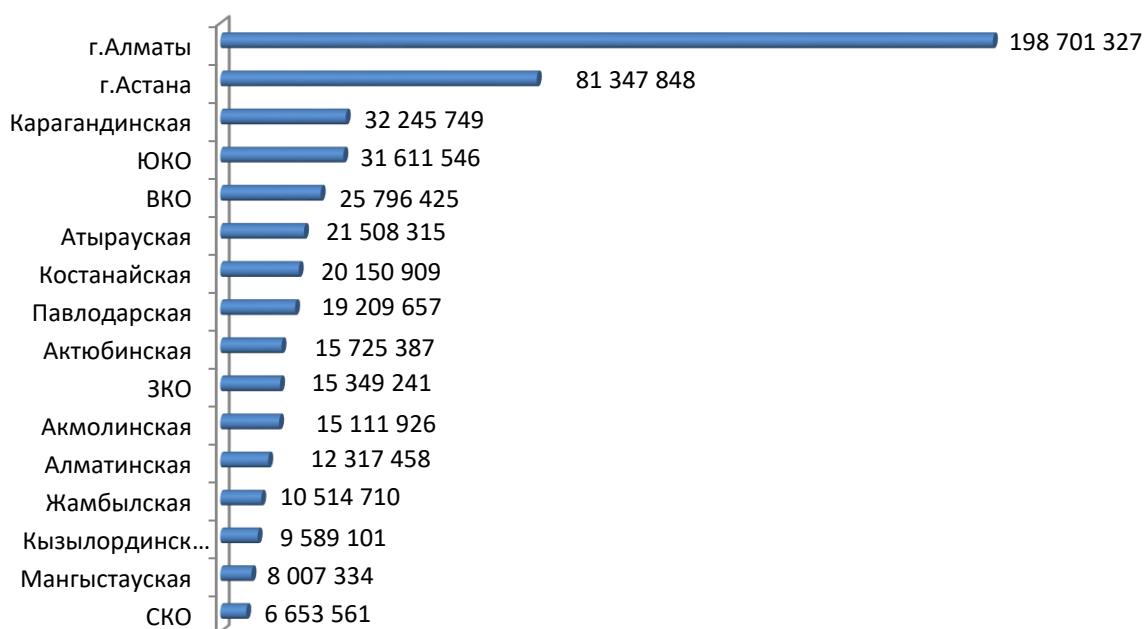


Рисунок 8 – Расходы домохозяйств в разрезе регионов в 2015г. (тыс. тенге).

Наибольший объем частных расходов показывает г. Алматы – 198,7 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом более чем в 2 раза следует г. Астана, где частные расходы домохозяйств составляют 81,3 млрд. тенге. Наименьший объем частных расходов отмечается в Северо-Казахстанской области – 6,6 млрд. тенге, что меньше, чем в г. Алматы почти в 30 раз.

Во избежание влияния эпидемиологических и демографических факторов на потребление медицинских услуг и оценку экономического состояния в регионах, анализ расходов на потребление лекарственных средств и медицинских товаров представлены отдельно. Так, в 2015 году на приобретение лекарственных средств и прочих медицинских товаров недлительного пользования было израсходовано 78,4 млрд. тенге. Максимальный объем расходов показал г. Алматы – 15,2 млрд. тенге. Меньше всех на лекарства расходовали жители Мангистауской области – 1,8 млрд. тенге.

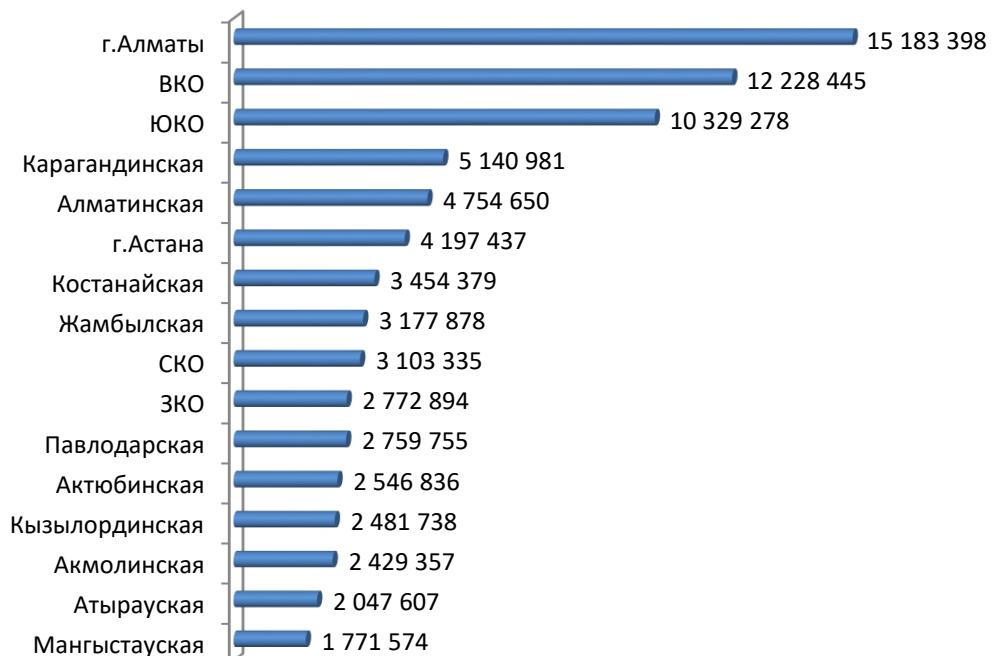


Рисунок 9 – Расходы на фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования в разрезе регионов РК в 2015 году (тыс. тенге).

При этом расходы на лекарства и медицинские товары на 1 жителя составляет в среднем 4270 тенге по РК. Выше среднего показателя расходы на лекарства на 1 жителя отмечены в г. Алматы и г. Астана, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Западно-Казахстанской областях. При этом максимальные подушевые расходы на лекарства наблюдаются в г. Алматы и составляют 8914 тенге. А минимальное значение по данному показателю отмечено в Алматинской области – 2441 тенге.

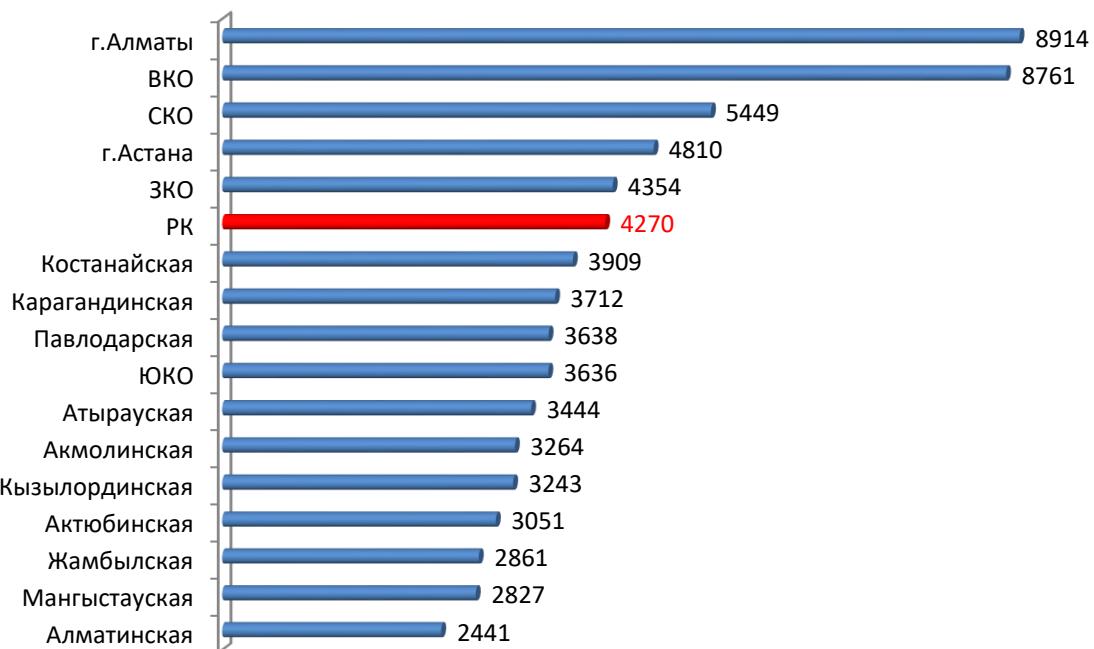


Рисунок 10 - Расходы на фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования в разрезе регионов РК на 1 жителя в 2015 году

Согласно структуре расходов на услуги лечения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 18,4% до 49,4% всех расходов на услуги лечения по Республике. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2015 г. являлась Акмолинская область (49,4%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Атырауской области (18,4%). В Восточно-Казахстанской, Актюбинской и Алматинской областях на услуги больниц расходуются 18,4-26,5% всех средств на услуги лечения (рис.11).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2015 г. было направлено от 36,2% до 69,2% всех расходов на услуги лечения. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Алматинской области (69,2%). В Атырауской области расходы на амбулаторный вид лечения составляют 68,3% в общем объеме расходов на услуги лечения. Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Карагандинской области (рис.11).

На стоматологическое лечение в 2015 г. было направлено от 1 до 14% всех расходов на услуги лечения. Так, 1,1% расходов услуг лечения было направлено на стоматологическое лечение в Южно-Казахстанской области, 14,2% - г.Алматы (рис.11).

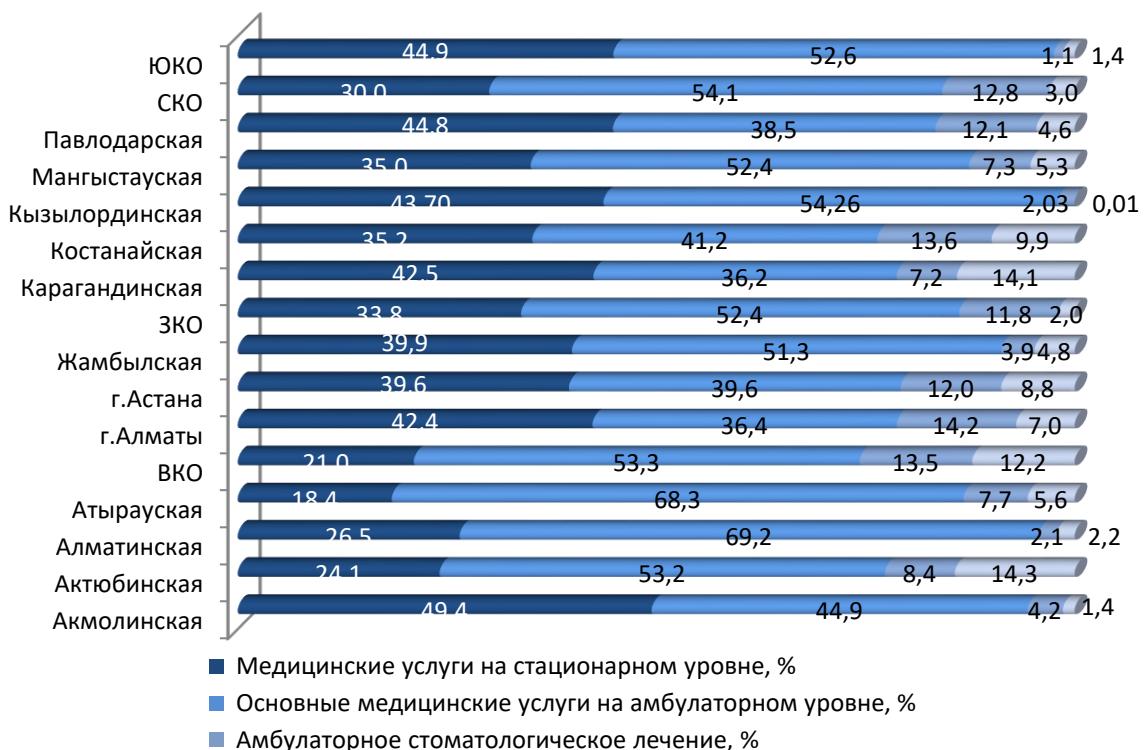


Рисунок 11 – Структура расходов на услуги лечения в разрезе регионов РК в 2015 году, в % к сумме

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. Астана – 9484 тенге, минимальный – ЮКО – 4457 тенге. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет более, чем 2 раза.

Разница в финансировании поставщиков амбулаторной помощи за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов в расчете на 1 жителя также высока. Максимальный объем расходов на амбулаторную помощь за счет средств государства отмечается в Кызылординской области – 19608 тенге. Минимальный – 9410 тенге в г. Алматы.

Если сравнивать доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования, то расхождение в объемах финансирования между областями составляет 200%: в Алматинской области 2218 тенге и в Северо-Казахстанской области – 4527 тенге.



Рисунок 12 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.

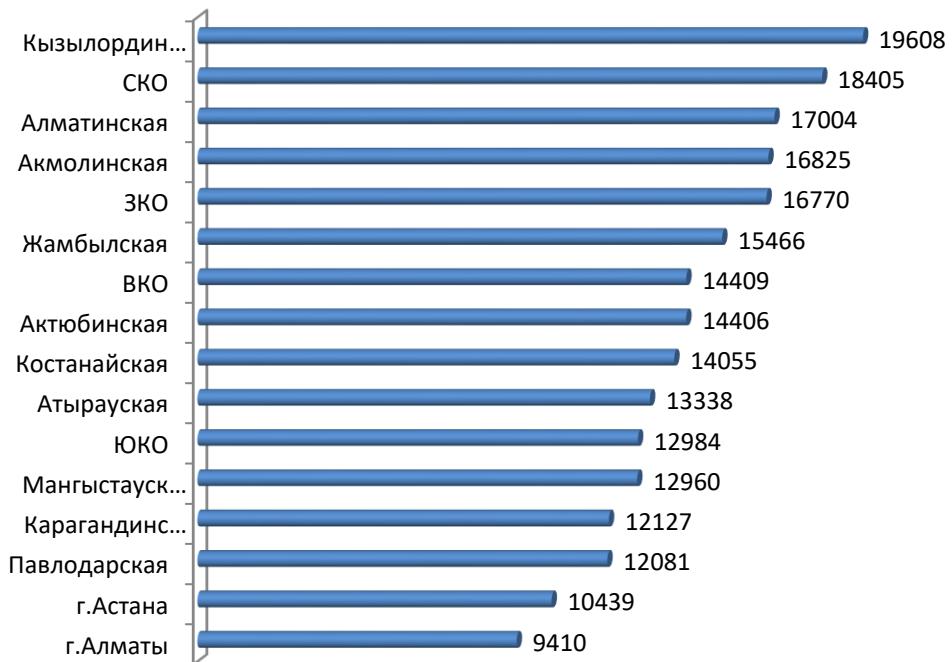


Рисунок 13 – Доходы поставщиков, предоставляющие амбулаторные услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.

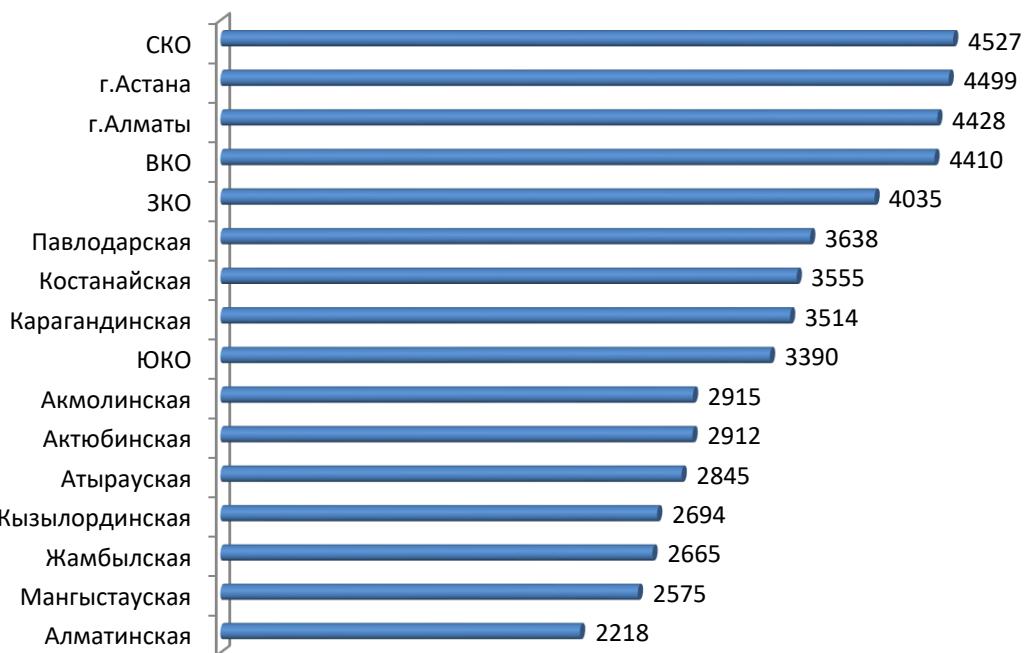


Рисунок 14 – Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков амбулаторной и стационарной помощи, а также на организации, оказывающие профилактические услуги.

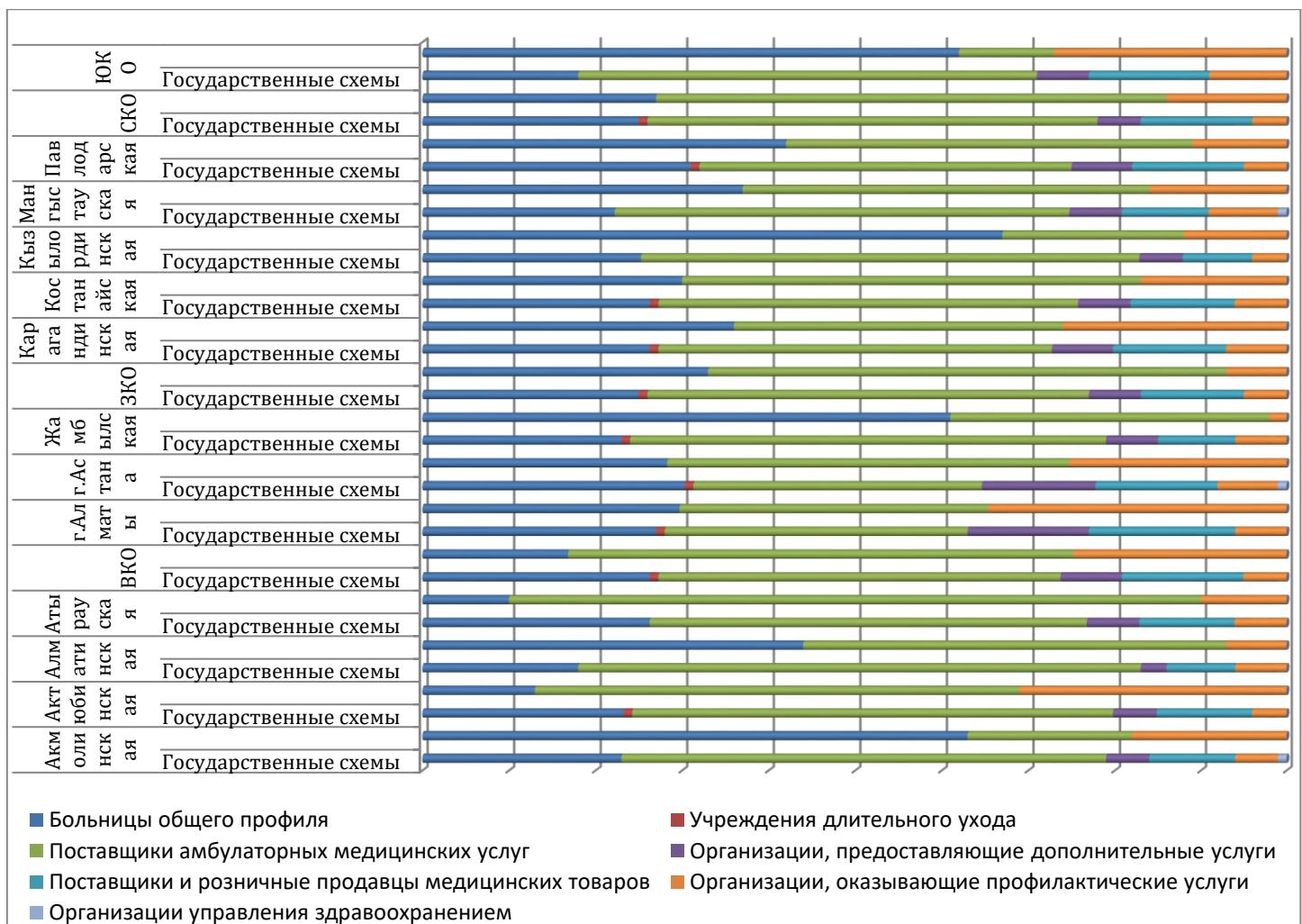


Рисунок 15 - Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в разрезе регионов.

Глава 6. Анализ уровня производительности системы здравоохранения Республики Казахстан.

Система НСЗ, аналогичная системе счетов здравоохранения 2011 (ССЗ 2011), позволяет получить целый ряд данных и показателей, которые в конечном итоге могут быть использованы для анализа системы здравоохранения и помочь в мониторинге выполнения определенных задач политики. Данные, сгруппированные в стандартные таблицы счетов здравоохранения, показывают, откуда поступают средства и на что используются, что повышает прозрачность и подотчетность системы здравоохранения. В странах, получающих существенные суммы внешних ресурсов, отслеживание этих финансовых потоков со временем позволит уловить тенденции, имеющие отношение или указывающие на волатильность помощи, ее взаимодополняемость и взаимозаменяемость, а также потенциальные последствия для устойчивости. С помощью данных о суммах прямых расходов населения и уровнях различных форм предоплаченных ресурсов можно разработать показатели с целью защиты от финансового риска. Благодаря данным об источниках средств, расходах (в сочетании с использованием и доходами), а также видах доходов и бенефициарах, становится возможным рассчитать показатели равенства в финансировании.

общие расходы на здравоохранение в 2015 году составили 1 483 648 ,0 (в млн. тенге).

Из них:

- Средства из государственного бюджета: 898 243,5 (в млн. тенге) (61% от ОРЗ)

Республиканский бюджет: 685 724,7 (в млн. тенге);

Местный бюджет: 212 518,8 (в млн. тенге);

- Частные расходы населения: 523 840, 5 (в млн. тенге) (35% от ОРЗ) ;
- Добровольные взносы (Добровольное медицинское страхование и взносы работодателей на здравоохранение): 57 824,4 (в млн. тенге) (3,9%);
- Заемствования (внешние займы) - 1 937,3 (в млн. тенге) (0,13%).

Общие расходы на здравоохранения в 2015 году составили 3,6 % от ВВП, при ВВП - 40 884 133,6 (в млн. тенге). В свою очередь, государственные расходы на здравоохранение составили 2,2 % от ВВП. Таким образом, доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП республики меньше аналогичного показателя в странах с высоким – средним уровнем развития

