

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**ОБЗОР РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2017 ГОДЫ**

**Астана 2018**

## Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ.....	3
1.1 Использование Национальных счетов здравоохранения в политике, а также планировании и прогнозировании расходов на здравоохранение.....	3
1.2 Принцип учета расходов на здравоохранение по ССЗ 2011.....	4
1.3 Институционализация НСЗ в Казахстане.....	5
1.4 Основные совокупные показатели расходов на здравоохранение .....	6
2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2017 ГОДУ .....	8
2.1. Обзор экономической ситуации в Казахстане в 2017 гг.....	8
2.2 Финансирование: обзор расходов на здравоохранение по источникам финансирования .....	10
2.3 Потребление: обзор расходов по услугам здравоохранения .....	14
2.4 Предоставление: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения.....	24
2.5 Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения .....	29
3. ДИНАМИКА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2017 ГОДЫ.....	33
4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	38
5. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ НСЗ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	46
6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ НСЗ .....	61
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	63
Использованная литература .....	64

## 1. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1 Использование Национальных счетов здравоохранения в политике, а также планировании и прогнозировании расходов на здравоохранение

Во всем мире идет развитие мощностей систем здравоохранения, направленное на улучшение здоровья обслуживающего 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.

## 1.2 Принцип учета расходов на здравоохранение по ССЗ 2011

НСЗ являются стандартным набором таблиц, где представлены разные аспекты национальных расходов здравоохранения. НСЗ охватывают все расходы здравоохранения в стране, включая государственные, частные и зарубежные трансферты. Помимо определения того, сколько именно средств идет из каждого из вышеназванных источников финансирования на здравоохранение, НСЗ тщательно отслеживают движение финансовых потоков от одного участника системы к другому, как, например, распределение средств от Министерства здравоохранения (МЗ) к каждому государственному поставщику медицинских услуг и на их медицинские услуги. Иначе говоря, НСЗ контролируют финансовый пульс национальной системы здравоохранения.

Методическим руководством к формированию НСЗ является Система счетов здравоохранения (ССЗ) 2011 года, разработанная ОЭСР совместно с ВОЗ и Статистической службой Европейского союза (Евростат).

ССЗ 2011 предусматривает стандарт для классификации расходов на здравоохранение в соответствии с тремя осями: потребление, предоставление и финансирование. Базовая структура учета образована вокруг трехмерной системы для учета расходов на здравоохранение, а именно вокруг классификаций услуг здравоохранения (МКСЗ-НС)<sup>1</sup>, поставщиков услуг здравоохранения (МКСЗ-НР)<sup>2</sup> и источников финансирования здравоохранения (МКСЗ-НФ)<sup>3</sup>. 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?

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;

---

<sup>1</sup> МКСЗ – Международная классификация счетов здравоохранения  
НС (Health care functions) – услуги здравоохранения

<sup>2</sup> НР (Health care providers) – поставщики услуг здравоохранения

<sup>3</sup> НФ (Health care financing schemes) – источники финансирования 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 хозяйств, а также на определенные совокупные показатели, собираемые в рамках национальных счетов.

### **1.3 Институционализация НСЗ в Казахстане**

Разработка НСЗ в Республике Казахстан началась в 2004–2005 годах МЗ РК при поддержке Всемирного Банка. 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 formalизован 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. В этой связи, отчеты за 2012-2013 годы были разработаны на основе новой методологии ССЗ 2011.

27 апреля 2015 года Правительство РК заключило соглашение с ОЭСР о проведении проекта «Обзор Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан», в рамках которого проводилось усовершенствование методологии НСЗ в Казахстане. Данный отчет «Национальные счета здравоохранения. Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2017 годы» представляет собой анализ расходов на здравоохранение в РК с учетом рекомендаций экспертов ОЭСР.

Кроме того, ОЭСР проводятся встречи экспертов ОЭСР по счетам здравоохранения и национальных корреспондентов ОЭСР по статистике, в которых участвовали сотрудники РЦРЗ с 2014 года.

#### **1.4 Основные совокупные показатели расходов на здравоохранение**

##### ***Текущие расходы на здравоохранение***

***Текущие расходы на здравоохранение = конечные потребительские расходы резидентов на товары и услуги здравоохранения***

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) – это основная совокупность счетов здравоохранения, охватывающая все окончательные потребительские расходы на деятельность и не учитывающая капитальные расходы.

Согласно ССЗ 2011 необходимо рассчитывать текущие расходы на здравоохранение для возможности корректного сопоставления, поскольку большинство международных сравнений основаны на этой совокупности и её компонентах.

##### ***Общие расходы на здравоохранение (ССЗ 1.0)***

В первоначальной версии ССЗ 1.0 результат суммы “текущих расходов на здравоохранение” и “валового капитaloобразования” равен “общим расходам на здравоохранение (ОРЗ)”. Однако, в актуальной методологии ССЗ 2011 рекомендуется рассматривать “текущие расходы на здравоохранение” и “валовое капитaloобразование” по отдельности и не использовать совокупный показатель “ОРЗ”, во всяком случае, в том понимании, в котором он использовался в ССЗ 1.0.

##### ***Расходы на валовое капитaloобразование в системе здравоохранения***

Различие между текущими расходами на товары и услуги здравоохранения и капитальными затратами на индустрию здравоохранения является важным аспектом.

Капитальные товары являются неотъемлемым компонентом спроса поставщиков медицинских услуг и играют решающую роль в предоставлении товаров и услуг здравоохранения посредством поддержания или расширения производства.

***Валовое капитaloобразование*** в системе здравоохранения измеряется общей стоимостью активов, приобретенных поставщиками медицинских услуг за отчетный период (за вычетом стоимости продаж активов одного типа) и используемых регулярно или на протяжении одного года и дольше для предоставления медицинских услуг.

На международном уровне среди показателей расходов на здравоохранение страны ОЭСР нет индикатора «общие расходы на здравоохранение», они измеряют текущие расходы на здравоохранение. Вследствие чего, становится очевидным, что для сравнения расходов Казахстана с расходами стран ОЭСР, необходимо учитывать текущие расходы.

В действительности, текущие расходы на здравоохранение подразумеваю конечное потребление, представляющее собой потребность домохозяйств, государства и некоммерческих организаций в товарах и услугах здравоохранения, тогда как валовое капиталообразование подразумевает потребность поставщиков медицинских услуг в капитальных благах. Следовательно, можно утверждать, что эти два совокупных показателя нельзя складывать вместе, поскольку они подразумевают разный хронометраж потребления, так как капиталообразование обеспечивает возможность предоставления услуг в будущем.

Другими словами, текущие расходы являются результатом вычитания из общих расходов на здравоохранение капитальных расходов и расходов на образование, которые ранее входили в сумму общих расходов на здравоохранение в НСЗ РК. Однако, после применения рекомендаций экспертов ОЭСР в отчете «Обзор Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан» в НСЗ РК будут учитываться показатели текущих расходов на здравоохранение и расходы на валовое капиталообразование по отдельности.

## 2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2017 ГОДУ

### 2.1. Обзор экономической ситуации в Казахстане в 2017 гг.

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.

По итогам 2017 года рост ВВП составил 4%, что в основном объяснялось увеличением объемов производства горнодобывающей промышленности, а также отраслей неторгового сектора. Стабилизация цен на товарных рынках, наряду с ростом конкурентоспособности, позволила нарастить объемы добычи нефти и газа в 2017 году на 10,5%. В свою очередь, инфляция сложилась на уровне 7,4% (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 2017 год в коридоре 6-8%<sup>4</sup>. Оптовая и розничная торговля по итогам 2017 года

---

<sup>4</sup> Статистика Национального Банка

выросла на 3,2%, что отчасти было связано с увеличением розничного товарооборота в результате умеренного восстановления спроса.

Национальный Банк продолжал в течение 2017 года следовать режиму свободно плавающего обменного курса. Курс тенге в 2017 году формировался под воздействием фундаментальных факторов, их изменчивость определяла колебания курса тенге в диапазоне 310,40-345,00 тенге за доллар США. За 2017 год биржевой курс тенге укрепился на 0,3% и составил 332,33 тенге за доллар США.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы республиканского бюджета в 2017 году составили 12,5 трлн тенге, увеличившись на 32,3% или 3,05 трлн тенге по сравнению с предыдущим годом<sup>5</sup>, что показывает достаточно значительный рост по сравнению с предыдущими периодами. Затраты государства возросли в основном за счет роста расходов на соцобеспечение и обслуживание госдолга. Однако, затраты бюджета в абсолютном выражении выросли сильнее, чем доходы, которые составили 11,6 трлн. тенге и увеличились на 24,3% в сравнении с предыдущим годом. В структуре расходов 42,2% направлялись на социальный сектор и распределились следующим образом: социальное обеспечение (2,3 трлн тенге), образование (1,9 трлн тенге) и здравоохранение (1,1 трлн тенге).

Подытожив вышесказанное, в целом 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.

Отчет об исполнении бюджета Министерства финансов Республики Казахстан представлен в **Приложении 6** на диске.

---

<sup>5</sup> Отчет об исполнении бюджета МФ РК

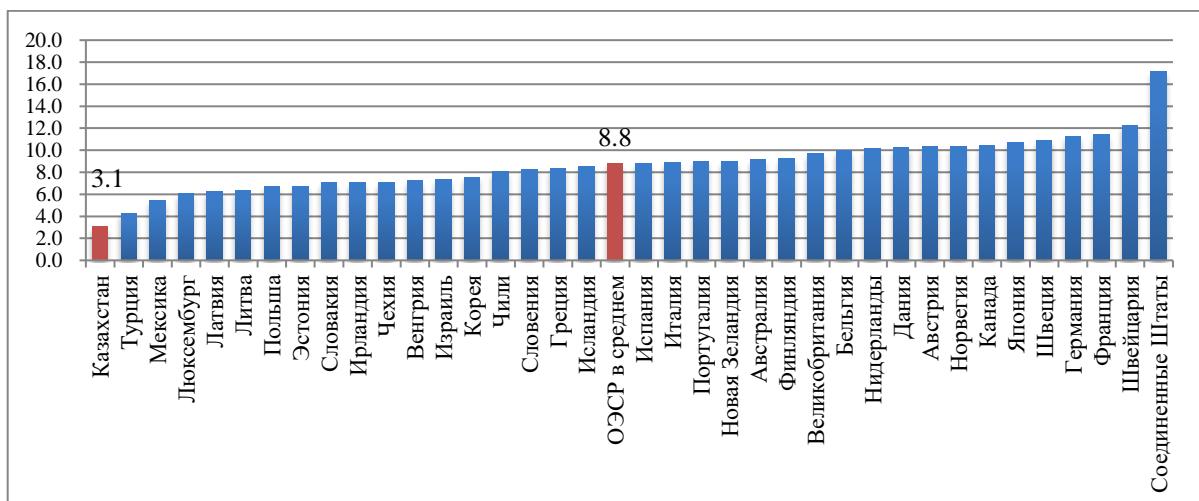
## 2.2 Финансирование: обзор расходов на здравоохранение по источникам финансирования

**Таблица 1. Структура расходов на здравоохранение в 2016-2017 годы (в млрд. тенге)**

	2016			2017		
	млрд.тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд.тг	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ
<b>ОРЗ</b>	1 761,5	-	-	1 759,0	-	-
<i>ОРЗ в % от ВВП</i>	3,8%	-	-	3,3%	-	-
<b>ТРЗ</b>	1 612,3	-	-	1 656,1	-	-
<i>ТРЗ в % от ВВП</i>	3,4%	-	-	3,1%	-	-
<b>Гос.расх.</b>	948	59%	53,8%	1024	61,8%	58%
<i>Гос.расх.в % от ВВП</i>	2,0%			1,9%		
<b>Частн.расх.</b>	645,6	40,2%	37%	626,9	37,9%	36%
<i>Частн.расх.в % от ВВП</i>	1,4%			1,2	1,4%	

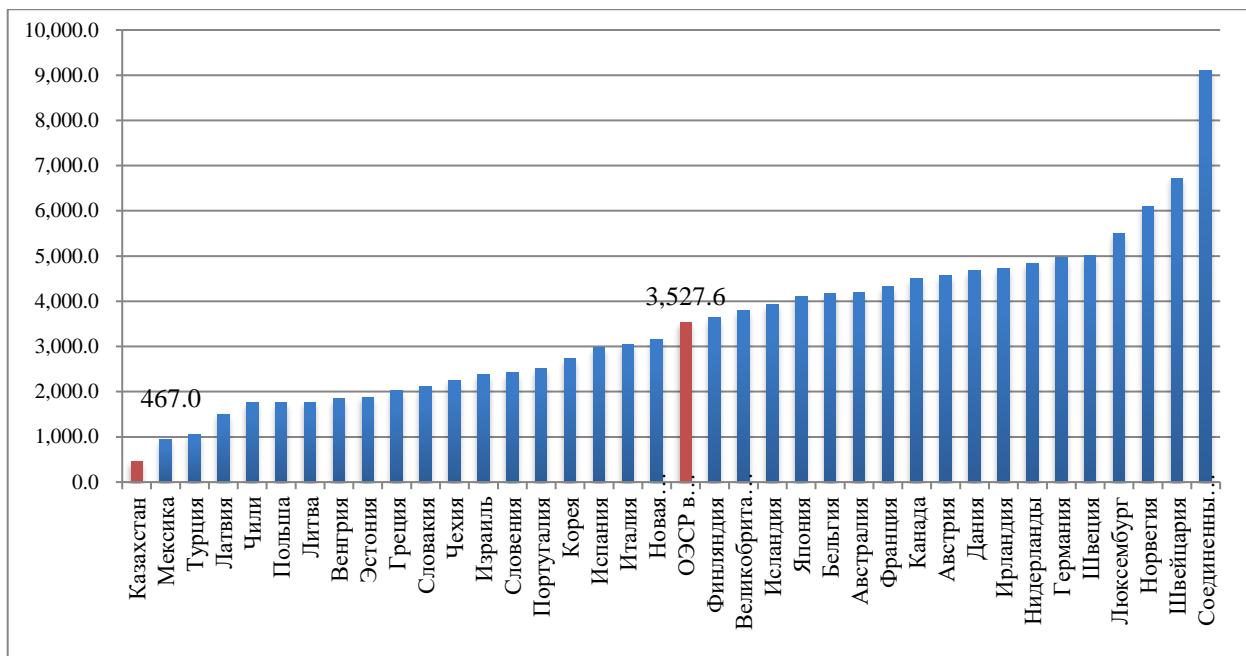
Общие расходы на здравоохранение в 2017 году составили 1 трлн. 759 млрд. тенге и показывают снижение на 0,1% по сравнению с предыдущим годом (1 трлн. 762 млрд. тенге). Текущие расходы (без учета капитальных расходов) составили 1 трлн. 656 млрд. тенге. ОРЗ составили 3,3% от ВВП, что более чем в 2 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2017 году (8,8%) (Рисунок 1).

**Рисунок 1. Текущие расходы на здравоохранение в РК и странах ОЭСР от ВВП в 2017 году, в %.**



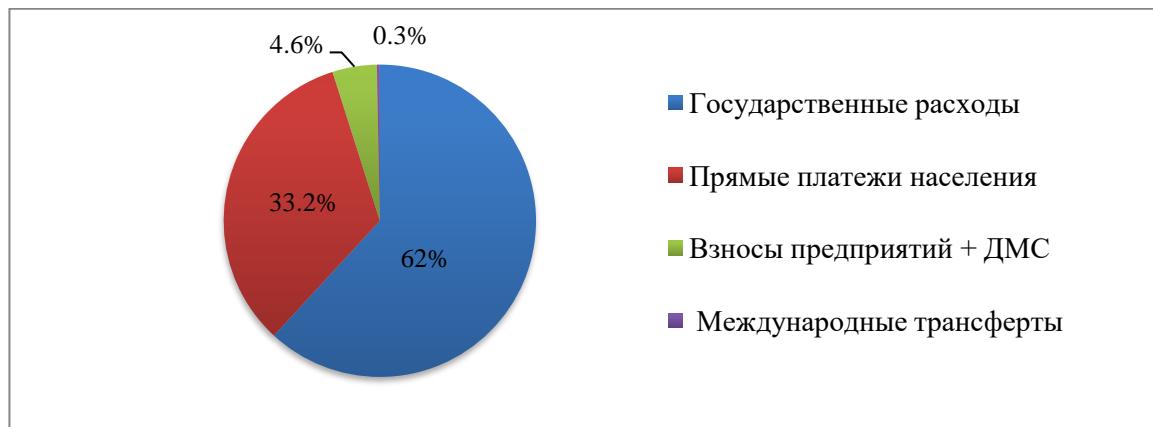
Текущие расходы на душу населения в 2017 году равны 91,2 тыс. тенге, что составляет 298 долл. США<sup>6</sup> по средневзвешенному курсу за 2017 год или 467 долл. по ППС<sup>7</sup>. Если сравнивать со странами ОЭСР, то среднее значение среди 36 стран составило 3527,6 долл. по ППС, что более чем в 7 раз превышает данный показатель в Казахстане (Рисунок 2).

**Рисунок 2. Расходы на здравоохранение на душу населения в РК и странах ОЭСР в долл. по ППС (USD PPP) в 2017 году**



В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 58%, что выше показателя за предыдущий год на 7,8%, в то время как доля частных расходов составляет 36%, что показывает снижение на 1,9% по сравнению с предыдущим годом, а также 6% от зарубежных трансфертов.

**Рисунок 3. Структура текущих расходов на здравоохранение в 2017 году**



<sup>6</sup> Среднегодовой обменный курс доллара США в 2017 году – 326 тенге

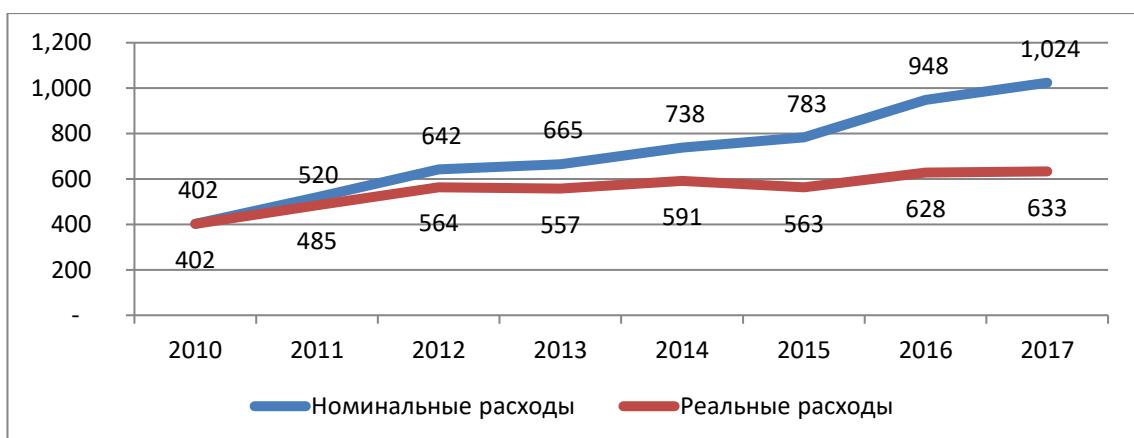
<sup>7</sup> Данные ППС на сайте <https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

### *Государственные расходы*

Государственные расходы на здравоохранение в 2017 году составили 1 трлн. 024 млрд. тг. или 1,9% ВВП. Аналогичный средний показатель среди стран ОЭСР в 2017 году – 6,3% ВВП. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане составили 56 389 тенге.

При анализе структуры государственных расходов в разрезе услуг в 2010-2017 гг. отмечается преобладание расходов на стационарную помощь, на которые были направлены в среднем 52,8% средств. Несмотря на увеличение расходов на АПП почти в 2 раза и стремления государством повысить приоритет АПП, финансирование стационарной помощи продолжает оставаться на высоком уровне. В странах ОЭСР, для сравнения, на стационарную помощь направляется 34% средств государственного бюджета, 26% на амбулаторную помощь, и 16% на услуги дневного стационара. В то время как в Казахстане на дневной стационар приходится всего лишь 5% государственных расходов.

**Рисунок 4. Номинальные и реальные (в ценах 2010 года) государственные расходы на здравоохранение в динамике, в млрд. тенге**



В 2017 году отмечается рост государственных расходов на 8% по сравнению с предыдущим годом и в 2.5 раза по сравнению с 2010 годом в номинальном значении. В реальном значении, учитывая инфляцию, рост в 2017 году составляет всего лишь 0,8%.

### *Частные расходы*

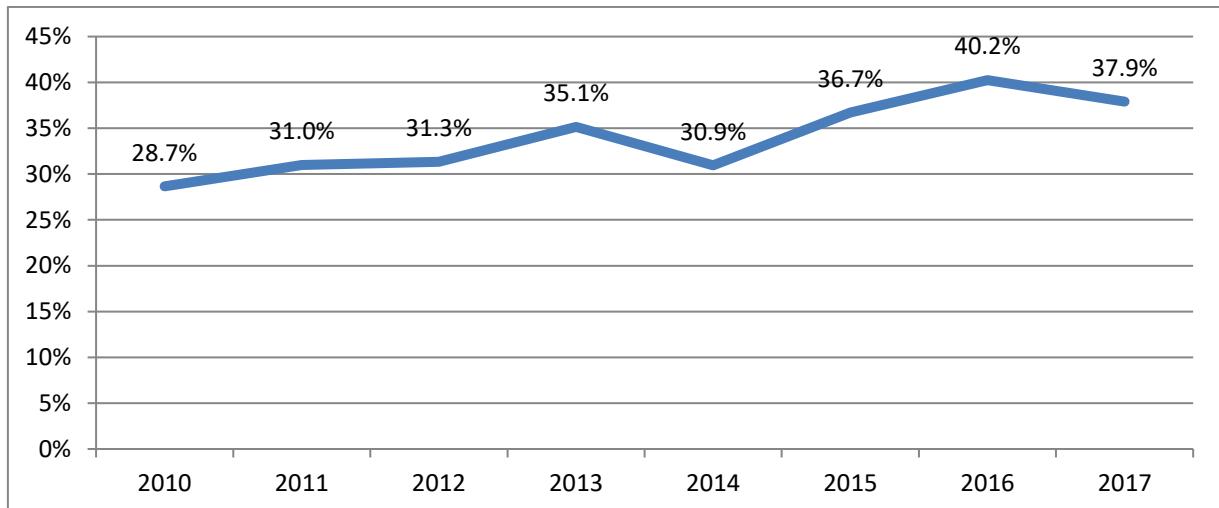
Частные расходы в 2017 году составили 626,9 млрд. тенге или 1% ВВП и 37,9% от текущих расходов на здравоохранение.

В структуре частные расходы включают: прямые платежи населения – 33,2% (550 млрд. тенге), расходы предприятий – 3,3% (54 млрд. тенге), средства ДМС - 1,4% (22 млрд.тг.).

**Рисунок 5. Номинальные и реальные (в ценах 2010 года) частные расходы на здравоохранение в динамике, в млрд. тенге**

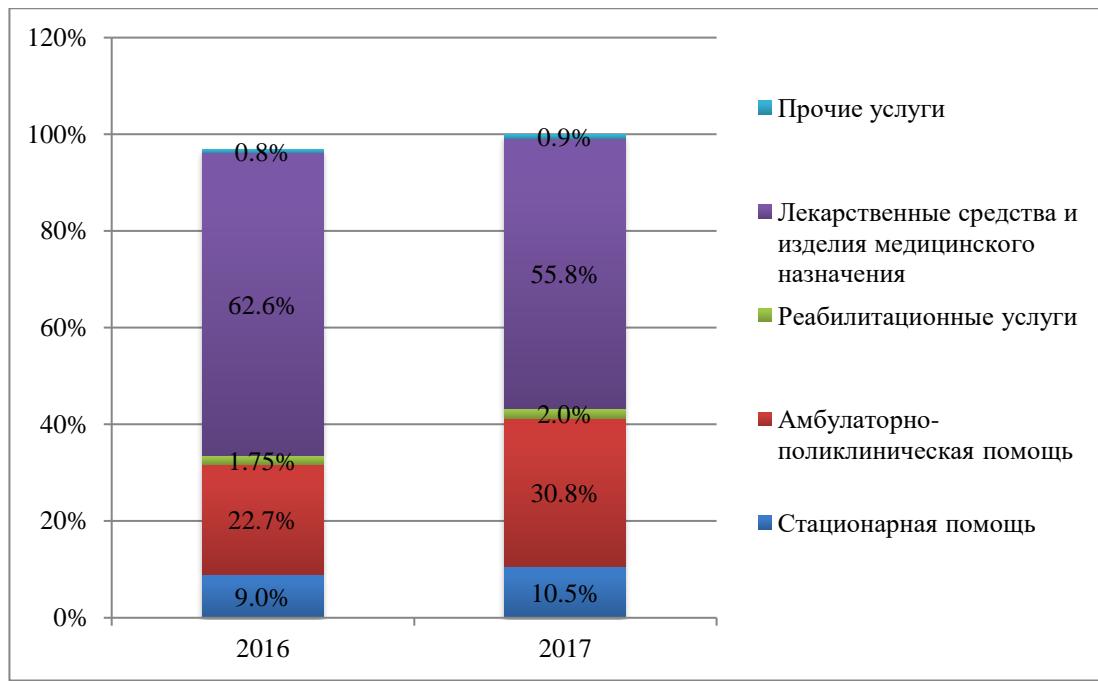


**Рисунок 6. Динамика доли частных расходов здравоохранения в % от текущих расходов на здравоохранение**



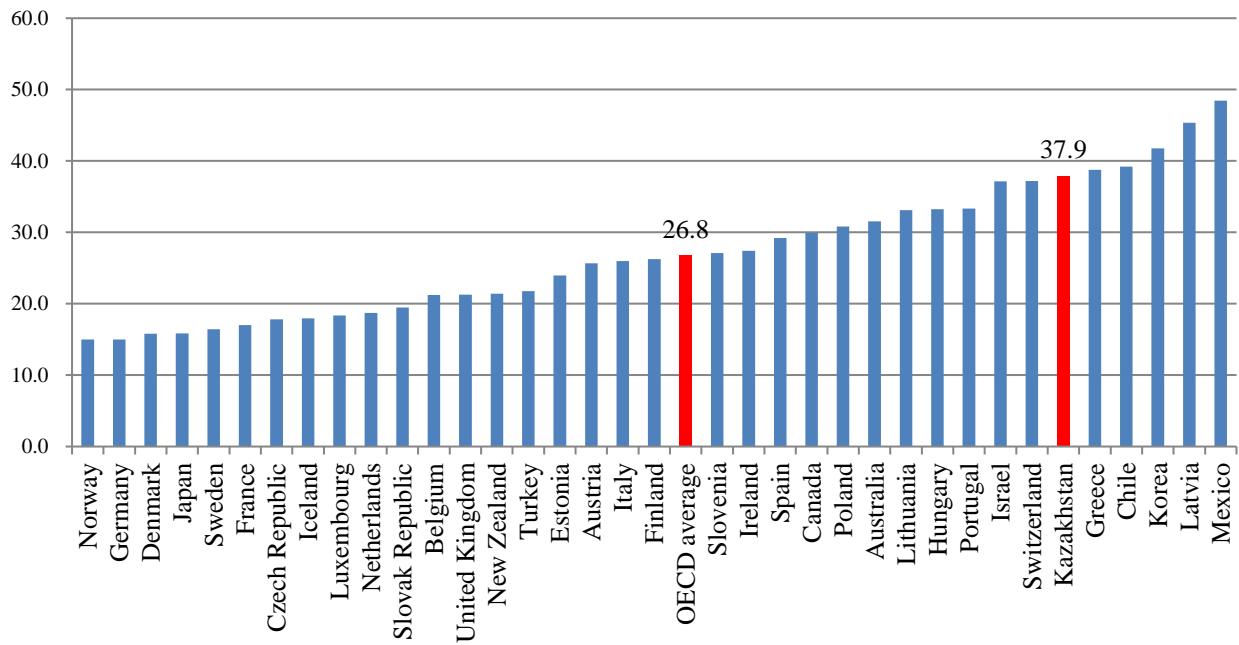
В 2017 году отмечается снижение частных на 2,9% с 645,6 до 626,9 млрд. тенге в nominalном значении и на 9,3% в реальном значении, это обуславливается снижением расходов на фармацевтические, а также медицинские и ортопедические товары. Расходы на медицинские услуги (стационарная, амбулаторная и реабилитационная помощь) в 2017 году выросли на 14,8% по сравнению с предыдущим годом (Рисунки 5-7).

**Рисунок 7 . Частные расходы в 2016 -2017 гг. в разрезе услуг**



Несмотря на понижение частных расходов в 2017 году, их величина по прежнему является больше среднего значения в страна ОЭСР – 26,8% (Рисунок 7).

**Рисунок 8. Частные расходы от текущих расходов на здравоохранение в странах ОЭСР и в Казахстане**



### 2.3 Потребление: обзор расходов по услугам здравоохранения

В структуре учета расходов в области здравоохранения, основополагающий принцип можно сформулировать как “что потреблено, какие товары и услуги предоставлены и профинансиированы”. Не существует однозначной взаимосвязи между функциями здравоохранения, категориями

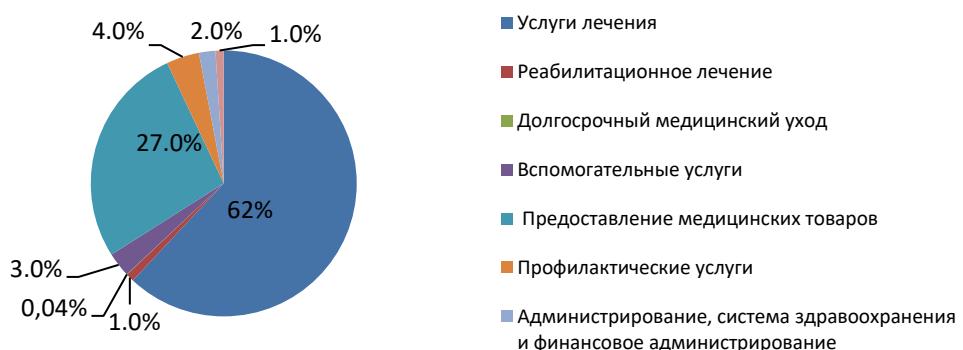
предоставления товаров и услуг и финансирования здравоохранения. Товары и услуги здравоохранения одного и того же вида могут потребляться у разных поставщиков и в то же время оплачиваться в рамках различных схем финансирования. Однако для достижения трехмерной концепции (потребление-предоставление - 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.

**Таблица 2. Структура услуг здравоохранения за 2017 год (в млн. тенге)**

Статьи расходов по классификации услуг здравоохранения	Гос. средства	Частные средства	Всего	%ТРЗ
НС 1 . Услуги лечения	760 363	258 738	1 019 101	62%
НС.2 Реабилитационное лечение	510.8	12 503	13 014	1%
НС.3 Долгосрочный медицинский уход	-	553	553	0,03%
НС.4 Вспомогательные услуги	51 851	-	51 851	3%
НС.5 Предоставление медицинских товаров	102 229	350 163	452 392	27%
НС.6 Профилактические услуги	65 431	-	65 431	4%
НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	31 969	4 917	36 886	2%
НС.0 Прочие медицинские услуги	11 519	-	16 859	1%
<b>Итого</b>	<b>1 023 872,8</b>	<b>626 875</b>	<b>1656087</b>	<b>100%</b>

**Рисунок 9. Распределение расходов по услугам за 2017 год (в % долях)**



В структуре текущих расходов на здравоохранение 61% занимают непосредственно услуги лечения (Рисунок 9). 27% направлялись в 2017 году на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Профилактические расходы обходятся 4% текущих расходов. На вспомогательные услуги направлялось 3% средств, и 1% на прочие

медицинские услуги. Наконец, 2% расходовались в 2016 году на администрирование системы здравоохранения.

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

**Рисунок 10. Распределение расходов по услугам за 2017 год (в % долях) 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 27% от всех расходов на здравоохранение, что является достаточно высоким показателем. Такжеенным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный медицинский уход, который в Корее занимает 16% от всех расходов, а в Канаде – 14%. Для сравнения в Казахстане данный показатель в 2016 году достиг 0,03% (Рисунок 10).

### **НС 1 . Услуги лечения**

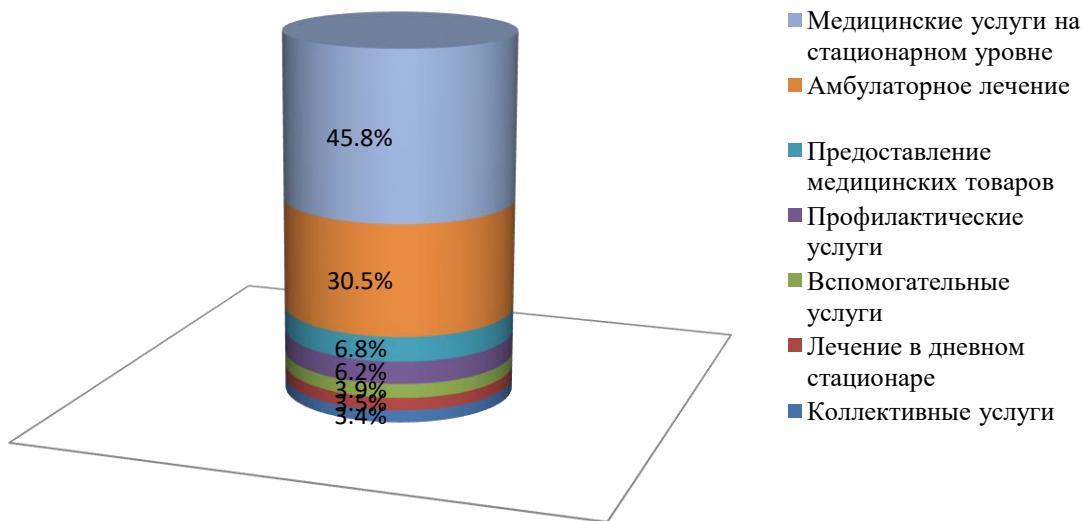
Категория статей расходов «НС 1. Услуги лечения» состоит из медицинских услуг, основным намерением которых является облегчение симптомов заболевания или травмы, уменьшение тяжести заболевания или травмы или защита от обострения и/или осложнения заболевания и/или травмы, которые могут угрожать жизни или 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 3. Структура категории «Услуги лечения» за 2016 год (в млн. тенге)**

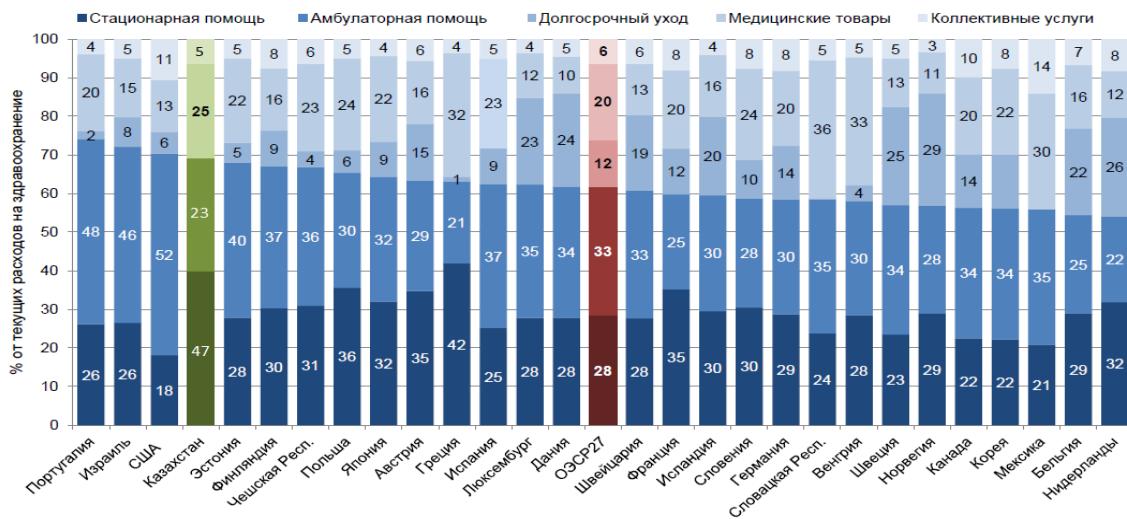
НС 1 . Услуги лечения	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НС.1.1 Медицинские услуги на стационарном уровне	433 546	65 868	499 414	49,0%	30,2%
НС.1.2 Лечение в дневном стационаре	37 860	-	37 860	3,7%	2,3%
НС.1.3 Амбулаторное лечение	288 957	192 870	481 827	47,3%	29,1%
<b>Итого по НС 1 . Услуги лечения</b>	<b>760 363</b>	<b>258 738</b>	<b>1 019 101</b>	<b>100,0%</b>	<b>61,5%</b>

**Рисунок 11. Распределение расходов по услугам за счет средств государственного бюджета за 2016 год (в % долях)**



По итогам 2017 года 30,2% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 29,1% ТРЗ (28,3% в 2016 году) (Рисунок 11), что говорит о преобладании стационарных услуг в структуре финансирования здравоохранения, что отличает Казахстан от статистики ОЭСР, где в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги. Хотя, в сравнении с предыдущим годом отмечается рост расходов на амбулаторную помощь, что говорит о развитии сектора первичной помощи. (Рисунок 12)

**Рисунок 12 . Распределение расходов по видам услуг здравоохранения от ТРЗ в странах ОЭСР в 2016 году<sup>8</sup>**



Источник: Health at Glance OECD 2017

## 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, 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 по учетам НСЗ, в 2017 году расходы на реабилитационные услуги составили всего 1% от всех средств, 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.

<sup>8</sup> Последние доступные данные в базе данных ОЭСР <https://stats.oecd.org/>

### **НС.3 Долгосрочный медицинский уход**

Долгосрочная помощь (медицинская) 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. Об этом подробнее будет рассмотрено в разделе «Предоставление: расходы по видам поставщиков здравоохранения».

В 2017 году в Казахстане были потреблены услуги долгосрочного медицинского ухода только на стационарном уровне и составили 0,03%. В среднем по странам-членам ОЭСР данный показатель в 2016 году составил 14% от ТРЗ. Учитывая важность данных услуг, для приравнения к показателям ОЭСР необходимо увеличить количество организаций в РК, оказывающих услуги долгосрочного ухода. В текущий момент в РК действуют 2 организации сестринского ухода, и обе находятся в городе Алматы. 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 сами по себе: цель заключается в излечении, профилактике болезней и т.п.

В 2017 году среди вспомогательных услуг использовались услуги по транспортировке пациентов и диагностические услуги. 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 2017 году было направлено 2,3% от всех средств, расходованных на здравоохранение. Для сравнения, в странах ОЭСР данный показатель в 2016 году составлял 4,9%. Также отмечается, что в большинстве стран-членов ОЭСР 0,8% от расходов на данный вид услуги составляют частные расходы, в то время как в РК учет ведется только по государственным средствам, частично из-за отсутствия статистических данных.

**Таблица 4. Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги» за 2017 год (в млн. тенге)**

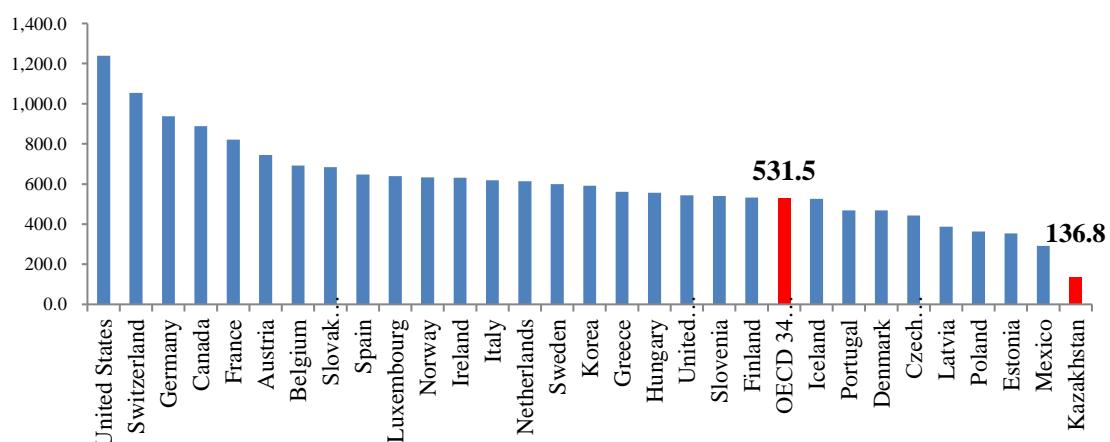
Вспомогательные услуги	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы
Диагностические услуги	155	-	155	0,3%
Транспортировка пациентов	51 696	-	51 696	99,7%
<b>Итого по категории «Вспомогательные услуги»</b>	<b>51 851</b>	<b>-</b>	<b>51 851</b>	<b>100%</b>

### **НС.5 Предоставление медицинских товаров**

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

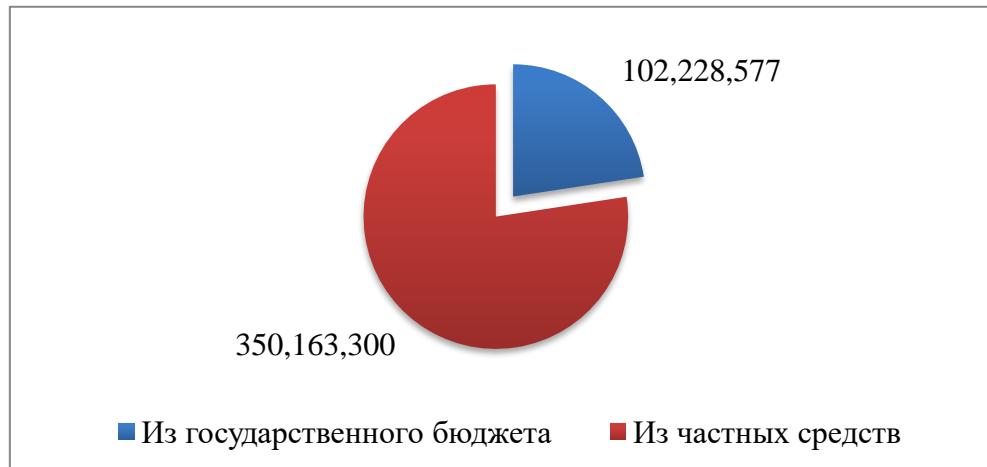
В 2017 году расходы на ЛС и ИМН на 1 душу населения составили 24,9 тыс. тенге, 76,4 долл. США или 127,6 долл. США по ППС. В сравнении со странами ОЭСР на приобретение медицинских товаров в Казахстане, в целом, расходуется намного меньше. Для сравнения, в США данный показатель составляет 1 238,9 долл. США по ППС, что является в 9,1 раза больше, чем в нашей стране, а в Мексике, который имеет самый низкий показатель по данному индикатору среди стран-членов ОЭСР, данный показатель составляет 292,1 долл. США по ППС, что является в 2,1 раза больше чем в РК (Рисунок 13).

**Рисунок 13. Расходы на ЛС и ИМН на душу населения в странах ОЭСР и Казахстане (в долл. ППС)**



Анализ структуры расходов на ЛС и ИМН показывает, что в 2017 году из государственных средств расходовалось в 3,4 раза меньше, чем из частных средств населения и предприятий (Рисунок 14). Однако, стоит отметить что по сравнению с 2016 годом, расходы из бюджета на фармацевтические и медицинские и ортопедические товары выросли на 59%, в то время как за счет частных средств сократились на 13%.

**Рисунок 14. Структура расходов на ЛС и ИМН в 2017 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), и другие.

В 2017 году на данный вид услуг было направлено 65,4 млрд. тенге, что составило 4% от всех расходов. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2016 году на профилактические услуги в среднем по странам-членам ОЭСР было расходовано 2,9% от ТРЗ, среди

которых самый высокий показатель в Канаде - 6% и самый низкий в Словакии – 1,2%.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы предусмотрено создание Службы общественного здравоохранения, приоритетной задачей которой станет активизация, совместно с организациями здравоохранения различных уровней, мероприятий по профилактике и надзору за основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями. Это означает критическую важность усиления профилактических мер для улучшения здоровья населения, повышения качества медицинских услуг, повышения доступности медицинских услуг, в результате рационального распределения денежных средств.

**Таблица 5. Структура категорий статей расходов «Профилактические услуги» за 2017 год (в млн. тенге)**

Профилактические услуги	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы
Информационная, образовательная и консультационная программы	12 196		12 196	18,6%
Программы иммунизации	31 738		31 738	48,5%
Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	4 031		4 031	6,2%
Программа мониторинга состояния здоровья	3 657		3 657	5,6%
Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	13 809		13 809	21,1%
<b>Итого по категории «Профилактические услуги»</b>	<b>65 431</b>		<b>65 431</b>	<b>100,0%</b>

### **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 2016 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.

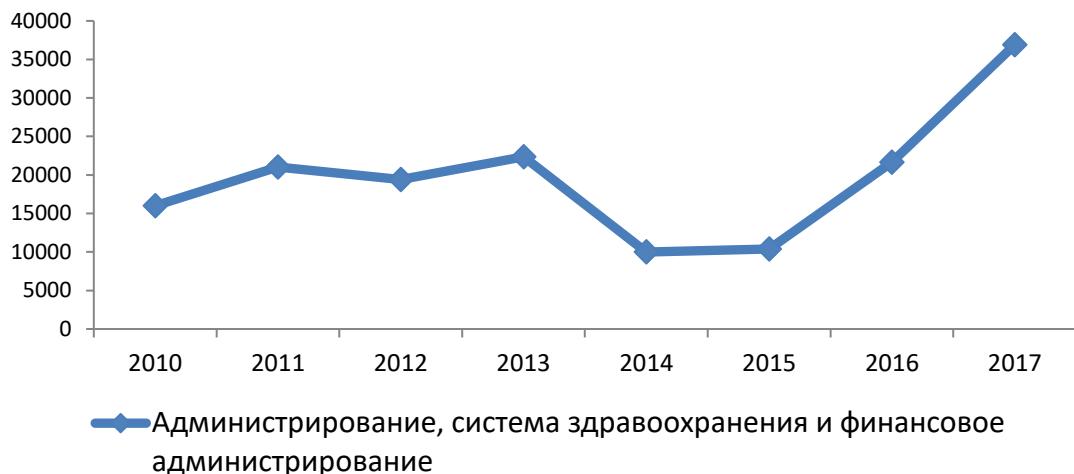
**Таблица 6. Структура категории статей расходов «Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование » за 2016 год (в млн. тенге)**

<i>НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование</i>	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы
НС.7 .1 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	31 767	-	31 767	86%
НС.7 .2 Администрирование финансирования здравоохранения	-	4 917	4 917	13%
<b>Итого</b>	<b>31 969</b>	<b>4 917</b>	<b>36 886</b>	<b>100%</b>

В НСЗ РК в 2017 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

Как показывает Рисунок 15, трудно отследить тенденцию расходов на администрирование. Это, в основном, обусловлено разностью компонентов, включающих в данную статью ежегодно, в зависимости от направления политики, внедряемых реформ и т.д.

**Рисунок 15. Расходы на администрирование, систему здравоохранения и финансовое администрирование за 2010-2017 годы**



### **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 1 % от всех расходов.

### **2.4 Предоставление: 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.

Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 10 основных категорий статей расходов здравоохранения (Таблица 7).

**Таблица 7. Структура поставщиков услуг здравоохранения за 2017 год (в млн. тенге)**

Статьи расходов по классификации услуг здравоохранения	Гос. средства	Частные средства	Зарубежные трансферты	Всего	%ТРЗ
HP.1 Стационары	436 482	83 998		520 480	31%
HP.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг	319 163	187 797		506 960	31%
HP.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги	51 696	-		51 696	3%
HP.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	101 200	350 163		451 363	27%
HP.6 Организации, оказывающие профилактические услуги	65 431	-		65 431	4%
HP.7 Организации управления здравоохранением	31 969	4 917		36 886	2%
HP.8 Прочие сектора экономики	6 412	-		6 412	0%
HP.9 Остальной мир	-	-		-	0%
HP.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг	11 519	-	5 340	16 859	1%
<b>Итого</b>	<b>1 023 873</b>	<b>626 875</b>	<b>5 340</b>	<b>1 656 087</b>	<b>100%</b>

### **HP.1 Стационары**

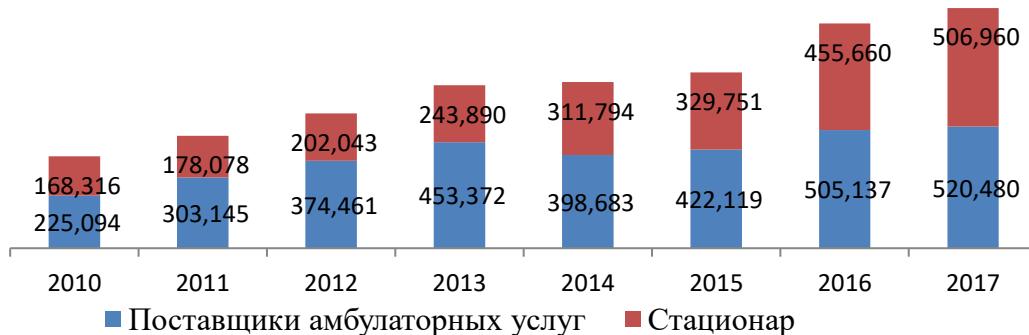
К поставщикам данной категории относятся лицензированные учреждения, занимающиеся, главным образом, предоставлением медицинских, диагностических и лечебных услуг стационарным пациентам, включая услуги врачей, медсестер и прочие медицинские услуги, а также специализированные услуги по размещению, необходимые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

**Таблица 8. Структура распределения категории НР.1 Стационары за 2017 год (в млн. тенге)**

НР.1 Стационары	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.1.1 Больницы общего профиля	300 477	83 998	384 475	74%	23%
НР.1.2 Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	13 482		13 482	3%	1%
НР.1.3 Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	122 523		122 523	24%	7%
<b>Итого по НР.1 Стационары</b>	<b>436 482</b>	<b>83 998</b>	<b>520 480</b>	<b>100%</b>	<b>31%</b>

В стационаре преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуются 74% от всей суммы стационарных услуг, и 23% от ТРЗ. Для сравнения, данный показатель по странам ОЭСР в 2016 году составил 96,1% от всех расходов на стационарные услуги (**Рисунок 16**).

**Рисунок 16. Расходы поставщиков стационарных и амбулаторных медицинских услуг в динамике за 2011-2017 годы (в млн. тенге)**



Важно отметить, что, несмотря на преобладание расходов на стационарные услуги в динамике за 2011-2017 годы, можно заметить, что расходы данных поставщиков большими темпами идут на приравнивание, что может быть следствием правильного выбора политики здравоохранения.

### **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.

#### ***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, медицинские и диагностические лаборатории и прочие поставщики вспомогательных услуг. Такие специализированные поставщики могут выставлять счета пациентам напрямую за оказанные услуги или оказывать эти вспомогательные услуги как натуральное вознаграждение в рамках контракта о предоставлении специальных услуг.

#### ***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, а также подгонка и ремонт, производимые параллельно с продажей. Данная категория состоит из трех подкатегорий.

#### ***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/программы, а также специализированные учреждения, оказывающие первичную профилактику в качестве основного вида деятельности. Сюда входит пропаганда здорового образа жизни и условий жизни в школах специальными внештатными медицинскими работниками, агентствами или организациями

#### ***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 в 2017 году поставщикам подобного типа отнеслись медицинские университеты, такие как РГП на ПХВ "Западно - Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова" с наблюдательным советом Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ТОО "Медицинский центр МУА", РГП на ПХВ "Государственный мед-кий университет г. Семей" МЗ РК и РГП на ПХВ "Карагандинский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

### **НР.9 Остальной мир**

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

В Казахстане в 2017 году поставщикам подобного типа отнеслось Министерство здравоохранения РК, финансирующее лечение за рубежом.

### **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»

### **2.5 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 медицинской 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 (нпр., 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 9).

**Таблица 9. Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг (в тыс. тенге)**

Коды по ССЗ 2011		Наименование расходов	2017
<b>FP. 1</b>		<b>Компенсационные расходы работникам</b>	<b>633 555 678</b>
	FP. 1.1	Заработка плата	580 037 352
	FP. 1.2	Социальные выплаты	50 574 752
	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	2 943 574
<b>FP. 3</b>		<b>Материалы и услуги</b>	<b>488 560 923</b>
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	258 937 682
	FP. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	89 040 387
	FP. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	140 582 854
<b>FP. 4</b>		<b>Потребление основного капитала</b>	<b>60 123 856</b>
<b>FP. 5</b>		<b>Прочие расходы, затраченные на "входы"</b>	<b>46 112 740</b>
	FP. 5.1	Налоги	7 101 200
	FP. 5.2	Прочие расходы	39 011 540
<b>Итого</b>			<b>1 228 353 197</b>

### ***FP.1 Оплата труда работников***

Оплата труда работников относится к общему вознаграждению в денежной или в натуральной форме, уплачиваемому предприятием работнику в обмен на труд, предоставленный им в отчетном периоде. Она включает в себя оклады и заработную плату и все формы социальных благ, оплату за сверхурочную или ночную работу, премиальные, пособия, а также стоимость таких платежей в натуральной форме, как предоставление униформы для медицинского персонала.

Оплата труда работников измеряет вознаграждение всех лиц, нанятых поставщиками медицинских услуг, 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, а 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.

### ***FP.2 Вознаграждение самозанятых специалистов***

Категория FP.2 предназначена для учета независимых самозанятых специалистов, занимающихся профессиональной медицинской деятельностью. 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. Несмотря на частоту, актуальность и значимость работы, проводимой квалифицированными независимыми практикующими специалистами в здравоохранении, в большинстве руководств не предложены и не достигнуты полные стандарты измерения.

В НСЗ РК не ведется учет расходов по данной статье расходов из-за отсутствия соответственных данных.

### ***FP.3 Использованные 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.

Материалы относятся ко всем медицинским и немедицинским первичным ресурсам, необходимым для многочисленных видов производственной деятельности, которая должна осуществляться в системе здравоохранения. Сюда входят как такие высокоспециализированные материалы, как фармацевтические препараты и материалы для клинических лабораторных исследований, так и такие материалы универсального назначения, как бумага и ручки. Также включаются испортившиеся, потерянные, случайно поврежденные или украденные материалы.

Материалы, используемые в течение более одного производственного периода, классифицируются как капитал (оборудование и т.п.) и потому исключаются из данной классификации. Обычно материалы дешевле, чем капитальное оборудование, такое как станки и оборудование.

Потребленные услуги обычно относятся к общим услугам, предоставленные немедицинскими отраслями, такими как охрана и оплата за аренду помещений и оборудования, а также их текущий ремонт и уборку. Они могут также включать такие услуги здравоохранения, как лабораторные анализы, диагностическая визуализация результатов исследований и транспортировка пациента.

С точки зрения политики, одним из наиболее важных типов материалов являются фармацевтические препараты, для которых создана специальная подкатегория.

#### ***FP.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 обычные и случайные 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.

#### ***FP.5 Прочие статьи расходов на исходные ресурсы***

Данная статья включает в себя все финансовые затраты, такие как процентные выплаты по займам, налоги и так далее.

##### ***FP.5.1 Налоги***

Согласно определению СНС, налоги являются обязательными, безвозмездными платежами в денежном или натуральном выражении, выплачиваемыми субъектами экономической деятельности государственным учреждениям. Статья FP.5.1 “Налоги” в счете факторных затрат включает в себя налоги на производство и налоги на продукцию.

##### ***FP.5.2 Прочие статьи расходов***

Прочие статьи расходов включают в себя все транзакции, относящиеся к статьям, не вошедшие в другие категории. Ученые 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

### 3. ДИНАМИКА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2017 ГОДЫ

Настоящая глава включает в себя обзор экономических показателей здравоохранения и показателей расходов на здравоохранении в 2010-2017 годы, а также последующий анализ.

**Таблица 10. Экономические показатели и показатели расходов на здравоохранение в 2010-2017 годы (в млрд. тенге)**

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>ВВП</b>	21 815,5	28 243,1	31 015,2	35 999	39 675,8	40 884,1	46 971,1	53 101,3
<b>Расходы гос. бюджета</b>	4 457,2	5 423,3	6 269	6 852,7	7 791,9	8 227,10	9 433,7	12 485,4
<b>Текущие расходы на здравоохранение</b>	594,9	760,2	938,6	959,9	1 073,60	1 244,40	1 612,3	1 656,1
<b>Общие расходы на здравоохранение</b>	876	955,9	1 165,60	1 281,50	1433,1	1484,8	1761,5	1759
<b>ТРЗ от ВВП</b>	2,7%	2,7%	3,0%	2,7%	2,7%	3,0%	3,4%	3,1%
<b>ОРЗ от ВВП</b>	4,0%	3,4%	3,8%	3,6%	3,6%	3,6%	3,8%	3,3%
<b>Гос. расходы на здравоохранение</b>	402,3	520,4	642	664,9	738,1	783	948	1 023,9
<b>Гос. расходы от ВВП</b>	1,8%	1,8%	2,1%	1,8%	1,9%	1,9%	2,0%	1,9%
<b>Гос. расходы на здрав. от гос. бюджета</b>		11,5%	11,70%	11,6%	11,0%	10,5%	11,0%	9,0%
<b>Частные расходы на здравоохранение</b>	170,5	235,4	294	292,2	332,3	456,8	645,6	626,9
<b>Частные расходы от ВВП</b>	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	1,4%	1,2%
<b>Доля гос. расходов от ТРЗ</b>	67,6%	68,5%	68,4%	64,6%	68,7%	62,9%	59,1%	61,8%
<b>Доля гос. расходов от ОРЗ</b>	45,9%	54,4%	55,1%	51,9%	51,5%	52,7%	53,8%	58,0%
<b>Доля частных расходов от ТРЗ</b>	28,7%	31,0%	31,5%	30,4%	31,0%	36,7%	40,2%	37,9%
<b>Доля прямых платежей населения от ТРЗ</b>	27,7%	26,2%	28,3%	25,9%	26,2%	32,1%	35,7%	33,2%
<b>Доля прямых платежей населения от ОРЗ</b>	18,8%	20,8%	22,8%	24,8%	19,6%	26,9%	32,6%	31,3%
<b>Доля частных расходов от ОРЗ</b>	19,5%	24,6%	25,2%	26,8%	25,3%	30,8%	36,7%	36,0%
<b>Прямые платежи населения</b>	164,9	199,2	265,8	248,8	280,9	399	573,4	550,1
<b>Расходы на стационарные услуги</b>	202	286,4	354,4	424,2	402,8	402	492,6	499,4
<b>Расходы на услуги дневного стационара</b>	10	15,4	20,6	15,8	21,6	25,8	32,9	37,9
<b>Расходы на амбулаторные услуги</b>	115,6	189,2	252,1	246,6	405,5	350,1	455,4	481,8
<b>Номинальные ТРЗ на душу населения</b>	36,2	45,6	55,5	55,9	61,6	70,4	90,0	91,2
<b>Реальные ТРЗ на душу населения, цены 2010г.</b>	36,2	42,4	48,8	46,9	49,4	50,6	59,6	56,4

Анализ и сравнение индикаторов показывает рост ВВП почти в 2,5 раза в 2017 году и расходов государственного бюджета в 3 раза в сравнении с

началом исследуемого периода. Кроме того текущие расходы увеличились почти в 3 раза с 594,9 млрд. тенге до 1 трлн. 656 млрд. тенге за данный временной промежуток (Таблица 10).

Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Так, рост реальных расходов здравоохранения значительно ниже. К примеру, рост реальных расходов на здравоохранение на 1 жителя в период с 2010 по 2016 годы составил всего 1,6 раза. При этом, в номинальном выражении данный показатель увеличился в 2,5 раза.

**Рисунок 17. Динамика ВВП и расходов государственного бюджета за 2010-2016 гг (в млн. тенге)**



**Рисунок 18. Государственные, частные и текущие расходы на здравоохранение**

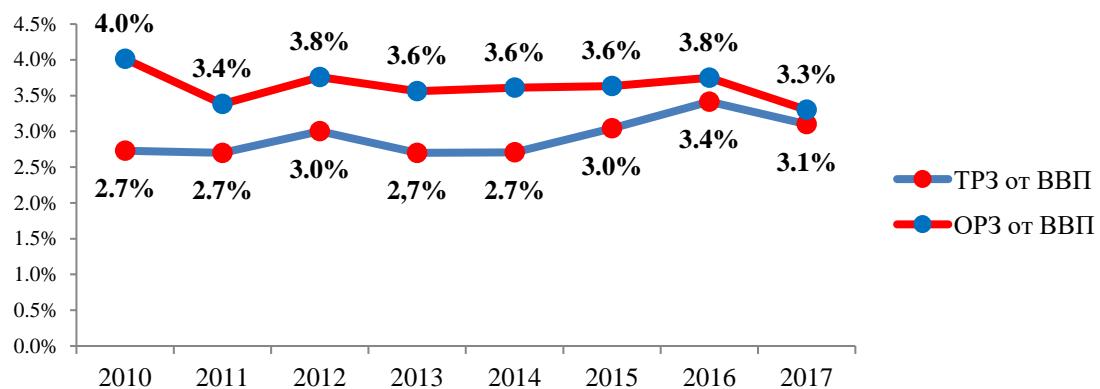


Несмотря на рост ВВП и расходов государственного бюджета соотношение расходов на здравоохранение к ВВП остается в пределах 3-4% в период с 2010 по 2017 годы (Рисунок 17). В 2017 году отмечено понижение доли расходов на здравоохранения от ВВП. Это связано с ростом ВВП на 13%, снижением частных расходов на 3% по сравнению с предыдущим

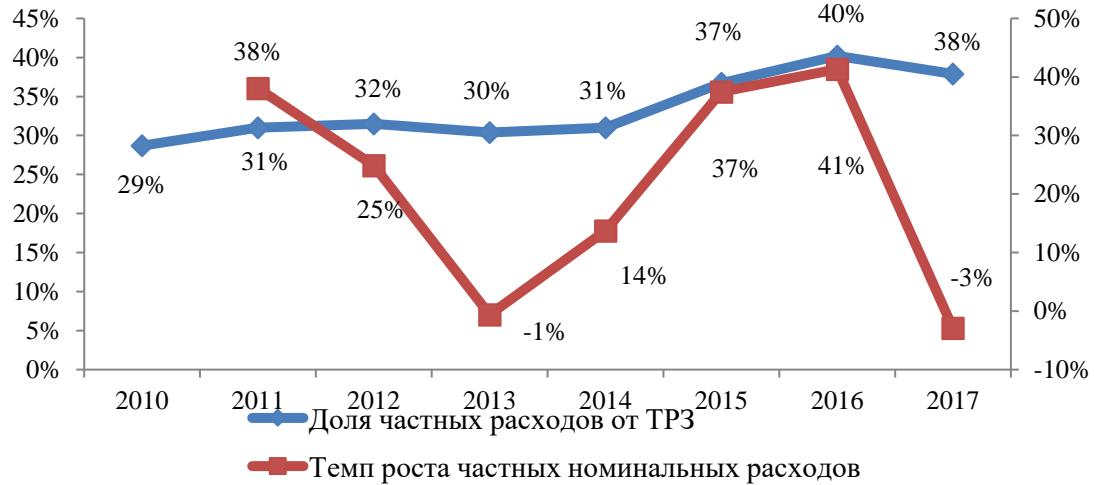
годом, а также незначительный рост средств государственного бюджета выделенных на здравоохранение на 8%.

Отмечается, что доли государственных расходов на здравоохранение от ВВП остаются на уровне 1,8-2% за последние 8 лет, как и процент государственных расходов выделяемых на здравоохранение от общих государственных расходов оставался на уровне 10-11% от ВВП в 2010-2016 годы и в 2017 году снизился до 9%.

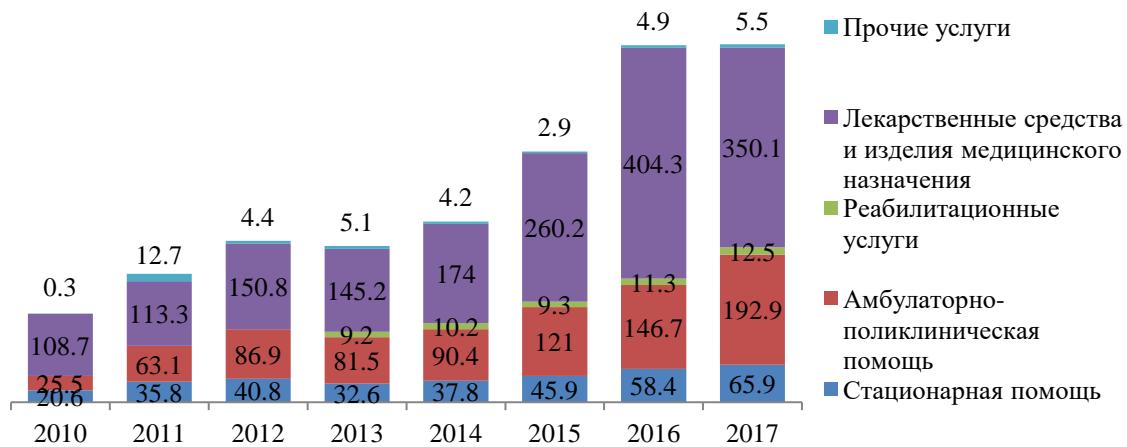
**Рисунок 19. Динамика процентных соотношений ТРЗ и ОРЗ от ВВП (в %)**



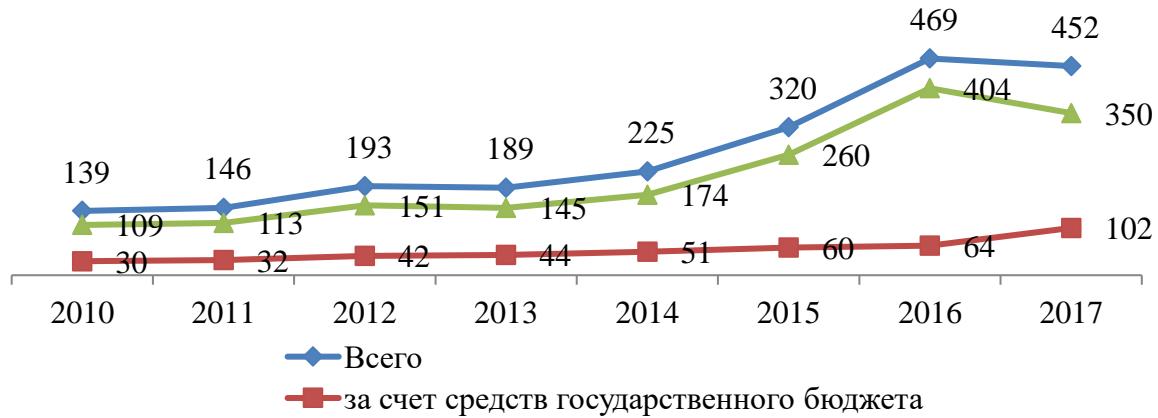
В период 2010-2017 гг. частные расходы колебались вокруг значения в 0,8-1,2% от ВВП, или 29-40% от текущих расходов на здравоохранение. Средний ежегодный прирост номинальных частных расходов составлял 19,5%. Однако в 2013 году наблюдается спад на -1% по сравнению с 2012 годом (Рисунок 20). Данное явление 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.

**Рисунок 20. Динамика частных расходов на здравоохранение**

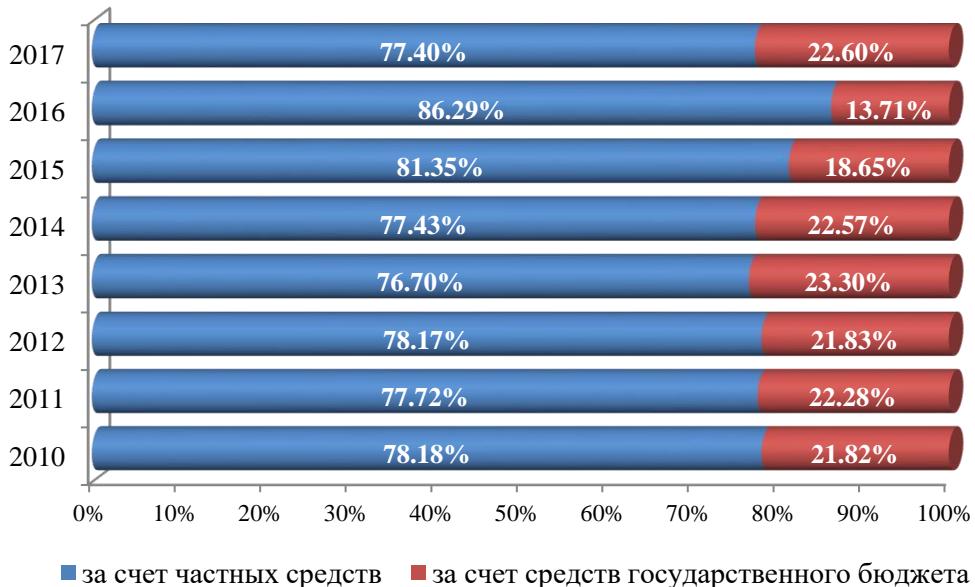
В 2017 году частные расходы сократились на 3% по сравнению с предыдущим годом. Это связано со снижением расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения за счет личных средств населения на 13%, однако, расходы на лечебную помощь (стационарная, реабилитационная и амбулаторная помощь) преимущественно выросли в 2017 году по сравнению с предыдущим годом (Рисунок 21).

**Рисунок 21. Частные расходы на здравоохранение в разрезе услуг в динамике с 2010 по 2017 годы (в млрд. тенге)**

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 21, расходы на лекарства ежегодно увеличивался с 2010 года, но исключение составил 2013 год, когда данный показатель снизился на 3,6 млрд. тенге по сравнению с 2012 годом. В частности, снижение было заметно в частных расходах на приобретение фармацевтических и медицинских товаров. 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 59% в сравнении с предыдущим годом (Рисунок 22).

**Рисунок 22. Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2017 годы (в млрд. тенге)**

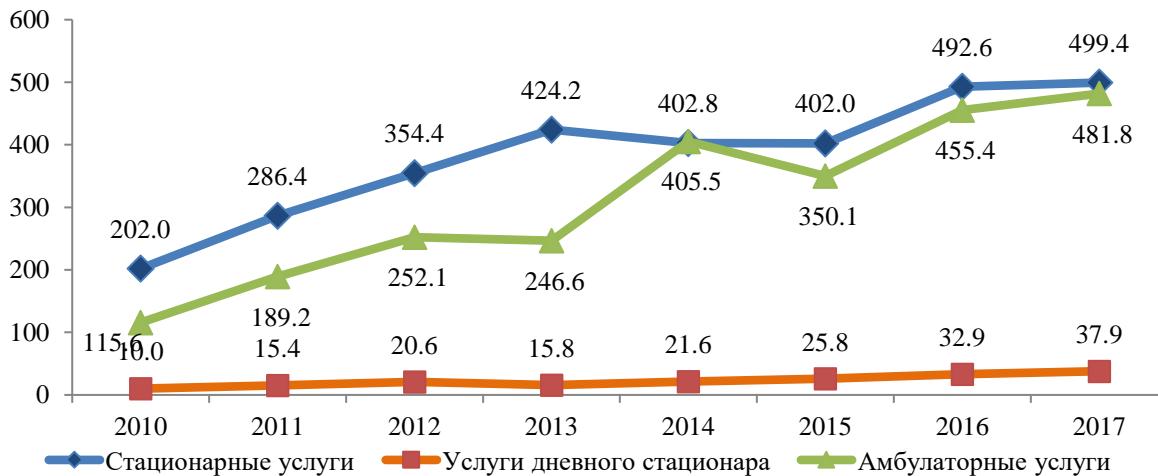
Как показывает анализ структуры расходов на ЛС и ИМН за 2010-2015 годы, государственные расходы составляли в среднем 1/5 часть всех расходов на приобретение медицинских товаров. Остальные 80% расходов покрывались непосредственно средства из карманов населения. Но в 2016 году ситуация ухудшилась, и государством было покрыто всего 13,7% всех расходов на приобретение медицинских товаров (Рисунок 23).

**Рисунок 23. Структура расходов на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2017 годы**

Анализ и сравнение показателей расходов на здравоохранение в разрезе медицинских услуг показал, что в 2017 году расходы на стационарную помощь по сравнению с 2010 годом возросли в 2,5 раза, в то время, как в 2013 и 2014 годах они сократились в 0,9 раза. Расходы на амбулаторные услуги увеличились в 2017 году почти в 4 раза в сравнении с началом исследуемого периода. Также отмечается прогрессивный рост на амбулаторную помощь и услуги дневного стационара и небольшой рост расходов на стационарную помощь в сравнении с предыдущим годом, что

является результатом проведённых реформ, направленных на увеличение расходов на амбулаторную помощь (Рисунок 24).

**Рисунок 24. Динамика расходов на здравоохранение по видам медицинской помощи (в млн. тенге)**

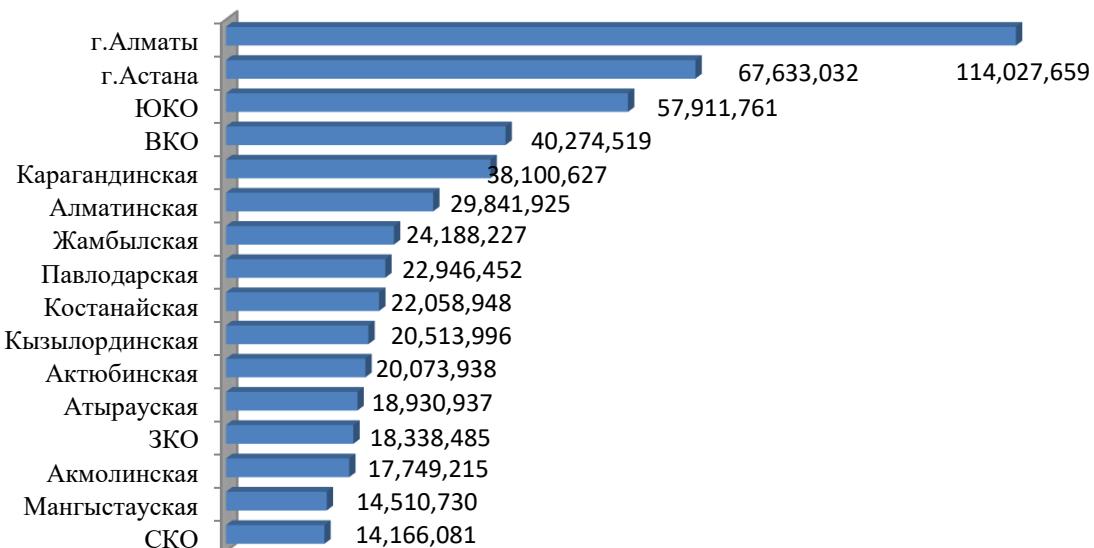


#### 4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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 2*.

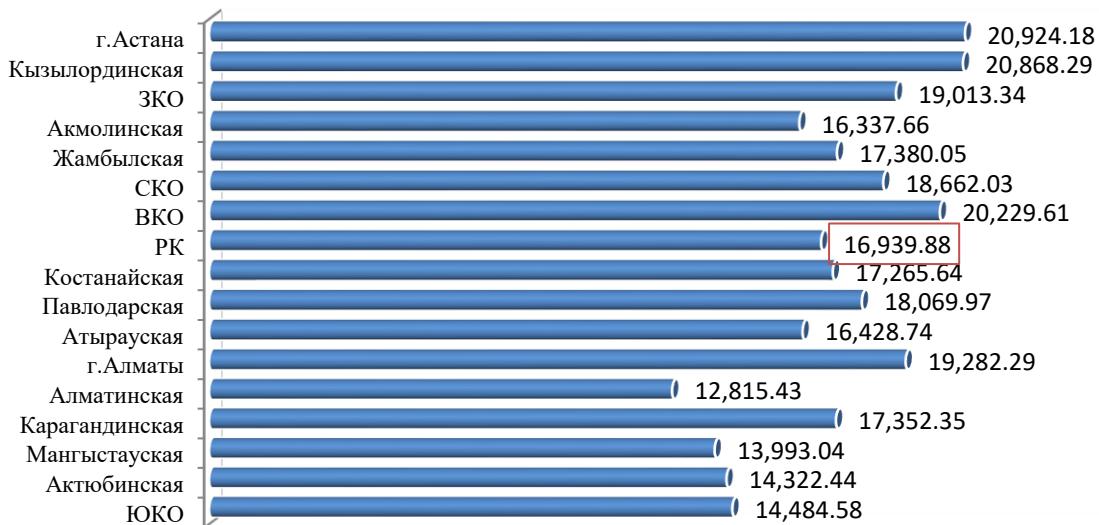
Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2017 года показал, что наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 114,0 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Северо-Казахстанской области, где затраты на здравоохранения составили 14,2 млрд. тенге (Рисунок 25).

**Рисунок 25. Общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2017г. (тыс. тенге)**



Текущие расходы на 1-го жителя в 2017 году в среднем по РК составили 16 429 тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Алматинской области – **12 815** тенге, наивысший в г.Астана – 20 924 тенге (Рисунок 26).

**Рисунок 26. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2017 году, на 1 жителя, тенге**



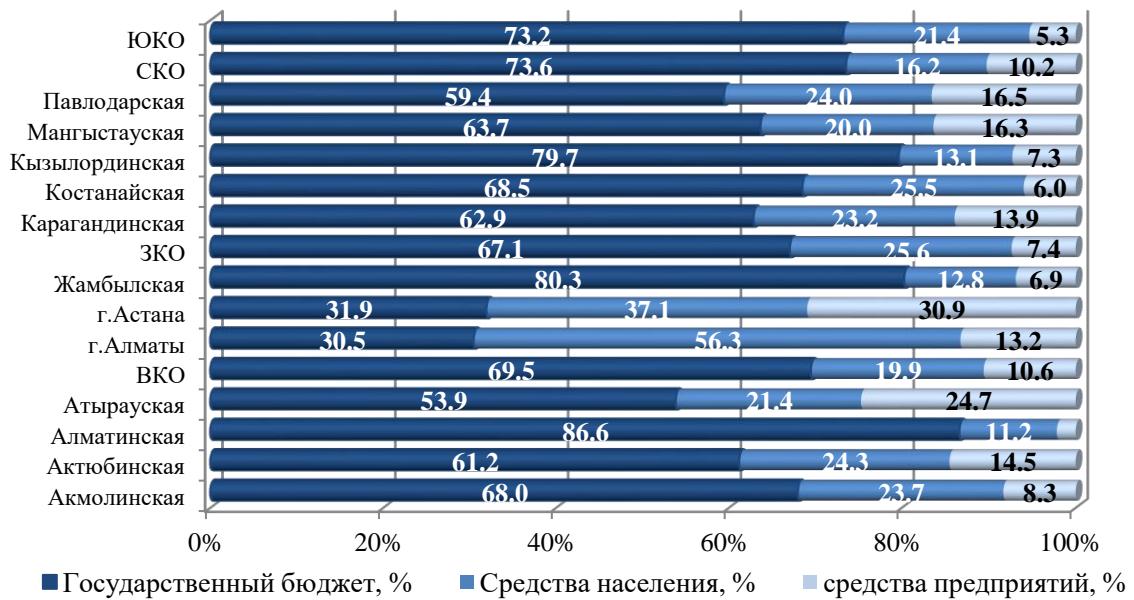
Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования.

По итогам 2017 года можно отметить, что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Алматинской области -86,6%, также в Жамбылской области – 80,3%, Кызылординской области – 79,7% и Северо-Казахстанской области -73,6%. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в г. Алматы – 30,5%.

Наибольшая доля расходов населения отмечается в г. Алматы – 56,3%. Наименьший удельный вес расходов за счет средств населения наблюдается в Алматинской области и составляет 11,2%.

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Астане составил 30,9%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Атырауская область – 21,4% (Рисунок 27).

**Рисунок 27. Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу**



По итогам 2017г. общие затраты государственного бюджета на здравоохранение в регионах Казахстана наибольший объем расходов за счет средств государственного бюджета приходится на Южно-Казахстанскую область – 42,4 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Атыраускую и Мангистаускую области – 10,2 млрд. тенге и 9,2 млрд. тенге соответственно (Рисунок 28).

**Рисунок 28. Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2017г. (тыс. тенге)**

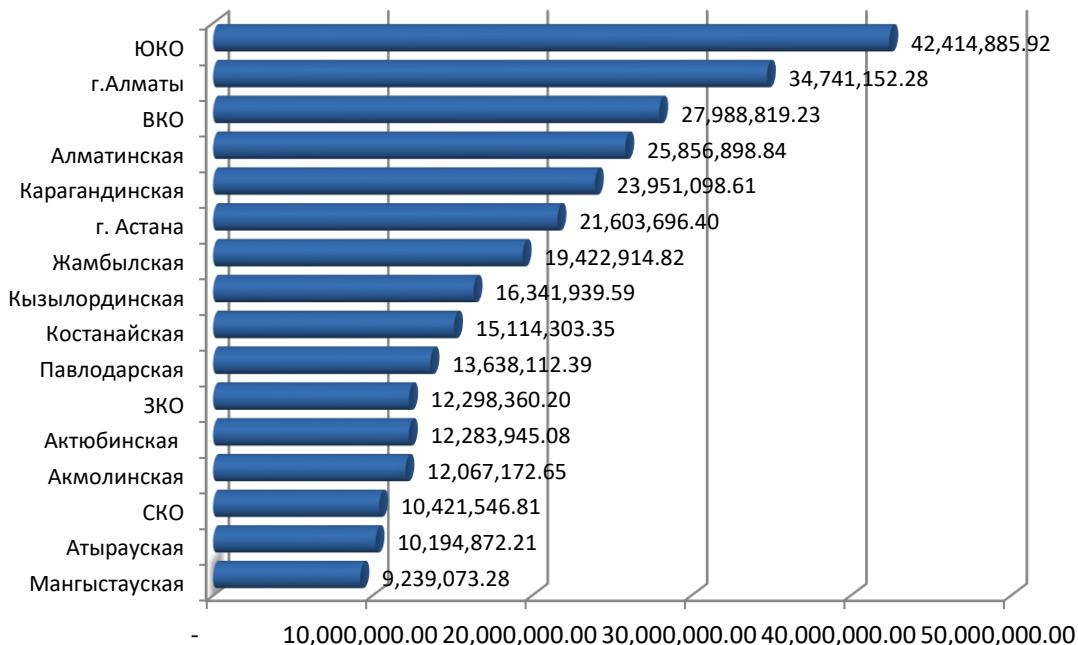
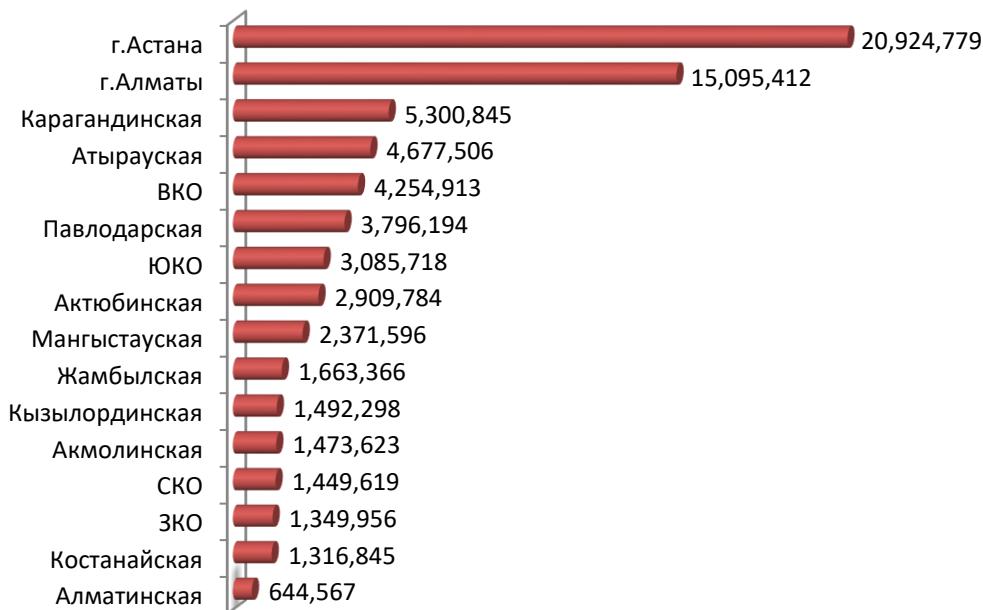


Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступаемых от предприятий. Поступления от предприятий показаны на Рисунке 29. Наибольший объем расходов предприятий показал г. Астана – 20,9 млрд. тенге, далее г. Алматы – 15,1 млрд. тенге. Наименьший

показатель отмечен в Алматинской области – 644,6 млн. тенге (Рисунок 29). В целом по сравнению с 2016 годом объем добровольных медицинских взносов от предприятий вырос на 5,5 млрд. тенге или на 8,2%.

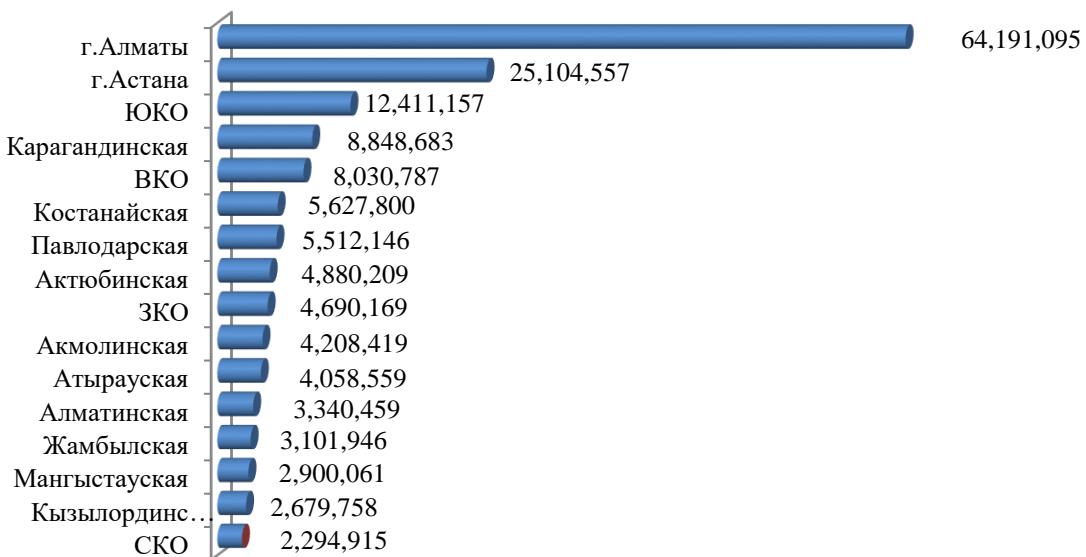
**Рисунок 29. Схемы медицинских взносов, поступаемых от предприятий (тыс. тенге).**



#### HF.3 Частные расходы домохозяйств

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 29,9% от общих расходов на здравоохранение. Частные расходы домохозяйств показаны на Рисунке 30.

**Рисунок 30. Расходы домохозяйств в разрезе регионов в 2017г. (тыс. тенге)**



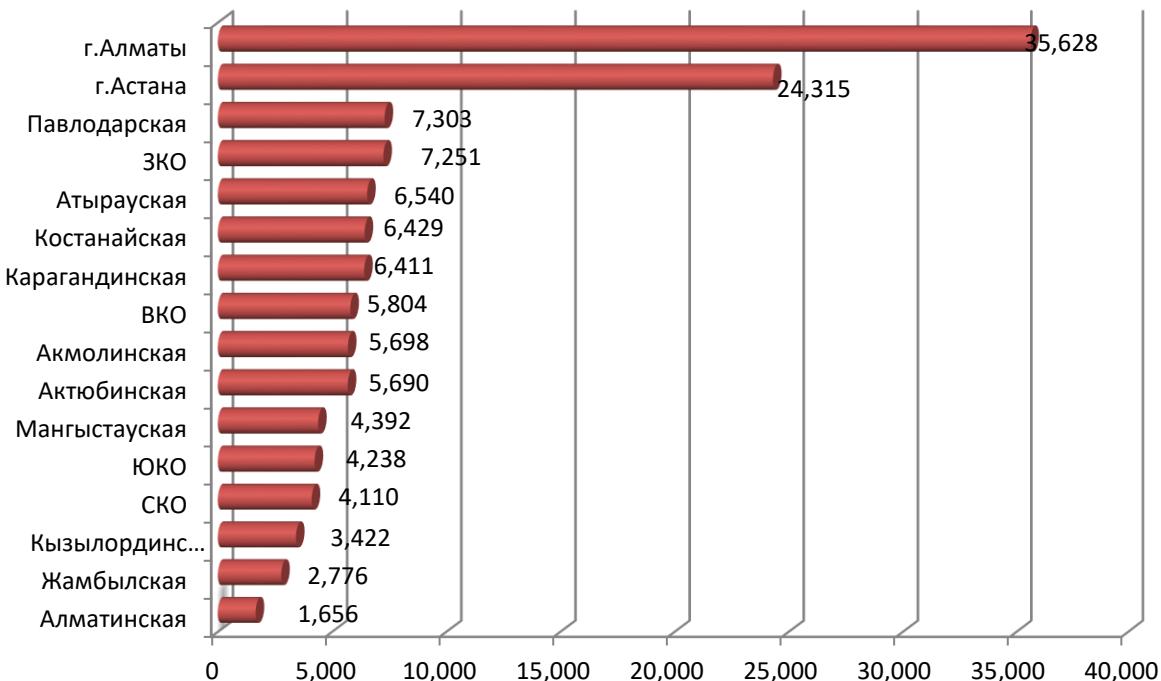
Наибольший объем частных расходов показывает г. Алматы – 64,2 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом более чем в 2 раза следует г. Астана, где частные расходы домохозяйств составляют 25,1 млрд. тенге.

Наименьший объем частных расходов отмечается в Северо-Казахстанской области – 2,3 млрд. тенге.

Необходимо отметить, что по сравнению с 2016 годом частные расходы на получение медицинской помощи значительно снизились. Так, если совокупный объем частных расходов по республике в 2016 году составлял 573,4 млрд. тенге, то в 2017 году составил 161,9 млрд. тенге.

Расход на одного жителя в городах Астана и Алматы в 4-5 раз выше по сравнению с другими городами.

**Рисунок 31. Частные расходы домохозяйств на одного жителя в разрезе регионов (тенге)**



Также, необходимо отметить, что населению были оказаны социальные услуги с предоставлением (и без предоставления) места проживания на общую сумму 1 976,5 млн. тенге. Это составляет 0,8% от общего объема полученных услуг домохозяйствами и предприятиями республики.

Согласно структуре расходов на услуги лечения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 34,5% до 75,7% всех расходов на услуги лечения по Республике. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2017г. являлась Жамбылская область (75,7%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в г.Алматы (34,5%).

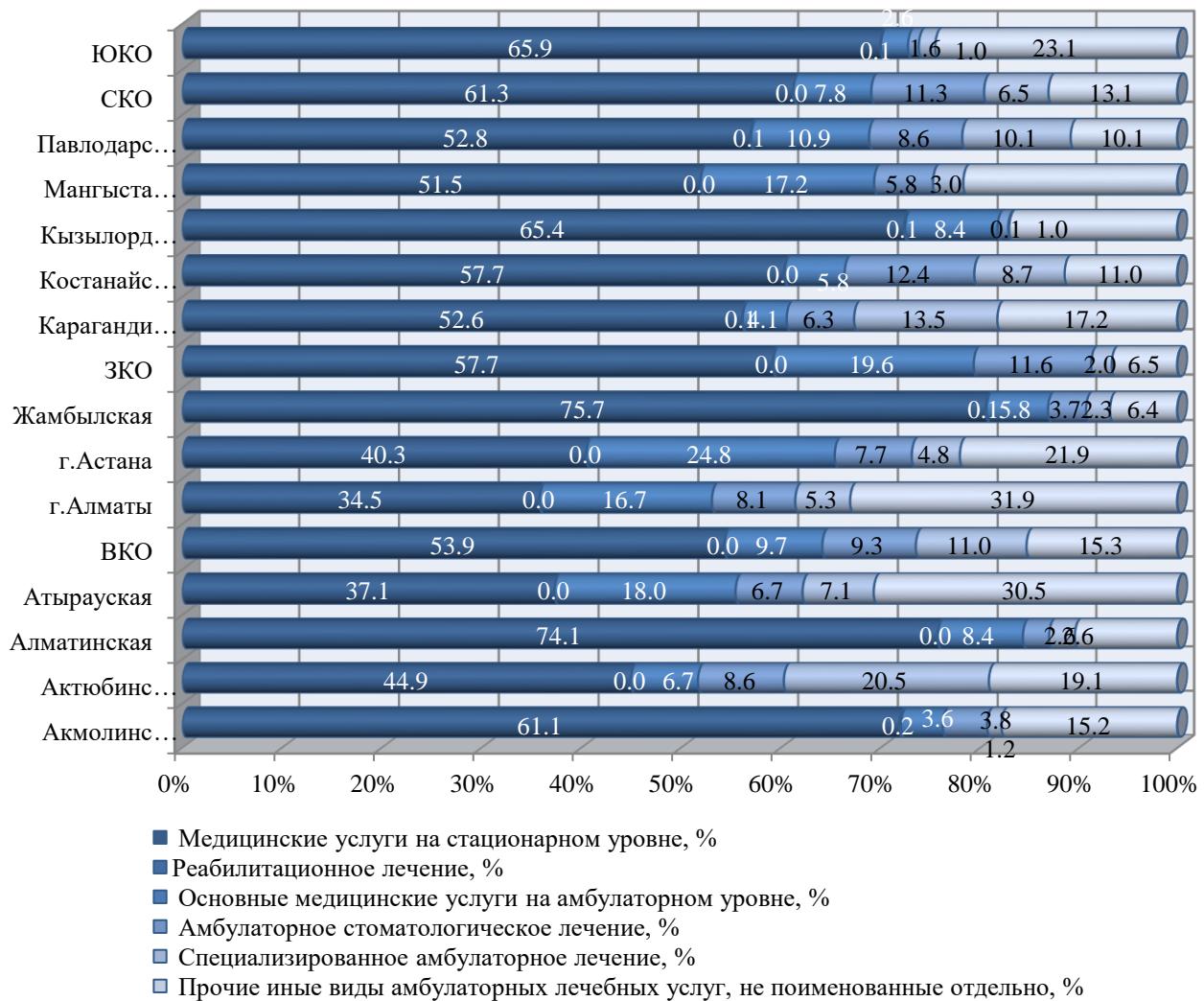
На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2017г. было направлено от 2,6% до 24,8% всех расходов на услуги лечения. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в г.Астана (24,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Южно-Казахстанской области (2,6%).

На стоматологическое лечение в 2016г. было направлено от 1% до 12,4% всех расходов на услуги лечения. Так, 1% расходов услуг лечения

было направлено на стоматологическое лечение в Южно-Казахстанской области, 12,4% - Костанайской области.

Реабилитационное лечение занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги (до 0,2%) (Рисунок 32).

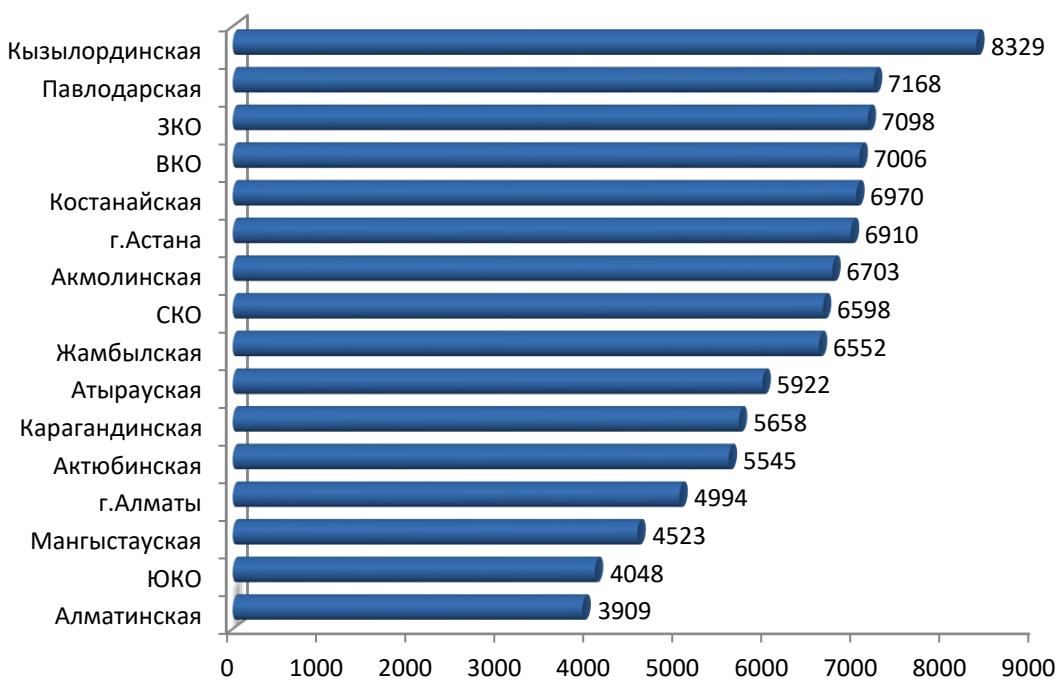
**Рисунок 32 – Структура расходов на услуги лечения в разрезе регионов РК в 2017 году, в % к сумме**



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

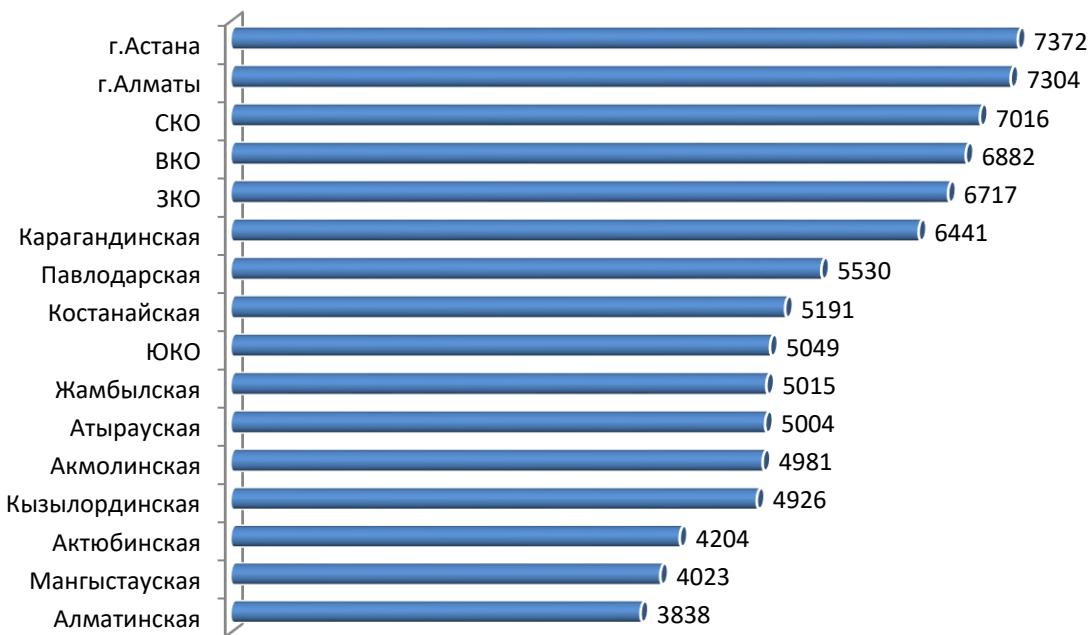
Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь амбулаторной и стационарной помощи. При этом в расчете на 1 жителя максимальный объем доходов поставщиков услуг больниц общего профиля приходится на Кызылординскую область – 8 329 тенге, минимальный в Алматинской области – 3 909 тенге. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет более чем 2 раза (Рисунок 33).

**Рисунок 33. Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.**



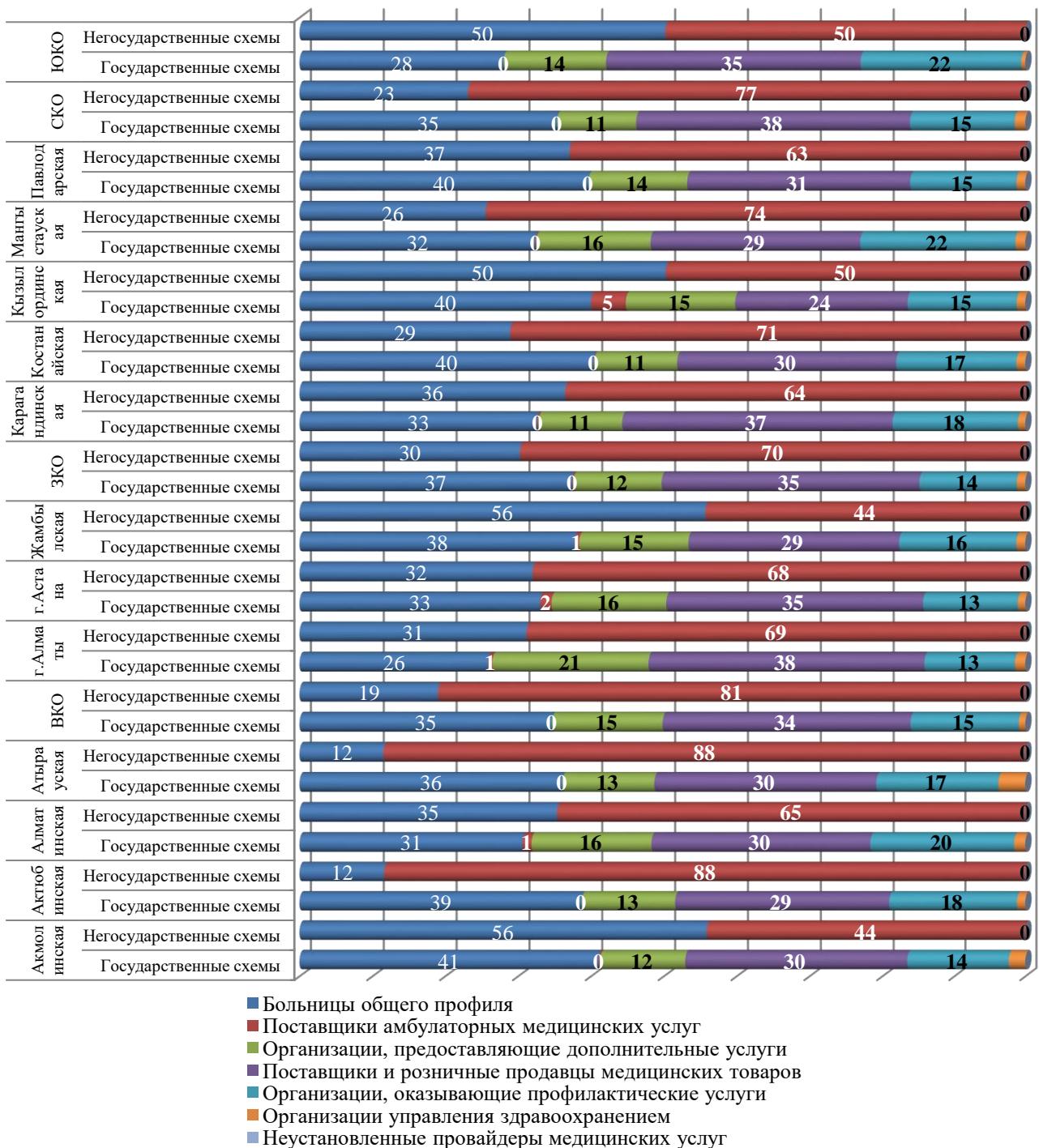
Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования, минимальный объем в Алматинской области 3 838 тенге и максимальный объем в городах Астана и Алматы – 7 372 тенге и 7 304 тенге соответственно. (Рисунок 34).

**Рисунок 34. 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, а также на организации, оказывающие профилактические услуги.

**Рисунок 35. Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в разрезе регионов**



## Выводы и заключительные замечания

В 2017 году общие расходы на уровне местного бюджета на здравоохранение значительно сократились по сравнению с 2016 годом. Это связано с переходом некоторых бюджетных программ на республиканский уровень. Так, если в 2016 году общие расходы местного бюджета составили 653,7 млрд. тенге, то в 2017 году составили – 307,6 млрд. тенге.

Наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 114,0 млрд. тенге, а наименьший показатель отмечается в Северо-Казахстанской области – 14,2 млрд. тенге.

По показателям текущих расходов на здравоохранение также лидирует город Астана. Объяснением данному явлению может послужить расположение большинства медицинских организаций республиканского уровня, которые предоставляют услуги, как местным жителям, так и жителям населению других регионов.

Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования также не изменилась за последний год. Больше всего государственные средства аккумулировались в Южно-Казахстанской области. Тем временем, в городе Алматы преобладают частные расходы, что составляют 56,3% от всех расходов, а государственные расходы в данном регионе показывают наименьший показатель по республике. Лидером по расходу предприятий на здравоохранение также остался город Астана, где данный показатель составил 30,9% от всех расходов на здравоохранение данного региона, что повысилось на 18,7% в сравнении с предыдущим годом. Также удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение имеют высокие показатели в западных регионах РК. Это обусловлено расположением большинства крупных предприятий с участием иностранного капитала в западных регионах и в городах республиканского значения.

По расходам домашних хозяйств на здравоохранение лидерами также остаются гг. Алматы и Астана. Население из собственных карманов меньше всего расходует в СКО, как и в 2015-2016 годах.

## **5. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ НСЗ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

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.

Стоить отметить, что важно провести различие между двумя главными видами показателей эффективности работы в сфере здравоохранения: эффективностью работы при оказании медицинских услуг (показатели производительности) и эффективностью в достижении результатов или итогов работы при оказании медицинских услуг (или эффективностью в сравнении с затратами, если привязывать результаты работы к затраченным средствам).

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.

Анализ индикаторов продуктивности сформирован на основании методики оценки показателей продуктивности системы здравоохранения ЦЭЗ РЦРЗ в 3 квартале 2016 года (*Приложение 3*), одобренной на экспертном совете РЦРЗ МЗ РК (*Приложение 4*).

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 5*.

#### **Источники данных:**

- ИС ЭРСБ;
- ИС РПН;
- 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 одними из слагаемых в расчете рейтинга глобальной конкурентоспособности стран и отражают качество жизни населения в различных странах.

Данные показывают снижающуюся тенденцию младенческой смертности в РК за 2011-2017 годы. В 2016 году по сравнению с предыдущим годом данный показатель снизился на 8%, а по сравнению с началом рассматриваемого периода – почти 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 3,6<sup>9</sup> в 2017 году, что в 2,2 раза ниже, чем в РК.

Показатель коэффициента материнской смертности 2017 году равнялся 12,5 на 100 000 живорожденных, что показывает снижение в 28% по сравнению с 2011 годом. Однако стоит отметить, что данный показатель снижался в динамике за 2014-2015 годы, после чего замечается тенденция увеличения до 2016 года, после чего отмечается снова понижение до 12,5 в 2017 году. В сравнении со странами-членами ОЭСР данный показатель также является высоким: средний показатель по ОЭСР за 2016 год – 7,2<sup>10</sup>, что является в 1,7 раза ниже показателя по РК. Для сравнения, в Мексике отмечено наибольший коэффициент материнской смертности в 2016 году – 36,7 в Мексике, 23,1 в Латвии, а в Ирландии и Дании – 2,0 и 1,6 соответственно.

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 11. Показатели национального уровня за 2011-2016 годы**

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Коэффициент младенческой смертности (от момента рождения до достижения возраста 1 года, на 1000 живорожденных)</b>	14,91	13,56	11,39	9,83	9,41	8,59	7,93
<b>Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)</b>	17,4	13,5	13,1	11,7	12,5	12,7	12,5
<b>Общая заболеваемость населения</b>	1,03	1,03	1,02	1,00	0,98	1,04	1,06

<sup>9</sup> Health at glance. OECD indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?Expires=1480673987&id=id&accname=guest&checksum=BB939F720CD1C4BED62F1339163B89E0>

<sup>10</sup> Health at glance. OECD indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?Expires=1480673987&id=id&accname=guest&checksum=BB939F720CD1C4BED62F1339163B89E0>

<b>Общая заболеваемость населения на 100 000 человек</b>	103 074	102 913	101 894	99 608	98 219	104 368	106 458
<b>Первичная заболеваемость</b>	0,56	0,55	0,54	0,52	0,52	0,56	0,58
<b>Первичная заболеваемость на 100 000 человек</b>	55 991	54 781	53 560	51 654	52 038	56 380	57 515

Показатель общей заболеваемости населения РК с 2011 по 2015 годы показывал тенденцию снижения (на 4,9% с 2011 по 2015 годы). Однако в 2016 году данный показатель увеличился на 6,2% и на 2% в 2017 году.

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 заболеваемостей болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями.

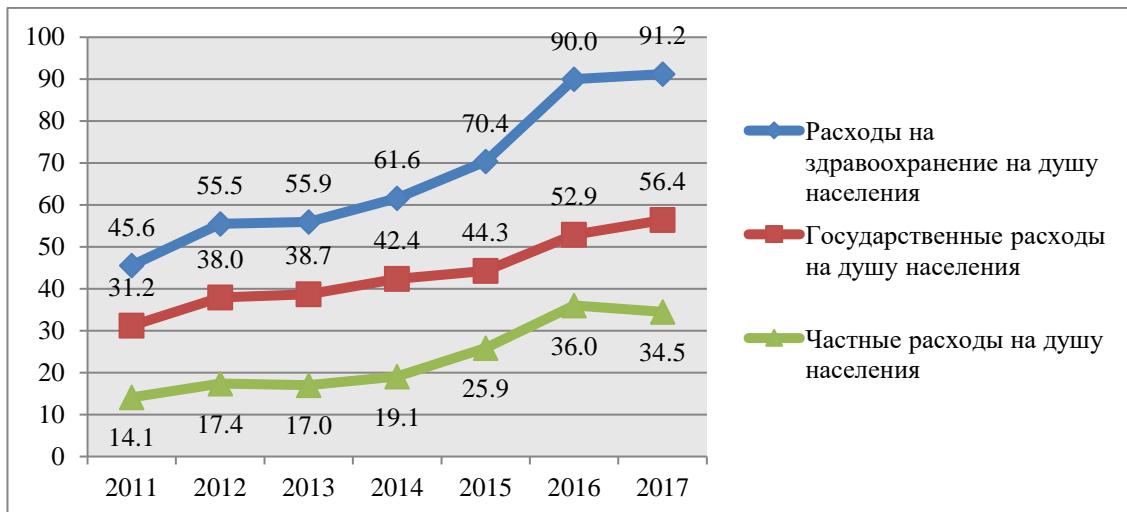
За период с 2011 по 2017 годы расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно. Так, прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения за указанные годы составил 52%, в то время как государственные расходы на душу населения на этот же период увеличились на 69%. В 2017 году расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане составили 91 207,8 тенге (280 долл. США)<sup>11</sup> (Рисунок 36). Для сравнения, в странах ОЭСР<sup>12</sup>, таких как Франция, Германия, Эстония, расходы на здравоохранение на душу населения составили 3 661 (1 384 899тг), 4 298 (1 625 817тг), 1 062 (401 859тг) евро<sup>13</sup> соответственно. В целом по ОЭСР расходы на здравоохранение на душу населения в 2017 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.

<sup>11</sup> По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2017 год 1 долл. США – 326 тенге.

<sup>12</sup> <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

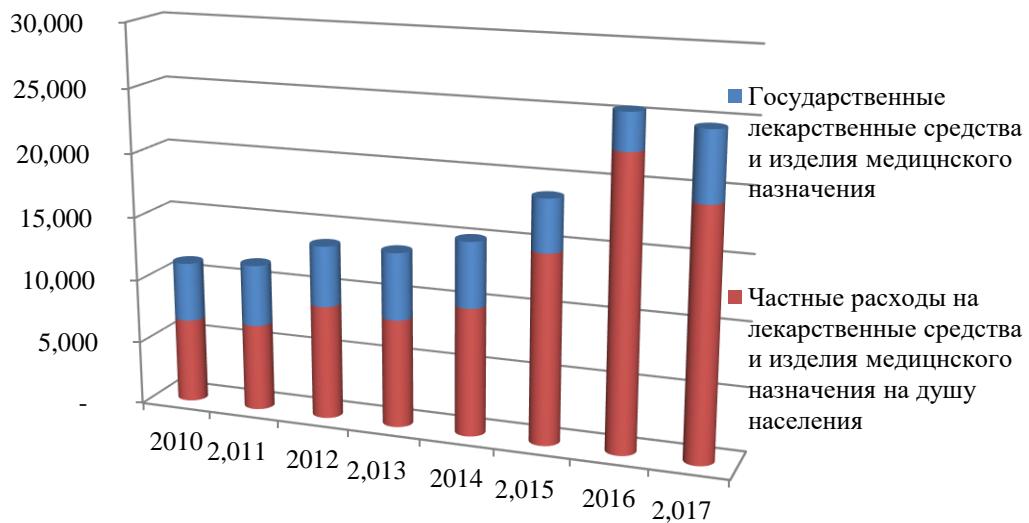
<sup>13</sup> По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2016 год 1 евро – 368,32 тенге.

**Рисунок 36. Расходы на здравоохранения на душу населения за 2011-2017 годы, в тыс. тенге**



Индикатор расходов на лекарственные средства на душу населения также показывают тенденцию роста. Рост общих расходов на лекарственные средства за 2011-2017 годы составил в 2,3 раза, а государственных – 1,8. Следовательно, можно сделать вывод, что государство продолжает увеличивать государственные расходы на предоставление лекарственных средств. Так, на предоставление лекарственных средств расходы государства в 2017 году составили 3 636 тенге (11 долл. США) на душу населения. Для сравнения, государственные расходы на лекарственные средства в странах ОЭСР на душу населения составляют 376,7 долл. США по ППС.

**Рисунок 37. Расходы на ЛС и ИМН на душу населения за 2011-2017 годы**



Как показывает Таблица 12, доля расходов домохозяйств в общих расходах на здравоохранении стабильно увеличивается с 2011 года и в 2016 составила 36%. 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%. Следует также отметить, что в Казахстане доля частных расходов от ВВП меньше государственных.

**Таблица 12. Расходы на здравоохранение за 2011-2016 годы.**

<b>Показатель</b>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Расходы на здравоохранение на душу населения</b>	46 240	45 594	55 508	59 982	61 638	70 422	91 208
<b>Государственные расходы на здравоохранение на душу населения</b>	31 652	38 504	39 320	43 010	44 953	53 635	56 389
<b>Частные расходы на здравоохранение на душу населения</b>	14 588	7 090	16 188	16 972	16 685	16 787	34 525
<b>Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения</b>	11 414	14 155	16 234	19 341	18 364	26 515	24 915
<b>Государственные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения</b>	1 976	2 526	2 610	2 956	3 424	3 636	5 630
<b>Частные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения</b>	12 612	4 563	13 578	14 016	13 260	13 151	19 285
<b>Доля расходов домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения от общих расходов на здравоохранение</b>	0,21	0,23	0,25	0,20	0,27	0,36	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 13, расходы на оказание амбулаторной помощи за рассматриваемый период выросли как в расчете на 1 жителя, так и на 1 участкового врача, что в 2016 году составили 25 771 тенге и 54 221 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 0,9%, что свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения путем увеличения финансирования.

**Таблица 13. Показатели расходов на уровне АПП**

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<b>Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя</b>	11 029	13 939	15 375	20 926	24 566	25 416	26 536
<b>Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр)</b>	23 514	29 806	33 585	46 348	54 327	54 221	54 579
<b>Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр)</b>	1 575	2 034	2 318	3 227	4 028	4 066	4 395

В Казахстане нагрузка на 1 участкового врача (ВОП, педиатра, терапевта) в 2017 году составила 2048 человек, что снизилось по сравнению с предыдущим годом, что является позитивным изменением, так как очень важно сократить данный показатель в ближайшие годы для увеличения продуктивности лечебно-профилактической работы врача. Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 годы, этот показатель должен достигнуть значения 1 577 человек в 2019 году. В изменении данного индикатора в РК в качестве таргета используется значение данного индикатора в среднем в странах-членах ОЭСР, что составляет около 1 500 человек на 1 участкового врача.

Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя за 2011-2017 годы выросло в 13%, а объем оказания скорой медицинской помощи на 1000 человек населения выросло в 5,5% по сравнению с предыдущим годом.

**Таблица 14. Показатели продуктивности на амбулаторном уровне за 2011-2016 годы.**

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Число прикрепленных на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр)*</b>	1 781	1 971	2 035	2 142	2 146	2 099	2 048
<b>Объем оказания скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения)</b>	375	389	387	409	404	427	451
<b>Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя</b>	0,38	0,39	0,39	0,41	0,41	0,43	0,41

### *Стационарный уровень*

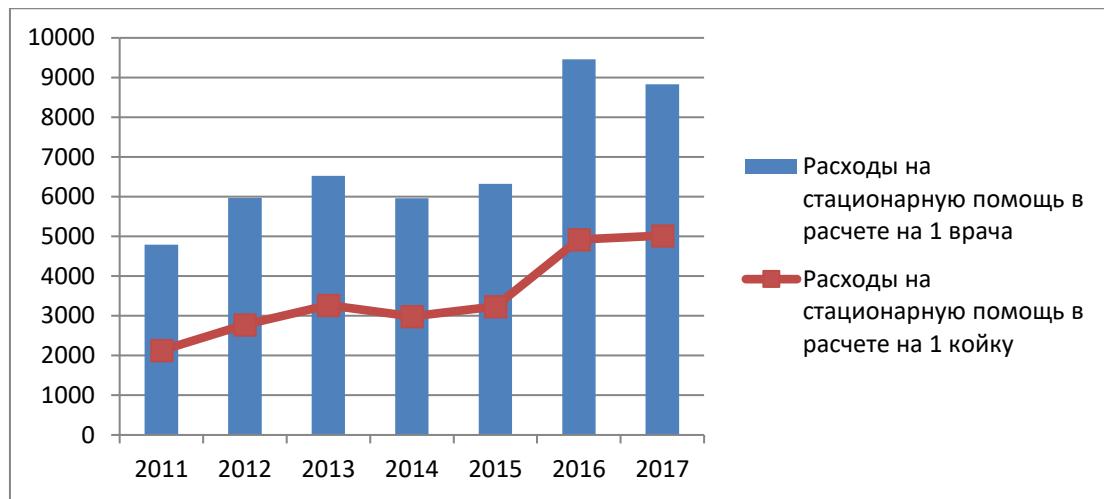
В стационаре приоритетом является увеличение оборота больничной койки и сокращение средней длительности больничного пребывания. Информация с Таблицы 15 показывает, что данные цели достигаются: оборот больничной койки в рамках ЕНСЗ в течение года увеличился на 11% и составил 41 выбывших больных на одно койко-место в 2017 году, а средняя длительность больничного пребывания сократилось на 31% и составила 7,2.

Среднегодовое число больничных коек сократилось на 18% за рассматриваемый период, на 2% за последний год.

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 2015 году составило 16 коек на 10 тыс. человек, а средняя длительность больничного пребывания – 7,6 дней.

**Рисунок 38. Расходы на стационарную помощь**



Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача, так же как и расходы на стационарную помощь в расчете на 1 койку, увеличивается ежегодно, хотя с разными темпами роста. 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. Это чревато тем, что в ближайшие годы бюджет здравоохранения страны будет испытывать большой дефицит финансирования.

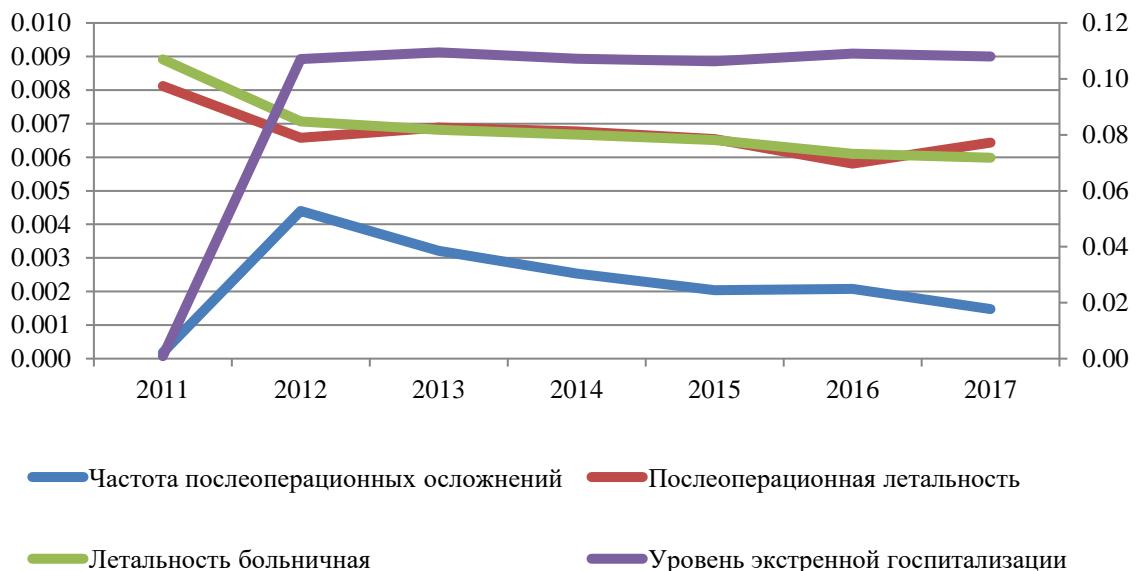
**Таблица 15. Показатели производительности на стационарном уровне за 2011-2016 годы.**

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Оборот больничной койки (ЕНСЗ)</b>	0,31	32	34	35	37	41	42
<b>Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (ЕНСЗ)</b>	10,7	10,4	10,8	10,7	10,4	12,9	12,6
<b>Число проведенных койко-дней в году, приходящихся на 1000 жителей (ЕНСЗ)</b>	1 646	1 637	1 680	1 625	1 565	2 106	2 084
<b>Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача</b>	4 790	5 972	6 529	5 962	6 323	9 458	8 828
<b>Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 койку</b>	2 129	2 776	3 268	2 989	3 233	4 922	5 021
<b>Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 операцию</b>		407 976	445 825	384 145	387 175	517 596	509 879
<b>Частота послеоперационных осложнений</b>	0,0002	0,0044	0,0032	0,0025	0,0020	0,0021	0,0015
<b>Послеоперационная летальность</b>	0,0081	0,0066	0,0069	0,0068	0,0065	0,0058	0,0064

<b>Летальность больничная</b>	0,0089	0,0071	0,0068	0,0067	0,0065	0,0061	0,0060
<b>Обеспеченность населения больничными койками</b>	71	67	63	60	58	56	55
<b>Уровень экстренной госпитализации (ЕНСЗ)</b>	0,0009	0,1071	0,1095	0,1072	0,1063	0,1090	0,1080

Послеоперационные осложнения и больничная летальность постепенно снижаются, что свидетельствует о повышении качества предоставляемых услуг в стационаре.

**Рисунок 39. 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. Анализ динамики уровня экстренной госпитализаций показал, что данный показатель менялся ежегодно в корреляции с общим количеством пролеченных случаев в стационаре. Корреляционный анализ выявил, что коэффициент корреляций между показателем уровня экстренной госпитализации и количеством пролеченных людей составляет 0,53, что подтверждает позитивную корреляцию. Однако, учитывая экстренный характер госпитализаций, показатель вариаций в среднем за рассматриваемый период, что составляет +/-0,3%, не является существенным.

**Рисунок 40. Корреляция между показателем уровня экстренной госпитализации и количеством пролеченных людей**



### 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 16. Показатели продуктивности на уровне, основанной на болезни**

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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
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
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
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
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

<b>Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого</b>	0,767	0,748	0,741	0,722	0,720	0,735	0,696
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*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. 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.

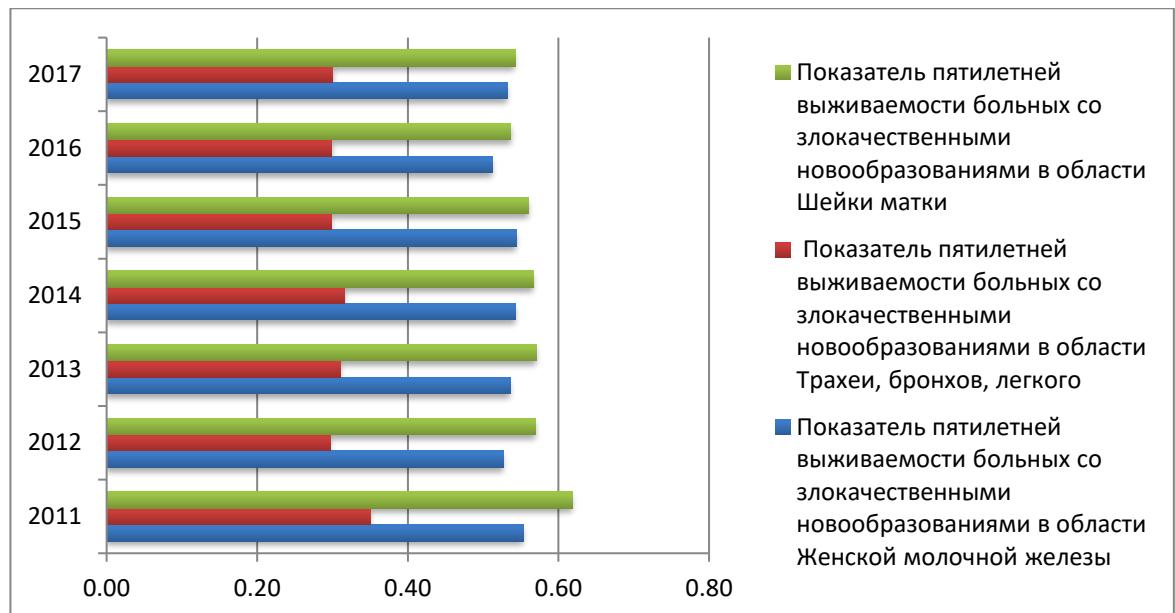
Касательно злокачественных новообразований в области молочной железы, в Казахстане 5-летняя выживаемость этого заболевания составляет 51%, тогда как в США 91%.<sup>14</sup>

Несмотря на снижение показателя 5-летней выживаемости со злокачественными образованиями трахеи, бронхов, легкого в Казахстане, он превышает такой же показатель в США. В Казахстане в 2016 году он составлял 30%, а в США – 18%.<sup>15</sup>

**Рисунок 41. 5-летняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями**

<sup>14</sup> American Cancer Society, Inc. Cancer Statistics 2016

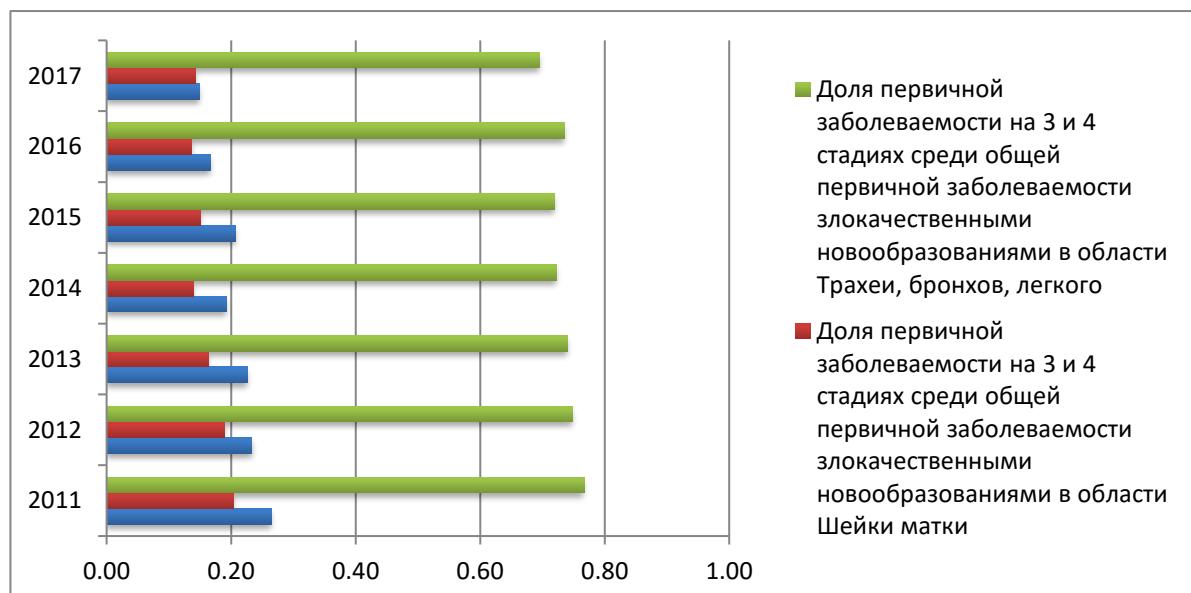
<sup>15</sup> American Cancer Society, Inc. Cancer Statistics 2016



*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 2011-2017 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 42. 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 2010-2017 годы показали снижающуюся тенденцию материнской и младенческой смертности в РК, что соответствует целям, поставленным в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Однако показатели общей заболеваемости и первичной заболеваемости населения идут на увеличение в 2016 году, после длительного снижающегося тренда.

Как показывает анализ, расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно за период с 2011 по 2017 годы и прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения за указанные годы составил 52%. Однако доля расходов домохозяйств от общих расходов на здравоохранение также увеличивается и в 2017 составила 36%, 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 более низкую нагрузку на 1 участкового врача в 2017 году, однако расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 участкового врача сократились в незначительной степени. Оборот койки за последний год увеличился на 11%, в то время как средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре сократилось на 44%, что подтверждает более эффективную работу стационара.

В целом, на основе данных медицинской статистики и НСЗ за период 2010-2017 годы было замечено увеличение ресурсов, используемых при производстве товаров и услуг здравоохранения. 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.

## 6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ НСЗ

Как показывает опыт стран, развитие и институционализация НСЗ является краеугольным камнем в получении обоснованных данных о финансировании и распределении ресурсов в здравоохранении. В связи с этим необходимо ежегодно обновлять и совершенствовать методологию формирования НСЗ согласно международным стандартам и рекомендациям.

В результате проведенного экспертами ОЭСР двухгодичного анализа в рамках Страновой программы между ОЭСР и Правительством РК, в 2016 году ОЭСР представил и презентовал окончательный отчет «Обзор Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан». Данный отчет включает в себя предложения рекомендательного характера по совершенствованию НСЗ в РК. В течение двух лет рекомендации были внедрены в части корректировки методов учета по категориям в таблицах НСЗ, расчета продуктивности системы здравоохранения в РК, заполнения данных в соответствии с JHAQ и направления в ОЭСР, более тесного сотрудничества с ведомствами, предоставляющими данные для формирования НСЗ, распространения таблиц и отчетов НСЗ среди заинтересованных лиц, а также в части участия на ежегодном заседании экспертов ОЭСР по счетам здравоохранения и национальных корреспондентов ОЭСР по статистике здравоохранения в г. Париж.

По итогам обзора эксперты ОЭСР заключили, что Казахстан в состоянии формировать надежные данные по расходам и финансированию здравоохранения, которые в немалой степени соответствуют национальным и международным стандартам отчетности, однако финансовые и юридические основы необходимо закрепить, в связи с чем настоятельно рекомендуют дальнейшее их усиление путем включения в качестве обязательного ежегодного направления деятельности в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В целях дальнейшего поддержания институционализаций и совершенствования НСЗ, рекомендуется продолжить тесное сотрудничество с Отделом здравоохранения ОЭСР путем постоянного поддержания контактов с экспертами ОЭСР, разъяснения методологии ССЗ 2011, в части адаптирования под Казахстан, обмена данными. Предлагается продолжить ежегодное предоставление данных НСЗ РК в ОЭСР в соответствии с требованиями Joint Health Accounts Questionnaire.

Также у Казахстана есть возможность продолжать пользоваться выгодами более широкого международного и регионального сотрудничества по учету в здравоохранении. Основным форумом для обсуждения разработок и вопросов методологии в счетах здравоохранения является ежегодное заседание экспертов ОЭСР по счетам здравоохранения и

национальных корреспондентов ОЭСР по статистике здравоохранения, которое проходит в октябре в Париже. Кроме того, ежегодно в Сеуле, Центр исследований в области политики ОЭСР-Корея проводит заседание, посвященное счетам здравоохранения в азиатско-тихоокеанском регионе, которое аналогично парижскому заседанию, но с участием представителей стран азиатско-тихоокеанского региона; это технический семинар и заседание по счетам здравоохранения. Там присутствуют также и эксперты из ОЭСР и штаб-квартиры ВОЗ. Важным фактором в активном распространении счетов здравоохранения в регионе является сеть, объединяющая экспертов из различных стран, и Казахстан также мог бы извлечь пользу от контактов со странами, находящимися на сходном уровне развития экономических счетов и ССЗ 2011. Очень важно участие составителей НСЗ РК в данных встречах, так как они проводятся ежегодно и являются неотъемлемой частью составления и совершенствования методологий составления национальных счетов, путем обсуждении и обмена опытом между экспертами с различных развитых и развивающихся стран. Это способствует повышению сопоставимости статистических данных на международном уровне, более тесному сотрудничеству между специалистами по НСЗ РК и экспертами ОЭСР и станет плодотворной площадкой для обсуждения перспектив развития и совершенствования счетов здравоохранения в целом. Также считаем, что тесное сотрудничество между организациями важно для достижения совместных долгосрочных целей и способствует эффективной реализации программ по развитию страны в целом.

Помимо этого, важно расширять сотрудничество и распространение счетов среди ряда основных поставщиков данных, что позволит повысить заинтересованность и участие в процессе формирования НСЗ. Это позволит повысить качество и своевременность собираемых данных. В частности предлагается продолжить тесное сотрудничество с Комитетом по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – КС МНЭ) в части усовершенствования учета данных по расходам предприятий и домохозяйств. Кроме того, сотрудничество с КС МНЭ предоставит информационную поддержку при формировании расходов по заболеваниям, разработка которых важна для мониторинга расходов в разрезе нозологий. Также рекомендуется продолжить тесное сотрудничество с Национальным Банком РК для совершенствования детального учета расходов по добровольному медицинскому страхованию.

Помимо этого, наличие оценок расходов здравоохранения на уровне области и города должно представлять особый интерес для аналитических целей. В связи с этим рекомендуется более тесно сотрудничать с местными исполнительными органами.

## 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 2017 году наблюдалось улучшение экономической ситуации в стране, чему свидетельствует рост ВВП до 4%. Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2010 по 2017 годы показывает рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился на 115%, общие затраты из государственного бюджета возросли на 112%. В данном контексте, наблюдается также рост расходов на здравоохранение, который составил 2,7 раза больше в 2017 году в сравнении с началом исследуемого периода. Кроме того, доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП республики ниже аналогичного показателя в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (9% к ВВП) на 5,6% пунктов. Основным источником финансирования системы здравоохранения являются государственные средства – 62%. Средства частного сектора в структуре всех текущих расходов составляют 38% (1,0% к ВВП). Данный показатель на 3% ниже аналогичного показателя в 2016 году. В 2017 значительная доля расходов на здравоохранение направлялись на услуги лечения и приобретения продукции фармацевтической промышленности и медицинских товаров. При этом государственные схемы финансирования являются основными покупателями услуг лечения, вспомогательных услуг и администрирования системы здравоохранения. Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения, долгосрочный уход находятся под полной финансовой ответственностью государства. Основными поставщиками приобретаемых услуг являются больничные организации, поставщики амбулаторных услуг, а также поставщики и розничные продавцы медицинских товаров. Анализ расходов на здравоохранение в разрезе регионов Республики Казахстан показал существенные различия в распределении финансирования. Так, удельный вес общих расходов на здравоохранение в городах республиканского значения составил более 26% к общим расходам по республике. Однако по текущим расходам на 1 жителя в 2017 году лидирует г. Алматы.

В целом, анализ показывает положительную динамику расходов на здравоохранение в стране. Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, что составил 147% за рассматриваемый период, инфляционные процессы оказали существенное влияние и рост реальных расходов на здравоохранение на 1 жителя в период с 2010 по 2017 годы составил всего 1,6 раза.

## 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. Законом Республики Казахстан от 11 января 2007 года №217 «Об информатизации».
5. Приказ Министра финансов РК от 14 ноября 2014 года №494 «Об утверждении Правил составления Единой бюджетной классификации Республики Казахстан».
6. 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».
7. Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework, World Health Organization, 2008.
8. A system of health accounts / 2011 Edition. Режим доступа: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts\\_9789264116016-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en).
9. Бюджетный Кодекс Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года № 95-IV (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.).
- 10.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.
11. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен.
12. The importance of disaggregation data, University of Northern British Columbia, 2009-2010.
13. Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2013 годы, Шоранов М.Е., Танирбергенов С.Т., Сапарбекова А.К., Абеуов А.Б., Астана, Казахстан, 2014 год.
14. 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.

15. OECD, ICCHA-HF Classification of health care financing, 2000.
16. OECD, Eurostat, WHO, A system of Health Accounts, 2011
17. Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>
18. Статистика Национального Банка;
19. Статистика Комитета государственных доходов МФ РК. Налоговые поступления в Государственный бюджет;
20. Цены и тарифы. Комитет по статистике МНЭ РК;
21. Отчет об исполнении бюджета МФ РК;
22. Статистика Комитета по статистике МНЭ РК;
23. Статистика базы данных ОЭСР <http://stats.oecd.org/> ;
24. Статистика базы данных ВОЗ <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>;
25. Таблицы НСЗ РК 2010-2016 годы;
26. Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go?. Berchet C. , Lafortune G., OECD, 2016.
27. Measuring Productivity, OECD Manual, 2001.  
<https://www.oecd.org/std/productivity-stats/2352458.pdf>
28. OECD Health Statistics 2014 Definitions, Sources and Methods
29. 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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1)
30. Health at a glance, OECD indicators, 2015.  
<http://www.oecdlibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=147887401&id=id&accname=guest&checksum=59B1E1AE0A24BC9ADBFE92B1B31DC06D>
31. Core indicators booklet, WHO, 2014.
32. 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.
33. Developing health care efficiency indicators: current status and possible next steps. Meeting of OECD Health Data National Correspondents, OECD, 2014.
34. Labour productivity indicators, OECD, 2008
35. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Smith P.C., Mossialos E. and Papanicolas I., WHO, 2008.
36. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения, ВОЗ, 2008.

37. 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>
38. 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.
39. 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.
40. Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. 2008. № 144 (3).
41. 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>