

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

ОБЗОР РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2016 ГОДЫ

Астана 2017

Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ.....	3
1.1 Использование Национальных счетов здравоохранения в планировании и прогнозировании.....	3
1.2 Принцип учета расходов на здравоохранение по ССЗ 2011.....	3
1.3 Институционализация НСЗ в Казахстане.....	4
1.4 Основные совокупные показатели расходов на здравоохранение	5
2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2016 ГОДУ.....	8
2.1. Обзор экономической ситуации в Казахстане в 2016 году	8
2.2 Финансирование: обзор расходов по источникам финансирования	11
2.3 Потребление: обзор расходов по услугам здравоохранения.....	16
2.4 Предоставление: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения.....	26
2.5 Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения	31
3. ДИНАМИКА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2016 ГОДЫ.....	34
4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	40
5. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ НСЗ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	51
6. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ НСЗ	66
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	69

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 Использование Национальных счетов здравоохранения в планировании и прогнозировании

Тема эффективного использования статистических данных является очень актуальной. Общеизвестно, что экономическое и стратегическое планирование играют важную роль для любого государства.

В настоящее время, в системе экономического и стратегического планирования в Казахстане используется ограниченный перечень слабо увязанных между собой показателей, который не позволяет проводить полноценную экономическую политику и добиваться необходимых изменений в экономике. Существует опасность дальнейшего отставания от происходящих в мире процессов по установлению и мониторингу целей устойчивого развития, мониторингу прогресса и росту благосостояния населения. В этих условиях, расширение применения Системы национальных счетов (СНС) позволяет интегрировать многие не увязанные в настоящее время показатели и делает их значительно более ценными с точки зрения пользователей. СНС - это согласованный на международном уровне стандартный набор рекомендаций по исчислению показателей экономической деятельности в соответствии с четкими правилами ведения счетов и учета на макроуровне, основанными на принципах экономической теории. Эти рекомендации сформулированы в форме системы концепций, определений, классификаций и правил ведения счетов, которые составляют согласованный на международном уровне стандарт исчисления важнейших показателей. Концептуальная основа СНС позволяет исчислять и представлять экономические показатели в формате, разработанном для целей экономического анализа, принятия решений и разработки экономической политики.

Эксперты в сфере здравоохранения используют Национальные Счета Здравоохранения (далее – 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.

1.2 Принцип учета расходов на здравоохранение по ССЗ 2011

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)¹, поставщиков услуг здравоохранения (МКСЗ-НР)² и источников финансирования здравоохранения (МКСЗ-НФ)³. 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;
- 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 формализован Агентством РК по статистике путем разработки и утверждения

¹ МКСЗ – Международная классификация счетов здравоохранения
НС (Health care functions) – услуги здравоохранения

² НР (Health care providers) – поставщики услуг здравоохранения

³ НФ (Health care financing schemes) – источники финансирования здравоохранения

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 2010-2016 годы» предоставляет 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 капиталообразования” равен “общим расходам на здравоохранение (ОРЗ)”. Однако неверно использовать данный совокупный показатель. В актуальной методологии ССЗ 2011 рекомендуется рассматривать “текущие расходы на здравоохранение” и “валовое капиталообразование” 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 капиталообразование 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 капиталообразование 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 стран 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 подразумевают 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 капиталобразование по отдельности.

2. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2016 ГОДУ

2.1. Обзор экономической ситуации в Казахстане в 2016 году

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.

Мировые экономические тенденции прошлых лет негативно сказались и на Казахстане в силу интегрированности экономики в мировую экономическую систему. Среднегодовой рост экономики Казахстана в период с 2000 по 2007 годы составил 10% -10,2%, а с 2010 по 2014 - около 6%. В 2015 - 2016 годы экономический рост замедлился до уровня 1-1,2% (по итогам 2016 года объем ВВП составил 46,9 трлн. тенге, увеличившись по сравнению с прошлым годом в реальном выражении на 1%), что связано с внешним экономическим шоком, спадом цен на сырьевых рынках, замедлением роста мировой экономики и понижением с начала года ставки ВТО. Темпы роста 2016 года - это самые низкие темпы роста по сравнению с показателями 2000 года.

Как указывалось выше, 2016 год сопровождался продолжающимся падением цен на энергоносители. Так, по данным Всемирного Банка средняя цена на нефть за 2016 не превысила 42 долл.⁴ – это уже на 25 % ниже и без того низких цен в 2015-м. Безусловно, это должно было отразиться на финансовом состоянии нефтегазового сектора, налоговые поступления от которых пополняют Национальный фонд. По данным Комитета государственных доходов (КГД) за 2016 год в Нацфонд в январе-ноябре поступило налогов на 955 млрд. тенге. Для сравнения, за тот же период прошлого года поступления составили 1 трлн. 528 млрд. тенге.⁵ То есть поступления снизились на 60 %. Расходы же Национального фонда в виде гарантированных и целевых трансфертов оставались утвержденные – 2,4 трлн. тенге. Таким образом, дисбаланс налоговых доходов и расходов составил почти 1,5 трлн. тенге или около 4,1 млрд. в долларовом эквиваленте. В итоге, средства Нацфонда за 2016 год снизились с 64 до 61 млрд. долл. ⁶Как можно заметить, снижение до 59 млрд. долл. не произошло благодаря инвестиционному доходу в долларах США. Дело в том, что при ослаблении курса тенге, активы Нацфонда показывают пассивный рост в тенговом эквиваленте.

Что касается доходов государства, доходная часть республиканского бюджета также косвенно пополняется за счет поступлений от нефтяного сектора через гарантированные трансферты Нацфонда. Интересно, что в

⁴ Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>

⁵ Статистика Комитета государственных доходов МФ РК. Налоговые поступления в Национальный фонд

⁶ Статистика Национального Банка

отличие от налоговых поступлений в Нацфонд, налоговые поступления в бюджет (не связанные с нефтяным сектором) показали рост. Так, налоговые сборы за январь-ноябрь составили 5,4 млрд. тенге⁷, что на 1,3 млрд. тенге больше, чем за тот же период прошлого года.

Возникает вопрос, чем был обеспечен указанный рост? Стоит обратить внимание на структуру налоговых доходов. Так, по данным КГД, в сравнении с 2015 годом, сумма подоходных налогов за 2016 выросла на 23 %, сумма НДС на 34 %.⁸ В свою очередь, объем собранных импортных пошлин выросла всего на 12 %.

Как видно, налоги на внутреннее потребление выросли в разы больше, чем объем импортных пошлин. Из этого можно сделать вывод о том, что налоговые поступления в бюджет увеличились главным образом за счет роста цен на товары и услуги. Так, согласно данным статкома, цены на товары и услуги за 2016 выросли на 16%.⁹ Это несомненно повлекло за собой и рост налогов за их потребление. Это можно увидеть по объему розничной торговли за 2016 год, который вырос на 17 %. только за счет инфляции, так как физический объем практически остался на том же уровне – 0,5 %. Также из этого можно сделать вывод, что уровень инфляции в уходящем году составил не менее 16,5 %.

Повышение цен на основные потребительские товары и услуги (обувь и одежда, мебель и бытовая техника и здравоохранение) в 2016 году, вызвало риск неплатежеспособности населения. Домашние хозяйства с низким доходом особенно уязвимы к росту потребительских цен, снижению реальных заработных плат и снижению возможностей трудоустройства. В данной связи правительство предприняло шаги по смягчению последствий замедляющейся экономики путем защиты социальных расходов, а также увеличения пенсионных выплат и номинальных заработных плат государственного сектора в начале 2016 года. Однако программы поддержки категорий лиц нижних квантилей доходов по-прежнему относительно ограничены, и ускорение сокращения масштабов бедности населения в РК и содействие экономическому процветанию потребуют более пристального внимания.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы республиканского бюджета в 2016 году составили 8,88 трлн тенге, увеличившись на 18,91% или 1,41 трлн тенге по сравнению с предыдущим годом, тогда как в 2015 году показатель вырос всего на 0,51%. Затраты государства возросли в основном за счет роста расходов на соцобеспечение и обслуживание госдолга. Однако, затраты бюджета в

⁷ Статистика Национального Банка

⁸ Статистика Комитета государственных доходов МФ РК. Налоговые поступления в Государственный бюджет

⁹ Цены и тарифы. Комитет по статистике МНЭ РК

абсолютном выражении выросли сильнее, чем доходы, как было отмечено выше: если совокупные поступления по итогам года увеличились на 655,7 млрд тенге (9,3%), то агрегированные расходы увеличились на 1 936 трлн тенге (23,4%). В структуре расходов 46,1% приходится на социальную помощь и обеспечение (1,9 трлн тенге), образование (1,7 трлн тенге) и здравоохранение (1,0 трлн тенге) ¹⁰.

Рост расходов сектора здравоохранения в 2016 году обусловлен тем, что в соответствии с Посланием Президента РК от 30 ноября 2015 года «Казахстан в новой глобальной реальности: рост, реформы, развитие» с 1 января 2016 года повышена заработная плата работников здравоохранения от 7 до 28%, повышен размер стипендии на 25%, а также выделены дополнительные средства на курсовую разницу в связи с изменением курса тенге к доллару от 330 тенге до 360 тенге на приобретение лекарственных средств импортного производства и других расходов, привязанных к курсу доллара. Кроме того, в 2016 году МЗСР РК переданы расходы на закуп вакцин с Министерства национальной экономики РК. Несмотря на рост расходов государства на здравоохранение, рост общих расходов на здравоохранение в доле от ВВП остался относительно низким (0,2%) и в абсолютном выражении составил небольшую часть от ВВП в сравнении со странами ОЭСР.

¹⁰ Отчет об исполнении бюджета МФ РК

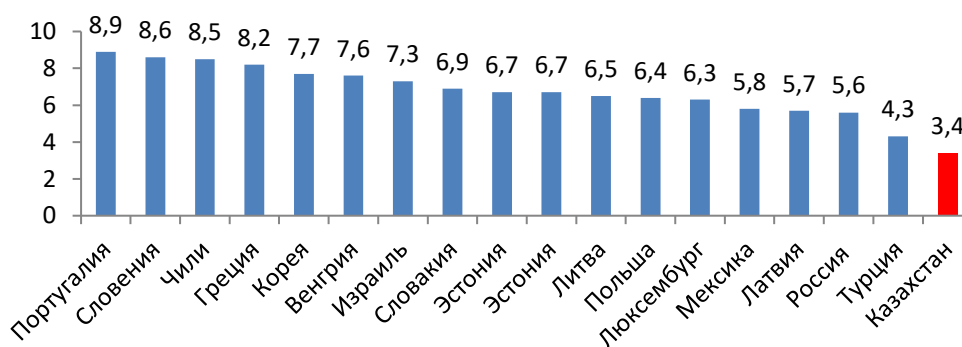
2.2 Финансирование: обзор расходов по источникам финансирования

Таблица 1. Структура расходов на здравоохранение в 2015-2016 годы (в млрд. тенге)

	2015			2016		
	млрд.тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд.тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ
ОРЗ	1484,8	-	-	1761,8	-	-
<i>ОРЗ в % от ВВП</i>	3,6%	-	-	3,8%	-	-
ТРЗ	1 244,4	-	-	1 612,6	-	-
<i>ТРЗ в % от ВВП</i>	3,0%	-	-	3,4%	-	-
Гос.расх.	783	63%	52,7%	948	59%	53,8%
<i>Гос.расх.в % от ВВП</i>	1,9%			2,0%		
Частн.расх.	456,8	36,7%	31%	645,6	40,2%	37%
<i>Частн.расх.в % от ВВП</i>	1,1%			1,4%		

По итогам 2016 года текущие расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 1 трлн. 604 млрд. тенге (4 млрд. 688 млн. долл. США)¹¹, что составило 3,4% ВВП. В свою очередь, общие расходы на здравоохранение, включающие валовое капиталообразование, составили 1 трлн. 762 млрд. тенге (5 млрд 148 млн. долл. США) или 3,8 % ВВП. Таким образом, Казахстан отстает от замыкающих стран ОЭСР – Латвии (ТРЗ - 5,7% ВВП), Турции (ТРЗ - 4,3% ВВП) и Люксембурга (ТРЗ - 6,3% ВВП) в части средств, затрачиваемых на здравоохранение (**Рисунок 1**).

Рисунок 1. Текущие расходы на здравоохранение в РК и странах ОЭСР в 2016 году

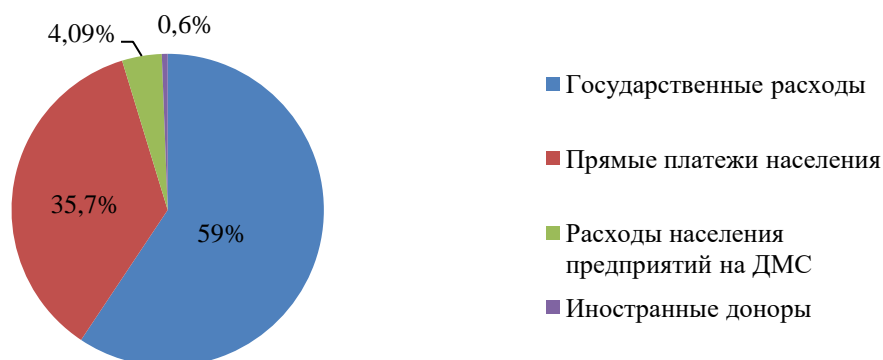


¹¹ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2016 год 1 евро – 378,32 тенге.

Источник: Статистика ОЭСР <http://stats.oecd.org>

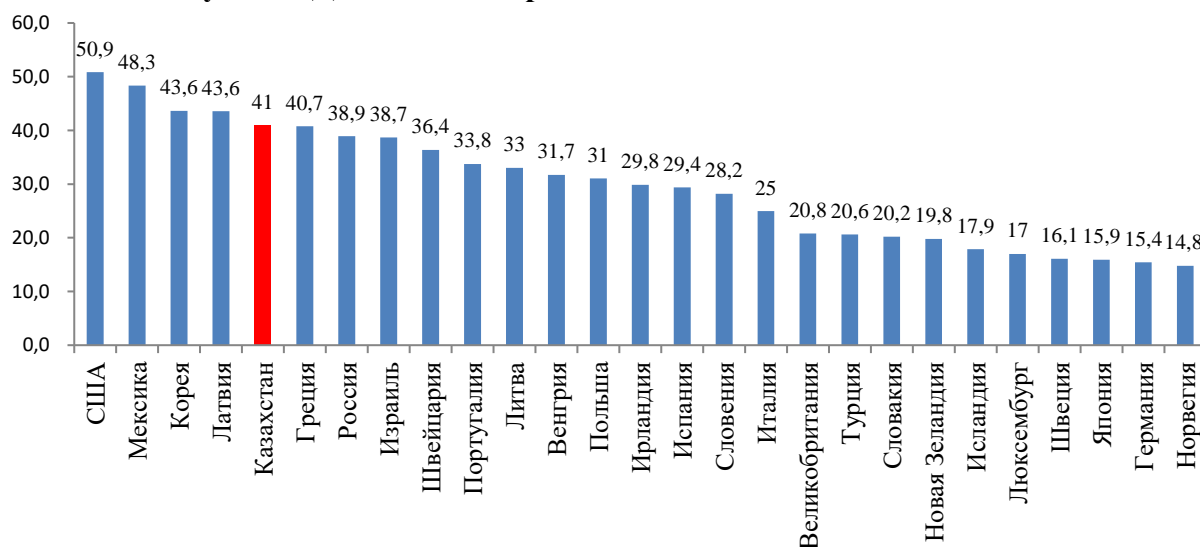
В структуре текущих расходов на здравоохранение в 2016 году государственные расходы составили 59%, частные – 41%, в т.ч. населения – 35,7%. В структуре общих расходов на здравоохранение в 2016 году государственные расходы составили 54%, 9% - средства зарубежных трансфертов, частные – 37%, в т.ч. 35,7% представляет собой прямые платежи из личных средств граждан (**Рисунок 2**).

Рисунок 2. Структура текущих расходов на здравоохранение в 2016 году



Уровень частных расходов в 41 % от ТРЗ в 2016 году (37% в 2015 г.) является достаточно высоким (среднее по ОЭСР – 27,4%, в РФ – 38,9%), однако ряд стран ОЭСР имеет более высокие частные расходы (**Рисунок 6**).

Рисунок 6. Доля частных расходов от ТРЗ в РК и ОЭСР в 2016



Источник: Статистика ОЭСР <http://stats.oecd.org>

По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%.

Повышенный уровень частных расходов принято объяснять недостаточностью государственного финансирования и вызванной ею невозможностью получить необходимую помощь бесплатно в рамках общественной системы здравоохранения, но в действительности круг факторов, определяющих структуру расходов, может быть значительно шире. На уровень частных расходов также влияет ряд внешних социально-экономических параметров, таких как:

— доход и его распределение (уровень дифференциации). По мере роста ВВП и реальных доходов населения размер расходов из личных средств увеличивается¹². Дифференциация дохода может оказывать двойственное влияние на соотношение государственных и частных расходов. Сравнительный анализ ряда стран ОЭСР показал, что увеличение дифференциации по доходу обычно сопровождается ростом доли частных расходов¹³;

— уровень здоровья и возрастная структура населения. Следствием ухудшения состояния здоровья или увеличения доли пожилого населения становится увеличение спроса на медицинскую помощь. В зависимости от того, способна ли общественная система здравоохранения удовлетворить новый объем потребностей, это может приводить к росту государственного¹⁴ или частного финансирования;

— уровень образования. Исследования, проведенные в ряде европейских стран, показывают, что люди с высоким уровнем образования склонны расходовать больший объем личных средств на медицинские нужды, что объясняется лучшей информированностью о здоровье и необходимой медицинской помощи и готовностью инвестировать в здоровье¹⁵¹⁶.

Реальные доходы населения в РК. В 2016 году реальные доходы в РК показали самое глубокое падение с 2010 года - на 4,5% (**Рисунок 3**). Снижение покупательной способности заработных плат казахстанцев продолжалось в течение практически всего года, лишь в декабре уровень реальных доходов вырос на 2,4%, однако на итоговый годовой показатель это временное повышение не повлияло. Удорожание жизни в стране первыми ощущают на себе наиболее незащищенные слои населения.

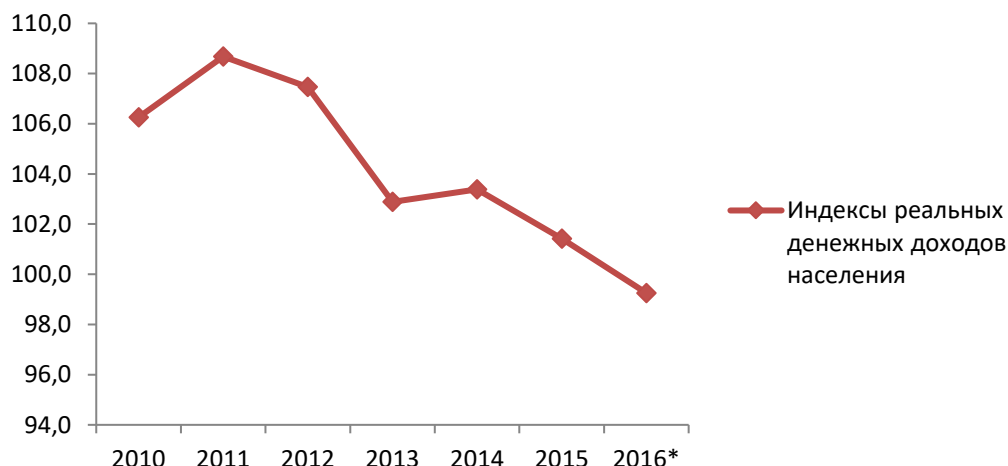
¹² Xu K. et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk [Электронный ресурс] / World Health Report 2010 Background Paper. № 19. Режим доступа: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>

¹³ Mou H. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries // Health Policy. 2013. Т. 113. № 3.

¹⁴ 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.

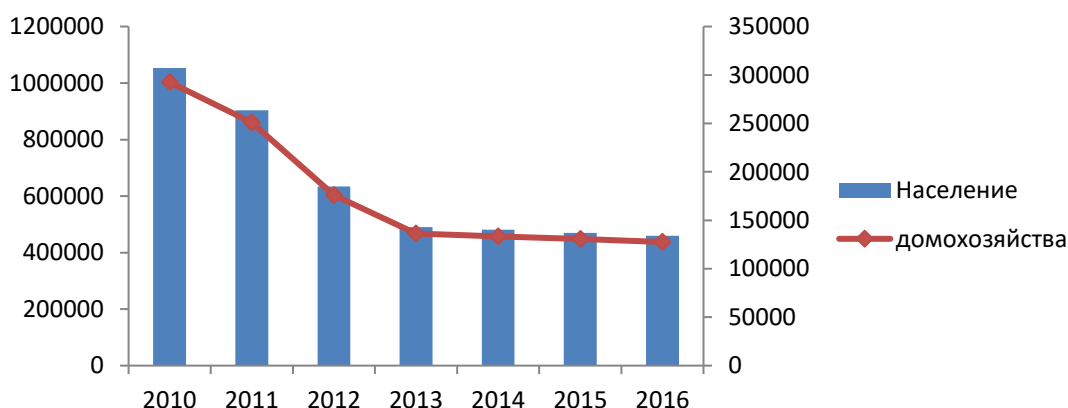
¹⁵ Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. 2008. № 144 (3).

¹⁶ 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>.

Рисунок 3. Индексы реальных денежных доходов населения РК

Как видно по анализу, реальные доходы населения и покупательная способность зарплат в РК в период 2015 – 2016 г. имеют тенденцию к снижению, тогда как доля частных расходов на здравоохранение от ТРЗ увеличилась на 3,5 процентных пункта за аналогичный период.

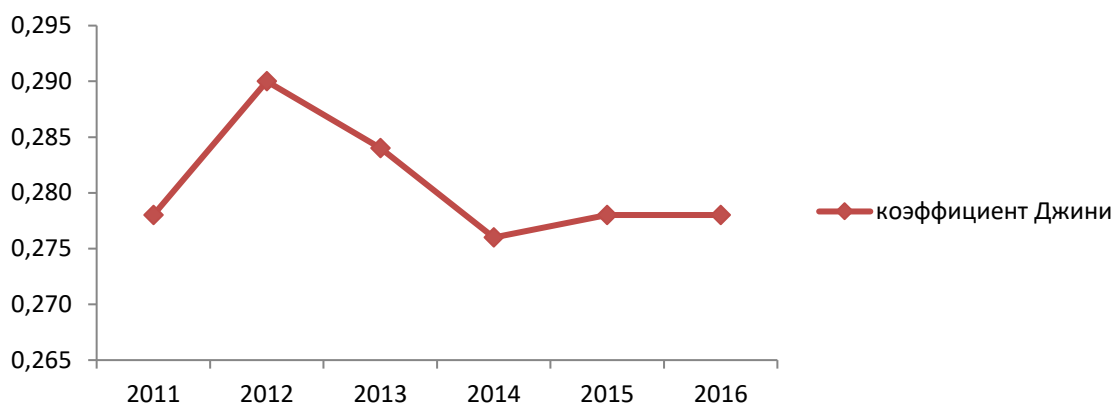
Распределение реальных доходов (уровень дифференциации). В течение 2010-2015 годов в Казахстане резко сокращалась численность населения, имеющая доходы ниже прожиточного минимума, за этот период численность уменьшилась более чем в 2 раза. Однако, в 2016 году это процесс не только остановился, но и наметилась обратная тенденция, - по итогам 3 квартала численность таких казахстанцев составила 452 тысяч человек, или на 6 тысяч человек больше, чем было год назад (**Рисунок 4**).

Рисунок 4. Население, имеющие доходы ниже величины прожиточного минимума

Численность 10% наименее обеспеченного населения за год выросла быстрее, чем 10% наиболее обеспеченных. По сравнению с уровнем на конец 3 квартала 2015 года число малообеспеченных казахстанцев выросло почти на 27 тысяч человек, в то время как число обеспеченных граждан РК увеличилось на 18,3 тысяч человек. 10% наиболее обеспеченных граждан РК обладают 23,6% всех доходов населения. При этом уровень неравенства в РК

пока остается низким (0,281), хотя по сравнению с 2013 годом его показатель вырос (**Рисунок 5**)

Рисунок 5. Коэффициент Джини, по 10% группам населения



Таким образом, можно сделать вывод, что влияние внешних социально-экономических параметров РК имеет слабое влияние на показатель роста частных расходов на здравоохранение, что может означать преобладающее влияние государственной политики в РК на уровень частных расходов косвенно путем определения состава и объемов бесплатного медицинского обеспечения. Значительное ограничение бесплатного медицинского обеспечения или недостаточность его государственного финансирования приводит к росту доли частных расходов в результате вынужденного приобретения населением необходимой помощи за счет личных средств. С другой стороны, при увеличении государственного финансирования размер расходов из личных средств населения может увеличиваться за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественного здравоохранения (например, приобретение лекарственных препаратов), что может объяснить ситуацию по высокому уровню частных затрат в здравоохранении РК.

Наблюдаемые в Казахстане высокие частные расходы создают угрозу доступности услуг здравоохранения, усиливают неравенство в уровне получения медицинских услуг и возлагают дополнительное бремя на беднейшие слои общества, связанное с необходимостью приобретения дорогостоящего лечения, с вытекающими последствиями для экономического роста.

Расходы на здравоохранение на душу населения составили в 2016 году 90782 тенге (280 долл. США по курсу 2016 года¹⁷ и 468,5 долл. по ППС)¹⁸.

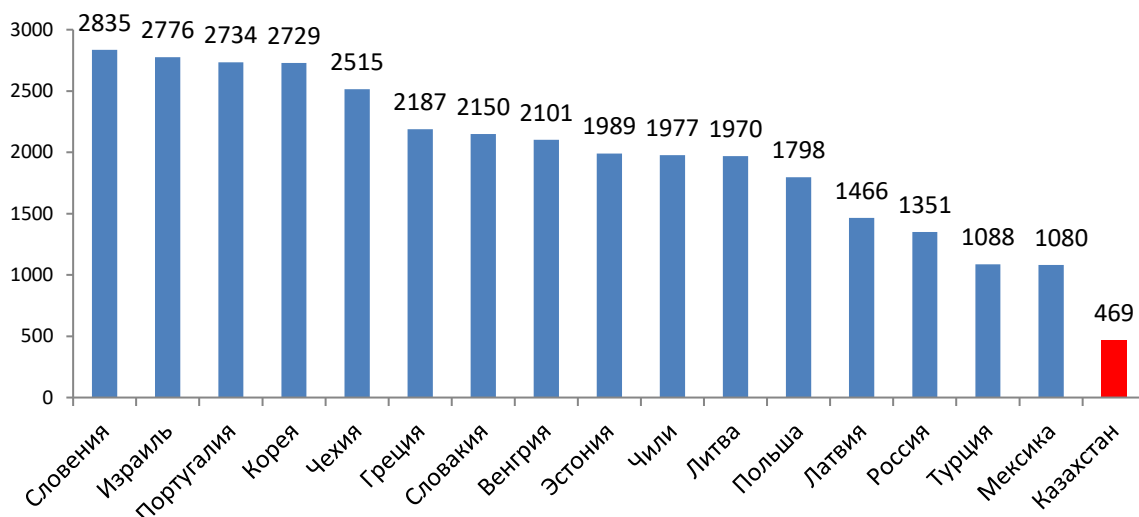
Данный показатель значительно ниже среднего в странах ОЭСР (4115 долл. по ППС), где максимальный показатель отмечен в США (9 892 долл.

¹⁷ Среднегодовой обменный курс доллара США в 2016 году - 342,16 тенге

¹⁸ Данные ППС на сайте <https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

по ППС) и минимальный - в Турции (1787 долл. по ППС). Что касается стран, не входящих в ОЭСР, таких как Россия (1351 долл. по ППС) и Литва (1970 долл. по ППС), то и там расходы на душу населения превосходят аналогичный показатель в Казахстане (Рисунок 7).

Рисунок 7. Расходы на здравоохранение на душу населения в РК и странах ОЭСР в долл. по ППС (USD PPP) в 2016 году



Источник: Статистика ОЭСР <http://stats.oecd.org>

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

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

Таблица 2. Структура услуг здравоохранения за 2016 год (в млн. тенге)

Статьи расходов по классификации услуг здравоохранения	Гос. средства	Частные средства	Всего	%ТРЗ
НС 1 . Услуги лечения	755 701,6	225 303,8	980 984,6	61%

НС.2	Реабилитационное лечение	544,4	11 285,7	11 830,1	0,7%
НС.3	Долгосрочный медицинский уход	263,0	389,6	652,6	0,04%
НС.4	Вспомогательные услуги	36 801	-	36 801	2,3%
НС.5	Предоставление медицинских товаров	64 248,9	404 294	468 542,9	29,2%
НС.6	Профилактические услуги	58 736,3		58 736,3	3,7%
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	16 812,6	4 848,4	21 661	1,4%
НС.0	Прочие медицинские услуги	14 930,7	10 291,3	25 222	1,6%
Итого		948 038,4	656 412,8	1 604 430,4	100%

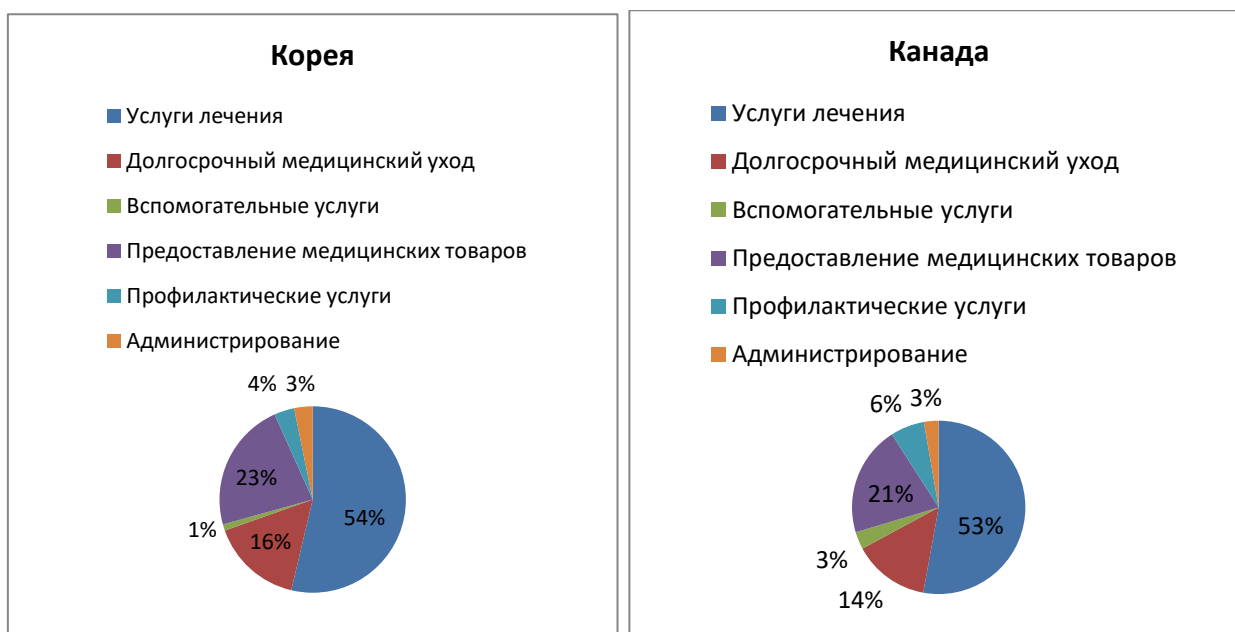
Рисунок 8. Распределение расходов по услугам за 2016 год (в % долях)



В структуре текущих расходов на здравоохранение 61% занимают непосредственно услуги лечения (**Рисунок 8**). 29,2 % направлялись в 2016 году на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Профилактические расходы обходятся 3,7% текущих расходов. На вспомогательные услуги направлялось 2,3% средств, и 1,6% на прочие медицинские услуги. Наконец, 1,4% расходовались в 2016 году на администрирование системы здравоохранения.

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

Рисунок 9. Распределение расходов по услугам за 2016 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 29,2% от всех расходов на здравоохранение, что является достаточно высоким показателем. Также явным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный медицинский уход, который в Корее занимает 16% от всех расходов, а в Канаде – 14%. Для сравнения в Казахстане данный показатель в 2016 году достиг 0,02% (Рисунок 9).

НС 1 . Услуги лечения

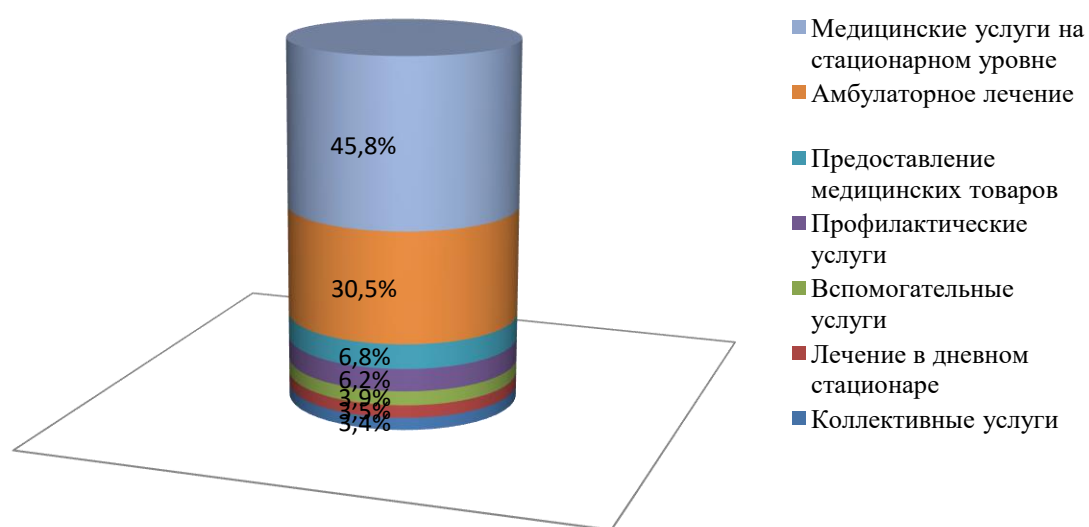
Категория статей расходов «НС 1 . Услуги лечения» состоит из медицинских услуг, основным намерением которых является облегчение симптомов заболевания или травмы, уменьшение тяжести заболевания или травмы или защита от обострения и/или осложнения заболевания и/или травмы, которые могут угрожать жизни или нормальной жизнедеятельности индивидуума. 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)

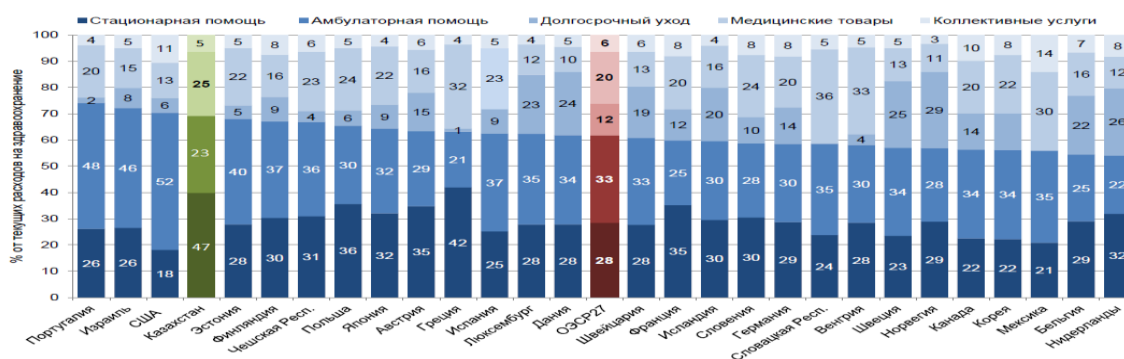
НС 1 . Услуги лечения	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НС.1.1 Медицинские услуги на стационарном уровне	433 722,7	58 911,6	492 634,3	50,2%	30,7%
НС.1.2 Лечение в дневном стационаре	32 947,4	-	32 947,4	3,4%	2,05%
НС.1.3 Амбулаторное лечение	289 031,5	166 385,9	455 402,9	46,4%	28,3%
Итого по НС 1 . Услуги лечения	755 701,6	225 303,8	981 005,4	100%	

Рисунок 10. Распределение расходов по услугам за счет средств государственного бюджета за 2016 год (в % долях)



По итогам 2016 года 30,7% от текущих расходов на здравоохранения было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 28,3% ТРЗ (**Рисунок 10**), 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. (**Рисунок 11**)

Рисунок 11 . Распределение расходов по видам услуг здравоохранения от ТРЗ в странах ОЭСР в 2015 году



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 ухудшения состояния, медицинские осложнения и риски.

Тем не менее, в Казахстане очень мало внимания уделяется данному виду услуг, и по учетам НСЗ, в 2016 году расходы на реабилитационные услуги составили всего 0,7% 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.

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 2016 году в Казахстане были потреблены услуги долгосрочного медицинского ухода только на стационарном уровне и составили 0,04%. В среднем по странам-членам ОЭСР данный показатель в 2015 году составил 14% от ТРЗ. Учитывая важность данных услуг, для приравнивания к показателям ОЭСР необходимо увеличить количество организаций в РК, оказывающих услуги долгосрочного ухода. В текущий момент в РК действуют 2 организаций 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 2016 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 2016 году было направлено 2,3% от всех средств, расходованных на здравоохранение. Для сравнения, в странах ОЭСР данный показатель в 2015 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 репрезентативных статистических данных.

**Таблица 4. Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги»
за 2016 год (в млн. тенге)**

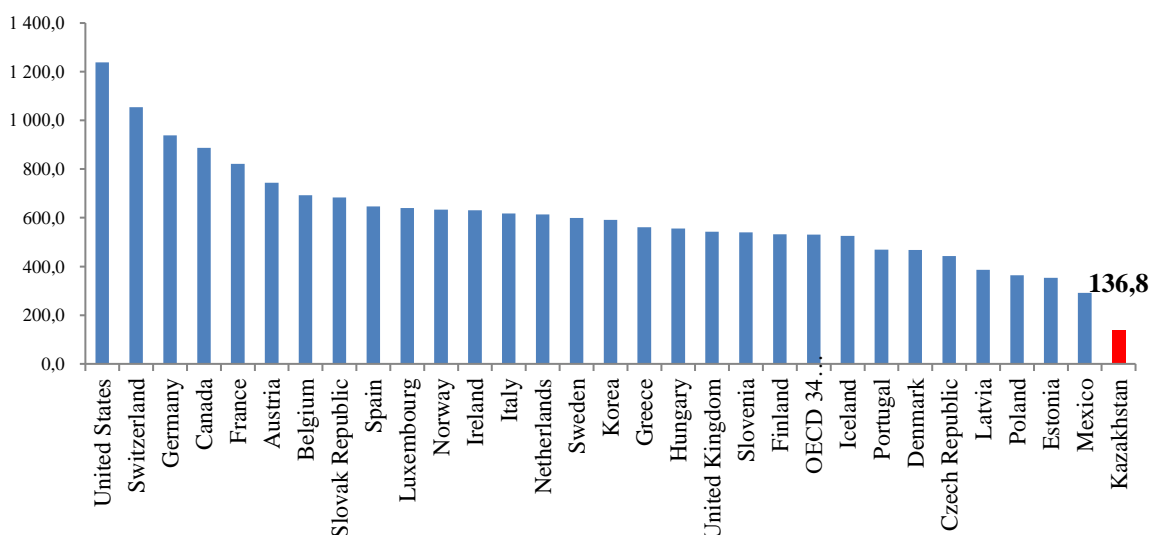
Вспомогательные услуги	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы
Диагностические услуги	1 714,1	-	1 714,1	4,7%
Транспортировка пациентов	35 086,9	-	35 086,9	95,3
Итого по категории «Вспомогательные услуги»	36 801	-	36 801	100%

НС.5 Предоставление медицинских товаров

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

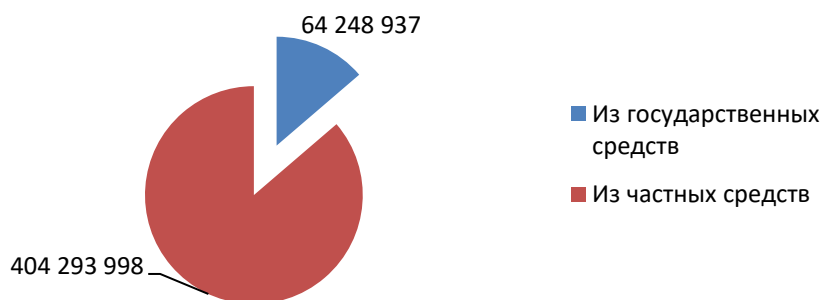
В 2016 году расходы на ЛС и ИМН на 1 душу населения составили 77,5 долл. США или 136,8 долл. США по ППС. В сравнении со странами ОЭСР на приобретение медицинских товаров в Казахстане, в целом, расходуется намного меньше. Для сравнения, в США данный показатель составляет 1 238,9 долл. США по ППС, что 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 12).

Рисунок 12. 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 2016 году из государственных средств расходовалось в 6,3 раза меньше, чем из частных средств населения и предприятий (Рисунок 13).

Рисунок 13. Структура расходов на ЛС и ИМН в 2016 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 уровне 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 2016 году на данный вид услуг было направлено 58 736,3 млн. тенге, что составило 3,7% от всех расходов. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2015 году на профилактические услуги в среднем по странам-членам ОЭСР было расходовано 2,9% от ТРЗ.

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 категории статей расходов «Профилактические услуги» за 2016 год (в млн. тенге)

Профилактические услуги	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от суммы
Информационная, образовательная и консультационная программы	8 120,7	-	8 120,7	13,8%
Программы иммунизации	29 383	-	29 383,0	50,0%
Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	3 981,6	-	3 981,6	6,8%
Программа мониторинга состояния здоровья	3 716,8	-	3 716,8	6,3%
Программы надзора над инфекционными и неинфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	13 534,2	-	13 534,2	23,0%
Итого по категории «Профилактические услуги»	58 736,3	-	58 736,3	100,0%

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.

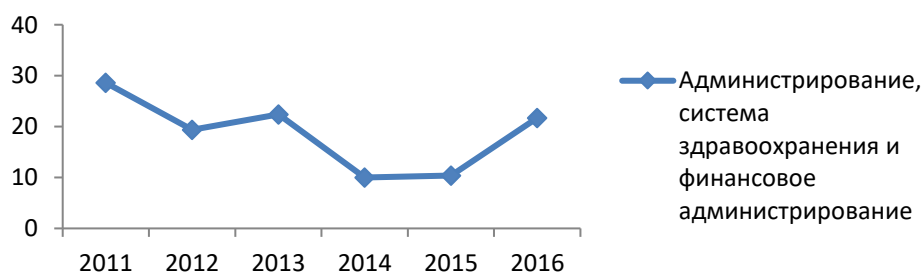
Статья «НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения» подразумевает подкомпонент, специфичный для финансирования здравоохранения, независимо от его частного или государственного происхождения и частного или государственного предоставления. В него входит управление сбором средств и администрирование, 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, актуарные функции, 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	16 812,6	-	16 812,6	77,6%
НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения	-	4 848	4 848	22,4%
Итого	16 812,6	4848,439	21 660,6	100,0%

В НСЗ РК в 2016 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

Как показывает **Рисунок 14**, 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 14. Расходы на администрирование, систему здравоохранения и финансовое администрирование за 2011-2016 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 НС3 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 1,6% 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 НС3 РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 10 основных категорий статей расходов здравоохранения (Таблица 7).

Таблица 7. Структура поставщиков услуг здравоохранения за 2016 год (в млн. тенге)

Статьи расходов по классификации услуг здравоохранения	Гос. средства	Частные средства	Всего	%ТРЗ
НР.1 Стационары	429 550	75 586,7	505 136,7	31,5%
НР.2 Учреждения длительного ухода	3 979,7	-	3 722,8	0,2%
НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг	316 438,3	139 221,5	455 659,8	28,4%
НР.4 Организации,	35 086,9	-	35 086,9	2,2%

предоставляющие дополнительные услуги					
НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	70 462,7	404 294,0	474 756,7	29,6%	
НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги	55 549		55 549,0	3,5%	
НР.7 Организации управления здравоохранением	2 354,4	4 848,4	7 202,8	0,4%	
НР.8 Прочие сектора экономики	4 512,8	-	4 512,8	0,3%	
НР.9 Остальной мир	1 990,8	-	1 990,8	0,1%	
НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг	28 113,7	32 441,4	60 555,1	3,8%	
Итого	947 781,4	656 412,8	1 604 173,5	100%	

НР.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.

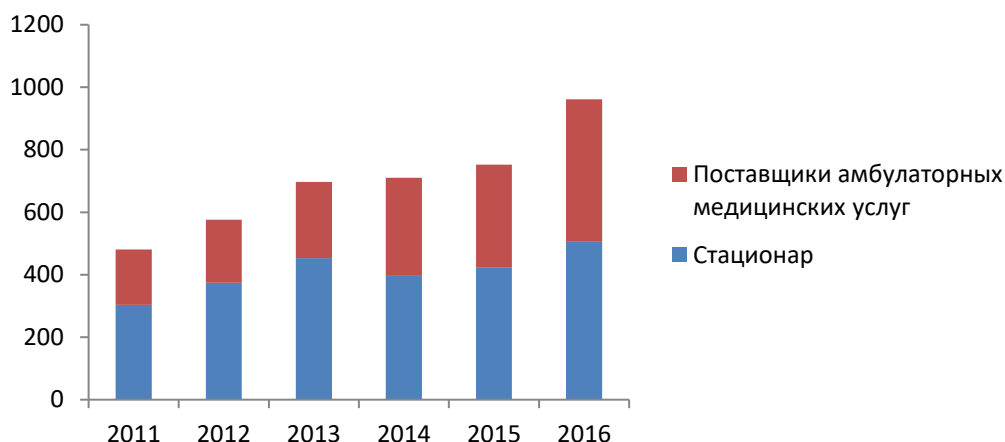
Таблица 8. Структура распределения категории НР.1 Стационары за 2016 год (в млн. тенге)

НР.1 Стационары	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.1.1 Больницы общего профиля	231 526,7	75 586,7	307 113,4	61%	19,14%
НР.1.2 Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	23 000,5	-	23 000,5	4,5%	1,43%
НР.1.3 Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	175 022,9	-	175 022,9	34,5%	10,91%
Итого по НР.1 Стационары	429 550	75 586,7	505 136,8	100,00 %	61,15%

В стационаре преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуется 61% от всей суммы стационарных услуг, и 19,14% от

ТРЗ. Для сравнения, данный показатель по странам ОЭСР в 2015 году составил 96,1% от всех расходов на стационарные услуги (**Рисунок 15**).

Рисунок 15. Расходы поставщиков стационарных и амбулаторных медицинских услуг в динамике за 2011-2016 годы



Важно отметить, что, несмотря на преобладание расходов на стационарные услуги в динамике за 2011-2016 годы, можно заметить, что расходы данных поставщиков большими темпами идут на приравнивание, что может быть следствием правильного выбора политики здравоохранения.

НР.2 Учреждения длительного ухода

Данная категория охватывает учреждения, основной деятельностью которых является предоставление долгосрочного ухода по месту проживания, куда входит сестринский уход, попечительский надзор и другие виды ухода в зависимости от потребностей резидентов.

В 2016 году в Казахстане к ним отнеслись ГКП на ПХВ «Городская больница сестринского ухода» и ГКП на ПХВ "Городской центр паллиативной помощи" г.Алматы. К поставщикам данной категории относится 0,2% от всех расходов на здравоохранение. Как упоминалось выше, необходимо развивать и увеличивать количество поставщиков

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 выставять 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 2016 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 2016 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 медицинских услуг (FP).

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

Классификация факторов также является частью других государственных систем учета и служит стандартным инструментом анализа для статистики государственных финансов на международном уровне. Предоставление услуг подразумевает комбинацию факторов производства – труд, капитал, материалы и внешние услуги – используемых для предоставления товаров и услуг здравоохранения. Чтобы функционировать, поставщики также должны покрывать и другие расходы на исходные ресурсы, такие как уплата налогов (напр., НДС). Таким образом, факторы предоставления медицинских услуг учитывают совокупную стоимость ресурсов в денежной или натуральной форме, используемые в предоставлении товаров и услуг здравоохранения. Они равны сумме, выплачиваемой поставщикам медицинских услуг схемами финансирования за товары и услуги здравоохранения, потребленные в отчетном периоде (Таблица 9).

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

Коды по ССЗ 2011		Наименование расходов	2016
FP. 1		Компенсационные расходы работникам	600 452 364
	FP. 1.1	Заработная плата	551 399 077
	FP. 1.2	Социальные выплаты	48 158 852
	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	894 435
FP. 3		Материалы и услуги	458 870 622
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	236 027 758

	ФР. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	134 365 247
	ФР. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	88 477 617
ФР. 4		Потребление основного капитала	54 954 691
ФР. 5		Прочие расходы, затраченные на "входы"	44 268 866
	ФР. 5.1	Налоги	6 994 041
	ФР. 5.2	Прочие расходы	37 274 825
Итого			1 158 546 543

ФР.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.

ФР.2 Вознаграждение самозанятых специалистов

Категория ФР.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.

FR.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, предоставленным 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.

FR.4 Потребление основного капитала

Потребление основного капитала является издержками производства. Его можно определить, в общих чертах, как обесценивание запасов основных средств производителя, обусловленное обычной амортизацией, моральным износом или обычными и случайными повреждениями, 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. Учтенные 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 2010-2016 ГОДЫ

Настоящая глава включает в себя обзор экономических показателей и показателей расходов на здравоохранении в 2010-2016 годы, а также последующий анализ.

Таблица 10. Экономические показатели и показатели расходов на здравоохранение в 2010-2016 годы (в млн. тенге)

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ВВП	21 815,5	28 243,1	31 015,2	35 999	39 675,8	40 884,1	46 971,1
Расходы гос. бюджета	4 457,2	5 423,3	6 269	6 852,7	7 791,9	8 227,1	9 433,7
Текущие расходы на здравоохранение	594,9	760,2	938,6	959,9	1 073,6	1 244,4	1 604,2
Общие расходы на здравоохранение	876	955,9	1 165,60	1 281,50	1433,1	1484,8	1761,5
Гос. расходы на здравоохранение	402,3	520,4	642,0	664,9	738,1	783,0	948
Частные расходы на здравоохранение	170,5	235,4	294,0	292,2	332,3	456,8	645,6
Доля гос. расходов от ТРЗ	67,6%	68,5%	68,4%	64,6%	68,7%	62,9%	59,1%
Доля гос. расходов от	45,9%	54,4%	55,1%	51,9%	51,5%	52,7%	53,8%

ОРЗ							
Доля частных расходов от ТРЗ	28,7%	31,0%	31,5%	30,4%	31,0%	36,7%	40,2%
Доля прямых платежей населения от ТРЗ	27,7%	26,2%	28,3%	25,9%	26,2%	32,1%	35,7%
Доля прямых платежей населения от ОРЗ	18,8%	20,8%	22,8%	24,8%	19,6%	26,9%	32,6%
Доля частных расходов от ОРЗ	19,5%	24,6%	25,2%	26,8%	25,3%	30,8%	36,7%
Прямые платежи населения	164,9	199,2	265,8	248,8	280,9	399,0	573,4
Расходы на стационарные услуги	202,0	286,4	354,4	424,2	402,8	402,0	492,6
Расходы на услуги дневного стационара	10,0	15,4	20,6	15,8	21,6	25,8	32,9
Расходы на амбулаторные услуги	115,6	189,2	252,1	246,6	405,5	350,1	455,4
Номинальные ТРЗ на душу населения	36,7	46,2	56,3	60,9	62,6	71,4	90,8
Реальные ТРЗ на душу населения, цены 2010г.	36,7	43,1	49,5	51,0	50,1	51,4	60,1

Анализ и сравнение индикаторов показывает рост ВВП на 73% в 2016 году и расходов государственного бюджета на 71% в сравнении с началом исследуемого периода. Кроме того текущие расходы увеличились на 92% с 594,9 млрд. тенге до 1 трлн. 604,2 млрд. тенге за данный временной промежуток (**Рисунок 16**).

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

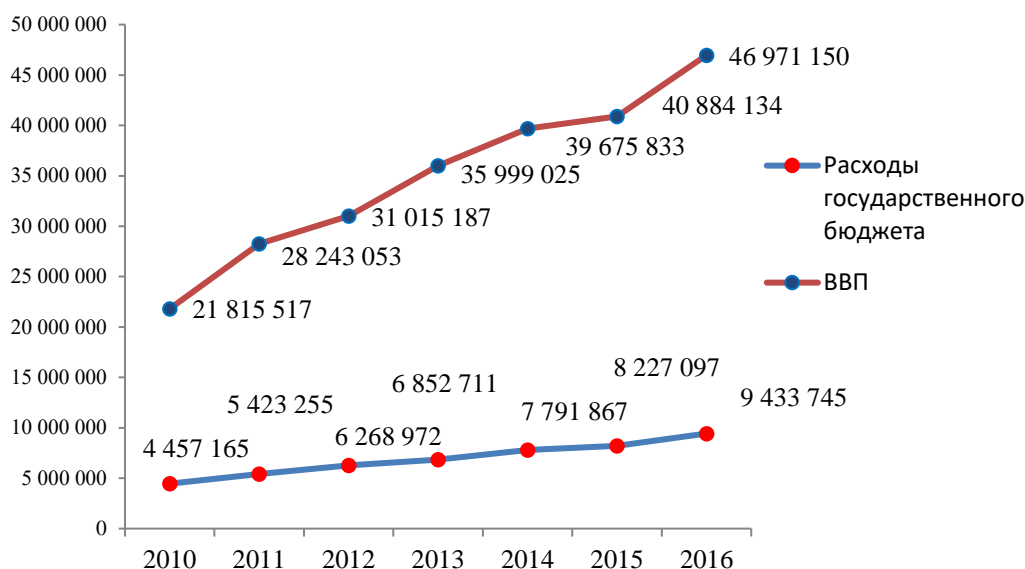
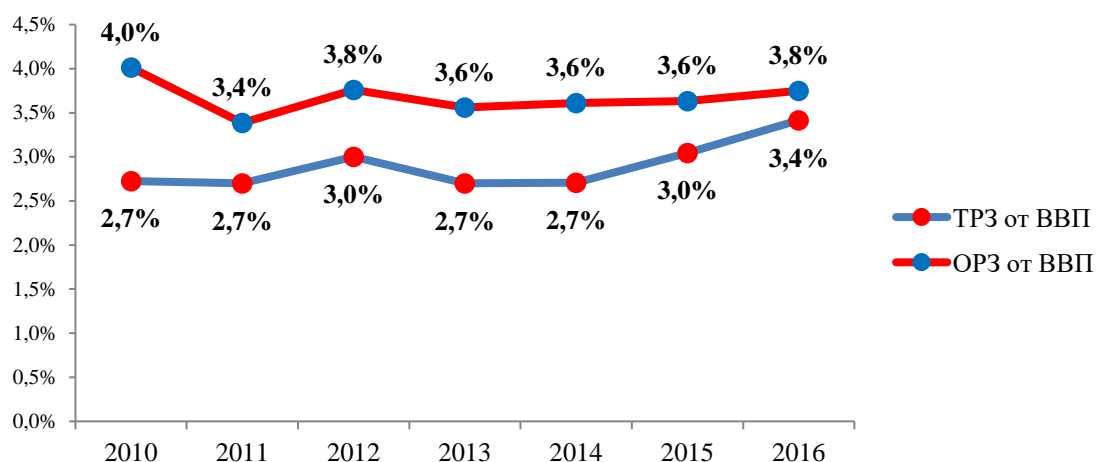


Рисунок 17. Государственные, частные и текущие расходы на здравоохранение в 2010-2016 годы (в млрд. тенге)



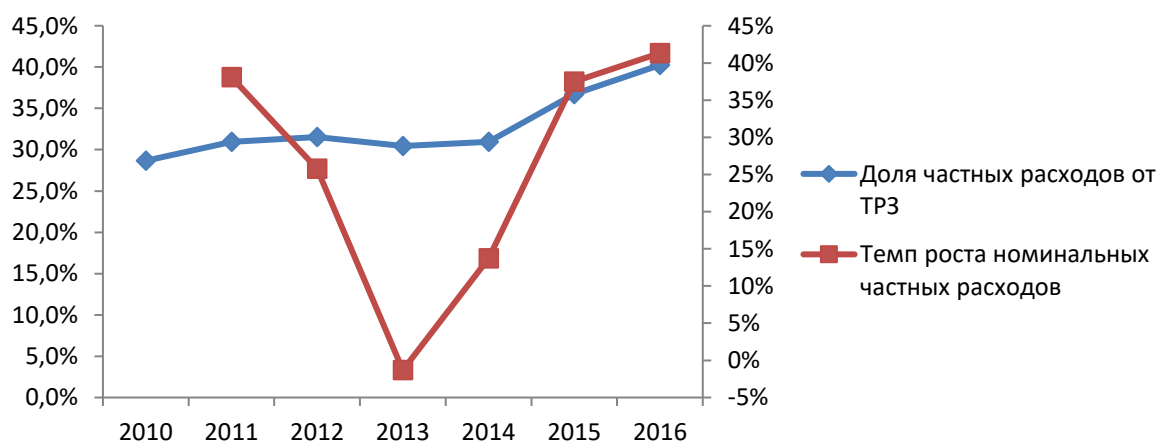
Однако, учитывая рост ВВП и расходов государственного бюджета соотношение расходов на здравоохранение к ВВП остается в пределах 3-4% за последние 7 лет (**Рисунок 18**).

Рисунок 18. Динамика процентных соотношений ТРЗ и ОРЗ от ВВП (в %)



В период 2010-2016 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 19**). 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.

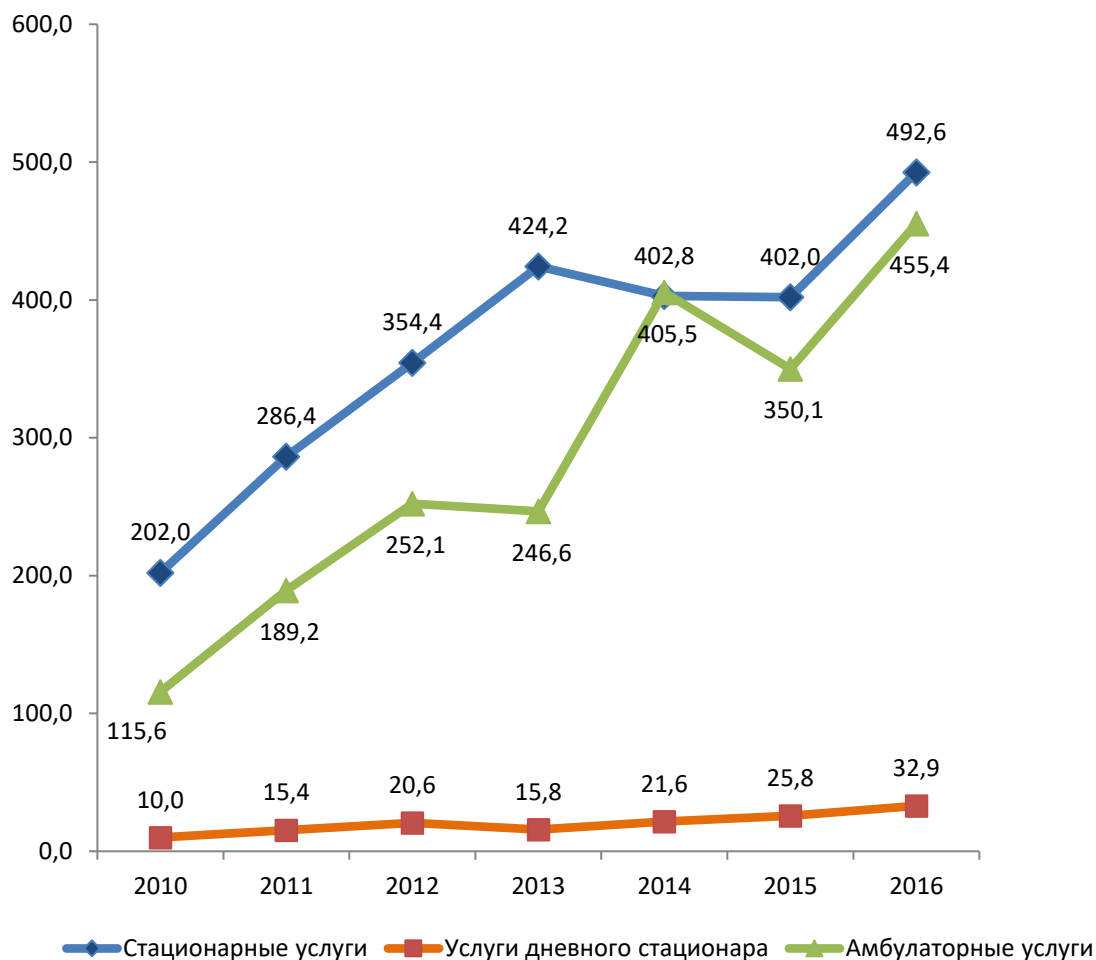
Рисунок 19. Динамика частных расходов на здравоохранение



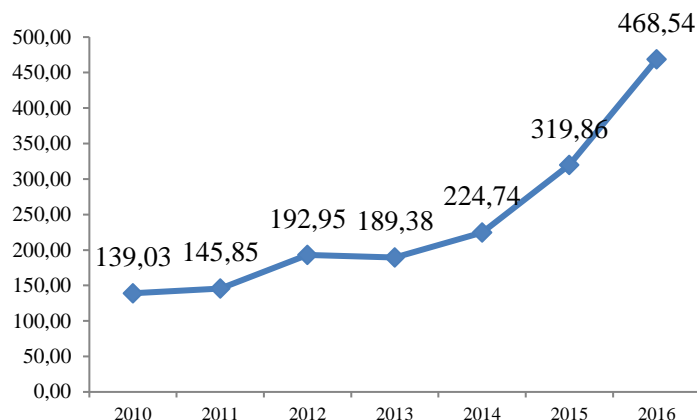
Анализ и сравнение показателей расходов на здравоохранение в разрезе медицинских услуг показал, что в 2016 году расходы на стационарную помощь по сравнению с 2010 годом возросли более чем в 2 раза, в то время, как в 2013 и 2014 годах они сократились в 0,9 раза. Расходы на амбулаторные

услуги увеличились в 2016 году почти в 4 раза в сравнении с началом исследуемого периода (**Рисунок 20**).

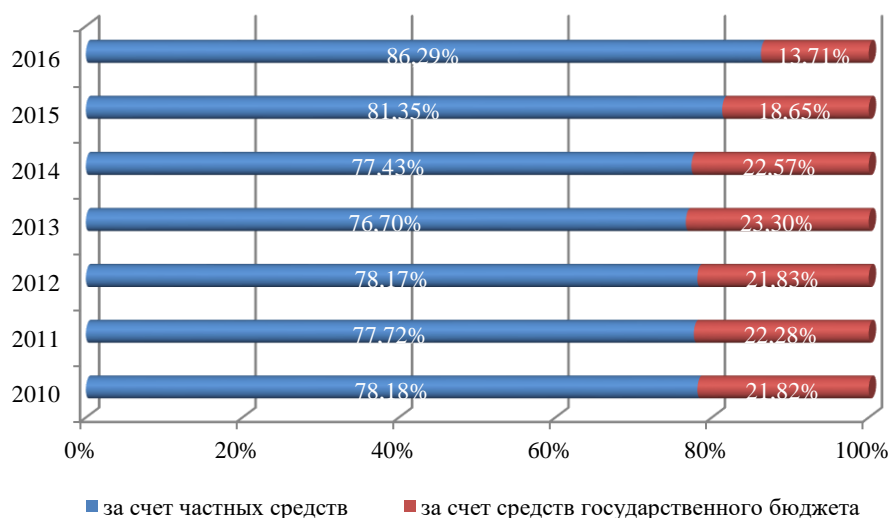
Рисунок 20. Динамика расходов на здравоохранение по видам медицинской помощи (в млн. тенге)



Как упоминалось выше, в 2016 году расходы на приобретение медицинских товаров составили 468,5 млрд. тенге. Это в 1,5 раза выше, чем в предыдущем году. 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.

Рисунок 21. Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2016 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 средствами из карманов населения. Но в 2016 году ситуация ухудшилась, и государством было покрыто всего 13,7% всех расходов на приобретение медицинских товаров (**Рисунок 22**).

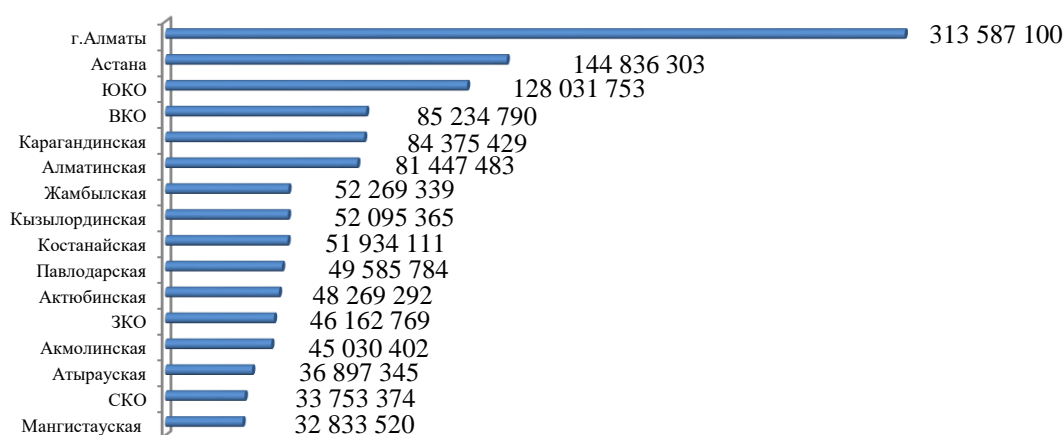
Рисунок 22. Структура расходов на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2016 годы

4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Региональные счета здравоохранения разрабатываются в рамках формирования НСЗ РК в целях анализа регионального распределения расходов на здравоохранение.

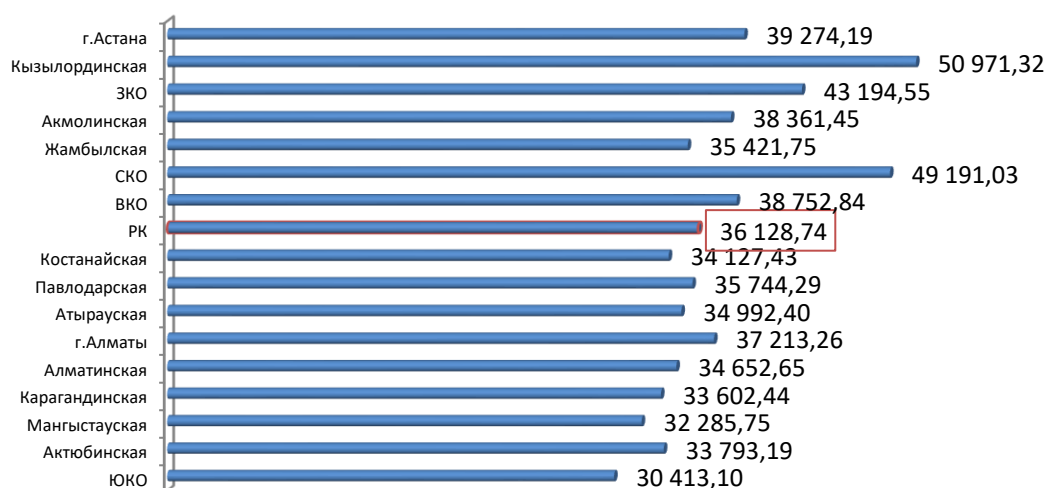
Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2016 года показал что наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 313,5 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Мангыстауской области, где затраты на здравоохранения составили 32,8 млрд. тенге (**Рисунок 23**).

Рисунок 23. Общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2016г. (тыс. тенге)



Текущие расходы на 1-го жителя в 2016 году в среднем по РК составили 36128 тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Южно-Казахстанской области – 30413 тенге, наивысший в Кызылординской области – 50971 тенге (**Рисунок 24**).

Рисунок 24. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2016 году, на 1 жителя, тенге



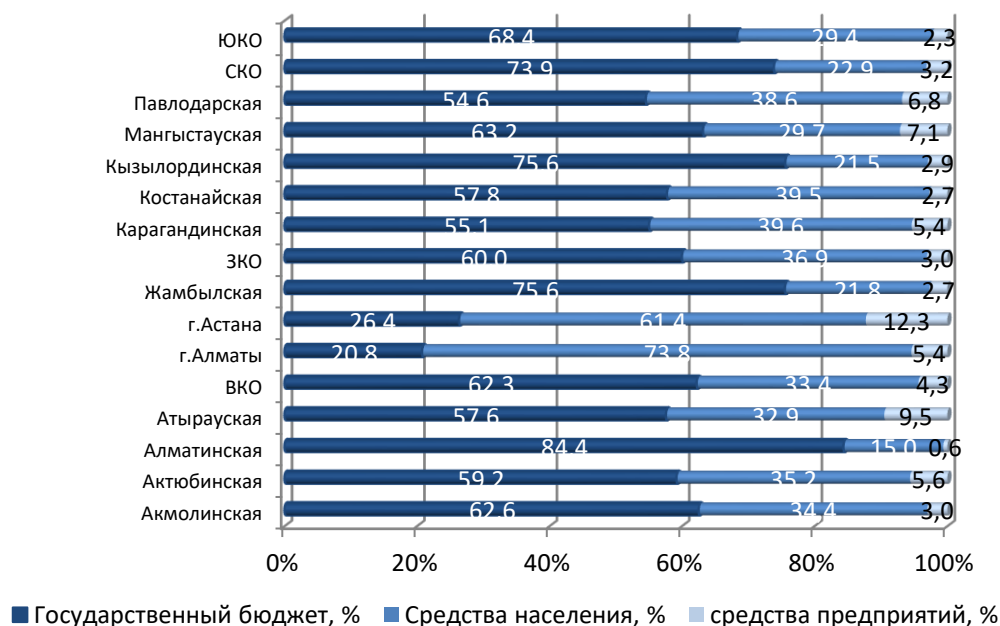
Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования.

По итогам 2016 года можно отметить что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Алматинской области - 84%, также в Жамбылской области – 75,6%, Кызылординской области – 75,6% и Северо-Казахстанской области -73,9%. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в г. Алматы – 20,8%.(Рисунок 21)

Наибольшая доля расходов населения отмечается в г. Алматы – 73,8%. Наименьший удельный вес расходов за счет средств населения наблюдается в Алматинской области и составляет 15% (Рисунок 21).

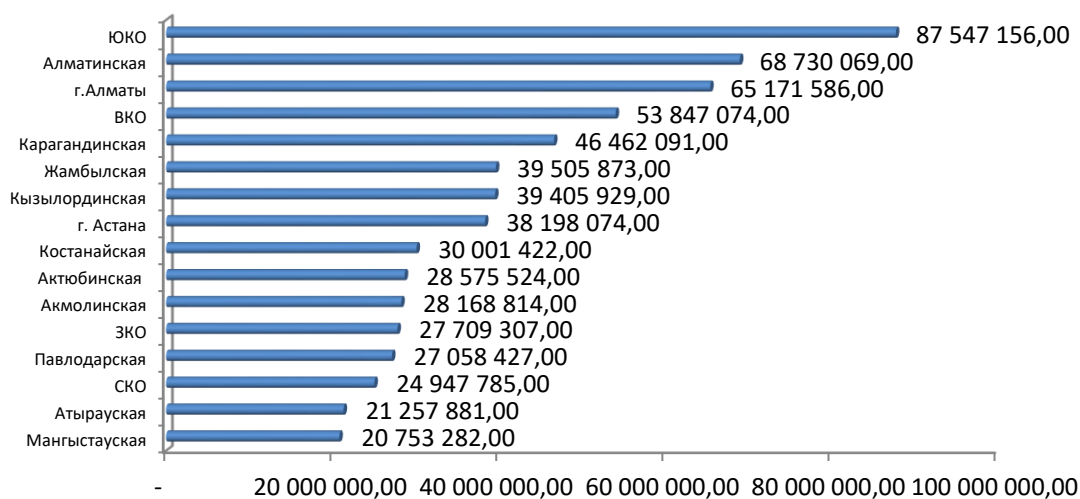
Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Астане составил 12,3%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Атырауская область – 9,5% (Рисунок 25).

Рисунок 25– Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу



По итогам 2016г. общие затраты государственного бюджета на здравоохранение в регионах Казахстана наибольший объем расходов за счет средств государственного бюджета приходится на Южно-Казахстанскую область – 87 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Атыраускую и Мангыстаускую области – 21 млрд. тенге и 20 млрд. тенге соответственно (Рисунок 26).

Рисунок 26 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2016г. (тыс. тенге)



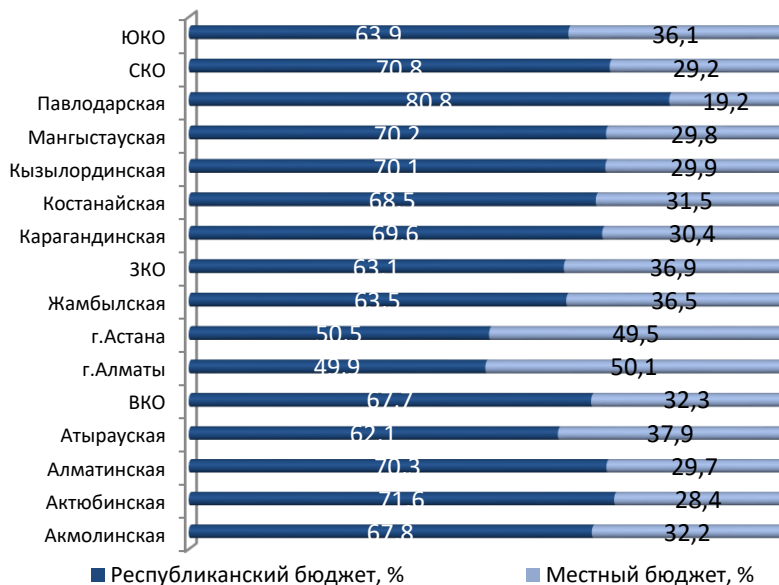
Схемы финансирования определяют основные механизмы, посредством которых услуги финансируются и предоставляются потребителям. Так, распределение государственных средств выглядит следующим образом:

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 49-80%;

- государственные схемы финансирования местного уровня – 19-50%.

Подобная картина говорит о том, что в среднем на 66% средств государственного бюджета, предусмотренных на финансирование здравоохранения, переносится на республиканский уровень (Рисунок 27).

Рисунок 27 - Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2016г.



Государственные схемы финансирования (НФ.1.1)

Государственные схемы финансирования местного уровня (НФ.1.1.2) включают (**Рисунок 28**):

- - местные органы государственного управления здравоохранением (95,1%),
- -управление строительства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог области (3,8%)
- - управление строительства, архитектуры и градостроительства области (1,1%).

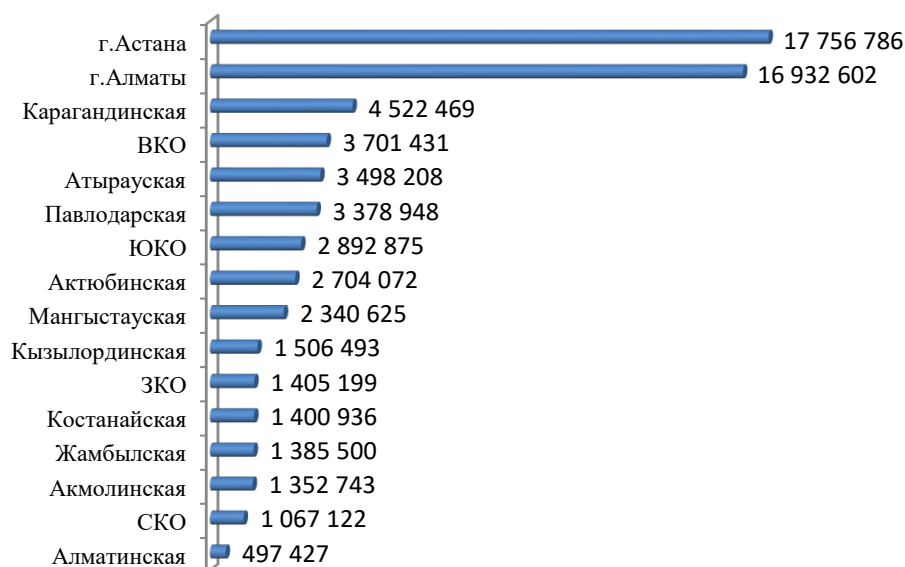
Рисунок 28. Государственные схемы финансирования местного уровня в разрезе регионов (в % к сумме)



НФ.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступающих от предприятий. Поступления от предприятий показаны на рисунке. Наибольший объем расходов предприятий показал г. Астана – 17,7 млрд. тенге, далее г. Алматы – 16,9 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области -497,4 млн. тенге (**Рисунок 29**).

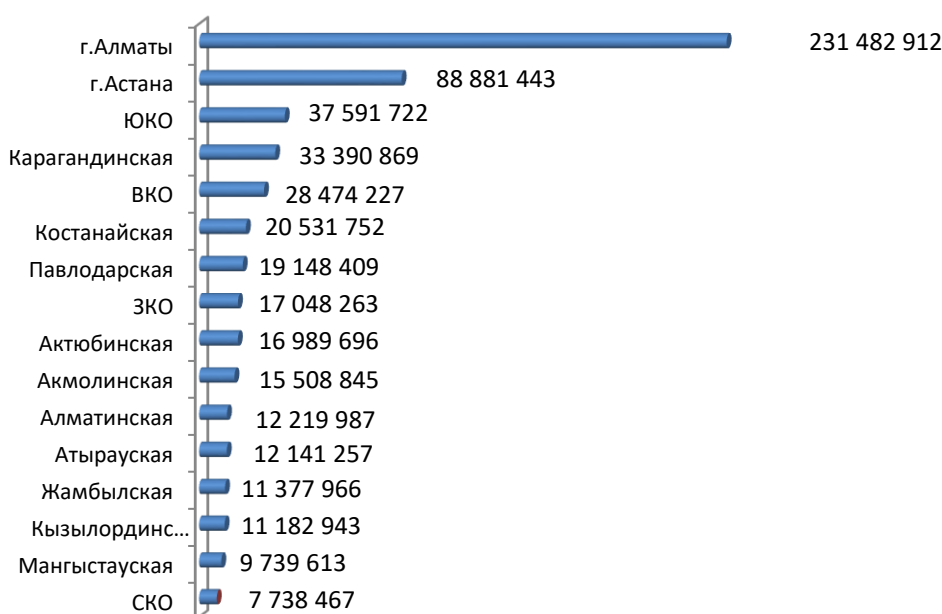
Рисунок 29– Схемы медицинских взносов, поступаемых от предприятий (тыс. тенге).



НФ.3 Расходы домохозяйств

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 44% от общих расходов на здравоохранение. Частные расходы домохозяйств показаны на **рисунке 30**.

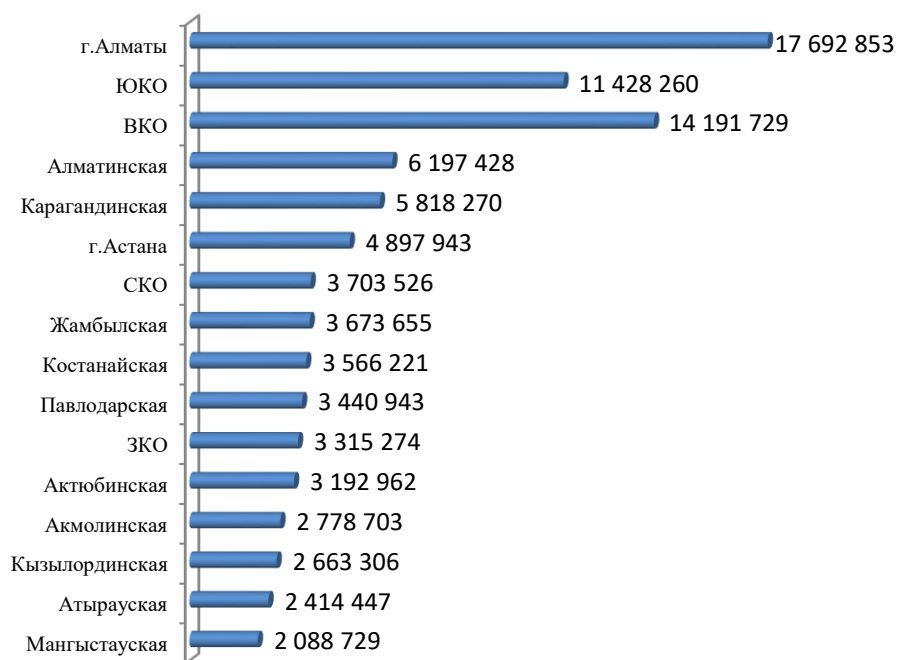
Рисунок 30– Расходы домохозяйств в разрезе регионов в 2016г. (тыс. тенге)



Наибольший объем частных расходов показывает г. Алматы – 231,4 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом более чем в 2 раза следует г. Астана, где частные расходы домохозяйств составляют 88,8 млрд. тенге. Наименьший объем частных расходов отмечается в Северо-Казахстанской области – 7,7 млрд. тенге.

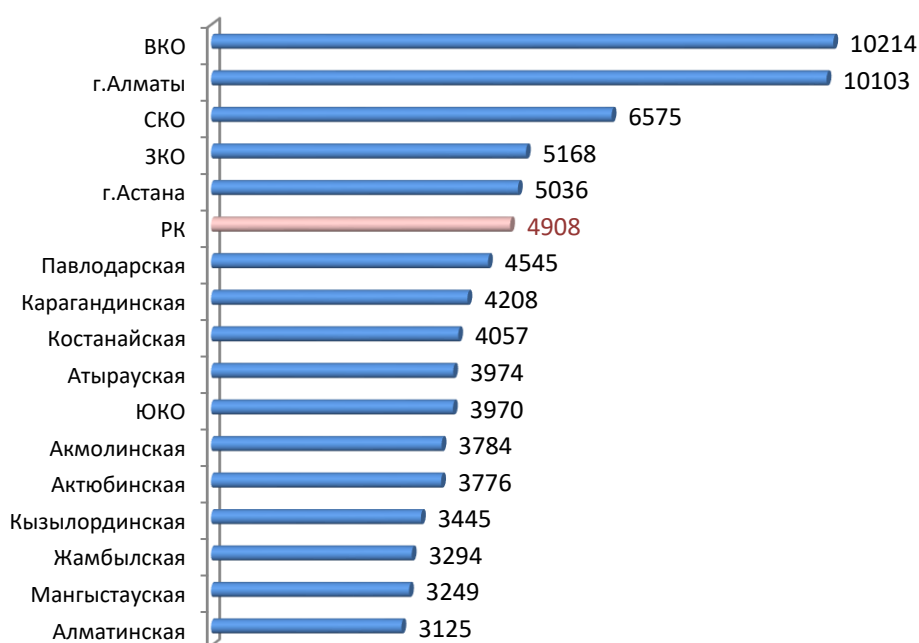
В 2016 году на приобретение лекарственных средств и прочих медицинских товаров недлительного пользования было израсходовано 91 млрд. тенге. Максимальный объем расходов показал г. Алматы – 17,6 млрд. тенге. Меньше всех на лекарства расходовали жители Мангыстауской области – 2 млрд. тенге (**Рисунок 31**).

Рисунок 31. Расходы на фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования в разрезе регионов РК в 2016 году (тыс. тенге)



Расходы на лекарства и медицинские товары на 1 жителя составляет в среднем 4908 тенге по РК. Выше среднего показателя расходы на лекарства на 1 жителя отмечены в г. Алматы, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Западно-Казахстанской областях. При этом максимальные подушевые расходы на лекарства наблюдаются в Восточно-Казахстанской области и составляют 10214 тенге. А минимальное значение по данному показателю отмечено в Алматинской области – 3125 тенге (**Рисунок 32**).

Рисунок 32 - Расходы на фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования в разрезе регионов РК на 1 жителя в 2016 году

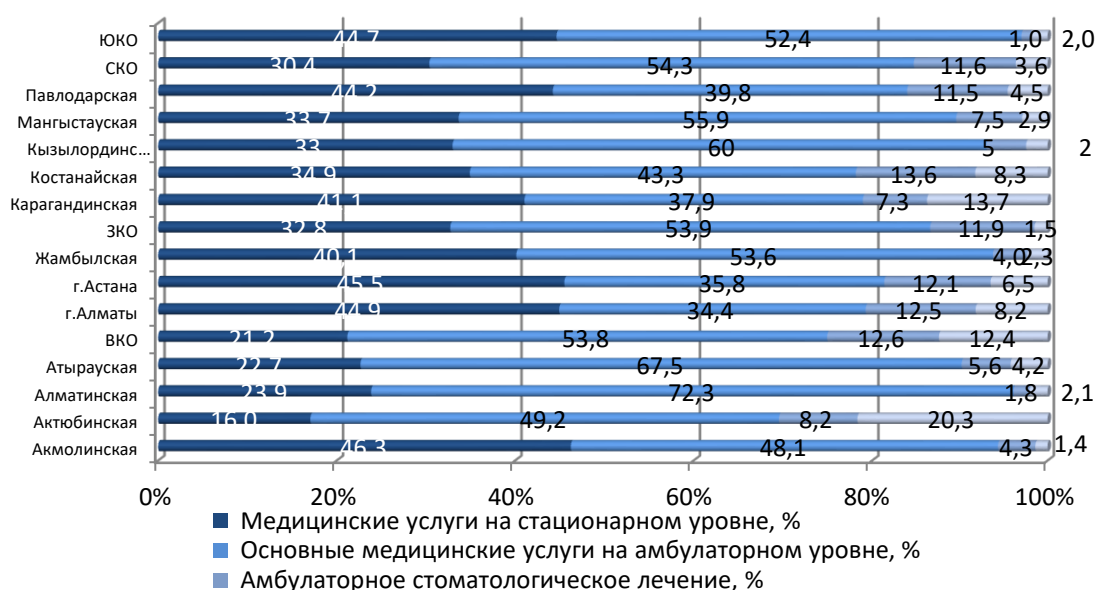


Согласно структуре расходов на услуги лечения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 16% до 46,3% всех расходов на услуги лечения по республике. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2016г. являлась Акмолинская область (46,3%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Актюбинской области (16%). В Восточно-Казахстанской, Атырауской и Алматинской областях на услуги больниц расходуются 21,2-23,9% всех средств на услуги лечения.

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2016г. было направлено от 34,4% до 72,3% всех расходов на услуги лечения. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Алматинской области (72,3%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в г. Алматы (34,4%).

На стоматологическое лечение в 2016г. было направлено от 1% до 13,6% всех расходов на услуги лечения. Так, 1% расходов услуг лечения было направлено на стоматологическое лечение в Южно-Казахстанской области, 13,6% - Костанайской области (**Рисунок 33**).

Рисунок 33 – Структура расходов на услуги лечения в разрезе регионов РК в 2016 году, в % к сумме



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

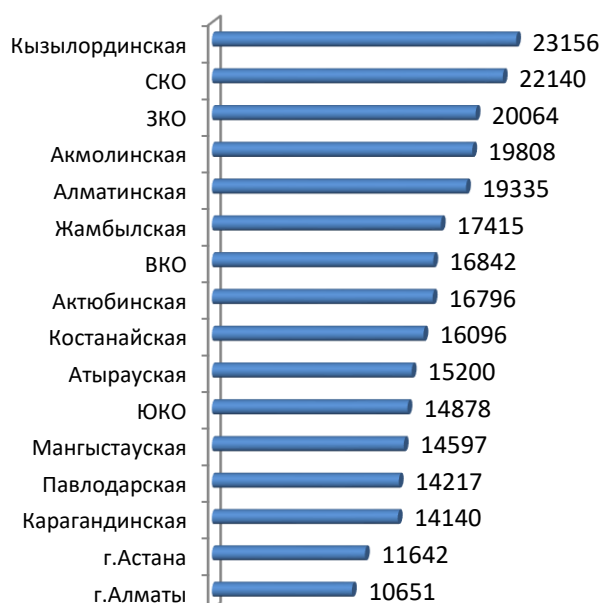
Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь амбулаторной и стационарной помощи. При этом в расчете на 1 жителя максимальный объем доходов поставщиков услуг больниц общего профиля приходится на Павлодарскую область – 10213 тенге, минимальный – ЮКО – 4846 тенге. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет более чем 2 раза (Рисунок 34).

Рисунок 34. Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.



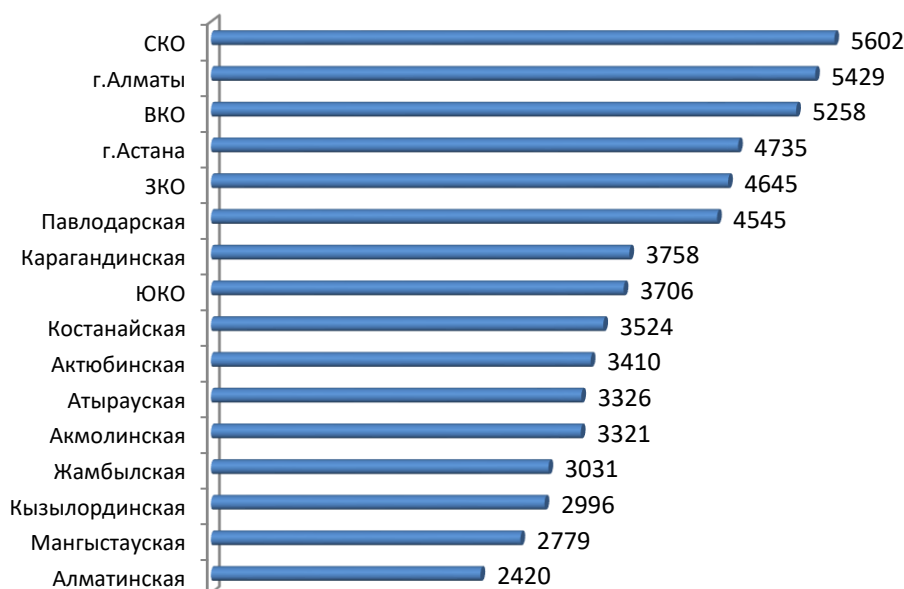
Разница в финансировании поставщиков амбулаторной помощи за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов в расчете на 1 жителя также высока. Максимальный объем расходов на амбулаторную помощь за счет средств государства отмечается в Кызылординской области – 23156 тенге. Минимальный – 10651 тенге в г. Алматы (**Рисунок 35**).

Рисунок 35. Доходы поставщиков, предоставляющие амбулаторные услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.



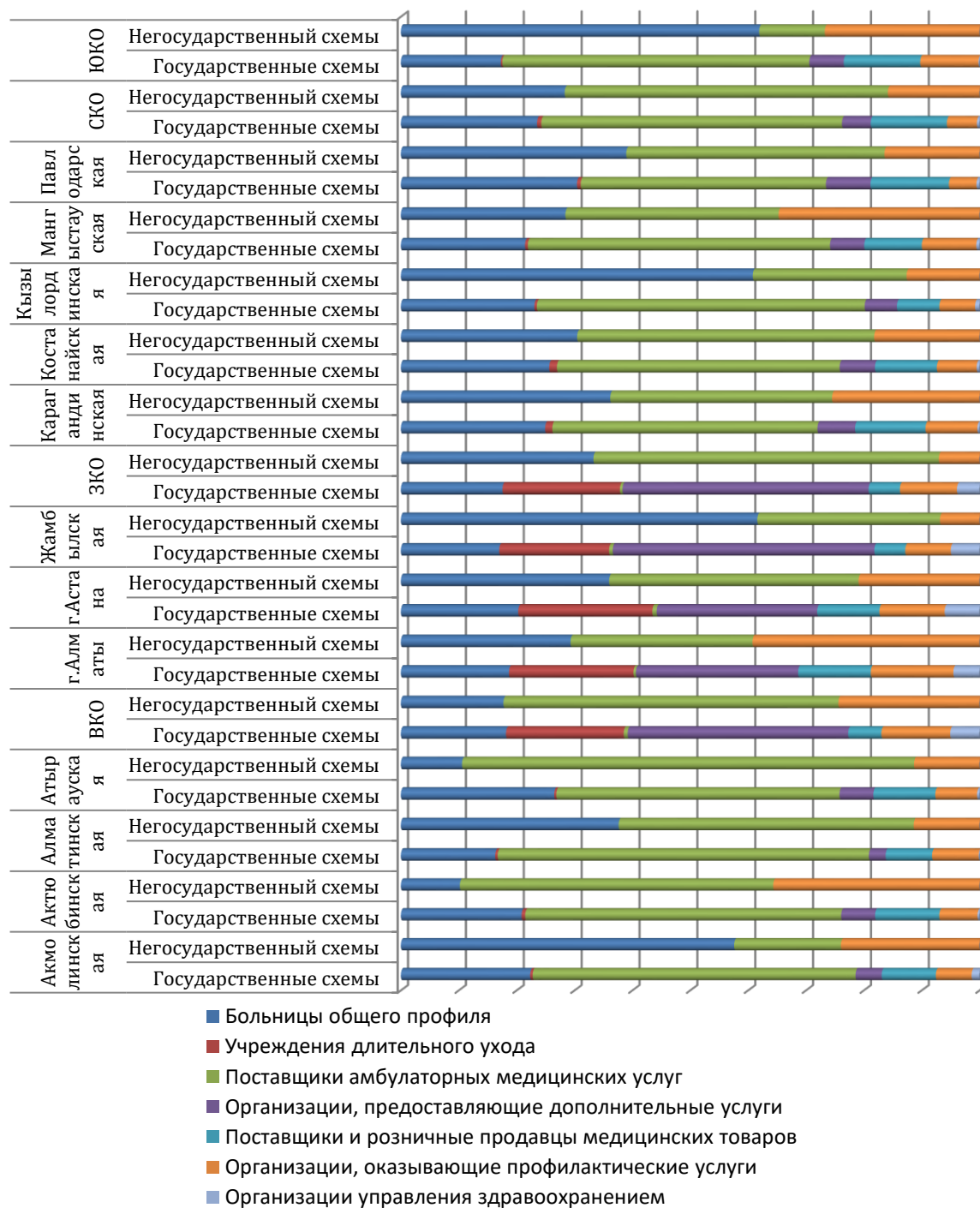
Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования, минимальный объем в Алматинской области 2420 тенге и максимальный объем в Северо-Казахстанской области – 5602 тенге (**Рисунок 36**).

Рисунок 36 . Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов.



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

Рисунок 37. Общие доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в разрезе регионов.



Выводы и заключительные ремарки

По итогам 2016 года общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились так же, как и в 2015 году: наибольший объем расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 313,6 млрд. тенге, что является в 1,2 раза больше, чем в предыдущем году, а наименьший показатель отмечается в Мангистауской области, где затраты на здравоохранение составили 32,8 млрд. тенге, что выше показателя предыдущего года на 18%. По показателям текущих расходов на здравоохранение также лидируют гг. Алматы и Астана и Северо-Казахстанский и Западно-Казахстанские области. Объяснением данному явлению может послужить расположение в данных регионах 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 Алматинской области, где, соответственно частные расходы составили очень маленькую долю – 15% от всех расходов данного региона. Тем временем, в городе Алматы преобладают частные расходы, что составляют 73,8% 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 12,3% от всех расходов на здравоохранение данного региона, что снизилось на 4,9% 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 лидерами также остаются гг. Алматы и Астана, где расходы домохозяйств на здравоохранение в 2016 году увеличились на 16,5% и 9,3% соответственно. Население из собственных карманов меньше всего расходует в СКО, как и в 2015 году.

Расходы на фармацевтические товары на 1 жителя в 2016 году составили 4 908 тенге, что показывает увеличение по сравнению с 2015 годом на 15%. Лидерами по расходам на фармацевтические товары за последние 2 года являются гг. Алматы, Астана, а также ВКО, ЗКО и СКО.

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 мониторировать стратегически важные показатели и, тем самым, контролировать решения задач и принятия решения.

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.

Стоит 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.

Для расчета данных показателей в качестве информационной базы помимо таблицы НСЗ также используются другие источники данных, доступные в системе здравоохранения РК.

Источники данных:

- ИС ЭРСБ;
- ИС РПН;
- ИС СУКМУ;
- Годовые отчетные статистические формы МЗСР РК;
- Статистический сборник Министерства здравоохранения и социального развития 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 составляемых в расчете рейтинга глобальной конкурентоспособности стран и отражают качество жизни населения в различных странах.

Данные показывают снижающуюся тенденцию младенческой смертности в РК за 2011-2016 годы. В 2016 году по сравнению с

предыдущим годом данный показатель снизился в 1,2 раза, а по сравнению с началом рассматриваемого периода - в 1,7 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 составил 3,9¹⁹ в 2014 году, что в 1,5 раза ниже, чем в РК.

Показатель коэффициента материнской смертности 2016 году равнялся 12,7 на 100 000 живорожденных, что показывает снижение в 27% по сравнению с 2011 годом. Однако стоит отметить, что данный показатель снижался в динамике за 2011-2014 годы, после чего замечается тенденция увеличения до 2016 года. В сравнении со странами-членами ОЭСР данный показатель также является высоким: средний показатель по ОЭСР за 2015 год - 7²⁰, что является в 1,8 раза ниже показателя по РК. Для сравнения, в Корее коэффициент материнской смертности в 2015 году составил 8,7, а в Чехии и Словакии - 3,7 и 1,8 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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Коэффициент младенческой смертности (от момента рождения до достижения возраста 1 года, на 1000 живорожденных)	8,03	8,99	7,01	6,02	5,52	4,8

¹⁹ Health at glance. OECD indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1480673987&id=id&accname=guest&checksum=BB939F720CD1C4BED62F1339163B89E0>

²⁰ Health at glance. OECD indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1480673987&id=id&accname=guest&checksum=BB939F720CD1C4BED62F1339163B89E0>

Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)	17,45	13,50	13,11	11,72	12,54	12,7
Общая заболеваемость населения	1 045	1 044	1 034	1 011	996	1 058
Первичная заболеваемость	568	556	544	524	528	572

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%.

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 572, что является на 8,3% выше показателя предыдущего года. Увеличение данных индикаторов, в основном, обусловлено увеличением заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями.

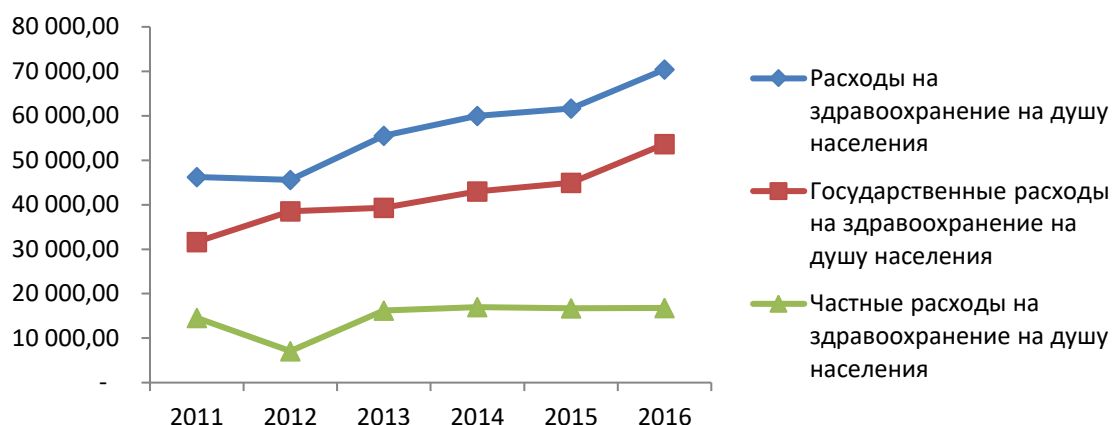
За период с 2011 по 2015 годы расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно. Так, прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения за указанные годы составил 52%, в то время как государственные расходы на душу населения на этот же период увеличились на 69%. В 2016 году расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане составили 70 422 тенге (206 долл. США)²¹ (**Рисунок 38**). Для сравнения, в странах ОЭСР²², 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) евро²³ соответственно. В целом по ОЭСР расходы на здравоохранение на душу населения в 2016 году составили 4 003 долл. США по ППС, а из них из государственных схем финансирования - 2 937 долл. США по ППС. Как следствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинских услуг.

Рисунок 38. Расходы на здравоохранения на душу населения за 2011-2016 годы

²¹ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2016 год 1 долл. США – 342,16 тенге.

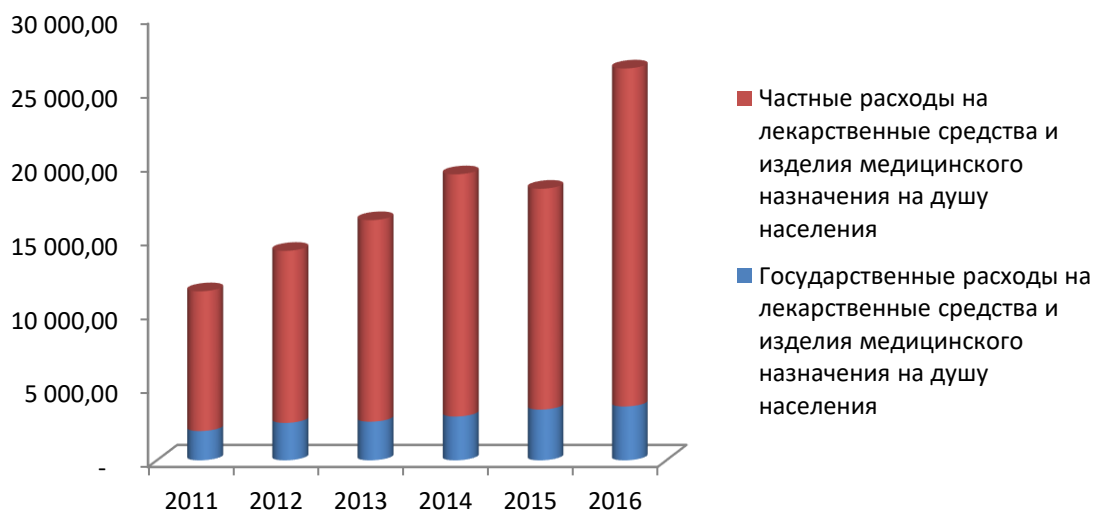
²² <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

²³ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2016 год 1 евро – 378,32 тенге.



Индикатор расходов на лекарственные средства на душу населения также показывают тенденцию роста. Рост общих расходов на лекарственные средства за 2011-2016 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 2016 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 39. Расходы на ЛС и ИМН на душу населения за 2011-2016 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.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Расходы на здравоохранение на душу населения	46 240	45 594	55 508	59 982	61 638	70 422
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения	31 652	38 504	39 320	43 010	44 953	53 635
Частные расходы на здравоохранение на душу населения	14 588	7 090	16 188	16 972	16 685	16 787
Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	11 414	14 155	16 234	19 341	18 364	26 515
Государственные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	1 976	2 526	2 610	2 956	3 424	3 636
Частные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	12 612	4 563	13 578	14 016	13 260	13 151
Доля расходов домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения от общих расходов на здравоохранение	0,21	0,23	0,25	0,20	0,27	0,36

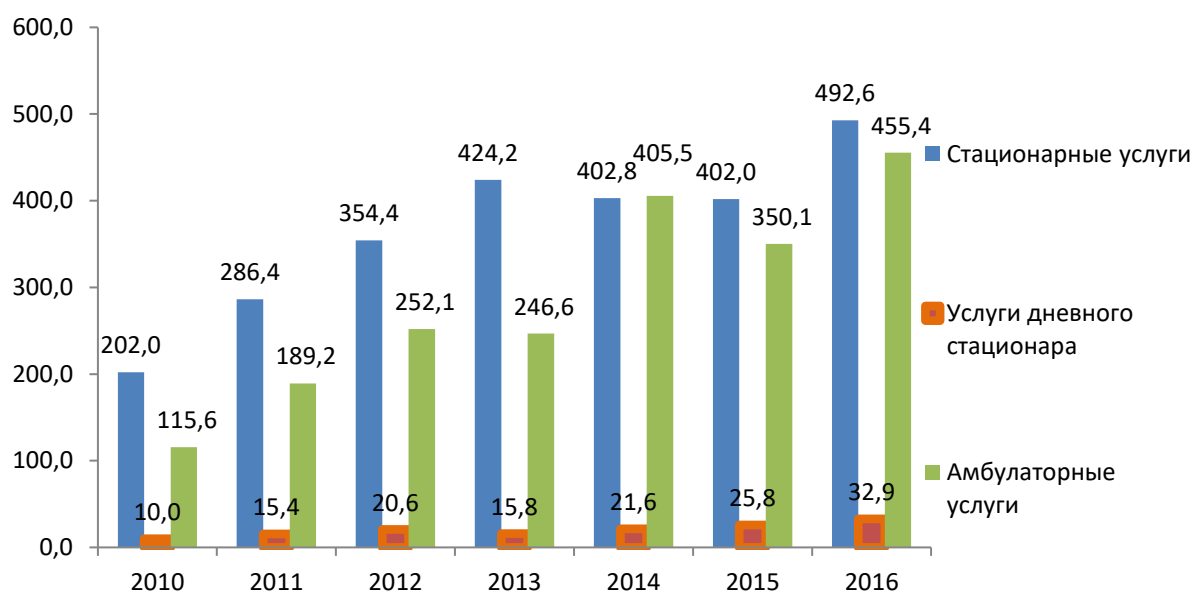
По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет не более 20%. Превышение этого показателя повышает риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, 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.

Согласно структуре расходов по формам медицинской помощи в 2011-2016 годах самый большой объем расходов в абсолютном выражении приходится на стационарную медицинскую помощь (492,6 млрд. тенге (1,4 млрд. долл. США) в 2016 году), а на амбулаторно-поликлиническую помощь расходуется немного меньше (455,4 млрд. тенге (1,3 млрд. долл. США) в 2016 году). Показатель расходов на стационарную помощь в странах ОЭСР в 2015 году составил 39,2 млрд. долл. США по ППС, а на амбулаторную помощь – 67,1 млрд. долл. США по ППС (**Рисунок 40**).

Рисунок 40. Динамика расходов на здравоохранение по видам медицинской помощи (в млн. тенге)



Согласно данным Таблицы 13, прирост расходов на стационарную помощь за рассматриваемый период составил 73%, тогда как государственные расходы на амбулаторное лечение увеличились в 2,3 раза. Но, несмотря на увеличение расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, финансирование стационарной помощи продолжает оставаться на высоком уровне. Также стоит отметить, что 6,9% от всех государственных расходов в 2016 году составили расходы на приобретение ЛС и ИМН. Данный показатель также стабильно увеличивался: рост за 2011-2016 годы составил 98%. На приобретение ЛС и ИМН государство выделяет в 3,6 раза меньше средств, чем частные домохозяйства из своих карманов.

Таблица 13. Государственные расходы в разрезе форм медицинской помощи (млрд. тенге) за 2011-2016 годы

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Стационарная медицинская помощь	250,51	313,59	351,32	314,26	331,33	433,72
Стационарозамещающая медицинская помощь	15,37	20,59	15,80	21,55	25,75	32,95
Амбулаторно-поликлиническая помощь	126,70	144,73	143,92	231,43	240,33	289,03
Реабилитационное лечение	3,06	5,31	0,44	0,48	0,51	0,54
Диагностические услуги			1,54	1,40	1,35	0,17
Скорая медицинская помощь и санитарная авиация	21,58	26,49	23,03	27,19	35,67	35,08
Дополнительные услуги	6,44	10,90	20,10	22,05	24,39	14,93
Профилактические услуги	15,57	19,50	24,72	31,72	33,92	58,74
Предоставление медицинских товаров	32,49	42,12	44,13	50,73	59,65	64,25
ВСЕГО	471,72	583,23	625,00	700,81	752,90	929,41

Отмечается, что в 2016 году были внесены изменения в некоторые статьи расходов в связи с пересчетом таблиц НСЗ после внедрения рекомендаций представленных в обзорах ОЭСР.

Амбулаторный уровень

Как показывает Таблица 14, 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 14. Показатели расходов на уровне АПП

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя	11186	14137	15603	21236	24921	25771
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр)	23514	29806	33585	46348	54327	54221
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр)	1575	2034	2318	3227	4028	4066

В Казахстане нагрузка на 1 участкового врача (ВОП, педиатра, терапевта) в 2016 году составила 2099 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 "Денсаулык" 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 2011-2016 годы выросло в 13%, а объем оказания скорой медицинской помощи на 1000 человек населения выросло в 5,5% по сравнению с предыдущим годом.

Таблица 15. Показатели продуктивности на амбулаторном уровне за 2011-2016 годы.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Число прикрепленных на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр)*	1 781,23	1 971,06	2 035,14	2 142,14	2 146,40	2 098,80
Объем оказания скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения)	379,93	394,05	393,21	414,74	410,31	433,00
Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя	0,38	0,39	0,39	0,41	0,41	0,43

Стационарный уровень

В стационаре приоритетом является увеличение оборота больничной койки и сокращение средней длительности больничного пребывания. Информация с Таблицы 16 показывает, что данные цели достигаются: оборот больничной койки в рамках ЕНСЗ в течение года увеличился на 11% и

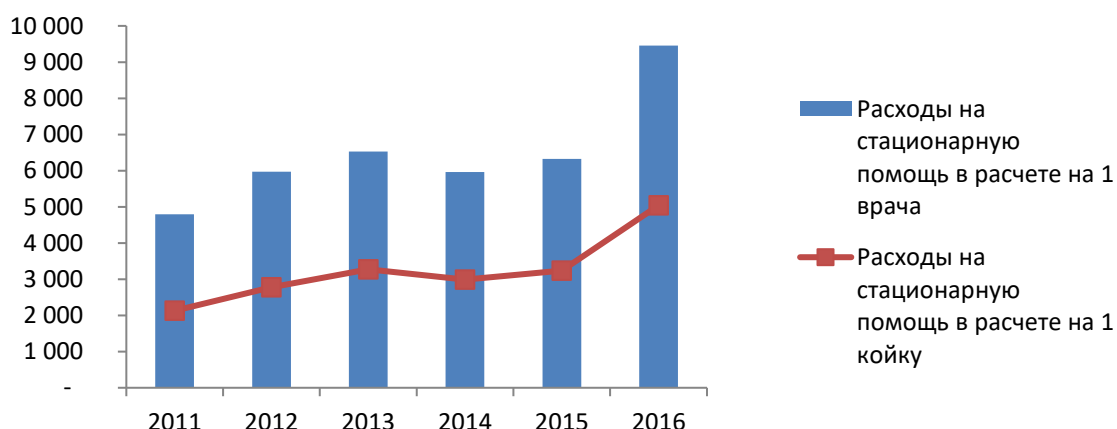
составил 41 выбывших больных на одно койко-место в 2016 году, а средняя длительность больничного пребывания сократилось на 31% и составила 7,2.

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 41. 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.

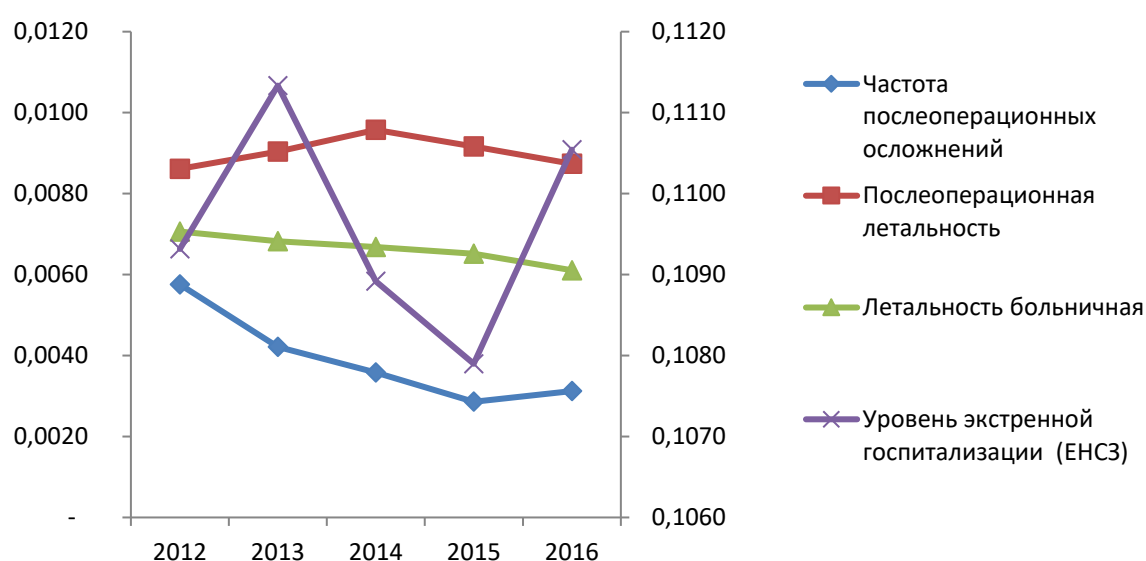
Таблица 16. Показатели продуктивности на стационарном уровне за 2011-2016 годы.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
--	------	------	------	------	------	------

Оборот больничной койки (ЕНСЗ)	0,3	32	34	35	37	41
Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (ЕНСЗ)	10,7	10,4	10,8	10,7	10,4	7,2
Число проведенных койко-дней в году, приходящихся на 1000 жителей (ЕНСЗ)	1 670	1 660	1 705	1 649	1 588	1 080
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача	4 790	5 972	6 529	5 962	6 323	9 458
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 койку	2 129	2 776	3 268	2 989	3 233	5 041
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 операцию		407 976	445 825	384 145	387 175	530 026
Частота послеоперационных осложнений	0,00018	0,00575	0,00421	0,00358	0,00286	0,00312
Послеоперационная летальность	0,00812	0,00861	0,00904	0,00957	0,00917	0,00873
Летальность больничная	0,0089	0,0071	0,0068	0,0067	0,0065	0,0061
Обеспеченность населения больничными койками	71,6	67,8	63,6	61,3	58,8	56,6
Уровень экстренной госпитализации (ЕНСЗ)	0,0009	0,1086	0,1111	0,1088	0,1079	0,1105

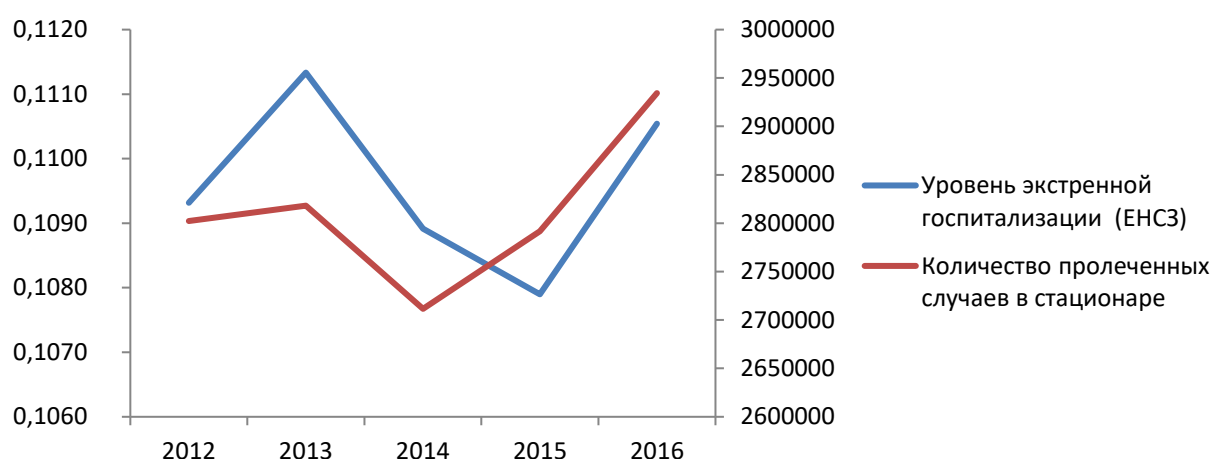
Послеоперационные осложнения и больничная летальность постепенно снижаются, что свидетельствует о повышении качества предоставляемых услуг в стационаре.

Рисунок 42. 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 $\pm 0,3\%$, не является существенным.

Рисунок 43. 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 17. Показатели продуктивности на уровне, основанной на болезни

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Женской молочной железы	0,554	0,527	0,536	0,543	0,544	0,512
Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого	0,350	0,297	0,311	0,317	0,298	0,299

Показатель пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в области Шейки матки	0,619	0,569	0,571	0,567	0,560	0,537
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
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
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого	0,767	0,748	0,741	0,722	0,720	0,735

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.

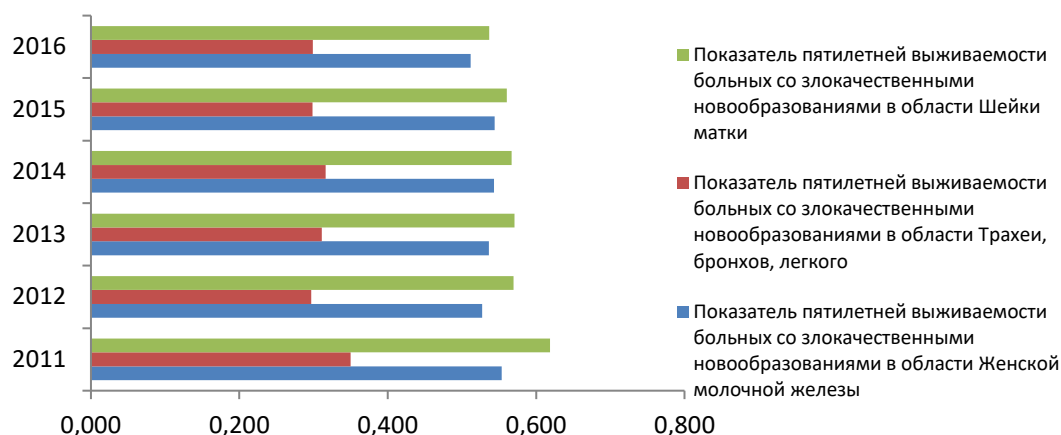
Касательно злокачественных новообразований в области молочной железы, в Казахстане 5-летняя выживаемость этого заболевания составляет 51%, тогда как в США 91%. ²⁴

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%. ²⁵

Рисунок 44. 5-летняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями

²⁴ American Cancer Society, Inc. Cancer Statistics 2016

²⁵ 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 2011-2016 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 45. Доля первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями.



Как показывает Рисунок 44, 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 2010-2016 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 2016 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 2016 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 2016 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 2010-2016 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 года рекомендации были внедрены

в части корректировки методов учета по категориям в таблицах НСЗ, расчета продуктивности системы здравоохранения в РК, заполнения данных в соответствии с ЖНАQ 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 ежегодной 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 методологий 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 данные Встречи 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 поспособствует 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 поспособствует 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 субсчетов, 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

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2010 по 2016 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 2016 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 – 60%. Средства частного сектора в структуре всех текущих расходов составляют 40% (1,4% к ВВП). Данный показатель на 27% выше аналогичного показателя в 2015 году. В 2016 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 2016 году лидирует Кызылординская область.

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 2016 годы составил всего 1,6 раза.