

Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан за 2020 год

Содержание

Список сокращений и обозначений.....	
Введение.....	1
1. Обзор экономической ситуации в Казахстане.....	2
2. Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2020 году.....	4
2.1 Схемы финансирования здравоохранения в 2020 году.....	12
2.2 Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения.....	15
2.3 Обзор расходов по услугам здравоохранения.....	23
2.4 Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения.....	34
3 Динамика расходов на здравоохранение за 2010-2020 годы.....	35
4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан.....	48
5 Заключение	59
6 Использованная литература	61

Список сокращений и обозначений

ННЦРЗ	Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения Республики Казахстан
ДЭ и ОТЗ	Департамент экономики и оценки технологий здравоохранения
АКРА	Аналитическое кредитное рейтинговое агентство
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ППС	Паритет покупательной способности
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
НБ	Национальный Банк
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НАО «ФСМС»	Некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования»
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
ГРЗ	Государственные расходы на здравоохранение
КРЗ	Капитальные расходы на здравоохранение
ЧРЗ	Частные расходы на здравоохранение
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития

Введение

Национальные счета здравоохранения (далее - НСЗ) — это инструмент всеобъемлющего учета расходов на здравоохранение, а также доказательная база для принятия обоснованных стратегических решений. НСЗ формируются ежегодно на основе международной методологии и представляют собой систему регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. Важнейшим показателем системы национальных счетов является валовой внутренний продукт (далее - ВВП), характеризующий конечный результат производственной деятельности экономических единиц-резидентов, который измеряется стоимостью товаров и услуг, произведенных этими единицами для конечного использования.

НСЗ помогают оценить такие макроэкономические показатели, как:

- Доля общих расходов на здравоохранение к ВВП
- Доля текущих расходов на здравоохранение к ВВП
- Доля государственных расходов на здравоохранение к ВВП
- Доля частных (карманных) расходов на здравоохранение к ВВП

Кроме того, с помощью НСЗ возможно провести оценку качества оказываемой медицинской помощи и провести экономический анализ по услугам и поставщикам медицинских услуг как на страновом, так и на региональном уровнях.

На международном уровне НСЗ являются основным инструментом измерения и сопоставления расходов на здравоохранение среди стран со схожими уровнями социально-экономического развития, демографическими и эпидемиологическими параметрами.

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

В рамках формирования НСЗ в 4 квартале 2021 года Департаментом экономики и оценки технологий здравоохранения РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» (далее-ННЦРЗ) была проделана работа в части сбора данных для построения таблиц в 4 квартале текущего года и формирования аналитического отчета НСЗ, валидация данных НСЗ согласно рекомендациям ВОЗ по данным 2020 года.

1. Обзор экономической ситуации в Казахстане

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

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

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

По итогам 2019 года инфляция сложилась на уровне 6,1% (декабрь к декабрю предыдущего года). В рамках проведения денежно-кредитной политики в режиме инфляционного таргетирования Национальный Банк (далее - НБ) в течение всего года обеспечивал соответствие цели по инфляции, установленной на 2018 год в коридоре 5-7%.

В 2019 году произошел небольшой рост экономики. Увеличение социальных расходов укрепило доходы домохозяйств и, в сочетании с государственной поддержкой по снижению долговой нагрузки малообеспеченных домохозяйств, помогло добиться реального роста потребления.

В 2020 году экономика Казахстана испытала двойной кризис: внешний и внутренний. Основным внешним источником риска для страны является чрезмерная зависимость ее экономики от нефтегазового рынка (резкое снижение цен на нефть и сокращение добычи), и на данный момент этот риск, как полагает Аналитическое кредитное рейтинговое агентство (далее - АКРА), в полной мере реализовался. Внутренним кризисом стало введение карантинных мер на фоне пандемии коронавируса и последовавшее за этим замедление экономической активности, затронувшее в той или иной степени практически все отрасли. Пандемия и связанные с ней ограничения затронули всю глобальную экономику. В 2020 году экономика Казахстана сократилась на 2,6%. Дальнейшие процессы в экономике, сталкивающейся с различными факторами неопределенности, во многом будут зависеть от эффективности мер монетарной и фискальной поддержки, а также от их способности ослабить негативные последствия шоков. В рамках базового сценария АКРА использует следующие ключевые допущения: цены на нефть в прогнозный период (до 2024 года) будут находиться в диапазоне 40-55 долл. США/барр. Кроме того, Агентство прогнозирует стабилизацию курса тенге к доллару США на уровне 400-420, с последующим снижением дефицита бюджета до 2023 года, а также сокращение использования средств Национального

фонда Республики Казахстан для покрытия дефицита бюджета с 2021 года.

Расходы на здравоохранение измеряют конечное потребление товаров и услуг здравоохранения т. е. текущие расходы на здравоохранение, включая личную медицинскую помощь (лечебная помощь, реабилитационная помощь, долгосрочная помощь, вспомогательные услуги и медицинские товары) и коллективные услуги (профилактика и услуги общественного здравоохранения в качестве, а также управление здравоохранением), но без учета инвестиций. Здравоохранение финансируется за счет сочетания механизмов финансирования, включая государственные расходы и обязательное медицинское страхование, а также добровольное медицинское страхование и частные фонды, такие как выплаты из кармана домашних хозяйств, неправительственные организации и частные корпорации. Этот показатель представлен как общий и по типу финансирования («Государственное / обязательное», «Добровольное», «Из собственного кармана») и измеряется как доля ВВП.

При формировании счетов используются различные источники статистической информации, что обуславливает необходимость тесного сотрудничества в формировании Национальных Счетов с Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, МФ РК, МЗ РК, НАО «ФСМС» (исх.№6240 от 15.10.2021г.), Статистика здравоохранения ОЭСР, 2021 г.

НСЗ разрабатываются 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. Информация НСЗ полезна для процесса принятия решений, поскольку дает возможность провести оценку использования ресурсов на текущий момент и может использоваться для сравнительного анализа конкретной системы здравоохранения с системами других стран. Это особенно ценно для постановки задач и определения целей. При регулярном использовании НСЗ могут отслеживать тенденции затрат, что важно для мониторинга и оценки системы здравоохранения. Методология НСЗ может использоваться для прогнозирования финансовых потребностей сектора здравоохранения страны.

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

Существуют два различных вида потребления: промежуточное и конечное потребление.

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

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

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

В целях улучшения международной сопоставимости показателей финансирования здравоохранения применяются такие агрегированные показатели, как общие расходы на здравоохранение (далее - ОРЗ), текущие расходы на здравоохранение (далее - ТРЗ), валовое капиталообразование. Агрегированный показатель *общие расходы на здравоохранение* включает текущие расходы на здравоохранение и расходы на валовое капиталообразование. К *текущим расходам здравоохранения* относятся средства, направленные в первую очередь на приобретение услуг, необходимых для сохранения и улучшения здоровья людей (услуги лечения, приобретение рецептурных лекарств, профилактические услуги, администрирование системы здравоохранения и др.), потребляемые в течение одного года. Средства на *валовое капиталообразование* или *капитальные расходы здравоохранения* (далее - КРЗ) предназначены для приобретения физических объектов срок эксплуатации, которых превышает 1 год.

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

2. Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2020 году

По итогам 2020 года размер ВВП в Республике Казахстан составил 70 трлн.714 млрд. тенге, рост всего 1,7% к 2019 году (ниже в таблице 1) или 3,7 млн. тенге на 1 жителя (8 899 долл. США).

Таблица 1. Валовой внутренний продукт РК в динамике

Показатели	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
ВВП в млн. тенге	46 971,2	54 378,9	61 819,5	69 532,6	70 714,1

Население в тыс. человек	17 918,2	18 157,3	18 395,6	18 631,8	18 879,6
Курс доллара	342,2	326,0	344,7	382,8	420,9
Средний доход на душу населения, млн.тенге	2,6	3,0	3,4	3,7	3,7
Средний доход на душу населения в \$	7 661,4	9 186,7	9 748,9	9 750,3	8 898,7

По данным НСЗ ОРЗ в РК в 2020 году достигли 2 трлн. 828,9 млрд. тенге, или 4,0% ВВП (356,0 долл. США на душу населения, или 149,8 тысячи тенге на душу населения).

ТРЗ составили 2 трлн. 676,8 млрд. тенге или 3,8% ВВП (336,9 долл. США на душу населения, или 141,8 тыс. тенге на душу населения).

Для сравнения уровней расходов между странами, расходы на здравоохранение на душу населения конвертируются в единую валюту (доллары США) и корректируются с учетом различий в покупательной способности национальных валют. Фактические ППС индивидуального потребления используются как наиболее доступные и надежные коэффициенты пересчета. Для расчета темпов роста в реальном выражении используются дефляторы фактического индивидуального потребления для всех стран, если таковые имеются.

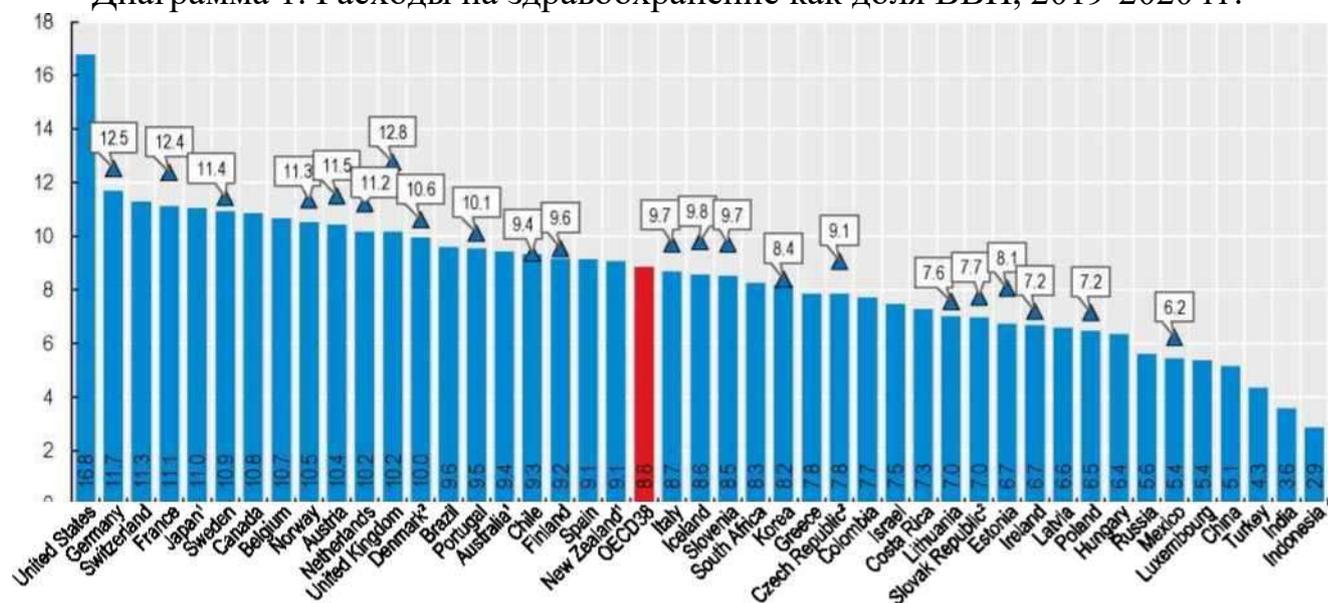
Следует отметить, что в 2020 году ТРЗ (2 трлн. 676,8 млрд. тенге) выросли по сравнению с предыдущим годом на 737,1 млрд. тенге или на 38,0%. Процентные доли ТРЗ от ВВП увеличилась с 2,8% до 3,8%. Это в первую очередь связаны с пандемии, выделены дополнительные расходы на здравоохранение, для борьбы с COVID-19. КРЗ составили 152,1 млрд. тенге или 0,2% от ВВП, или 5,4% от ОРЗ, на 30% больше по сравнению с 2019 годом.

По данным статистики здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития (далее - ОЭСР) 2021г. сумма, потраченная на здравоохранение, по сравнению с размером общей экономики меняется, из-за различий в обоим рост расходов на здравоохранение и общий экономический рост. В 1990-х и начале 2000-х годов страны ОЭСР в целом расходы на здравоохранение опередили остальную экономику, что привело к почти непрерывному увеличению соотношения расходов на здравоохранение к ВВП. После волатильности (статистический финансовый показатель) 2008 г. экономического кризиса, доля оставалась относительно стабильной, так как рост расходов на здравоохранение в целом соответствовали общим экономическим ростом в странах ОЭСР. Однако с кризис COVID-19, серьезно ограничивающий экономическую активность и расходы на здравоохранение имеют тенденцию к увеличению, соотношение здоровья расходы по отношению к ВВП претерпят существенную корректировку. В 2019 году, до пандемии COVID-19, страны ОЭСР тратили в среднем около 8,8% своего ВВП на здравоохранение, этот показатель более или менее не изменился с 2013 года. В США расходуется гораздо больше на здравоохранение, что эквиваленте 16,8% его ВВП- намного выше Германии, следующей страны с самыми высокими расходами, на уровне 11,7%. (Диаграмма 1). После США и

Германии, группа из десяти стран с высоким уровнем дохода, включая Францию, Канаду, Японию и Великобританию потратили более 10% своих ВВП на здравоохранение. Еще десяток стран разбросаны по Страны ОЭСР, включая Бразилию и Южную Африку, сидят в пределах диапазона расходов на здравоохранение 8-10% ВВП. Следующий блок стран, тратящих от 6% до 8% своего ВВП по здравоохранению, включает в себя многие из центральных и восточных Европейские страны ОЭСР, а также новые члены из региона Латинской Америки: Колумбия и Коста-Рика. Наконец-то Мексика и Турция потратили на здравоохранение менее 6% ВВП, наряду с некоторыми странами-партнерами, такими как Китай и Индия.

Предварительные оценки на 2020 год для ряда стран ОЭСР все указывают на значительное увеличение доли расходов на здравоохранение к ВВП. Это отражает как дополнительные расходы на здравоохранение, необходимые для борьбы с COVID-19 и сокращением ВВП, вызванным ограничениями хозяйственной деятельности. Исходя из исходных данных, средняя доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, подскочила с **8,8% в 2019 году до 9,7% в 2020 году**. Наиболее сильно пострадавшие от пандемии, о которых сообщается беспрецедентный рост доли ВВП, выделяемой на здоровье. Великобритания оценила рост с 10,2% в 2019 году до 12,8% в 2020 году, в то время как Словения ожидала своей доли расходы на здравоохранение увеличиваются с 8,5% до более чем 10%.

Диаграмма 1. Расходы на здравоохранение как доля ВВП, 2019-2020 гг.



1. Оценка ОЭСР на 2019 год. 2. Оценки ОЭСР на 2020 год.

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

Доходы схем финансирования - это основные источники финансирования здравоохранения.

Структура расходов показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения являются государственные средства - 66,2% (ниже в таблице 2).

Таблица 2. Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2020 году

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	1 770 989 488	66,2%
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	1 282 256 684	47,9%
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	64 782 850	2,4%
FS.1.1.3	Средства обязательного медицинского страхования	423 949 854	15,8%
FS.2	Трансферты, выделенные государством из доходов иностранного происхождения		0,0%
FS.5	Добровольное страхование	29 110 595	1,1%
FS.6	Прочие национальные доходы	876 750 050	32,8%
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств	735 637 086	27,5%
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	141 112 964	5,3%
FS.7	Прямые зарубежные трансферты		
	Итого	2 676 850 133	100%

За период с 2016 года по 2020 год текущие расходы здравоохранения РК возросли с 1 613 382 млн. тенге до 2 676 850 млн. тенге, или на 65,9%. В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 66,2%, что выше показателя за предыдущий год на 6,3 процентный пункт. Доля частных расходов составляет 33,8%, что показывает снижение частных расходов по сравнению с предыдущим годом на 6,3 процентных пункта (40,1% в 2019 г.), ниже в таблице 3.

Таблица 3. Текущие расходы на здравоохранение в 2020 году по сравнению с предыдущими годами, в тыс. тенге.

	Государственные расходы	Частные расходы	Международные схемы финансирования	Текущие расходы на здравоохранение
2020	1 770 989 488	905 860 645		2 676 850 133
Доля	66,2%	33,8%		100%
2019	1 161 718 798	776 473 424	-	1 938 192 222
Доля	59,9%	40,1%	-	100%
2018	1 086 212 802	679 520 607	957 448	1 766 690 857
Доля	61,5%	38,4%	0,1%	100,0%
2017	1 032 732 156	626 874 914	5 339 917	1 664 946 987

Доля	62,0%	37,7%	0,3%	100,0%
2016	967 763 458	645 619 136	18 926 096	1 632 308 690
Доля	59,3%	39,6%	1,1%	100,0%

Уровень расходов на здравоохранение в значительной степени зависит от экономической ситуации, в периоды экономического кризиса их увеличение существенно замедляется или даже сокращается.

Общие расходы на здравоохранение в РК 2020 году составили 2 828 911 млн. тенге и показывают рост на 37,6% по сравнению с предыдущим годом (2 055 962 млн. тенге), ОРЗ составили 4,0% от ВВП.

ТРЗ в РК 2020 году составили 2 676 850 млн. тенге, рост на 38,0% по сравнению с 2019 годом (1 939 736 млн. тенге) и 3,8% от ВВП, что почти в 3 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2019 году - 8,8%, в 2020 году - 9,7%. Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств. По рекомендациям ВОЗ, для нормального функционирования медицины, минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах. В России, которая не участвует в ОЭСР, расходы на здравоохранение только в 2020 году достигнут 4,1% от ВВП. «Во многих странах это процент от ВВП на здравоохранение больше, чем 4%. Это правда. Но там и налоговая нагрузка больше. <...> Берутся со всей экономики, граждан и перераспределяют туда (Президент России В.Путин).

В ОЭСР прогнозируют рост расходов на здравоохранение - с 8,8% ВВП 2019 г. до 10,2% в 2030 г. Это средний показатель по 36 странам ОЭСР. Расходы на здравоохранение на душу населения в среднем по странам ОЭСР составляют 4 000 долларов в год.

По данным НСЗ общие расходы на здравоохранение в РК в 2020 году достигли 2 трлн. 849,2 млрд. тенге, или 4,0% ВВП (356,0 долл. США на душу населения, или 149 840 тенге на душу населения).

Текущие расходы составили 2 трлн. 697,1 млрд. тенге или 3,8% ВВП (336,9 долл. США на душу населения, или 141 786 тенге на душу населения). Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС. Согласно данным Национального банка РК, курс валют на 01.01.2021 года составляет: USD/ KZT - 420.91 (Доллар США).

Анализ тенденций душевых расходов на здравоохранение и ВВП за последние 15 лет показывают два шока: экономический кризис 2008 года и недавние воздействия COVID-19 в 2020 году. В то время как экономика стран ОЭСР резко сократилась в 2008 и 2009 гг. рост расходов на здравоохранение сохранялся в течение, а до этого тоже падала-рост колебался чуть выше нуля в период с 2010 по 2012 год: в качестве ряда политических мер по сдерживанию государственных расходов на здравоохранение. Средний темп роста расходов на здравоохранение в странах ОЭСР имели тенденцию внимательно отслеживать рост экономики в целом. Разрыв увеличился в 2019 году за счет более сильного

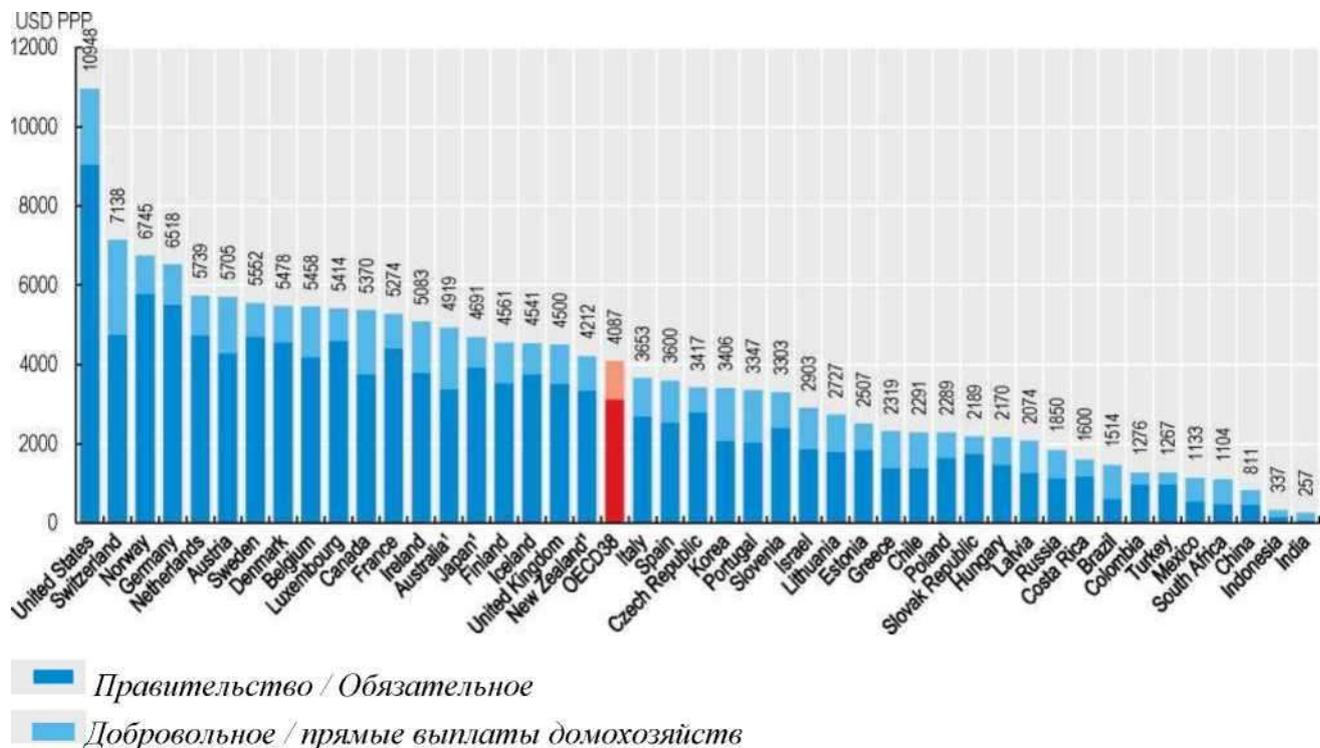
роста расходов на здравоохранение. С участием широко распространены блокировки и другие меры общественного здравоохранения жесткое ограничение объемов производства и потребительских расходов, экономика многих стран ОЭСР в 2020 году перешла в режим свободного падения. На душу населения ВВП упал в среднем более чем на 4,5%, причем Испания и в Великобритании сокращение ВВП выражается двузначными числами. Необходимость увеличения расходов на здравоохранение, особенно со стороны правительств, в ответ на пандемию, подтолкнула средний рост расходов на душу населения почти до 5%, согласно предварительным данным по ряду стран ОЭСР. Это, вероятно, будет самым быстрым ростом расходов на здравоохранение в ОЭСР за последние 15 лет. Тенденции в расходах на здравоохранение и ВВП за этот период трансформировались в четкую картину со значительными скачками в соотношении в 2009 и 2020 годах и периодом стабильности между ними. Сосредоточившись на нескольких странах, Италия и Великобритания внимательно следили за этой тенденцией, причем последняя продемонстрировала еще более заметный скачок в 2020 году. В Германии и Португалии переходный период был более плавным: расходы на здравоохранение в Португалии, по оценкам, были всего на 0,4 процентных пункта выше, чем в 2005 году. Несмотря на потрясения, расходы на здравоохранение в Корее демонстрируют устойчивый рост в годовом исчислении, увеличившись с 4,8% до 8,4% за 15-летний период. Обратите внимание, что данные за 2020 год основаны на предварительных цифрах, предоставленных страной, или предварительных оценках, сделанных Секретариатом ОЭСР. В результате проблем, возникающих при сборе данных во время пандемии COVID-19, оценки на 2020 год могут быть более неопределенными, чем обычно.

Уровень расходов на здравоохранение на душу населения, который покрывает потребности как отдельных лиц, так и населения в медицинской помощи, и то, как они меняются с течением времени, зависит от широкогоспектра демографических, социальных и экономических факторов, а также от финансовых и организационных механизмов системы здравоохранения.

В 2019 году средние расходы на здравоохранение на душу населения в странах ОЭСР (с поправкой на разницу в покупательной способности) оценивались более чем в 4087 долларов США, в то время как в Соединенных Штатах они достигли эквивалента почти 10948 долларов США на каждого гражданина США. В Швейцарии, следующей по величине расходах среди стран ОЭСР, расходы на здравоохранение составили около двух третей этого уровня (Диаграмма 2). Помимо Швейцарии, только несколько стран ОЭСР с высоким уровнем дохода, включая Германию, Норвегию и Швецию, потратили более половины расходов США на здравоохранение, в то время как другие, такие как Япония и Великобритания, имели средний показатель по ОЭСР. Самыми низкими расходами на здравоохранение на душу населения среди стран-членов ОЭСР были Колумбия, Турция и Мексика, где расходы на здравоохранение составили около четверти среднего показателя по ОЭСР. Последние доступные оценки показывают, что расходы на душу населения в Китае составляли чуть менее 20% (811/4087), от среднего показателя по ОЭСР, в то время как Индия и Индонезия

тратили от 6% до 8% от этого показателя.

Диаграмма 2. Расходы на здравоохранение на душу населения, 2019 г.



На диаграмме 2 также показано распределение расходов на здравоохранение в зависимости от типа медицинского страхования - организованного либо через государственные схемы здравоохранения или обязательное страхование (государственное или частное), либо через добровольные механизмы, такие как частное добровольное медицинское страхование или прямые выплаты домохозяйств. В странах ОЭСР более 76% всех расходов на здравоохранение финансируется за счет государственных или обязательных схем страхования. В Соединенных Штатах с момента принятия Закона о доступном медицинском обслуживании в 2014 году эта доля составляет 85%, что отражает наличие индивидуального мандата на приобретение медицинской страховки. Федеральные программы и программы штата, такие как Medicaid и Medicare, продолжают играть важную роль в приобретении медицинских услуг.

В период с 2015 по 2019 год средние расходы на здравоохранение на душу населения в странах ОЭСР выросли в среднем на 2,7% (диаграмма 3). Это сопоставимо с низкими темпами роста, наблюдавшимися во многих странах сразу после мирового финансового и экономического кризиса. В период 2015-2019 годов средний годовой рост менее 1% по-прежнему наблюдался во Франции, Греции и Мексике, в то время как страны Балтии и Корея продолжали

Расходы на здравоохранение позволяют измерить конечное потребление товаров и услуг здравоохранения (т. е. текущие расходы на здравоохранение). Сюда входят расходы по всем типам финансовых механизмов (например, государственные программы, социальное страхование и расходы из собственного кармана) на медицинские услуги и товары, программы здравоохранения и профилактики, а также управление системой здравоохранения. Разделение расходов объединяет государственные и обязательные схемы финансирования, причем последние включают частное страхование обязательного характера (как, например, в Швейцарии и Нидерландах).

2.1 Схемы финансирования здравоохранения РК

Схемы финансирования определяют основные механизмы, посредством которых услуги финансируются и предоставляются потребителям (таблица 4). Так, распределение государственных средств в РК выглядит следующим образом:

- государственные схемы финансирования республиканского уровня - 47,9%;
- государственные схемы финансирования местного уровня - 2,42%;
- схемы обязательного медицинского страхования-15,84%.

Таблица 4. Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
НФ.1	Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений	1 770 989 488	66,2%
НФ.1.1	Государственные схемы	1 347 039 534	50,3%
НФ.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	1 282 256 684	47,9%
НФ.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	64 782 850	2,4%
НФ.1.1.3	Схемы обязательного медицинского страхования	423 949 954	15,8%
НФ.2	Схемы добровольных медицинских взносов	170 223 559	6,4%
НФ.3	Частные расходы домохозяйств	735 637 086	27,5%
НФ.4	Международные схемы финансирования	0	0,0%
Итого		2 676 850 133	100%

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

Бюджетный процесс осуществляется на основе Единой бюджетной классификации, которая является группировкой поступлений и расходов бюджета по функциональным, ведомственным и экономическим характеристикам с присвоением объектам классификации группированных кодов.

Государственные схемы финансирования состоит из схемы республиканского уровня, из схемы местного уровня и из схемы обязательного медицинского страхования.

Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре текущих расходов на здравоохранение в Казахстане в 2020 году составил 66,2% (таблица 5). Данный показатель ниже среднего значения стран-членов ОЭСР (76,0%).

Таблица 5. Схема государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений в текущих расходов на здравоохранение в 2020 г.

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
НР.1	Больницы общего профиля	603 860 494	22,6%
НР.2	Учреждения длительного ухода	2 629 004	0,1%
Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	541 784 530	20,2%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	86 331 398	3,23%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	155 434 937	5,8%
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	70 542 519	2,64%
НР.7	Организации управления здравоохранением	37 815 572	1,4%
НР.0	Неустановленные провайдеры медицинских услуг	272 591 034	10,2%
	Итого	1 770 989 488	66,2%

Второе ранговое место в структуре текущих расходов на здравоохранение средства частного сектора. Схемы НФ.2 Схемы добровольных медицинских

взносов и НФ.3 Расходы домохозяйств в совокупности дают объем частных расходов на здравоохранение. Таким образом, частные расходы на здравоохранение в 2020 году составили 905 860 645 тыс. тенге, или 33,8%. Данный показатель выше среднего значения показателя, стран-членов ОЭСР, по странам ОЭСР немного снизились с примерно 28% в 2003 г. до 25% в 2019 году, наблюдается заметная изменчивость внутри стран.

НФ.2 Схемы добровольных медицинских взносов

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступаемых от предприятий, в том числе средства на добровольное медицинское страхование граждан на случай болезни (6,4% от текущих на здравоохранение), ниже в таблице 6.

Таблица 6. Схема добровольных медицинских взносов в структуре текущих расходов на здравоохранение в 2020 г.

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
НР.1	Больницы общего профиля	43 238 493	1,6%
НР.2	Учреждения длительного ухода	583 669	0,02%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	117 158 126	4,4%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	0	0,0%
НР.7	Организации управления здравоохранением	9 243 271	0,34%
	Итого	170 223 559	6,4%

НФ.3 Частные расходы домохозяйств

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 27,5% от текущих расходов здравоохранения (таблица 7).

Таблица 7. Схема частных расходов домохозяйств в структуре текущих расходов на здравоохранение в 2020 г.

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
НР.1	Больницы общего профиля	62 239 796	2,3%
НР.2	Учреждения длительного ухода	1 083 592	0,04%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	189 071 898	7,1%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	0	0,0%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	483 241 800	18,1%
	Итого	735 637 086	27,5%

НФ.4 Международные схемы финансирования

Международные схемы финансирования формируются за счет прямых зарубежных трансфертов на цели здравоохранения. За 2020 год расходы за счет прямых зарубежных трансфертов на здравоохранения отсутствует.

2.2 Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения

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

По итогам 2020 года можно выделить три основные группы поставщиков услуг всех форм собственности:

- больничные организации - 26,5%;

- поставщики и розничные продавцы фармацевтических препаратов и медицинских товаров - 23,9%.
- поставщики амбулаторных услуг - 31.7%.

Диаграмма 4. Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от текущих расходов на здравоохранение, все формы собственности)



Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 10 основных категорий статей расходов здравоохранения (Таблица 8).

Таблица 8. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в тыс. тенге, в %)

Код	Поставщики	Схемы государственного финансирования	Схемы не государственного финансирования	Всего ТРЗ	% от ТРЗ
НР.1	Больницы общего профиля	603 860 494	105 478 289	709 338 783	26,5%
НР.2	Учреждения длительного ухода	2 629 004	1 667 261	4 296 265	0,2%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	541 784 530	306 230 024	848 014 554	31,7%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	86 331 398	0	86 331 398	3,2%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	155 434 937	483 241 800	638 676 737	23,9%
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	70 542 519	0	70 542 519	2,6%
НР.7	Организации управления здравоохранением	37 815 572	9 243 271	47 058 843	1,8%
НР.8	Прочие сектор экономики	0		0	0,0%
НР.9	Остальной мир	0		0	0,0%
НР.0	Неустановленные провайдеры медицинских услуг	272 591 034	0	272 591 034	10,2%
	Итого	1 770 989 488	905 860 645	2 676 850 133	100%

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

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи (66,2% от ТРЗ) и в первую очередь у больницы общего профиля (34,1% от государственного 17

финансирования), затем поставщики амбулаторных медицинских услуг (30,6%). Поставщики, оказывающие профилактические услуги и предоставляющие дополнительные услуги (санитарная авиация и другие неустановленные провайдеры медицинских услуг) находятся в полной зависимости от государственных средств.

Схемы негосударственного финансирования (добровольных медицинских взносов и частных расходов домохозяйств) ориентируются на поставщиков фармацевтической продукции (53,3%), организации амбулаторно-поликлинической помощи (33,8%) и больниц общего профиля (11,6%), ниже в таблице 9.

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

Код	Поставщики	Схемы государственного финансирования	% от всего гос расходов	Схемы не государственного финансирования	% от всего частных расходов
НР.1	Больницы общего профиля	603 860 494	34,10%	105 478 289	11,60%
НР.2	Учреждения длительного ухода	2 629 004	0,10%	1 667 261	0,20%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	541 784 530	30,60%	306 230 024	33,80%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	86 331 398	4,90%	0	0,00%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	155 434 937	8,80%	483 241 800	53,30%
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	70 542 519	4,00%	0	0,00%

НР.7	Организации управления здравоохранением	37 815 572	2,10%	9 243 271	1,00%
НР.8	Прочие сектор аэкономики	0	0,00%		0,00%
НР.9	Остальной мир	0	0,00%		0,00%

НР.1 Больницы общего профиля

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, распределение по категориям ниже в таблице 10.

Таблица 10. Структура распределения категории НР.1 Больницы общего профиля за 2020 год (в тыс. тенге, %)

Наименование		Схемы государственного финансирования и ОСМС	Схемы негосударственного финансирования	Итого финансирования	% от всего финансирования НР1
НР.1.1	Больницы общего профиля	525 770 701	104 561 202	630 331 903	88,9%
НР.1.2	Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	37 200 057	917 087	38 117 144	5,4%
НР.1.3	Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	40 889 736	0	40 889 736	5,7%
Итого по НР.1		603 860 494	105 478 289	709 338 783	100,0%

В данной категории преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуется 88,9% от всей суммы стационарных услуг, и 23,5% от ТРЗ (2 676 850 133 тыс. тенге).

НР.2 Учреждения длительного ухода

К поставщикам данной категории относят учреждения, предоставляющие долгосрочный уход: сестринский уход и другие учреждения длительного ухода, распределение по категориям ниже в таблице 11.

Таблица 11. Структура распределения категории НР.2 Учреждения длительного ухода за 2020 год (в тыс. тенге, %)

Наименование		Схемы государственного финансирования и ОСМС	Схемы негосударственного финансирования	Итого финансирования	% от всего финансирования НР2
НР.2.1	Учреждения длительного сестринского ухода	2 629 004	839 581	3 468 585	80,7%
НР.2.2	Учреждения для душевнобольных и наркозависимых	0	827 680	827 680	19,3%
НР.2.9	Другие учреждения длительного ухода	0	0	0	0,0%
Итого по НР.2		2 629 004	1 667 261	4 296 265	100,00%

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 распределение по категориям ниже в таблице 12.

Таблица 12. Структура распределения категории НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг (в тыс. тенге, %)

Наименование		Схемы государственного финансирования и ОСМС	Схемы негосударственного финансирования	Итого финансирования НР 3	% от всего финансирования НР.3	% от ТРЗ
НР.3.1	Лечебная практика	340 135 947	70 121 768	410 257 715	48,4%	15,3%
НР.3.2	Стоматологические поликлиники/кабинеты	0	39 031 353	39 031 353	4,6%	1,5%
НР.3.3	Кабинеты других специалистов	30 401 854	164 369 985	194 771 839	23,0%	7,3%
НР.3.4	Центры амбулаторного лечения	171 246 729	32 648 544	203 895 273	24,0%	7,6%
НР.3.5	Поставщики медицинских услуг на дому	0	58 374	58 374	0,0%	0,0%
Итого по НР.3		541 784 530	306 230 024	848 014 554	100%	31,7%

В данной категории преобладают лечебная практика, на которые расходуются 48,4% от всей суммы амбулаторных медицинских услуг, затем центры амбулаторного лечения (24%), кабинеты специалистов (23%) и 31,7% от ТРЗ (2 676 850 133 тыс. тенге) приходится на поставщиков амбулаторных медицинских услуг.

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 организации, предоставляющие услуги транспортировки пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях, медицинские и диагностические лаборатории, общая сумма финансирования 86 331 398 тыс. тенге или 3,2% от ТРЗ.

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, фактические расходы в 2020 году составило 638 676 737 тыс. тенге или 23,9% от ТРЗ.

НР.6 Поставщики профилактической помощи

Данная категория охватывает организации, такие как организации по укреплению и охране здоровья или институты общественного здравоохранения, предоставляющие, главным образом, коллективные профилактические программы и кампании, а также специализированные учреждения, оказывающие первичную профилактику в качестве основного вида деятельности, на эти цели израсходовано в 2020 году 70 542 519 тыс. тенге или 2,6% от ТРЗ.

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, сумма расхода за 2020 год составило 47 058 843 тыс. тенге или 1,8% от ТРЗ.

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 рабочем месте, а не предоставляемые учреждениями здравоохранения, поставщики социальной помощи с нерегулярными медицинскими услугами или услуги по транспортировке пациентов под наблюдением медицинского персонала, предоставляемые таксистами, оптовые торговцы, предоставляющие также медицинские изделия напрямую потребителям. Эта подкатегория второстепенных поставщиков сильно 22

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.

В Казахстане к поставщикам подобного типа за 2020 год финансирования не производилось.

НР.9 Остальной мир

Данный пункт охватывает все нерезидентные единицы, предоставляющие товары и услуги здравоохранения или осуществляющие деятельность, связанную со здравоохранением, также за 2020 год финансирования не производилось.

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», общая сумма финансирования составляет 272 591 034 тыс. тенге или 10,2% от ТРЗ.

2.3 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 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 8 основных категорий статей расходов здравоохранения, ниже в диаграмме 5.

Диаграмма 5. Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (все формы собственности, % от текущих расходов на здравоохранение)



По итогам 2020 года 56,6 % всех средств на здравоохранение было использовано для финансирования медицинской помощи, т.е. предоставления услуг лечения (НС.1: стационарная, амбулаторно-поликлиническая помощь и услуги дневного стационара), меньше на 7,6% по сравнению с 2019 годом (64,2%).

На вспомогательные услуги израсходовано 3,2% текущих расходов на здравоохранение. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, оказание скорой медицинской помощи, услуги по обеспечению донорской кровью, лабораторные, диагностические услуги и прочее.

Расходы на предоставление медицинских товаров составили 23,9%, данная категория включает в себя фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования, терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования.

На профилактические услуги было направлено 2,6% расходов здравоохранения. Эта категория включает в себя программы иммунизации, скрининг, информационная, образовательная и консультационная программы, программа мониторинга состояния здоровья, программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействие на среду здоровья.

На администрирование системы здравоохранения было направлено 1,8%, на оказание реабилитационной помощи в 2020 году израсходовано 1,5% текущих расходов.

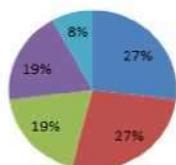
Расходы на прочие виды услуг составили 0,2%. Сюда входят услуги, связанные со здравоохранением, такие как, судебно -медицинская экспертиза, хранение ценностей исторического наследия в области здравоохранения, создание и сопровождение информационных систем здравоохранения.

Для сравнения, в таких странах ОЭСР, как Германия и Япония, данная картина выглядит следующим образом.

Диаграмма 6. Распределение расходов по услугам за 2019 год (в % долях от ТРЗ) в Германии и в Японии

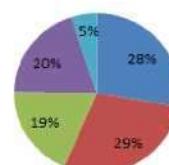
Германия

- Круглосуточный и дневной стационар
- Амбулаторное лечение и вспомогательные услуги
- Долгосрочное лечение
- Медицинские товары
- Коллективные услуги (Профилактика, Администрация, Прочие медицинские услуги)



Япония

- Круглосуточный и дневной стационар
- Амбулаторное лечение и вспомогательные услуги
- Долгосрочное лечение
- Медицинские товары
- Коллективные услуги (Профилактика, Администрация, Прочие медицинские услуги)



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 23,9% от текущих расходов на здравоохранение, что является больше показателя на 4,9% от Германии и на 3,9 % от Японии. Также явным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный медицинский уход, который в обоих государствах составляет- 19%. Для сравнения в Казахстане данный показатель достиг всего 0,2%.

Таблица 13. Финансирование услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в тыс. тенге, в %)

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	ВСЕГО	% от ТРЗ
НС.1	Услуги лечения	1 117 364 766	398 602 588	1 515 967 354	56,6%
НС.2	Реабилитационное лечение	28 280 258	13 047 351	41 327 609	1,5%
НС.3	Долгосрочный медицинский уход	2 629 004	1 725 635	4 354 639	0,2%
НС.4	Вспомогательные услуги	86 331 398	0	86 331 398	3,2%
НС.5	Предоставление медицинских	155 434 937	483 241 800	638 676 737	23,9%

	товаров				
НС.6	Профилактические услуги	70 542 519	0	70 542 519	2,6%
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	37 815 572	9 243 271	47 058 843	1,8%
НС.0	Прочие медицинские услуги	272 591 034	0	272 591 034	10,2%
ВСЕГО		1 770 989 488	905 860 645	2 676 850 133	100%

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

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

Негосударственные схемы финансирования: Средства предприятий и домашних хозяйств являются основными покупателями услуг лечения, фармацевтических товаров.

НС1. Услуги лечения

Категория статей расходов «НС1. Услуги лечения» состоит из медицинских услуг, основным намерением которых является облегчение симптомов заболевания или травмы, уменьшение тяжести заболевания или травмы или защита от обострения и/или осложнения заболевания и/или травмы, которые могут угрожать жизни или нормальной жизнедеятельности индивидуума. Данная категория включает: все компоненты лечения заболевания или травмы; выполненные хирургические вмешательства, диагностические и терапевтические процедуры, и акушерские услуги.

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

Таблица 14. Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.) в 2020 году (т. т., %)

НС 1.	Услуги лечения	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	ВСЕГО	% от суммы НС.	% от ТРЗ
НС.1.1	Медицинские услуги на	575 580 236	92 430 938	668 011 174	44,1%	25,0%

	стационарном уровне					
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	40 402 219	0	40 402 219	2,7%	1,5%
НС.1.3	Амбулаторное лечение	501 382 311	306 171 650	807 553 960	53,3%	30,2%
НС.1.3.1	Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне	340 135 947	70 121 768	410 257 715	27,1%	15,3%
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	0	39 031 353	39 031 353	2,6%	1,5%
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	130 844 510	32 648 544	163 493 054	10,8%	6,1%
НС.1.3.9	Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно	30 401 854	164 369 985	194 771 839	12,8%	7,3%
НС.1.4	Домашний лечебный уход	0	0	0	0,0%	0,0%
Итого		1 117 364 766	398 602 588	1 515 967 354	100 %	56,6 %

По итогам 2020 года 25,0% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 30,2% от ТРЗ (2 676 850 133 тыс. тенге), что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В странах ОЭСР в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги.

В структуре расходов на услуги лечения (НС.1) у государственных схем финансирования преобладают услуги стационарной помощи, на которые было направлено 51,5% этих средств. Расходы на основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичную медико-санитарную помощь у государственных схем финансирования составили 30,4% средств, на специализированное амбулаторное лечение было направлено 11,7% средств, прочие виды амбулаторных услуг - 2,7%. На лечение в дневном стационаре государство потратило 3,6% средств.

У негосударственных схем финансирования преобладают расходы на амбулаторное лечение - 76,8%, на медицинские услуги на стационарном уровне - 23,2%.

НС.2 Реабилитационное лечение

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

Реабилитационные услуги стабилизируют, улучшают или восстанавливают пострадавшие физические функции и части тела, компенсируют отсутствие или потерю физических функций и частей тела, улучшают жизнедеятельность и участие, и предотвращают ухудшение состояния, медицинские осложнения и риски.

В Казахстане стали уделять внимания данному виду услуг, разработаны тарифы в рамках ОСМС и согласно учету НСЗ, в 2020 году расходы на реабилитационные услуги составили 41 327 609 тыс. тенге или 1,5% от ТРЗ.

НС.3 Долгосрочный медицинский уход

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

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

В 2020 году в Казахстане потребление услуг долгосрочного медицинского ухода составило 4 354 639 тыс. тенге или 0,2% от ТРЗ. В среднем по странам- членам ОЭСР данный показатель составляет в среднем 14%. Учитывая важность данных услуг, для достижения уровня показателя стран ОЭСР необходимо увеличить количество организаций в РК, оказывающих услуги долгосрочного ухода. Учитывая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни в РК увеличивается ежегодно, стареющему населению необходим длительный уход.

НС.4 Вспомогательные услуги

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

В 2020 году среди вспомогательных услуг использовались услуги по транспортировке пациентов. К услугам по транспортировке пациентов относится санитарная авиация, предназначенная для оказания экстренной медицинской помощи в условиях плохой транспортной доступности или большой удалённости от медицинских учреждений, услуги скорой медицинской помощи, а также обеспечение граждан бесплатным или льготным проездом за пределы населенного пункта на лечение за счет средств государственного бюджета.

На финансирование данного вида услуг в 2020 году было направлено 86 331 398 тыс. тенге или 3,2% от всех средств, расходованных на здравоохранение, по сравнению с 2019 годом увеличилась на 0,5%. Для сравнения, в странах ОЭСР данный показатель в 2019 году составлял 4,2%.

Таблица 15. Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги» за 2020 год (в тыс. тенге, %)

НС. 4	Вспомогательные услуги	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от ГРЗ
НС4.1	Лабораторные услуги	22 280 707	0	22 280 707	0,8%
НС4.2	Диагностические услуги	0	0	0	
НС4.3	Транспортировка пациентов	64 050 691	0	64 050 691	2,4%
	Итого	86 331 398	0	86 331 398	3,2%

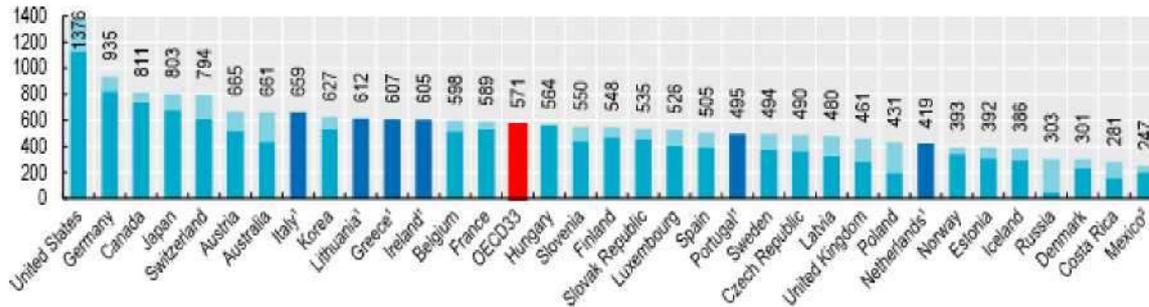
НС.5 Предоставление медицинских товаров

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

В 2020 году расходы на ЛС и ИМН на душу населения составили 33 829 тенге или 80,4 долл. США с увеличением на 9,4 долл. США по сравнению с 2019 годом. В сравнении со странами ОЭСР на приобретение медицинских товаров в Казахстане, в целом, расходуется намного меньше.

Диаграмма 7. Расходы на ЛС и ИМН на душу населения в странах ОЭСР в 2019 г. (в долл. ППС)

USD PPP



- Рецептурные лекарства
- “ Лекарства, отпускаемые без рецепта
- ” Итого (без разбивки)

1. Включая медицинские товары краткосрочного пользования (что привело к завышению оценки примерно на 5-10%). 2. Включает только частные расходы.

Анализ структуры расходов на ЛС и ИМН показывает, что в 2020 году из государственных средств расходовалось в 3,1 раз меньше, чем из частных средств населения и предприятий. При этом из частных расходов около 26% население расходовало на терапевтические приборы и другие товары длительного пользования.

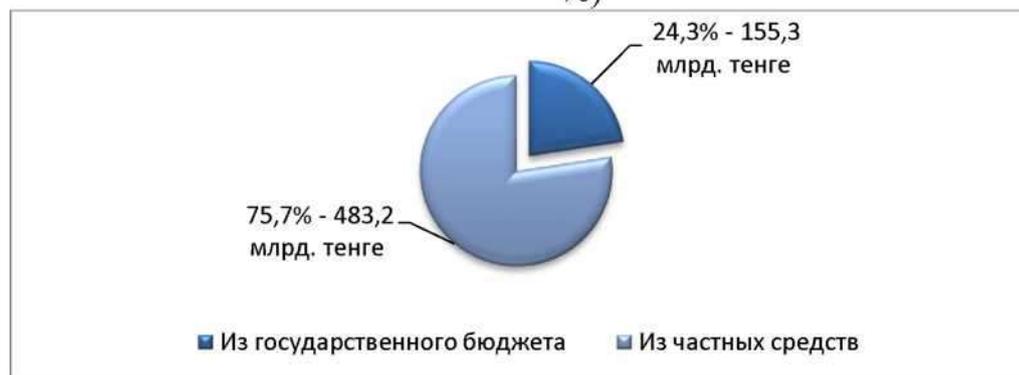
2019 году расходы на розничную торговлю фармацевтическими препаратами (то есть без учета использованные во время стационарного лечения) составляли одну шестую общих расходов на здравоохранение в странах ОЭСР. Это представляют третий по величине компонент расходов на здравоохранение после стационарного и амбулаторного лечения.

Таблица 16. Структура категории статей расходов «Предоставление медицинских товаров» за 2020 год (в тыс. тенге, %)

НС. 5	Предоставление медицинских товаров	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ГРЗ
НС 5.1	Фармацевтически е и прочие медицинские товары недлительного пользования	155 434 937	318 895 000	474 329 937	74,3%	17,7%

НС 5.2	Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования		164 346 800	164 346 800	25,7%	6,1%
	Итого	155 434 937	483 241 800	638 676 737	100%	23,8%

Диаграмма 8. Структура расходов на ЛС и ИМН в 2020 году (в тыс. тенге, %)



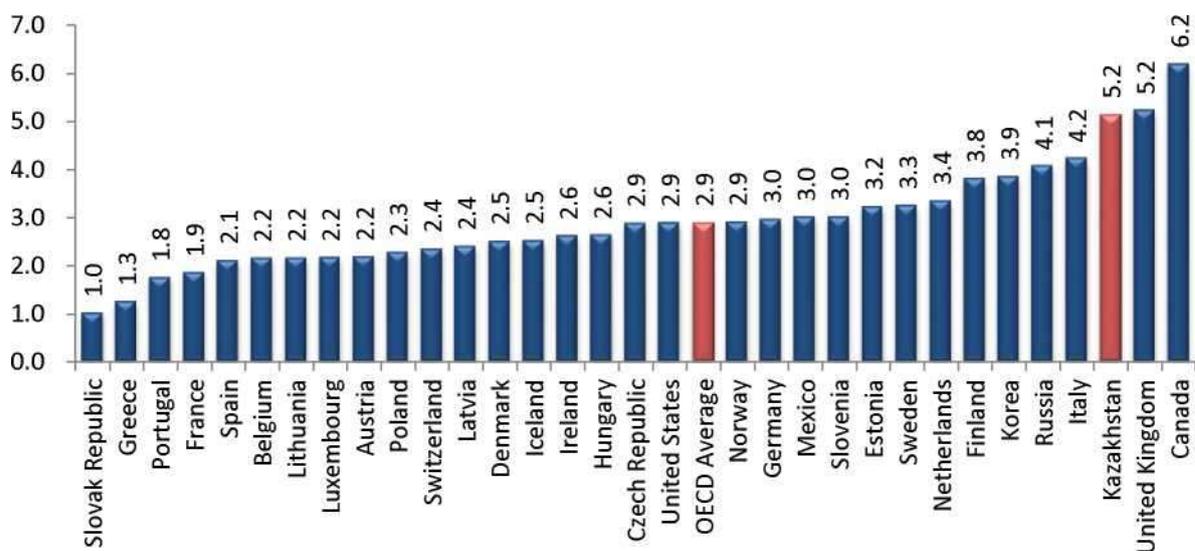
НС.6 Профилактические услуги

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

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

В 2020 году на данный вид услуг было направлено 70 542 519 тыс.тенге, что составило 2,6% от всех ТРЗ. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2019 году на профилактические услуги в среднем по странам-членам ОЭСР было расходовано 2,9% от ТРЗ, среди которых самый высокий показатель в Канаде - 6,2% и самый низкий в Словакии - 1 %.

Диаграмма 9. Расходы на профилактику в странах ОЭСР и Казахстане в 2019 г. (в % от ТРЗ)



Как уже отмечалось выше программы профилактики полностью финансируются из средств государственного бюджета. Структура расходов по данной категории представлена ниже в таблице 17.

Таблица 17. Структура категории статей расходов «Профилактические услуги» за 2020 год (в тыс. тенге, %)

НС 6	Профилактические услуги	Государственный сектор	% от суммы НС.6	% от ТРЗ
НС 6.1	Информационная, образовательная и консультационная программы	16 477 636	23,3%	0,6%
НС 6.2	Программы иммунизации	33 621 227	47,7%	1,2%
НС 6.3	Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	0	0,0%	0,0%
НС 6.4	Программа мониторинга состояния здоровья	1 983 010	2,8%	0,1%
НС 6.5	Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	18 460 646	26,2%	0,7%
НС 6.6	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации	0	0,0%	0,0%
	Итого	70 542 519	100%	2,6%

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.

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

Таблица 18. Структура категории статей расходов «Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» за 2020 год (в тыс. тенге, %)

НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	Государственный сектор	Негосударственный сектор	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.7.1	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	27 791 997		27 791 997	59,1%	1,0%
НС.7.2	Администрирование финансирования здравоохранения	10 023 575	9 243 271	19 266 846	40,9%	0,7%
	Итого	37 815 572	9 243 271	47 058 843	100%	1,8%

В НСЗ РК в 2020 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

НС.0 Прочие медицинские услуги

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

В НСЗ РК в прочие услуги вошли следующие мероприятия: прикладные научные исследования в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализация мероприятий технической помощи в рамках содействия устойчивому развитию и росту Республики Казахстан, погашение кредиторской задолженности по обязательствам организаций здравоохранения, консультативное сопровождение проектов государственно-частного партнерства и концессионных проектов. Следует отметить, что расходы на вышеперечисленные мероприятия финансировались за счет средств государственного бюджета. Так, в данную статью было направлено 272 591 034 тыс. тенге или 10,2 % от ТРЗ.

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

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

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

Классификация факторов также является частью 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 (например, 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 19. Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг
(в тыс. тенге)

Коды по ССЗ 2011		Наименование расходов	2020 год
FP. 1		Компенсационные расходы работникам	1 068 296 894
	FP. 1.1	Заработная плата	986 171 585
	FP. 1.2	Социальные выплаты	78 563 277
	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	3 562 032
FP. 3		Материалы и услуги	722 855 226
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	345 706 864
	FP. 3.3	Услуги, не связанные со здравоохранением	267 069 160
	FP. 3.4	Товары, не связанные со здравоохранением	110 079 202
FP. 4		Потребление основного капитала	98 227 055
FP. 5		Прочие расходы, затраченные на "входы"	93 121 935
	FP. 5.1	Налоги	6 244 191
	FP. 5.2	Прочие расходы	86 877 744
Итого			1982 501 110

3. Динамика расходов на здравоохранение за 2010-2020 годы

В течение последних лет отмечается рост благосостояния государства, так размер ВВП в номинальном выражении с 2010 года увеличился в более чем 3 раза, общие затраты из государственного бюджета также выросли в 3 раза. Рост общих расходов на здравоохранение в 2020 году по сравнению с 2010 годом составил 323%.

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

Как мы видим, за рассматриваемый период отмечается рост ВВП и расходов государственного бюджета. Вместе с тем, в 2020 году отмечается увеличение расходов государственного бюджета на 23% по сравнению с 2019 годом.

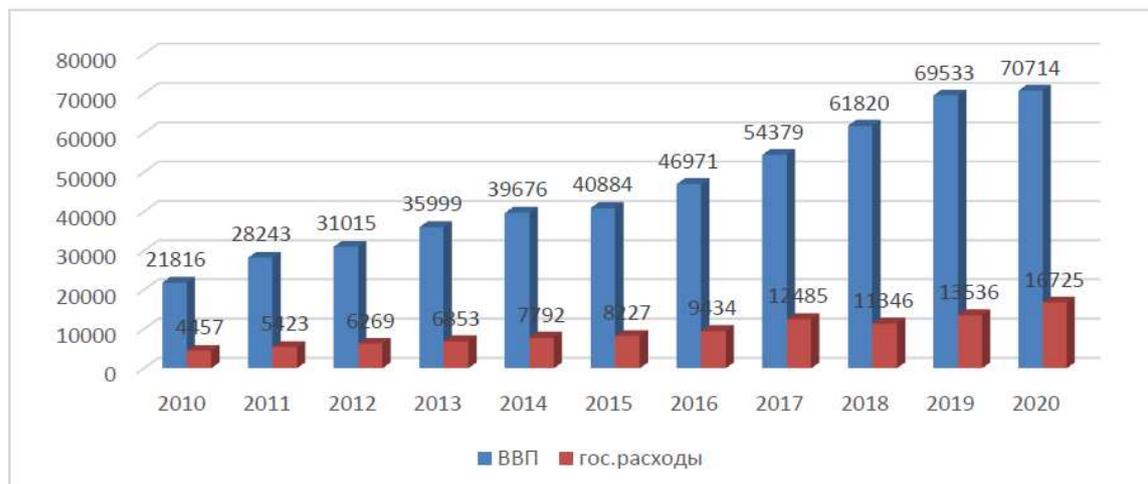
Таблица 20 - Макроэкономические показатели в 2010-2020 гг.

Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ВВП	21815	28243	31015	35999	39675	40884	46971	54378	61819	69532	70714
Расходы гос. бюджета	4457,1	5423,2	6268,9	6852,7	7791,8	8227,1	9433,7	12485,3	11346,1	13535,5	16725
ОРЗ	874,6	932,1	1158,7	1208,7	1537,3	1482,7	1755,7	1762,8	1861,6	2056	2828,9
ТРЗ	597,0	735,0	942,0	958,6	1180,2	1243,1	1607,5	1659,9	1741,9	1939,7	2676,9
Кап. расходы	277,6	197,1	216,7	250,1	357,1	239,6	148,1	102,9	119,6	116,2	152,1
Гос. расходы	408,2	523,2	643,1	665,7	846,6	785,3	959,5	1031,1	1062,4	1163,3	1771
Частн. расходы	188,3	210,8	298,6	292,0	332,4	457,1	646,2	627,6	679,5	776,4	905,9
Прямые платежи населения	162,9	180,8	262,1	248,8	280,9	399,0	573,4	550,2	583,0	656,3	735,6
Внешние источники	0,5	1,0	0,3	1,0	1,2	0,7	1,8	1,1			
Показатели расходов на здравоохранение, процент											
ОРЗ, % от ВВП	4%	3,3%	3,7%	3,4%	3,9%	3,6%	3,7%	3,2%	3,0%	3,3%	4,0%
ТРЗ, % от ВВП	2,7%	2,6%	3,0%	2,7%	3,0%	3,0%	3,4%	3,1%	2,8%	2,8%	3,8%
Гос. расх., % от ВВП	1,9%	1,9%	2,1%	1,8%	2,1%	1,9%	2,0%	1,9%	1,7%	1,7%	2,5%
Част. расх. % от ВВП	0,9%	0,7%	1,0%	0,8%	0,8%	1,1%	1,4%	1,2%	1,1%	1,1%	1,3%

Прямые платежи населения, % от ТРЗ	27,3%	24,6 %	27,8%	26,0%	23,8%	32,1%	35,7%	33,1%	33,5%	33,8 %	27,5%
Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя в год											
ОРЗ на душу, тенге	53195,9	55900,8	68520,1	70433,2	88270,4	83909,2	97981,8	97086,7	101195,6	110347,1	149840
ОРЗ на душу, долл. США	361,0	381,3	459,5	463,0	492,6	378,4	286,4	297,8	293,6	288,3	356
ТРЗ на душу, тенге	36310,6	44080,1	55706,6	55860,1	67768,2	70350,5	89714,4	91416,9	96691,3	104109	141785,7
ТРЗ на душу, долл. США	246,4	300,6	373,6	367,2	378,2	317,3	262,2	280,4	274,7	272,0	336,9
ТРЗ реальные, •Енге	36311	41043	48951	46862	52944	48351	56853	54125	53227	55525	70365

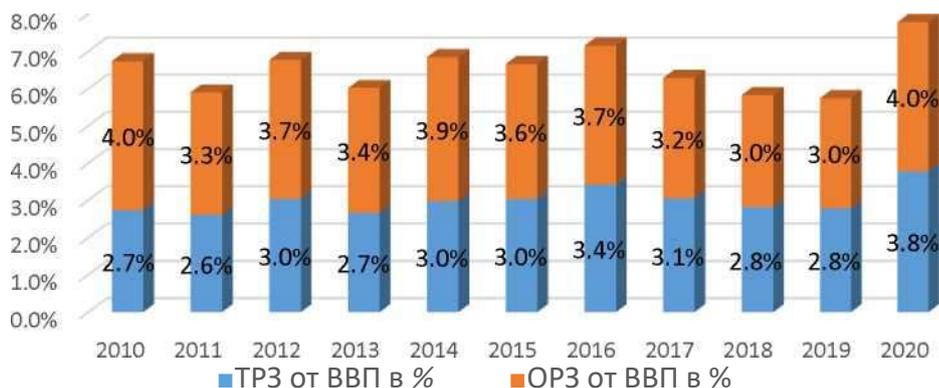
Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных подушевых расходов на здравоохранение в период с 2010 по 2020 годы составил всего 1,94 раза, а размер накопленной инфляции составил 101,5%.

Диаграмма 10. Динамика ВВП и расходов государственного бюджета за 2010-2020 гг (в млрд. т.)



Кроме того, несмотря на рост номинальных текущих расходов на здравоохранение, соотношение общих расходов на здравоохранение к ВВП снижается с 3,7% в 2016 году до 3,0% в 2019 году, что связано с более высоким темпом роста ВВП и более низким темпом роста расходов на здравоохранение. В 2020 году данное соотношение достигает уровня 2010 года 4%. Соотношение текущих расходов на здравоохранение к ВВП за период с 2010-2020 годы колеблется на уровне 2,7%-3,8%.

Диаграмма 11. Динамика процентных соотношений ТРЗ и ОРЗ от ВВП (в %)

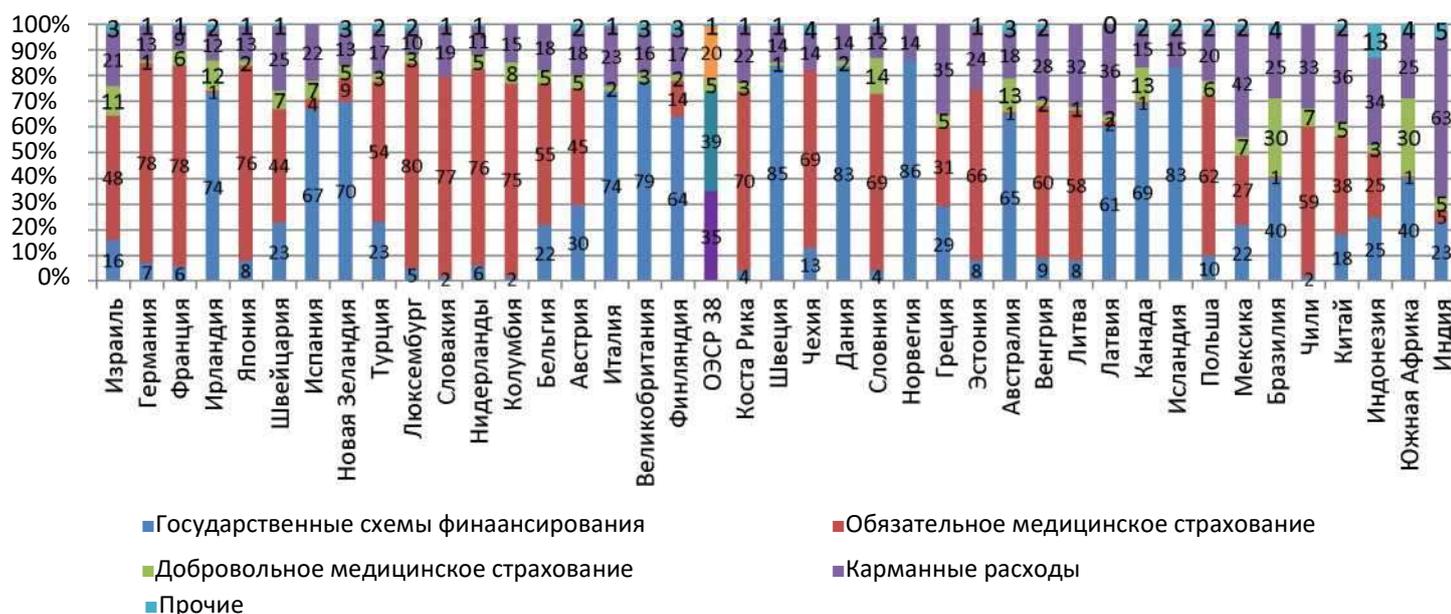


Финансирование здравоохранения можно проанализировать с точки зрения схем финансирования (механизмы финансирования через какие медицинские услуги оплачиваются и получают населением, например, социальное медицинское страхование), финансовых агентов (организации, управляющие схемами финансирования, такие как агентства социального страхования).

Ниже «финансирование» используется в смысле схем финансирования, как определено в Системе счетов здравоохранения, и включает в себя государственные схемы, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование и частные средства, такие как наличные платежи домашних хозяйств и финансирование от неправительственной организации (НПО) и схемы частных корпораций.

Оплата наличными это расходы, которые несут непосредственно пациенты. Данные включают совместное несение затрат и, в некоторых странах, неофициальные выплаты поставщикам медицинских услуг.

Диаграмма 12. Текущие расходы на здравоохранение по источникам финансирования, 2019 год (или ближайший год) (в %)



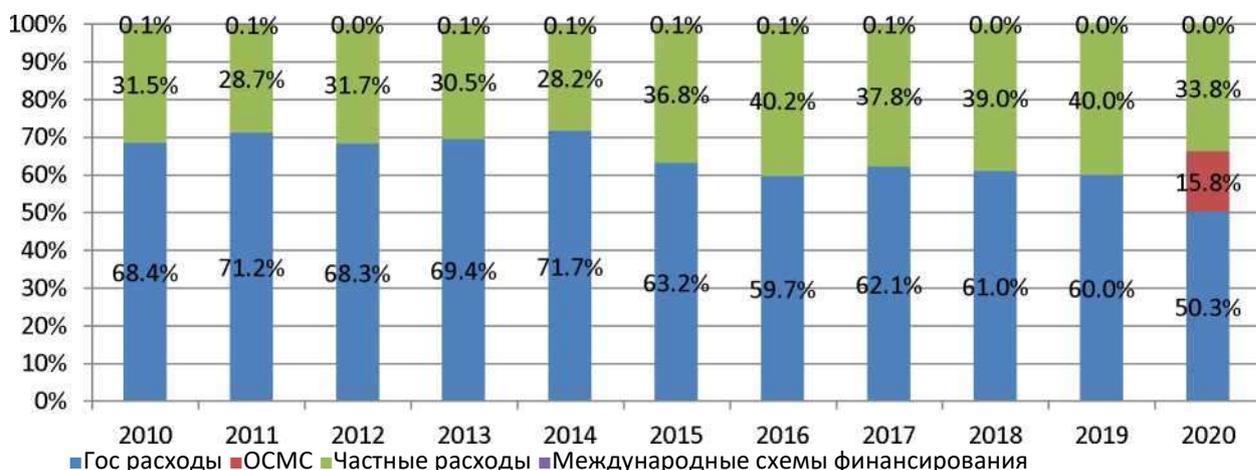
Согласно последним данным, в странах ОЭСР оплата медицинских услуг через государственные схемы финансирования занимает 35%, обязательное медицинское страхование 39%, добровольное медицинское страхование 5%, карманные расходы 20%, прочие 1% от текущих расходов на здравоохранение. Все расходы частных медицинских страховых компаний учитываются по обязательному медицинскому страхованию. К категории «Прочие» относятся финансирование со стороны НПО, работодателей, схем нерезидентов и неизвестных схем. В Норвегии, Швеции и Дании из государственных источников финансируется более 80% расходов на здравоохранение, так как в данных странах схемы государственного финансирования являются основным механизмом финансирования. Напротив, в таких странах как Япония, Франция, Нидерланды, Корея из государственных источников финансируется до 10% расходов на здравоохранение. Наибольшую долю занимают расходы, финансируемые по обязательному медицинскому страхованию.

В 2019 году в странах ОЭСР на карманные расходы приходится пятая часть всех расходов на здравоохранение. При этом, доля в целом уменьшается по мере увеличения ВВП. Расходы домохозяйств занимали одну треть или более всех расходов в Мексике (42%), Латвии (36%), Греции (35%) и Чили (33%), тогда как, во Франции прямые платежи были на уровне 10%. Карманные расходы населения на услуги здравоохранения также были высокими в Китае (38%) и в Индии (60%).

Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования за период с 2010 по 2020 годы в Республике Казахстан показывает, что наибольшая доля расходов приходится на схемы государственного финансирования. С 2020 года в стране внедрено

обязательное социальное медицинское страхование. Финансирование на основе обязательных отчислений в 2020 году оставило -15,8% от текущих расходов на здравоохранение в целом.

Диаграмма 13. Текущие расходы на здравоохранение в РК по источникам финансирования в 2010-2020 годы (в %)



Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение за период с 2010-2020 годы в среднем составляют 34,4%. В 2020 году наблюдается снижение доли частных расходов по сравнению с 2019 годом с 40,2% на 33,8%. Это связано с высоким ростом текущих расходов на здравоохранение. В абсолютном выражении наблюдается рост частных расходов за последний год по сравнению с 2019 годом на 16,7%.

Международные схемы финансирования, а именно, добровольные схемы (нерезидентские) финансирования занимают самую маленькую долю в структуре текущих расходов (в среднем 0,1%).

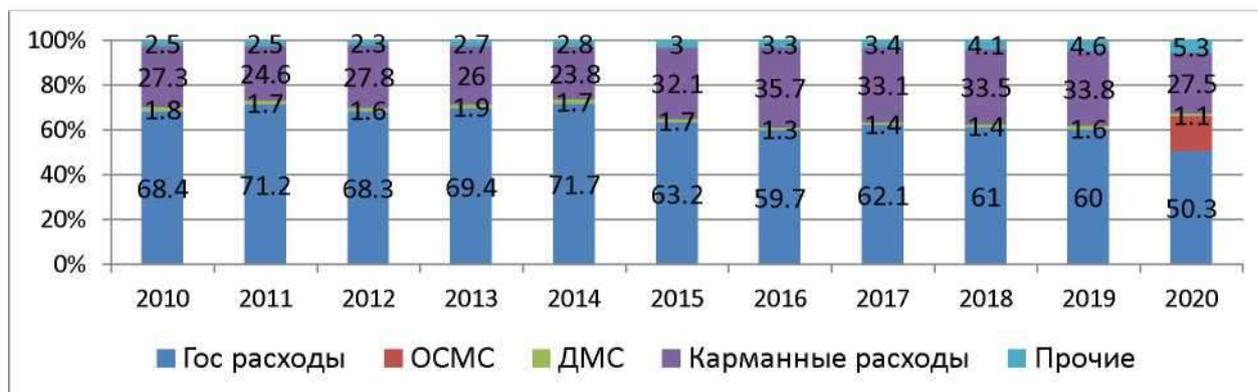
Ниже приведены текущие расходы на здравоохранение в 2010- 2020 годы в абсолютном выражении.

Диаграмма 14. Текущие расходы на здравоохранение в РК по источникам финансирования в 2010-2020 годы (в %)



Для сопоставимости показателей текущие расходы на здравоохранение в РК по источникам финансирования в 2010-2020 годы были сгруппированы аналогично статистическим данным в ОЭСР.

Диаграмма 15. Текущие расходы на здравоохранение в РК по источникам финансирования в 2010-2020 годы (в %)

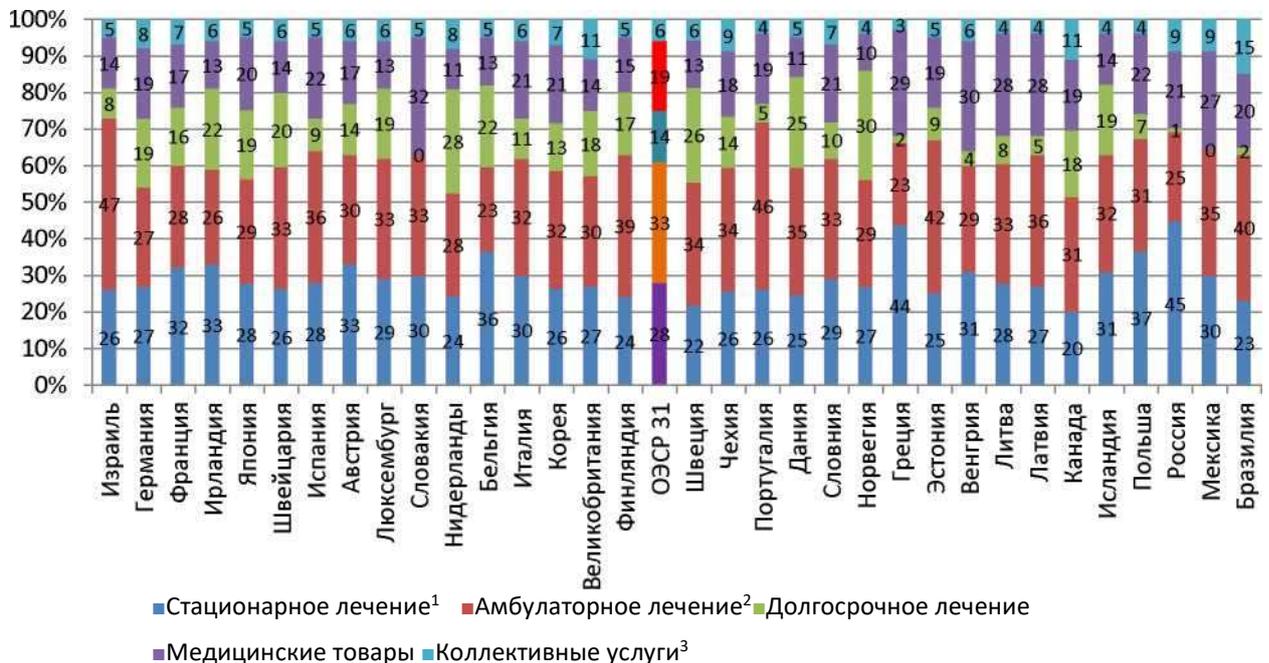


Как было отмечено выше, в структуре текущих расходов на здравоохранение преобладают государственные расходы, затем следуют карманные расходы населения. Так, за рассматриваемый период прямые платежи населения составили от 23,8-35,7% всех текущих расходов на здравоохранение, за последний год - 27,5%. В свою очередь, расходы по добровольному медицинскому страхованию и прочие расходы (расходы предприятий работникам и добровольные схемы (нерезидентские)) составили наименьшие доли в структуре расходов.

Система счетов здравоохранения определяет границы системы здравоохранения с функциональной точки зрения, ссылаясь на различные виды медицинских услуг и товаров. Текущие расходы на здравоохранение включают личное здравоохранение (лечебная, реабилитационная, долгосрочные, вспомогательные услуги и медицинские товары) и коллективные услуги (профилактика и услуги общественного здравоохранения, а также администрирование).

Необходимо отметить, что администрирование относится к управлению и администрированию системы здравоохранения в целом, а не на уровне поставщика медицинских услуг. Лечебная помощь, реабилитация и долгосрочное лечение также могут быть классифицированы по способу оказания помощи (стационар, дневной стационар, амбулаторный и домашний уход).

Диаграмма 16. Расходы на здравоохранение по видам услуг, 2019 (или ближайший год) (в %)



1. Относится к лечебной и реабилитационной помощи в стационаре и дневном стационаре. 2. Включает уход на дому и дополнительные услуги. 3. Относится к профилактике и администрированию и включает неизвестные или нераспределенные службы.

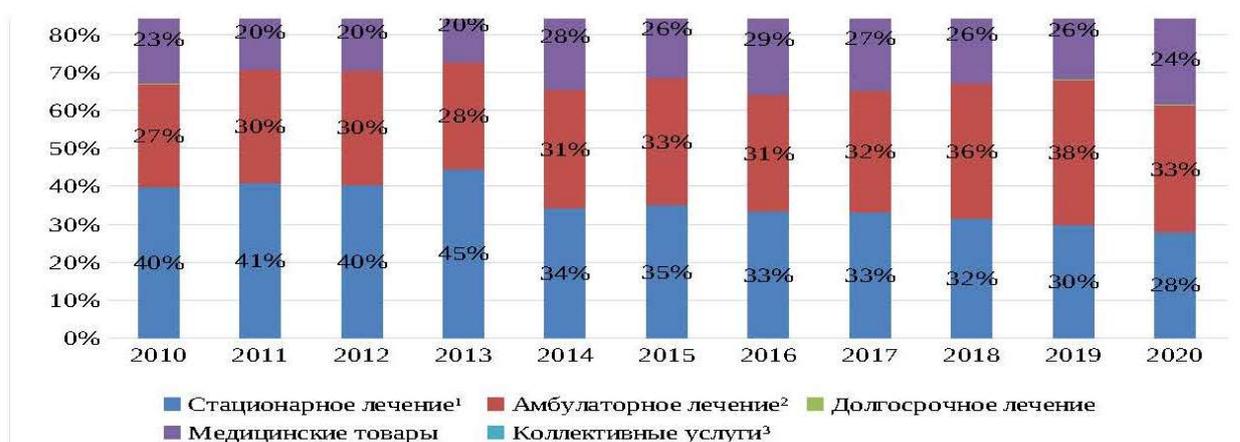
Для всех стран ОЭСР лечебные и реабилитационные услуги по уходу составляют основную часть расходов на здравоохранение и предоставляется в стационарных и амбулаторных условиях. На них обычно приходится 60% всех расходов на здравоохранение. Медицинские товары (в основном фармацевтические препараты) занимают 19%, затем следуют расходы на долгосрочное лечение, которые в 2019 г. в среднем заняли около 14% расходов на здравоохранение. На административные расходы и общее руководство системой здравоохранения вместе с расходами на профилактику болезней в среднем приходится 6% от всех расходов на здравоохранение.

В Греции самая высокая доля расходов на здравоохранение направляется на стационарные услуги (44%). Многие страны Северной Европы, Канада и Нидерланды сообщают о гораздо меньшей доле расходов на стационарные услуги (около 20-25%). Амбулаторное лечение представляет собой широкую категорию, включающую врачей широкого профиля, специализированные амбулаторные услуги и стоматологическую помощь, а также уход на дому и вспомогательные услуги. Расходы на амбулаторное лечение составили почти половину всех расходов на здравоохранение в Португалии и Израиле по сравнению со средним показателем по ОЭСР в 33% в 2019 году, тогда как,

Греция и Бельгия потратила наименьшую долю на амбулаторные услуги, которая составляет менее четверти всех расходов на здравоохранение.

Анализ структуры текущих расходов на здравоохранение по видам услуг в нашей стране показал, что преобладают расходы на оказание амбулаторно поликлинической помощи (33%). При этом, отмечается рост в динамике на оказание АПП (27% в 2010 году). Расходы на оказание стационарной помощи в структуре текущих расходов в 2020 году составили 28%. Вместе с тем, отмечается сокращение этих расходов с 40% в 2010 году до 28% в 2020 году. Необходимо отметить, что для сопоставимости показателей текущие расходы на здравоохранение в РК по видам услуг в 2010-2020 годы были сгруппированы аналогично статистическим данным в ОЭСР.

Диаграмма 17. Структура текущих расходов на здравоохранение по видам услуг в 2010-2020 гг. в Казахстане



1. Относится к лечебной и реабилитационной помощи в стационаре и дневном стационаре. 2. Включает уход на дому и дополнительные услуги. 3. Относится к профилактике и администрированию и включает неизвестные или нераспределенные службы.

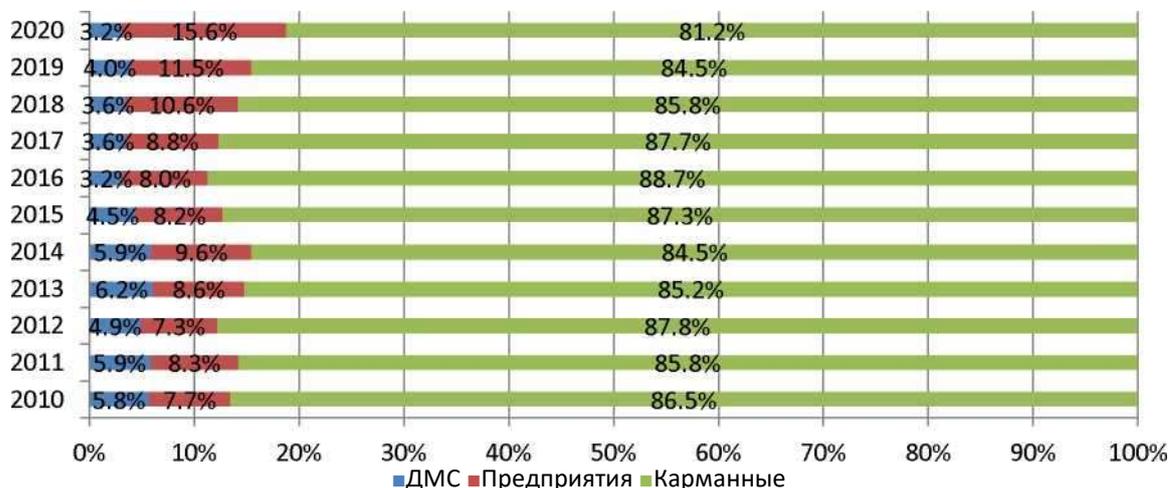
Долгосрочная медицинская помощь занимает лишь 0,1-0,2% всех расходов на здравоохранение в стране, тогда как в странах ОЭСР этот показатель составляет в среднем 14%. На долю медицинских товаров (в основном фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования) в 2020 году приходится почти четверть всех расходов. Данный показатель в период с 2010 по 2020 годы колеблется на уровне 20-29%.

За последние три года темп роста частных расходов увеличился. В 2020 году общий объем частных расходов по сравнению с 2019 годом увеличился на 16,7%. Вместе с тем, в структуре частных расходов преобладают расходы домохозяйств.

Так, в 2020 году карманные расходы в структуре частных расходов составляют 81,2%. Стоит отметить, что в динамике удельный вес карманных расходов сокращается с 86,5% в 2010 году. Также, растет удельный вес 43

расходов предприятий с 7,7% в 2010 году до 15,6% в 2020г. Вместе с тем, наблюдается снижение удельного веса расходов на ДМС с 5,8% в 2010 г. до 3,2% в 2020г.

Диаграмма 18. Структура частных расходов на здравоохранение в 2010-2020 гг. в Казахстане



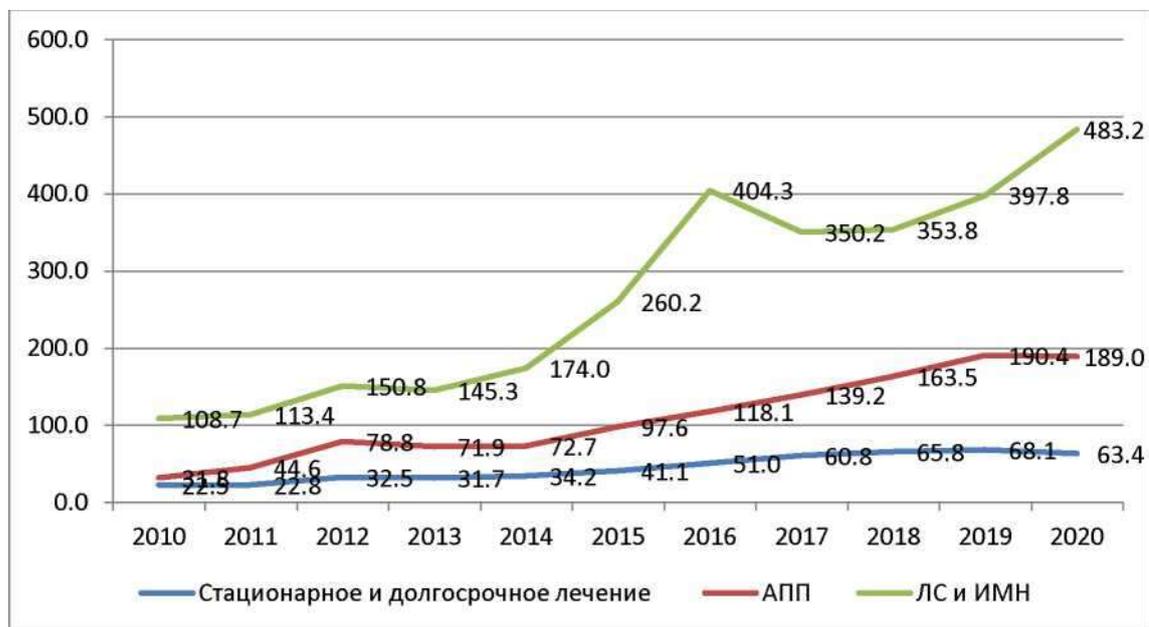
В структуре частных расходов на здравоохранение более половины всех расходов приходится на приобретение лекарственных средств и ИМН. Далее, следуют расходы на амбулаторное лечение, что составляет более трети от общих затрат за последние годы. Удельный вес расходов на стационарное лечение за 10 лет снизился на 2 процентных пункта и в 2020 году составил 12%. Долгосрочное лечение занимает очень маленькую долю в структуре частных расходов на здравоохранение. За рассматриваемый период его доля составляла от 0,1% до 0,3%.

Диаграмма 19. Структура частных расходов на здравоохранение в 2010-2020 гг. в Казахстане



Как было отмечено выше, в структуре частных расходов на здравоохранение преобладают карманные расходы. Рассмотрим их более детально.

Диаграмма 20. Структура карманных расходов на здравоохранение в 2010-2020 гг. в Казахстане (в млрд. тенге)



В структуре карманных расходов отмечается рост по амбулаторной помощи, расходам на лекарства и медицинские товары.

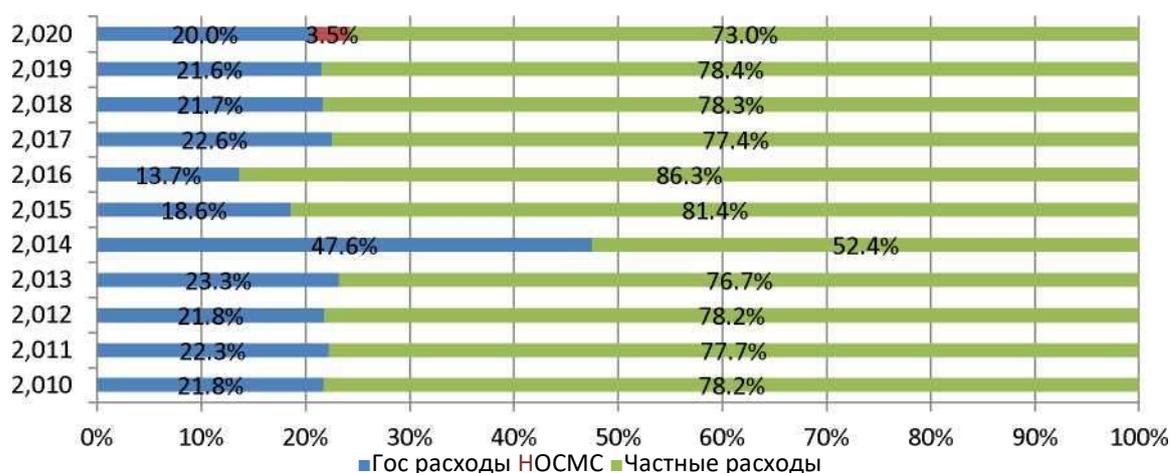
Если рассматривать динамику расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, то отмечается их ежегодный рост, как и от государственных средств, так и от частных. Согласно данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, расходы населения на ЛС и ИМН ежегодно увеличивались с 2010 года, но исключение составил 2013 год (когда данный показатель снизился на 5,5 млрд. тенге по сравнению с 2012 годом) и 2017 год (снижение на 54,1 млрд. тенге по сравнению с 2016 годом). В 2020 году частные расходы по приобретению ЛС и ИМН увеличились на 21,5%, финансирование за счет государственных средств и ОСМС увеличилось на 41,8% в сравнении с предыдущим годом (Диаграмма 21).

Диаграмма 21. Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2020 годы (в млрд. тенге)



Как показывает анализ структуры расходов на ЛС и ИМН, то здесь преобладают расходы населения. Так, за 2010-2015 годы, государственные расходы составляли в среднем 1/5 часть всех расходов на приобретение медицинских товаров. Остальные 80% расходов покрывались непосредственно из карманов населения. Но в 2016 году ситуация ухудшилась, и государством было покрыто всего 13,7% всех расходов на приобретение медицинских товаров (Диаграмма 22).

Диаграмма 22. Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2010-2020 годы в разрезе источников финансирования

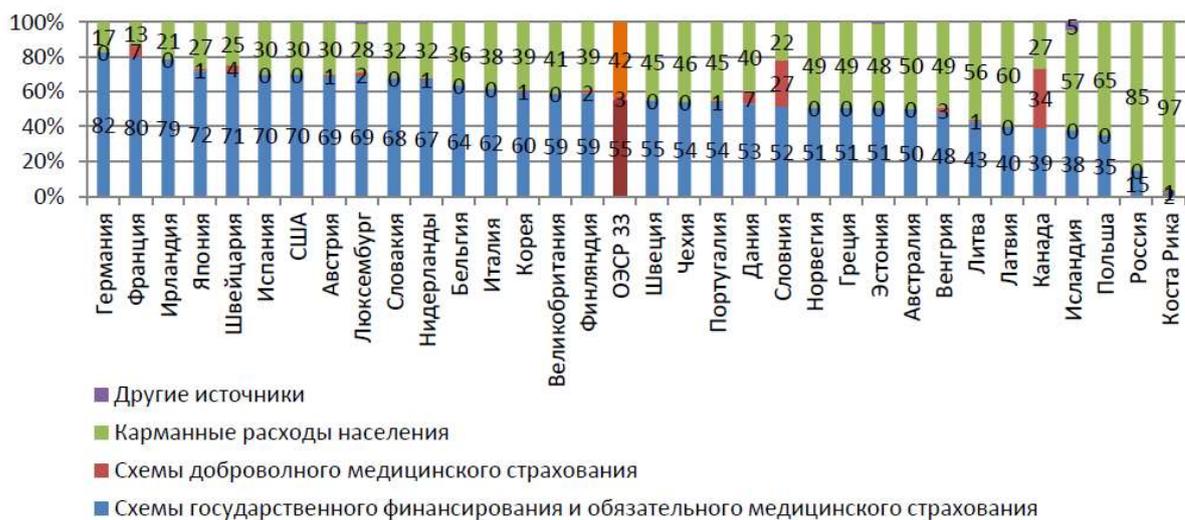


В 2020 году расходы на лекарства и ИМН за счет средств населения составили - 75,7% от общих затрат на ЛС и ИМН, за счет государственных средств - 20,7%, за счет ОСМС - 3,6%. Для сравнения в странах ОЭСР за последние годы расходы на лекарства и ИМН за счет средств населения составили - 42%, за счет государственных средств и систем обязательного медицинского страхования - 55%, за счет добровольного страхования - 3%.

Ниже приведена информация по расходам на ЛС и ИМН в некоторых зарубежных странах согласно статистическим данным ОЭСР.

Расходы на приобретение фармацевтической продукции в разных странах сильно различаются. Так, в развитых странах обеспечение населения фармацевтической продукцией за счет государственных средств и средств по обязательному медицинскому страхованию в среднем составляет больше половины всех расходов, тогда как в России данный показатель составляет 15%, в Коста-Рике - 1% (Диаграмма 23).

Диаграмма 23. Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2019 (или ближайший год) годы в разрезе источников финансирования (в %)

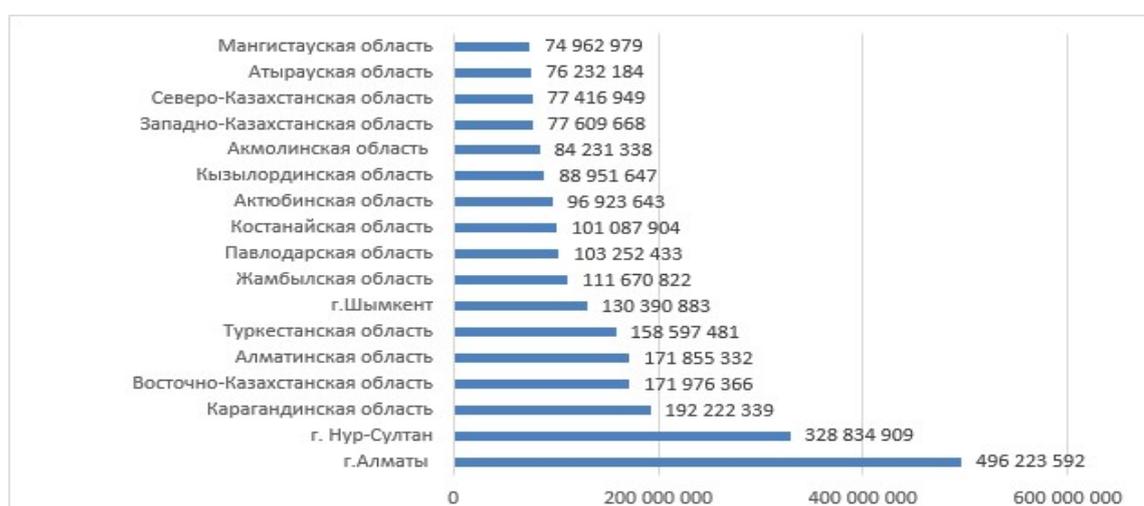


4. Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан

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

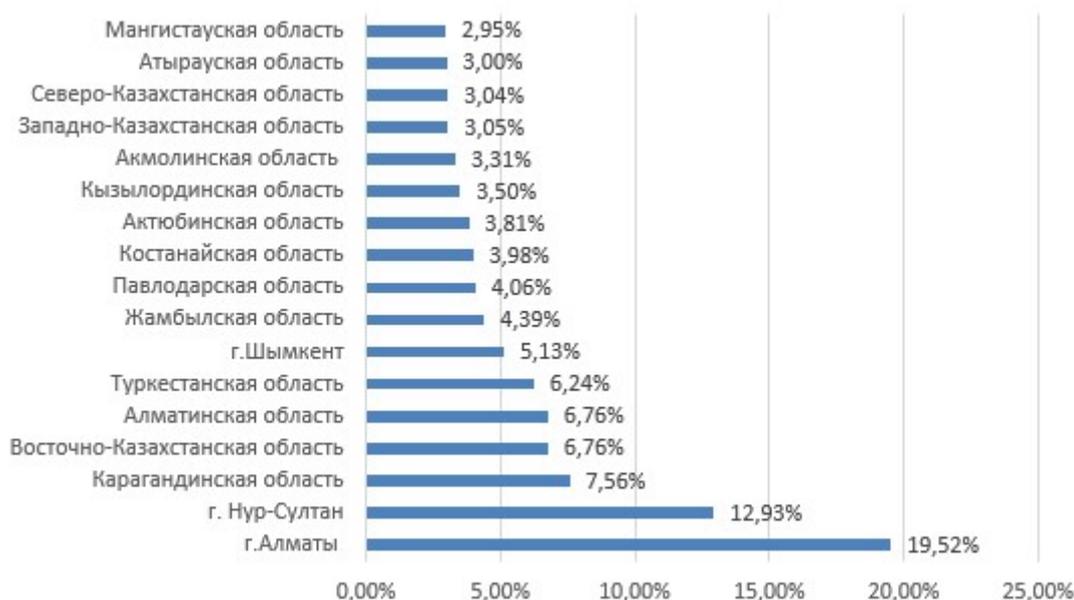
Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2020 года показал, что наибольший объем расходов наблюдается в г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 496,2 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Мангыстауской области, где затраты на здравоохранения составили 74,9 млрд. тенге.

Диаграмма 24. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2020 году, тыс. тенге.



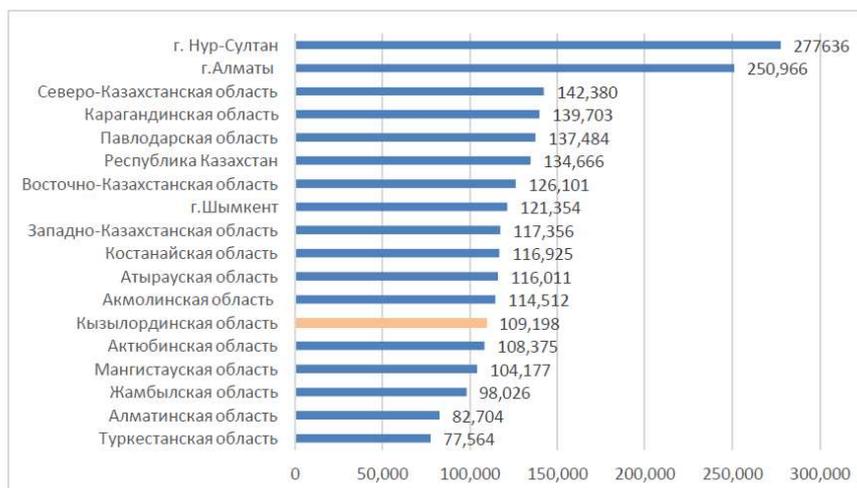
В процентном соотношении по итогам 2020 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в г. Алматы затраты на здравоохранения составили 19,52% к текущим расходам на здравоохранение страны. Удельный вес расходов в г. Нур-Султан и Карагандинской области составили 12,93% и 7,56%, соответственно. Наименьший удельный вес расходов на здравоохранение в Мангыстауской и Атырауской областях составили 2,95% и 3%, соответственно. В остальных регионах доля расходов от общей суммы расходов на здравоохранение варьируется от 3,04% до 6,76%.

Диаграмма 25. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2020 году, % к Итогу



Текущие расходы на 1-го жителя в 2020 году в среднем по РК составили 109 198 тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Туркестанской области - 77564 тенге, наивысший в г. Нур-Султан - 277 636 тенге.

Диаграмма 26. Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2019 году, на 1 жителя, тенге.



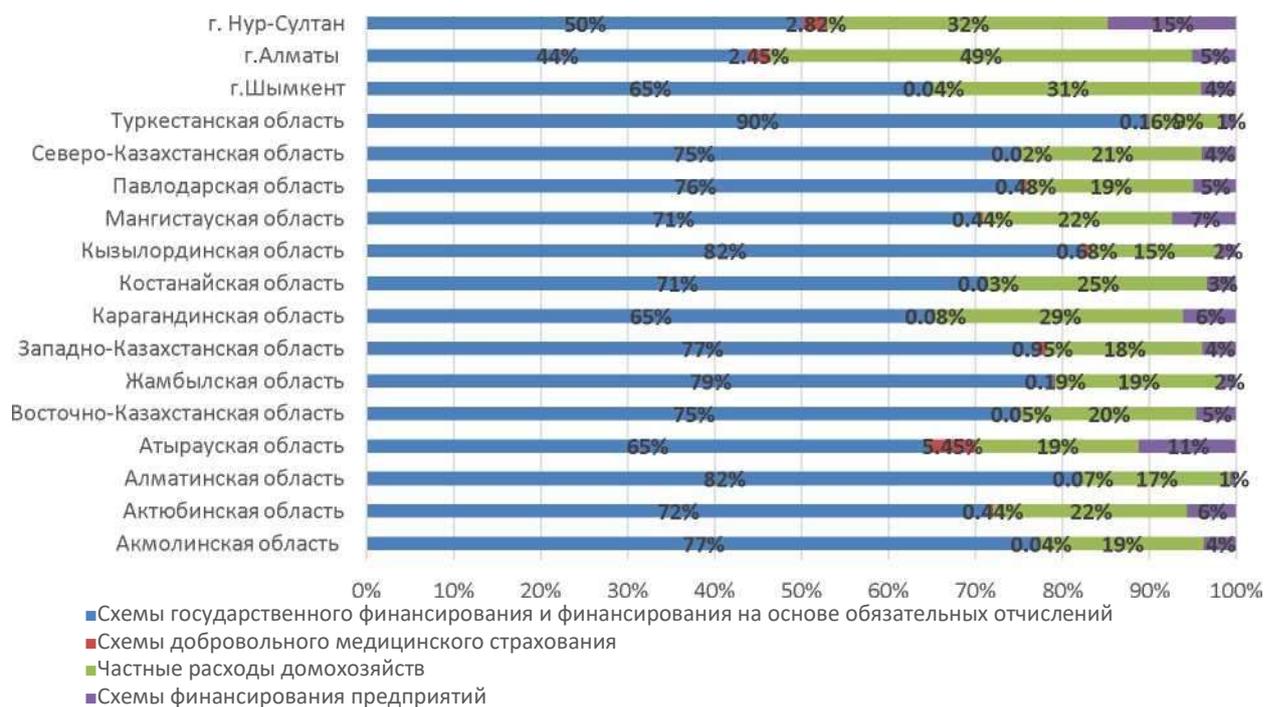
Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования в разрезе регионов представлена следующим образом:

По итогам 2020 года можно отметить, что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Туркестанской--90%, Алматинской и Кызылординской областях - 82%. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в г. Алматы - 44%.

Наибольшая доля расходов населения отмечается в г. Алматы - 49%. Наименьший удельный вес расходов за счет средств населения наблюдается в Туркестанской области и составляет 9%.

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Нур-Султан составил 15%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Атырауская область 11%.

Диаграмма 27. Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования в регионах РК в 2020г, в % к итогу



По итогам 2020 г. наибольший объем текущих затрат на здравоохранение по схеме государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений в абсолютном выражении приходится на г. Алматы - 217,5 млрд. тенге (152,1 млрд. тенге + 65,4 млрд. тенге). Меньше всех расходов выделяется на Атыраускую и Мангыстаускую области - 49,2 млрд. тенге (38,3 млрд. тенге+10,9 млрд. тенге) и 52,9 млрд. тенге (40,5 млрд. тенге+12,4 млрд. тенге) соответственно.

Диаграмма 28. Расходы на здравоохранение по схеме государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений в разрезе регионов в 2020 г. (млрд. тенге)

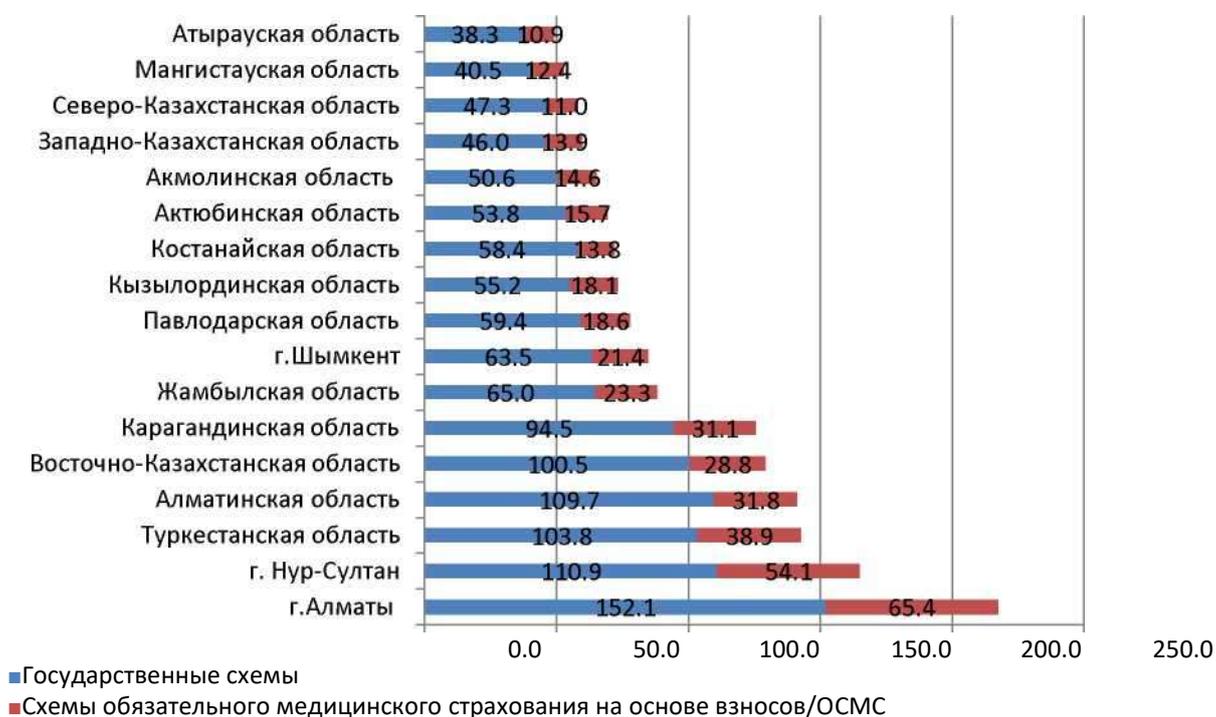
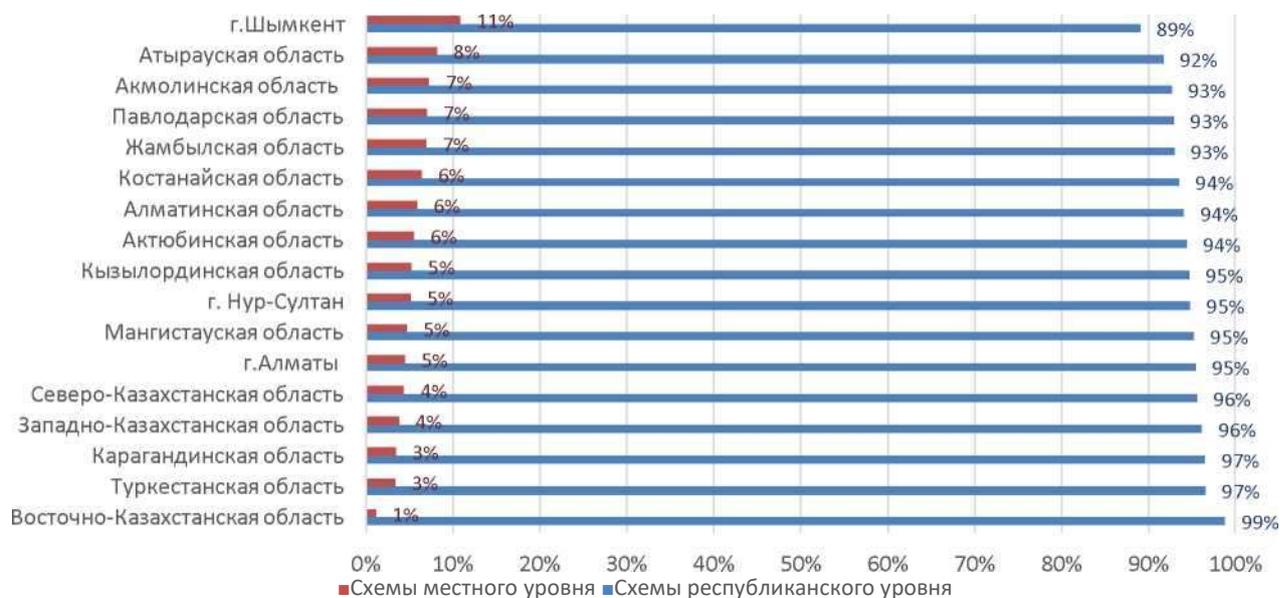


Диаграмма 29. Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2020г. (в %)



Схемы финансирования определяют основные механизмы, посредством которых услуги финансируются и предоставляются потребителям. Так,

распределение государственных средств выглядит следующим образом:

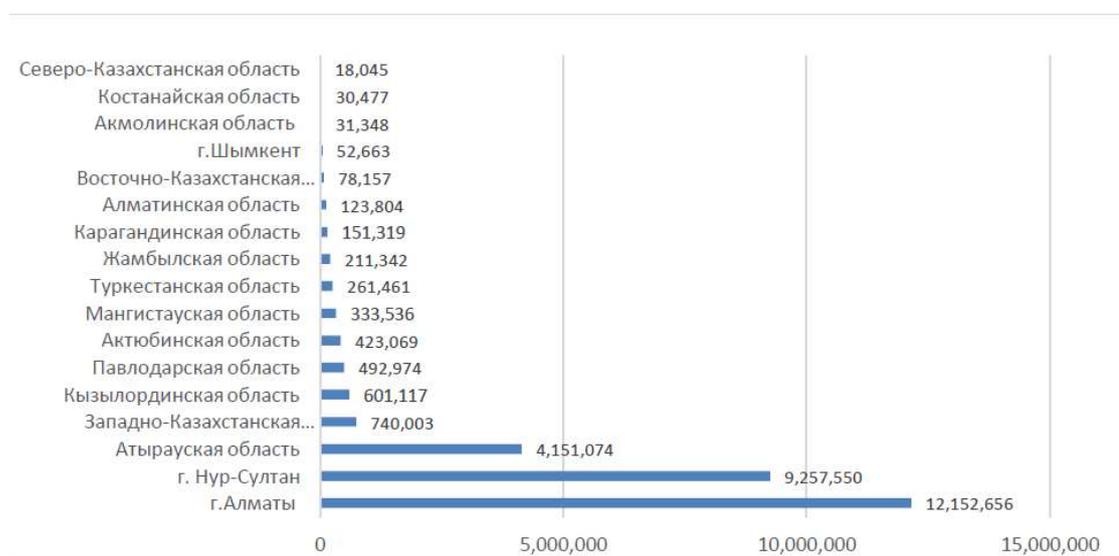
- государственные схемы финансирования республиканского уровня - 89-99%;

- государственные схемы финансирования местного уровня - 1-11%.

Подобная картина говорит о том, что в среднем на 94% средств государственного бюджета, предусмотренных на финансирование здравоохранения, приходится на республиканский уровень (Диаграмма 29).

Схема ДМВ формируется за счет средств ДМС и доходов предприятий. Поступления за счет средств ДМС и от предприятий показаны ниже. Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы 12,1 млрд. тенге, г. НурСултан 9,2 млрд. тенге и Атырауская область - 4,1 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Северо-Казахстанской области- 18 млн. тенге.

Диаграмма 30. Схемы медицинских взносов, поступаемых в рамках добровольного медицинского страхования, в 2020 г. (тыс. тенге)



Что касается расходов предприятий на здравоохранение на основе добровольных взносов, то наибольший объем показал г. Нур-Султан - 48,4 млрд. тенге, далее г. Алматы - 24,6 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области - 1,1 млрд. тенге.

Диаграмма 31. Схемы медицинских взносов, поступаемых от предприятий (тыс. тенге)

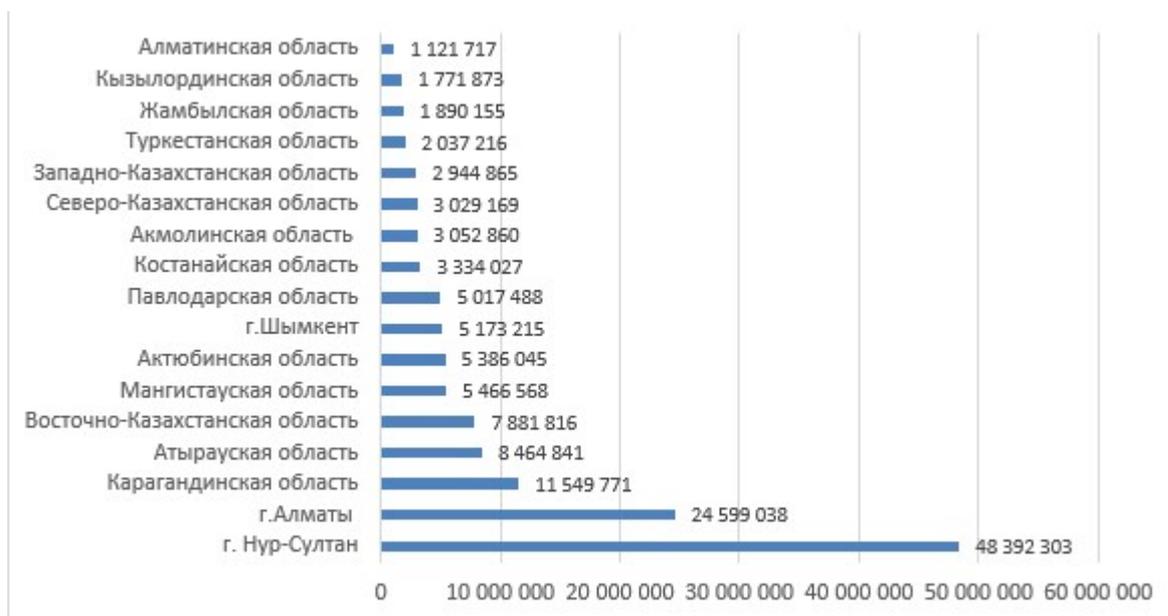
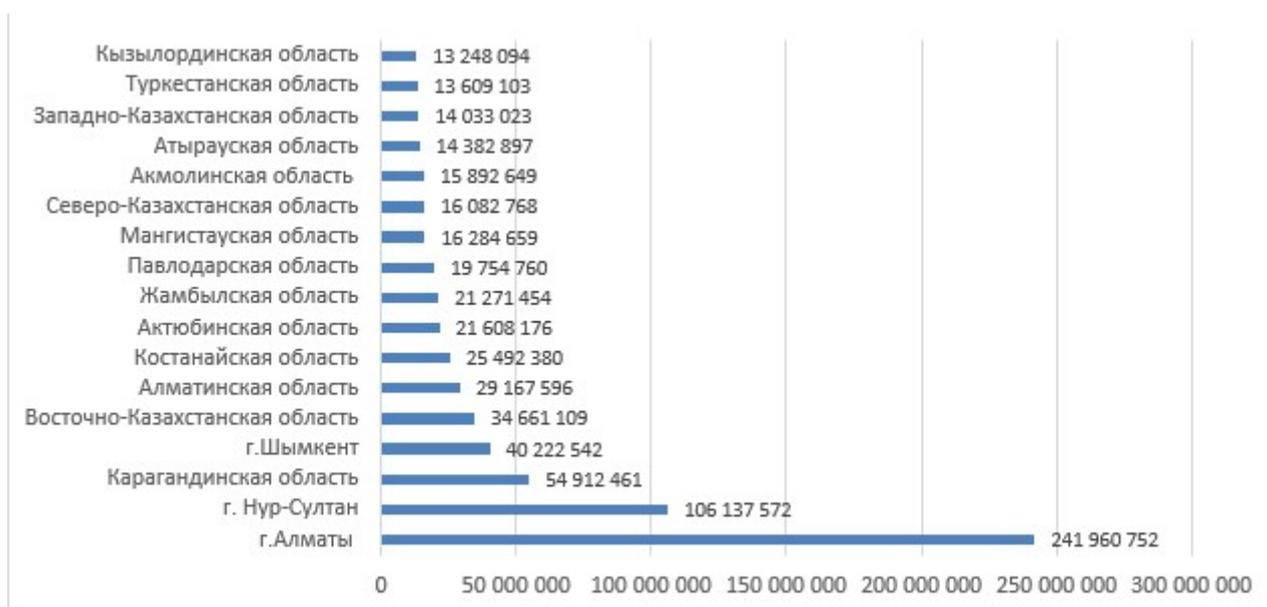


Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 27,5% от текущих расходов на здравоохранение. Частные расходы домохозяйств в разрезе регионов показаны на диаграмме ниже.

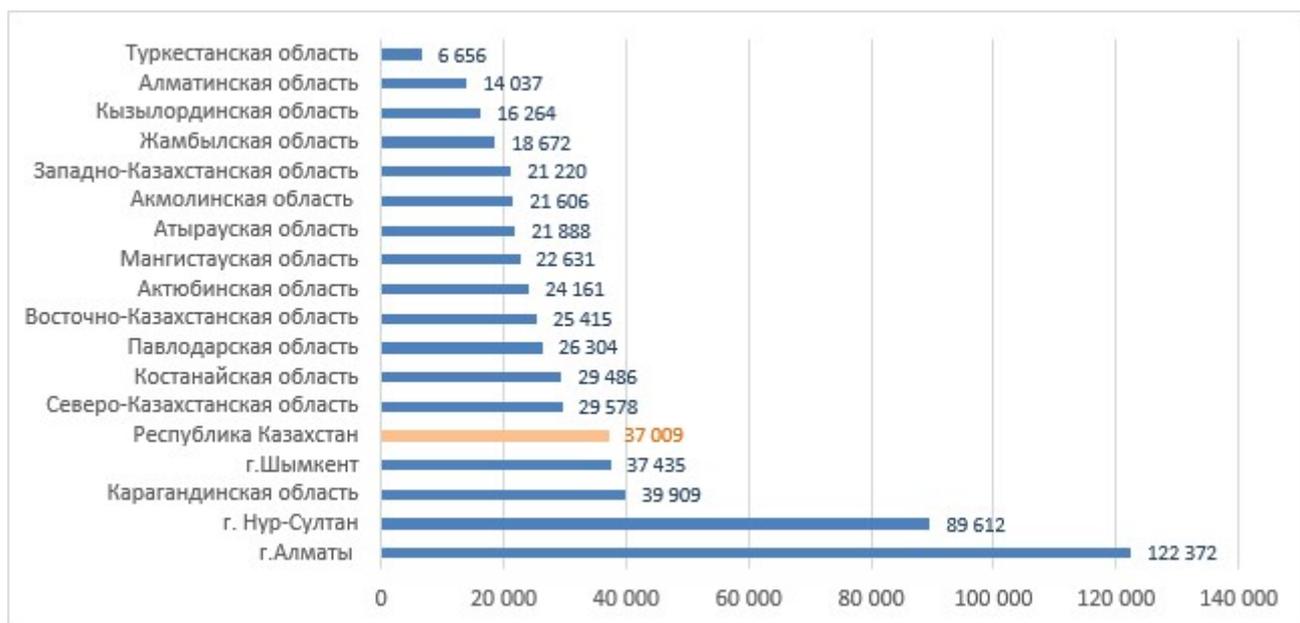
Наибольший объем расходов показывает г. Алматы - 242 млрд. тенге. За ним со значительным разрывом следует г. Нур-Султан - 106,1 млрд. тенге. Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в Кызылординской области 13,2 млрд. тенге.

Диаграмма 32. Расходы домохозяйств в разрезе регионов в 2020 г.(т.т.)



Расходы на одного жителя в 2020 году по республике составили 37 009 тенге. По г. Шымкент, г. Нур-Султан, г. Алматы и Карагандинской области карманные расходы на 1 жителя являются выше среднереспубликанского значения. В городах Астана и Алматы в 6-5 раз выше по сравнению с другими городами. Так, наибольший размер частных подушевых расходов отмечается в г. Алматы и составил в 2020 году 122 372 тенге. Далее следует г. Нур-Султан- 89612. Наименьшие подушевые карманные расходы наблюдаются в Туркестанской области - 6 656 тенге.

Диаграмма 33. Частные расходы домохозяйств на одного жителя в разрезе регионов (тенге)

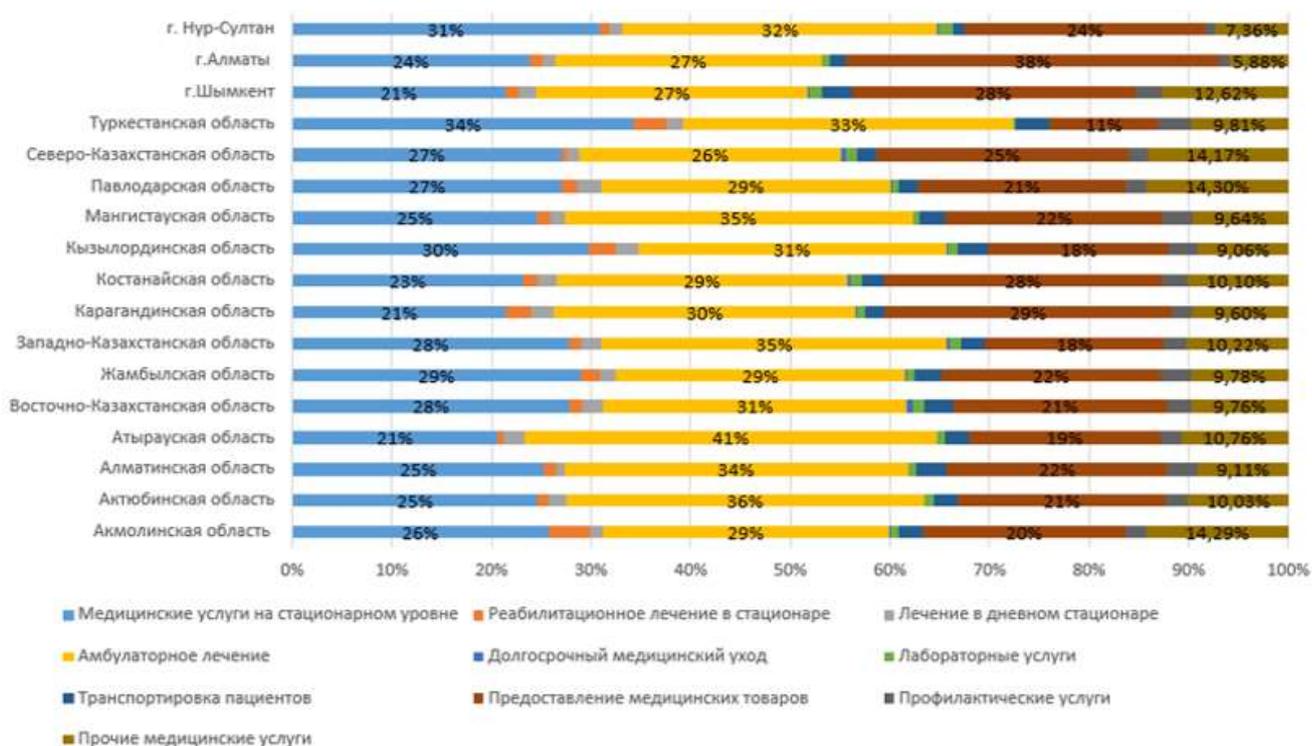


Согласно структуре расходов, на услуги лечения на стационарном уровне направляются от 21% до 34% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2020г. являлась Туркестанская область (34%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Атырауской, Карагандинской областях и в г. Шымкент (21%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2020г. было направлено от 26% до 41% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Атырауской области (41%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской области (26%).

Доля расходов на лечение в дневном стационаре, реабилитационное лечение, долгосрочный уход за пациентами, транспортировка пациентов, лабораторные услуги (патологоанатомическая экспертиза, услуги центров крови), профилактические услуги занимает маленькую часть в структуре расходов, и колеблется от 0,1% до 4,1%.

Диаграмма 34. Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам РК в 2020 году, в % к сумме



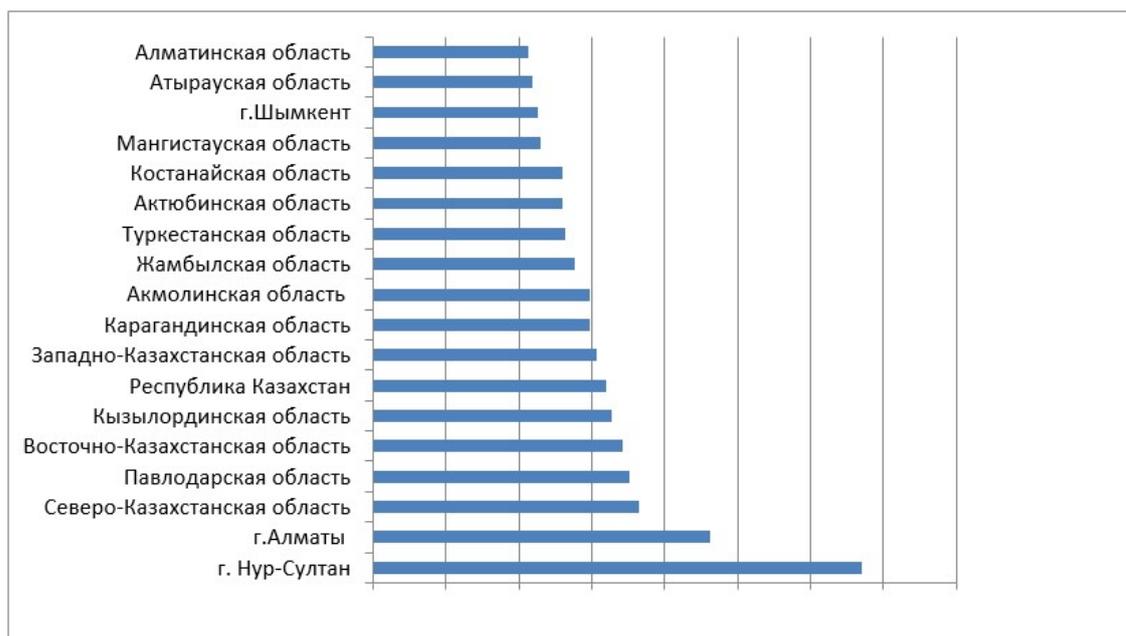
Расходы на приобретение лекарственных средств и ИМН колеблются от 11% до 38% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например, в Туркестанской области на ЛС и ИМН было израсходовано 11%, а в г. Алматы - 38%.

Доля прочих расходов варьируется от 5,8% до 14,3%, которые включают в себя также расходы на мероприятия по борьбе с COVID-19.

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

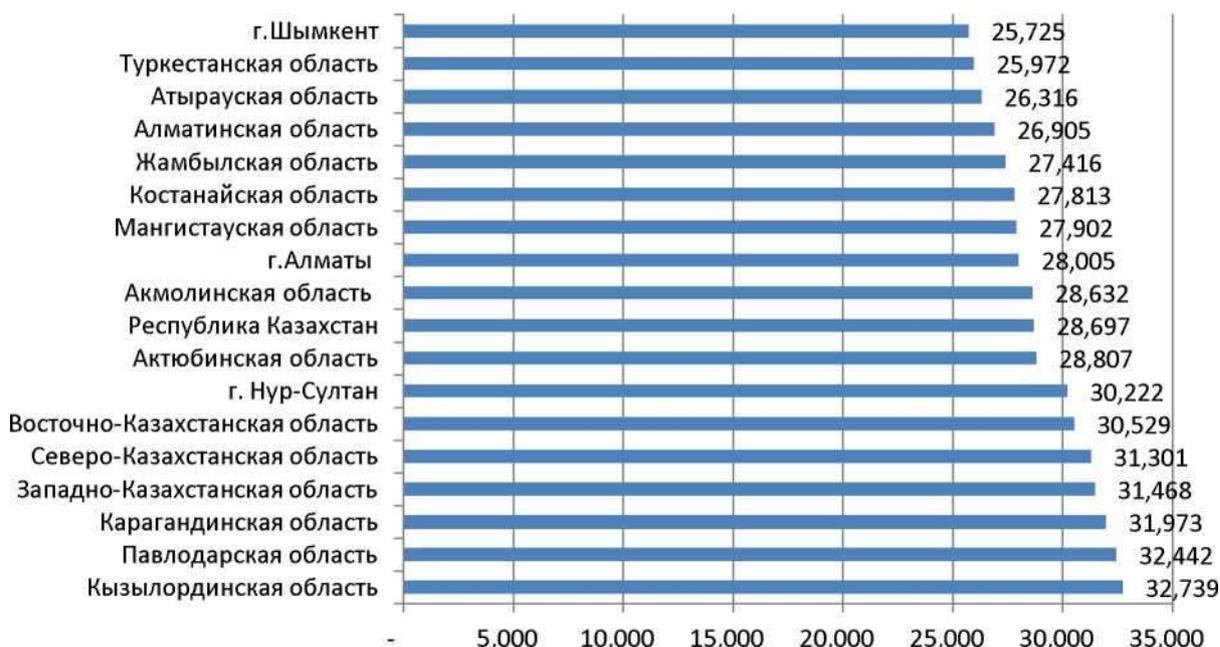
Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь амбулаторной и стационарной помощи. При этом в расчете на 1 жителя максимальный объем доходов поставщиков услуг больниц общего профиля приходится на г. Нур-Султан - 67 129 тенге, минимальный в Алматинской области - 21 260 тенге. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов составляет более чем в 3 раза (Диаграмма 35).

Диаграмма 35. Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.



Доходы поставщиков амбулаторных услуг в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования распределены приблизительно равномерно и в среднем составляет 29 048 тенге (минимальный объем в Шымкент 25 725 тенге и максимальный объем в Кызылординской области - 32 739 тенге).

Диаграмма 36. Доходы поставщиков амбулаторных услуг на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге

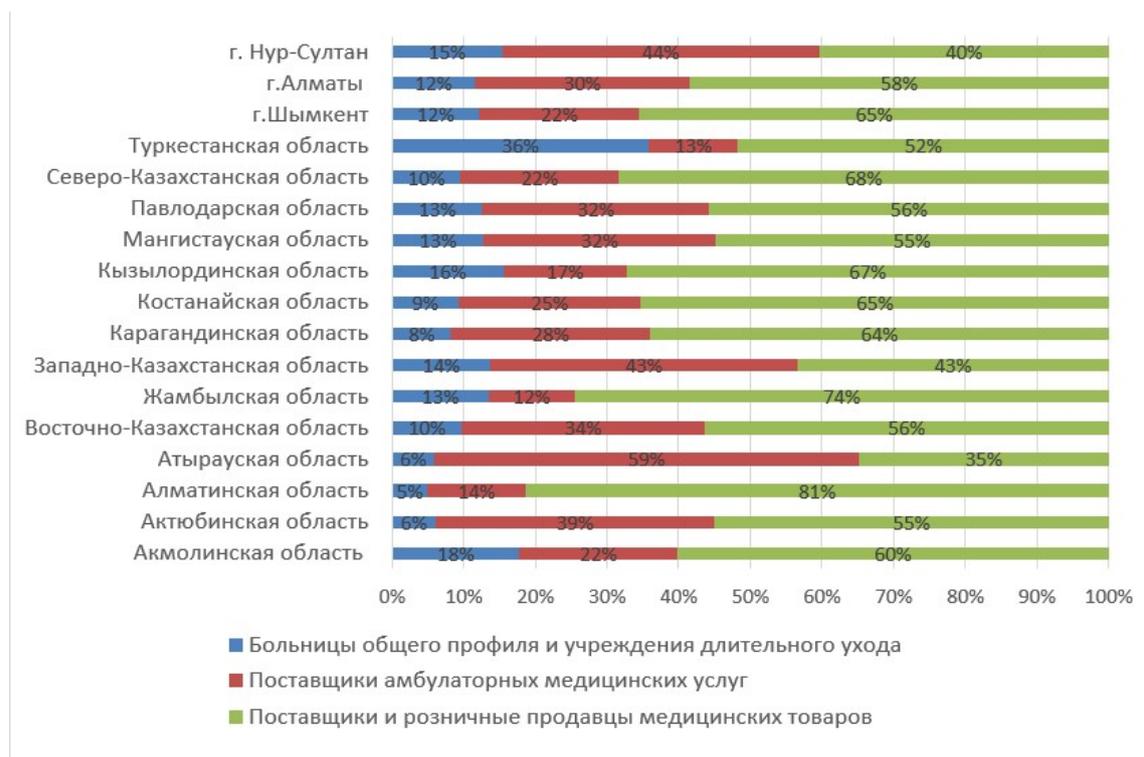


В структуре карманных расходов услуги лечения на стационарном уровне занимают самую маленькую долю. На них направляются от 5% до 36% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2020г. являлась Туркестанская область (36%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Алматинской области (5%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2020г. было направлено от 13% до 59% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Атырауской области (59%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Туркестанской области (13%).

Расходы на приобретение лекарственных средств и ИМН преобладают над остальными видами расходов, направленных на медицинские услуги, и колеблются от 35% до 81%. В Атырауской области на приобретение ЛС и ИМН было израсходовано 35%, а в Алматинской области - 81%.

Диаграмма 37. Структура карманных расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам РК в 2020 году, в % к сумме



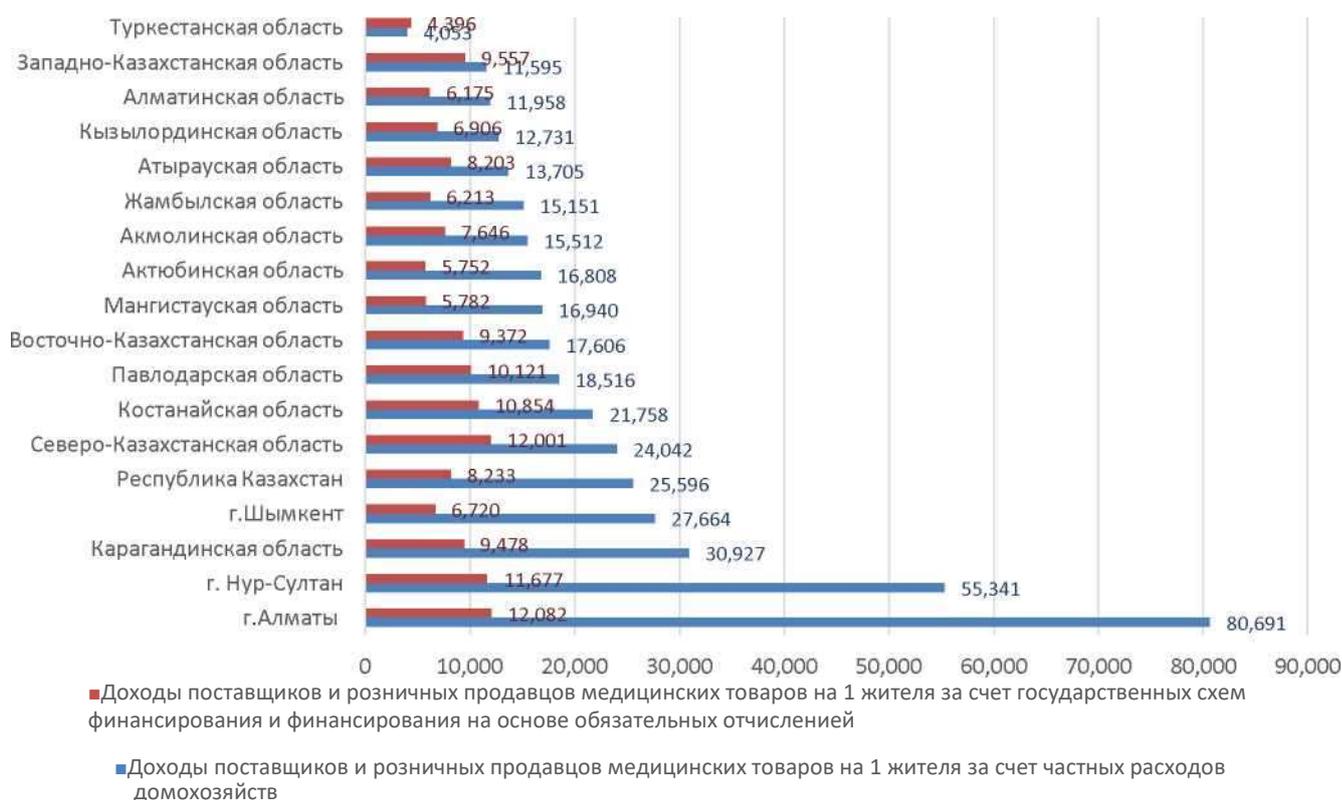
Ниже приведена сравнительная информация по объемам доходов поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования и за счет карманных расходов населения. В целом по республике расходы домохозяйств на приобретение ЛС и ИМН превышают расходы государства.

Согласно данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан в 2020 году в

среднем по республике на приобретение лекарственных средств и медицинских товаров на 1 жителя расходовалась 25 596 тенге. Расходы государства на амбулаторное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан на 1 жителя составили 8 233 тенге. Итого общий расход на 1 жителя составляет 33 829 тенге. Для сравнения в странах ОЭСР затраты на ЛС и ИМН на 1 жителя по последним данным составили 571 доллар США, что при переводе на национальную валюту составляет 240 334 тенге.

Максимальный объем доходов поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя отмечается в г.Алматы (80 691 тенге - за счет карманных расходов, 12 082 тенге - за счет государственных схем финансирования), а минимальный объем - в Туркестанской области (4 053 тенге - за счет карманных расходов, 4 396 тенге - за счет государственных схем финансирования) (Диаграмма 38). Также можно отметить, что жители г.Алматы расходуют на приобретение медикаментов и медицинских товаров в 20 раз больше, чем жители Туркестанской области.

Диаграмма 38. Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования и за счет карманных расходов населения в разрезе регионов, в тенге.



Заключение

По итогам 2020 года размер ВВП в Республике Казахстан составил 70 трлн.714 млрд. тенге, рост составил 1,7% к 2019 году или 3,7 млн. тенге на 1 жителя (8 899 долл. США).

По данным НСЗ ОРЗ в РК в 2020 году достигли 2 трлн. 828,9 млрд. тенге, или 4,0% ВВП (356,0 долл. США на душу населения, или 149,8 тысячи тенге на душу населения).

ТРЗ составили 2 трлн. 676,8 млрд. тенге или 3,8% ВВП, что в 2,5 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2020 году (9,7%).

Подушевые расходы на здравоохранение в 2020 году Казахстане составили 141 785,7 тенге или 336,9 долл. США. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 12 раз (4 087 долл. США по ППС).

Следует отметить, что в 2020 году ТРЗ (2 трлн. 676,8 млрд. тенге) выросли по сравнению с предыдущим годом на 737,1 млрд. тенге или на 38,0%. Процентные доли ТРЗ от ВВП увеличилась с 2,8% до 3,8%. Это в первую очередь связаны с пандемии COVID-19 и с 1 января 2020 года начата реализация обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Система ОСМС основана на равном доступе всех застрахованных к пакету услуг, независимо от размера взноса. При этом при обращении за помощью по ОСМС пациента не ограничивают в объеме и стоимости медицинских услуг. Казахстанская модель системы ОСМС является социально ориентированной. То есть почти за 11 млн. граждан из 15 льготных категорий населения взносы платит государство.

Предварительные оценки на 2020 год для ряда стран ОЭСР все указывают на значительное увеличение доли расходов на здравоохранение к ВВП. Это отражает как дополнительные расходы на здравоохранение, необходимые для борьбы с COVID-19 и сокращением ВВП, вызванным ограничением хозяйственной деятельности. Исходя из исходных данных, средняя доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, подскочила с 8,8% в 2019 году до 9,7% в 2020 году.

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2010 по 2020 годы показывает рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился в 3 раза. Общие затраты из государственного бюджета также выросли в 3 раза.

Действующая система формирования ресурсов на здравоохранение в Казахстане, в целом, отвечает мировым тенденциям развития, о чем свидетельствует разнообразие источников финансирования и видов медицинской помощи. Однако, существует ряд проблем, касающихся прежде всего финансирования здравоохранения.

Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем

финансирования за период с 2010 по 2020 годы в Республике Казахстан показывает, что наибольшая доля расходов приходится на схемы государственного финансирования. С 2020 года в стране внедрено обязательное социальное медицинское страхование. Финансирования на основе обязательных отчислений в 2020 году оставило -15,8% от текущих расходов на здравоохранение в целом. Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение за период с 2010-2020 годы в среднем составляют 34,4%. В 2020 году наблюдается снижение доли частных расходов по сравнению с 2019 годом с 40,2% на 33,8%. Однако, данный показатель еще далек от уровня стран ОЭСР, где частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение занимают 26%.

В структуре частных расходов на здравоохранение преобладают карманные расходы населения на услуги здравоохранения. Доля карманных расходов в составе частных расходов за 2020 год составила 81,2%, а в структуре текущих расходов на здравоохранение по стране - 27,5%. Данный показатель также выше показателя в странах ОЭСР на 7,5%. Высокий уровень карманных расходов населения создают угрозу доступности услуг здравоохранения, усиливают неравенство в уровне получения медицинских услуг и, соответственно, возлагают дополнительное бремя на население с низким уровнем доходов.

Также заметим, что расходы населения на лекарственные средства и изделия медицинского назначения растут быстрее других расходов населения на здравоохранения (оказание амбулаторной помощи, услуги на стационарном уровне и т.д.). Прирост расходов на фармацевтическую продукцию за последние три года составил 37%. В 2020 году расходы на лекарства и изделия медицинского назначения за счет средств населения составили - 75,7% от общих затрат на лекарства и изделия медицинского назначения, за счет государственных средств - 20,7%, за счет ОСМС - 3,6%. Для сравнения в странах ОЭСР за последние годы расходы на фармацевтическую продукцию за счет средств населения составили - 42%, за счет государственных средств и систем обязательного медицинского страхования - 55%, за счет добровольного страхования - 3%. Это говорит о том, что участие нашей страны в обеспечении населения лекарственными средствами и ИМН в разы меньше, чем в других развитых странах.

Использованная литература

1. Обзор экономики Казахстана 2019 г:
<https://www.vsemirnyjbank.org/ru/country/kazakhstan/publication/economic-update-winter-2019>;
2. Отчет об исполнении бюджета МФ РК;
3. Отчет о результатах мониторинга реализации бюджетных программ (подпрограмм) за 2020 год Формы-1-МАБП;
4. Сводный отчет по расходам по бюджетной классификации Форма №4-20 с 01.01.2020г. по 31.12.2020г.;
5. Отчет об исполнении Плана закупок за 2020 год в рамках ГОБМП и в системе ОСМС НАО «Фонд социального медицинского страхования»;
6. Статистика Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан
<https://stat.gov.kz>;
7. Методические рекомендации по формированию Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан на основе Системы счетов здравоохранения 2011 года, Танирбергенов С. Т., Сапарбекова А. К.;
8. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен;
9. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения: для стран со средним и низким уровнем доходов / WHO, 2003. Режим доступа:<http://www.who.int/health-accounts/documentation/RussianGuide.pdf> ;
10. Приказ МФ РК от 14 ноября 2014 года №494 «Об утверждении Правил составления Единой бюджетной классификации РК»;
11. Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework, World Health Organization, 2008;
12. A system of health accounts / 2011 Edition.
Режим доступа:http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en;
13. Повышение потенциала по разработке Национальных Счетов Здравоохранения и проведению анализа в Казахстане: Рекомендации по совершенствованию аналитических аспектов и дезагрегированию данных по областям. Георгий Г. Астана, 1 июня 2014;
14. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен;
15. The importance of disaggregation data, University of Northern British Columbia, 2009-2010;
16. OECD, Eurostat, WHO, A system of Health Accounts, 2011г.;
17. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-173/2020 «Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения»;

18. Сайт международных экономических показателей
<https://tradingeconomics.com/>;
19. Статья дочерней организация АО «Народный банк Казахстана» АО «HalykFinance» «Государственный бюджет в 2020 году»,
<https://halykfinance.kz/download/files/analytics/budget2020.pdf>;
20. Статистика Национального Банка <https://nationalbank.kz>;
21. Официальные (рыночные) курсы валют
<https://nationalbank.kz/ru/exchangerates/ezhednevnye-oficialnye-rynochnye-kursy-valyut>;
22. Цены и тарифы. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан;
23. Индекс цен и тарифов на потребительские товары и услуги по основным группам к декабрю 2010 года
<https://stat.gov.kz/official/industry/26/statistic/8>;
24. Розничная и оптовая торговля в Республике Казахстан /Статистический сборник/на казахском и русском языках/ Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан <https://stat.gov.kz/official/industry/17/publication>;
25. Статистика базы данных ОЭСР <http://stats.oecd.org/> ;
26. HealthataGlance2021 OECDindicators- Обзор здравоохранения 2021 Показатели ОЭСР. Сборник. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance>;
27. Статистика базы данных ВОЗ
<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>;
28. Таблицы НСЗ РК 2010-2020 годы;
29. Текущие расходы согласно отчету о ФХД.