



# Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан





# Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан

Настоящий документ и любые содержащиеся в нем данные и карты не затрагивают статуса территорий и их суверенитета, делимитацию государственных границ и пограничных линий, а также названия территорий, городов и областей.

**При цитировании просьба ссылаться на настоящую публикацию:**

OECD (2018), *Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан*, OECD Publishing, Paris.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264300859-ru>

ISBN 978-92-64-30084-2 (печатное издание)

ISBN 978-92-64-30085-9 (PDF)

Статистические данные по Израилю предоставлены компетентными органами Израиля под их ответственность. Использование Этих данных ОЭСР не является отражением предвзятого отношения к статусу Голанских высот, Восточного Иерусалима и Израильских поселений на Западном берегу согласно нормам международного права.

**Сведения об авторах фото:** см. обложку © "National Research Cardiac Surgery Center" JSC.

Исправления к публикациям ОЭСР можно найти в Интернете по адресу: [www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm](http://www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm).

© ОЭСР 2018

---

Вы можете копировать, загружать или печатать материалы ОЭСР для собственного пользования, вы также можете включать цитаты из публикаций, баз данных и мультимедийных продуктов ОЭСР в собственные документы, презентации, блоги, интернет- сайты и учебные материалы при условии указания ОЭСР как источника и владельца авторских прав. Все запросы на открытое или коммерческое использование, а также на право перевода должны направляться на [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Запросы на разрешение на фотокопирование разделов настоящего материала для открытого или коммерческого использования должны направляться в Copyright Clearance Center (CCC) на [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) или в Centre francais d'exploitation du droit de copie (CFC) на [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).

---

## *Предисловие*

Республика Казахстан добилась значительного экономического прогресса с момента обретения независимости от Советского Союза в 1991 году. ВВП на душу населения растет быстрыми темпами и сопоставим с уровнем центрально-европейских членов ОЭСР. По мере роста экономики здравоохранение занимает важное место среди стратегических задач политики.

Казахстан унаследовал систему здравоохранения с высоким уровнем человеческих и материальных ресурсов, но с ограниченными финансовыми ресурсами для поддержки такой инфраструктуры. Со временем был проведен ряд межсекторальных реформ в целях модернизации системы и улучшения состояния здоровья населения. Несмотря на заметные успехи, Казахстан по-прежнему сталкивается с проблемами, связанными с повышением доступности, равенства и эффективности медицинских услуг.

Для обоснования текущей программы реформ и проведения мониторинга достижения целей системы здравоохранения, требуются точные, своевременные и всеобъемлющие данные о финансировании и расходах в сфере здравоохранения в долгосрочной перспективе. Одним из обязательных условий является четкое представление об ассигновании средств и факторах в контексте нынешних стратегий и устойчивости в будущем. Соблюдение стандартных международных норм может оказывать благоприятное воздействие как с точки зрения требований национальной политики, так и для сравнительного анализа со странами на региональной и международной арене.

В настоящем отчете дается оценка мер, принимаемых Казахстаном в области разработки и применения национальной системы счетов здравоохранения, анализируется управление, обобщение и использование данных учета в здравоохранении. На протяжении всего цикла институционализации предлагаются рекомендации, направленные на повышение эффективности предоставления информации в целях принятия решений.

## *Благодарности*

Авторами настоящего отчета являются Дэвид Морган, Майкл Мюллер, Майкл Гмайндер и Али Нургожаев. Авторы выражают благодарность Франческе Коломбо и Агнеш Куффинхаль за их вклад и анализ частей отчета на разных этапах проекта. Благодарность также выражается Дуни Дидейн, Лукашу Леху и Люси Хьюлетт за редакторскую помощь

Завершение работы над отчетом было бы невозможно без ценной поддержки со стороны властей Казахстана. В частности, в докладе были использованы экспертные знания и обширный материал, полученные от многих должностных лиц правительства и других экспертов, которые участвовали во встречах с группой ОЭСР до, во время и после визита в Астану в октябре 2015 года.

Группа экспертов выражает особую благодарность министру здравоохранения Республики Казахстан, вице-министрам и должностным лицам Министерства здравоохранения и социального развития за поддержку при подготовке данного обзора и помощь в организации визита должностных лиц ОЭСР в Казахстан.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Краткое содержание .....</b>	<b>10</b>
<b>Оценка и рекомендации.....</b>	<b>12</b>
<b>Глава 1. Введение и краткий обзор.....</b>	<b>19</b>
1.1. Демографические, экономические показатели и показатели системы здравоохранения.....	20
1.2. Система счетов здравоохранения 2011.....	22
1.3. Цикл производства счетов здравоохранения .....	26
Примечания.....	28
Использованная литература .....	29
<b>Глава 2. Система финансирования здравоохранения Республики Казахстан.....</b>	<b>31</b>
2.1. Обзор финансирования услуг в сфере здравоохранения в Казахстане .....	32
2.2. Бюджетно-финансовые механизмы .....	36
Примечания.....	40
Использованная литература .....	41
<b>Глава 3. Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан.....</b>	<b>43</b>
3.1. Введение.....	44
3.2. Организация и управление Национальными счетами здравоохранения в Республике Казахстан.....	45
3.3. Процесс составления Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан.....	47
3.4. Сотрудничество между Республиканским центром развития здравоохранения и другими органами .....	50
3.5. Стратегия информационного обеспечения НСЗ в Республике Казахстан.....	53
3.6. Текущее использование НСЗ в процессе формирования политики .....	55
Примечания.....	57
Использованная литература .....	58
<b>Глава 4. Отчетность и источники данных .....</b>	<b>59</b>
4.1. Отчетность .....	60
4.2. Источники данных .....	61
4.3. Краткие рекомендации.....	72
Примечания.....	74
Использованная литература .....	75
<b>Глава 5. Методология.....</b>	<b>77</b>
5.1. Введение.....	78
5.2. Основная учетная система.....	79
5.3. Доходы по схемам финансирования (категория FS).....	97
5.4. Коэффициенты резервирования (категория FP) в сфере здравоохранения .....	98
5.5. Краткие рекомендации.....	101
Примечания.....	102
Использованная литература .....	103

<b>Глава 6. Корректировка НСЗ Республики Казахстан в целях повышения сопоставимости с другими странами ОЭСР .....</b>	<b>105</b>
6.1. Введение.....	106
6.2. Корректировка ключевых таблиц (НСxHF, НСxHP, HPxHF) .....	106
6.3. Корректировка доходов по схемам финансирования здравоохранения, Таблица (HFxFS) ....	112
6.4. Влияние корректировок на уровень и структуру текущих расходов на здравоохранение.....	113
6.5. Сравнение скорректированных данных по НСЗ со странами ОЭСР.....	115
Примечания.....	125
<b>Глава 7. Показатели производительности и эффективности работы.....</b>	<b>127</b>
7.1 Введение.....	128
7.2. Производительность и эффективность работы системы здравоохранения .....	128
7.3. Показатели производительности, принятые в настоящее время в системе НСЗ Республики Казахстан.....	145
7.4 Измерение производительности в секторе государственных услуг Великобритании.....	147
7.5. Предлагаемый путь продвижения вперед при измерении производительности в системе здравоохранения.....	151
Примечания.....	154
Использованная литература .....	155
<b>Глава 8. Заключение.....</b>	<b>157</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....</b>	<b>160</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....</b>	<b>166</b>

### Список таблиц

Таблица 1-1 Классификация функций здравоохранения на уровне первого разряда .....	24
Таблица 1-2 Классификация медицинских учреждений (на уровне первого разряда).....	25
Таблица 1-3 Классификация схем финансирования здравоохранения (на уровне второго разряда) .....	25
Таблица 1-4 Классификация поступлений от схем финансирования здравоохранения (на уровне первого разряда) .....	26
Таблица 1-5 Классификация коэффициентов резервов (на уровне первого разряда).....	26
Таблица 3-1 График сбора данных информации по НСЗ .....	48
Таблица 4-1 Выдержки из статей государственного бюджета, используемых для НСЗ.....	64
Таблица 4-2 Выдержка из сводного регионального бюджета.....	66
Таблица 4-3 ВВП и его составляющие в Казахстане, 2014 г., в млн тенге .....	67
Таблица 4-4 Расходы добровольного медицинского страхования, 2014 г.,.....	68
Таблица 4-5 Доходы учреждений здравоохранения и социальной помощи.....	69
Таблица 4-6 Обследование бюджетов домашних хозяйств.....	70
Таблица 5-1 Текущий доход учреждений здравоохранения и социальной помощи.....	83
Таблица 5-2 Доходы от объемов медицинской и социальной помощи.....	84
Таблица 5-3 Прямые расходы на здравоохранение, используемые в НСЗ Казахстана .....	85
Таблица 5-4 Доходы по организациям медицинской и социальной помощи .....	87
Таблица 5-5 Зарубежная помощь Казахстану, касающаяся ССЗ, как отражено в Системе кредитной отчётности Директората ОЭСР по сотрудничеству в вопросах развития .....	89
Таблица 5-6 Соответствие между ССЗ 2011 и видами помощи в статистических данных Директората ОЭСР по сотрудничеству в вопросах развития .....	89
Таблица 5-7 Выдержки из таблицы HPxHF НСЗ РК 2014 г. ....	93
Таблица 5-8 Доходы от деятельности в области здравоохранения и социальной помощи всех организаций здравоохранения и социальной помощи .....	94
Таблица 5-9 Текущий доход всех организаций здравоохранения и социальной помощи.....	95

Таблица 5-10 Различия в объёме услуг и статистические данные по финансово-хозяйственной деятельности .....	96
Таблица 5-11 Выявленные компоненты расходов для всех медицинских организаций и учреждений по социальному обслуживанию .....	100
Таблица 6-1 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по функциям, 2014 .....	114
Таблица 6-2 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по провайдерам медицинских услуг, 2014 .....	115
Таблица 6-3 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по схемам финансирования, 2014 .....	115
Таблица 7-1 Примеры показателей производительности в системе НСЗ Республики Казахстан, 2014 г. ....	146
Таблица 7-2 Средняя производительность в системе здравоохранения Казахстана в 2011 – 2014 гг. (в ценах 2010 г.) .....	146
Таблица 7-3 Секторы в системе здравоохранения Великобритании, в которых к показателям объема оказанных услуг делаются поправки на изменение их качества .....	150

## Список рисунков

Рисунок 1-1 Структура Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан .	21
Рисунок 1-2 Основная и расширенная структура ССЗ 2011 .....	24
Рисунок 1-3 Структура институционализации национальных счетов здравоохранения .....	27
Рисунок 2-1 Финансирование услуг в сфере здравоохранения в Казахстане .....	32
Рисунок 2-2 Финансирующие учреждения и механизмы для гарантированного государством объёма медицинской помощи .....	33
Рисунок 5-1 Методологический подход к отнесению расходов здравоохранения .....	78
Рисунок 6-1 Расходы на здравоохранение из расчёта на душу населения, 2014 .....	116
Рисунок 6-2 Расходы на здравоохранение как доля ВВП, 2014 .....	117
Рисунок 6-3 Текущие расходы на здравоохранение по функции здравоохранения, 2014 .....	118
Рисунок 6-4 Расходы на здравоохранение по типу финансирования, 2014 .....	119
Рисунок 6-5 Расходы на здравоохранение как доля от общего объёма государственных расходов, 2014 .....	120
Рисунок 6-6 Формирование валового основного капитала в секторе здравоохранения как доля ВВП, 2013 .....	121
Рисунок 6-7 Расходы на лекарственные средства на душу населения, 2014 .....	122
Рисунок 6-8 Расходы на лекарственные средства как доля ВВП, 2014 .....	123
Рисунок 6-9 Государственная доля в объёме расходов на товары медицинского назначения и услуги, 2014 .....	124
Рисунок 7-1 Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и продолжительность жизни («граница эффективности»), 2014 .....	130
Рисунок 7-2 Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и показатель «предотвратимой смертности» («граница эффективности»), 2014 .....	131
Рисунок 7-3 Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СППС) в днях (случаи интенсивной терапии), Казахстан и страны ОЭСР – 2013 г. ....	134
Рисунок 7-4 Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дней) при инфаркте миокарда (ИМ), 2015 г. (или ближайший год, по которому имеются данные) .....	135
Рисунок 7-5 Доля операций по удалению миндалин, проведенных амбулаторно .....	137
Рисунок 7-6 Первичная медицинская помощь в процентах от текущих расходов на здравоохранение, страны ОЭСР и Казахстан, 2014 г. (или ближайший год, по которому имеется информация) .....	138
Рисунок 7-7 Количество консультаций пациентов в расчете на одного врача, 2015 .....	139
Рисунок 7-8 Доля дженериков на рынке всей фармацевтической продукции .....	142
Рисунок 7-9 Показатель производительности при оказании государственных услуг в системе здравоохранения и темпы роста этого показателя, Великобритания, 1995 – 2014 гг. ....	151

## Сокращения и аббревиатуры

<b>СТАП</b>	Состояние, требующее амбулаторной помощи
<b>ЦЭИ</b>	Центр экономических исследований
<b>КПВЭД</b>	Классификация продуктов по видам экономической деятельности
<b>КЗМУ</b>	Комитет по закупкам медицинских услуг
<b>ЦРБ</b>	Центральная районная больница
<b>ДФ</b>	Департамент финансов
<b>ДСГ</b>	Система диагностически связанных групп
<b>Еврокомиссия</b>	Европейская комиссия
<b>ФХД</b>	Финансово-хозяйственная деятельность
<b>ЭПД</b>	Эквивалент в полных рабочих днях
<b>ВВП</b>	Валовой внутренний продукт
<b>НААТ</b>	Инструмент анализа счетов здравоохранения ВОЗ
<b>НАРТ</b>	Инструмент производства счетов здравоохранения ВОЗ
<b>ОБДХ</b>	Обследование бюджетов домохозяйств
<b>ПКЗ</b>	Показатели качества здравоохранения
<b>ЖНАQ</b>	Форма совместного обследования счетов здравоохранения
<b>КазНИИОиР</b>	Казахстанский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии
<b>KZT</b>	Казахский тенге
<b>МОЗ</b>	Местные органы здравоохранения
<b>МНЭ</b>	Министерство национальной экономики
<b>МЗ</b>	Министерство здравоохранения
<b>МЗСР</b>	Министерство здравоохранения и

<b>НСЗ</b>	социального развития Национальные счета здравоохранения
<b>ОЭСР</b>	Организация экономического сотрудничества и развития
<b>ПСС</b>	Платежи из собственных средств
<b>ОПМ</b>	«Оксфорд Полиси Менеджмент»
<b>ПМП</b>	Первичная медицинская помощь
<b>ППС</b>	Паритет покупательной способности
<b>РЦЭЗ</b>	Республиканский центр электронного здравоохранения
<b>РЦРЗ</b>	Республиканский центр развития здравоохранения
<b>РК</b>	Республика Казахстан
<b>ГОБМП</b>	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
<b>ССЗ</b>	Система счетов здравоохранения
<b>СМС</b>	Социальное медицинское страхование
<b>СЗЗ</b>	Социально значимые заболевания
<b>ВОУЗ</b>	Всеобщий охват услугами здравоохранения
<b>ОУ</b>	Объем услуг
<b>ВБ</b>	Всемирный Банк
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения

## Краткое содержание

Опыт многих стран ОЭСР и стран, не являющихся членами ОЭСР, показал, что стабильный сбор данных и использование стандартной и надежной системы учета в здравоохранении, такой как Система счетов здравоохранения 2011 года, может обеспечить своевременную и точную информацию о расходах на здравоохранение и финансировании для мер политики в области здравоохранения и международного сравнительного анализа. Для достижения этой цели требуется эффективное управление, достаточный потенциал в плане экспертных знаний и устойчивое финансирование.

Республика Казахстан пережила переменчивую историю в отношении создания счетов здравоохранения начиная с первого проекта в 2004-05 годах. Более регулярный сбор данных осуществляется с 2011 года, чему способствовал переход на методологию Системы счетов здравоохранения 2011 года и повышение роли Республиканского центра развития здравоохранения - технического органа, ответственного за составление.

В настоящем исследовании проводится оценка сильных и слабых сторон процесса создания с точки зрения общего управления, составления и использования данных счетов здравоохранения в Казахстане. Предлагаются рекомендации по улучшению источников и методологий данных и по максимально возможному приведению их в соответствие с международными определениями и концепциями.

Несмотря на то, что были предприняты шаги для повышения самостоятельности процесса создания и обеспечения соответствующего объема путем решения проблемы текучести кадров и передачи знаний, с помощью правовых мер существует возможность для дальнейшего определения приоритетов и обоснования деятельности в рамках Министерства. Что касается управления и сотрудничества, то участие руководящего комитета на более широкой основе было бы выгодным для укрепления поддержки и более широкого признания результатов, что, в свою очередь, повысило бы значимость и использование результатов правительством и за его пределами. Аналогично, расширение участия департаментов и учреждений здравоохранения на областном/городском уровне обеспечило бы более высокий уровень информированности о работе.

Что касается обобщения данных, то в отчете говорится о некоторых немедленных корректировках, которые можно легко внести для приведения оценок в соответствие с международными определениями и границами, что обеспечит более унифицированную оценку расходов на здравоохранение со странами ОЭСР и другими сопоставляемыми странами. К ним относятся такие статьи, как капитальные расходы и другие статьи расходов, которые в настоящее время исключены или включены в текущие агрегаты расходов на здравоохранение. В классификации функций, поставщиков и финансирования вносятся дополнительные корректировки. Итоговые оценки за 2014 год, представленные в главе 6, даны в сравнении со странами ОЭСР.

Что касается разработки и уточнения счетов здравоохранения, то в классификациях счетов здравоохранения содержится ряд подробных рекомендаций по потенциальным дополнительным источникам данных и методологиям, основанных на передовом опыте стран ОЭСР. В частности, основой некоторых из нынешних оценок является один подход, либо со стороны поставщика, либо со стороны финансирования, "триангуляция" с другими источниками данных принесла бы больше пользы для подтверждения или калибровки первоначальных оценок. Это, в частности, касается расходов из собственных средств

домашних хозяйств, на которые приходится треть общих расходов на здравоохранение в соответствии с нынешними оценками.

Для разработки показателей эффективности в секторе здравоохранения в Казахстане было бы также больше пользы от более надежных и подробных данных из НСЗ, предоставляющих оценку расходов на секторальном уровне. Расширение методологии за пределы нынешних простых мер, возможно, в соответствии с разработанной в Соединенном Королевстве, можно было бы рассматривать как целесообразный подход и заслуживает изучения.

Что касается будущей работы и расширения рамок счетов здравоохранения, формирование расходов с разбивкой по заболеваниям, возрасту и полу позволит получать информацию о текущих ассигнованиях средств группам бенефициаров. Это могло бы также способствовать работе над прогнозами расходов на здравоохранение с учетом будущих потребностей населения.

Наконец, счета здравоохранения в Казахстане получают и будут впредь получать преимущества от обмена знаниями с экспертами по вопросам учета в области здравоохранения в других странах, как в более продвинутых и опытных в этом процессе, так и в тех, которые находятся на аналогичном уровне развития. В этой связи расширение участия в региональных и международных форумах может быть весьма полезным.

## Оценка и рекомендации

Как показывает опыт стран, развитие и институционализация Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) является краеугольным камнем в получении обоснованных данных о финансировании и распределении ресурсов в здравоохранении. Для обоснования политики в области здравоохранения и бюджетных решений важно само по себе создание крепких структур управления, достаточного потенциала и устойчивых процессов в предоставлении регулярных, точных и своевременных данных. Своевременные и правильные меры на национальном уровне помогают отслеживать выполнение таких задач в системе здравоохранения, как обеспечение универсального охвата медицинской помощью, сокращение финансовой нагрузки на домашние хозяйства или проведение реформ в финансировании здравоохранения. Помимо этого, разработка такого рода данных и показателей в соответствии с международными стандартами и определениями важно для сопоставления затрат на здравоохранение в понятном международном контексте.

С появлением глобального стандарта учета в системе здравоохранения – системы счетов здравоохранения 2011 (ССЗ 2011) – страны получили в последние годы дополнительный импульс для полного внедрения системы счетов здравоохранения. До этого во многих странах, главным образом не входящих в ОЭСР, в отсутствие политической готовности, организационных структур или потенциала, необходимых для полного сопровождения этого процесса, институционализация нередко пробуксовывала.

Данное исследование предлагает обзор Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) Республики Казахстан (РК), оценивая как источники данных и методологии, использованные для их составления, а также степень, в которой они соответствуют действующим международным стандартам, определенным в системе счетов здравоохранения ССЗ 2011. В исследовании анализируется цикл институционализации ССЗ от управления разработкой счетов здравоохранения до распространения и использования при принятии мер политики и в бюджетных процессах. Предлагается ряд рекомендаций по их усилению.

В основных главах дана более глубокая техническая оценка различных источников данных и методологии, используемой при составлении счетов здравоохранения. Основываясь на подробном обследовании последних НСЗ на 2014 г., в докладе представлен обновленный набор таблиц и графиков, характеризующих национальные счета в области здравоохранения, а также приведены показатели в сравнении со странами ОЭСР и другими государствами. В предпоследней главе анализируются некоторые направления, по которым необходимо проводить работу с тем, чтобы национальные счета по здравоохранению давали более четкую и подробную информацию с целью измерения эффективности и производительности в области здравоохранения.

Недостатки в институционализации счетов здравоохранения нередко являются следствием невозможности обеспечить требуемый потенциал и сохранение опытных кадров для ведения процесса разработки НСЗ. Это можно видеть на примере как стран с более низкими доходами, так и в странах с высоким уровнем дохода, поэтому здесь важна четкая стратегия освоения этого процесса и управления им. В прошлом немалую роль в процесс разработки счетов играли внешние организации и консультанты, однако это зачастую вело к бессистемной и неупорядоченной разработке счетов здравоохранения без полноценного

чувства причастности к данному процессу. Правда, следует признать, что для запуска процесса разработки НСЗ может требоваться внешняя поддержка и финансирование, однако при условии, что долгосрочная стратегия будет вести к передаче всей ответственности за этот процесс соответствующим национальным органам.

На основе данного обзора мы можем предложить следующие предварительные оценки и рекомендации:

### **Для обеспечения процесса разработки совершенно необходимы политическая поддержка и достаточные ресурсы**

Со времени самой первой разработки НСЗ в 2004-2005 гг. под эгидой тогдашнего Министерства здравоохранения (МЗ) и при поддержке Всемирного банка (ВБ) Казахстан столкнулся с некоторыми проблемами устойчивости процесса. Первоначальный проект страдал от чрезмерной нагрузки в том, что касалось отчетности поставщиков услуг здравоохранения, и сложностью внедрявшейся статистической программы; по этой системе счета здравоохранения были разработаны только за 2004 – 2006 гг. Вторая попытка институционализировать счета здравоохранения была сделана в 2011 г. в рамках проекта ВБ «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан». Целью этой работы, которая проводилась силами привлеченной на контрактной основе компании «Оксфорд Полиси Менеджмент» (ОПМ), а также совместными усилиями МЗ и Республиканского центра развития здравоохранения (РЦРЗ) состояла в том, чтобы снизить административную нагрузку на респондентов и осуществлять сбор данных из существующих стабильных и регулярных источников информации. С 2013 г. прилагаются интенсивные усилия, направленные на внедрение системы ССЗ 2011 и повышение качества управления и взаимодействия между вновь объединенным Министерством здравоохранения и социального развития (МЗСР) и РЦРЗ, где первое ведомство является «приобретателем» и основным пользователем счетов здравоохранения, а второе – техническим ведомством, формирующим счета здравоохранения.

Поскольку теперь техническая работа сосредоточена в РЦРЗ, при наличии выделенных ресурсов и стратегии, которые обеспечивают постоянную передачу знаний, МЗСР может заняться решением прошлых проблем недостаточной устойчивости в процессе формирования НСЗ и демонстрирует осознание важности работы. Однако финансовые и юридические основы необходимо закрепить, и поэтому настоятельно рекомендуется дальнейшее их усиление путем включения в качестве обязательного ежегодного направления деятельности в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения», который является основным законом, регулирующим систему здравоохранения в Казахстане.

### **Разработка национальных счетов здравоохранения в соответствии с международными стандартами – главное в совершенствовании системы информации для реализации политики в области здравоохранения**

На основе оценки текущего уровня детальности и охвата НСЗ РК можно заключить, что Казахстан в состоянии формировать надежные данные по расходам и финансированию здравоохранения, которые в немалой степени соответствуют национальным и международным стандартам отчетности. Можно сказать, что НСЗ РК основаны на прочных источниках данных, отличающихся своевременностью и стабильностью, особенно в том, что касается информации о государственном и местных бюджетах, но также и в отношении частного финансирования (частное страхование и исследование домохозяйств), и следуют преимущественно обоснованным методологиям.

Тем не менее, процессу составления счетов пока не хватает интеграции источников данных, представляющих различные точки зрения на расходы здравоохранения; это следовало бы рекомендовать для проверки оценок и позволило бы получить более надежную систему учета в здравоохранении. Существует еще ряд более детальных рекомендаций, касающихся источников данных, классификации, а также статей и методологий распределения расходов, которые позволили бы приблизить общие агрегированные расходы на здравоохранение в Казахстане к границам и определениям ССЗ 2011 и, как следствие, сделать их более полно сопоставимыми со странами ОЭСР.

Помимо детальной отчетности по трем основным измерениям - финансирование, оказание услуг и функции здравоохранения - НСЗ РК предлагают разрезы по источникам доходов схем финансирования, факторам предоставления услуг и региональным (по областям/городам) расходам по функциям, причем последние имеют немаловажные последствия для мер политики при анализе региональных отличий в предоставлении и использовании услуг здравоохранения. Уровень отчетности для охвата этих дополнительных классификаций превосходит рамки действующей в настоящее время практики отчетности в большинстве стран ОЭСР. Будущие направления расширения системы учета в здравоохранении должны быть сосредоточены на разработке счетов в соответствии с особенностями пациентов (например, по категориям заболеваний, возрасту и полу), что позволит получить дополнительную информацию о распределении ресурсов среди населения. Кроме того, доступность агрегированных источников данных о расходах правительства и домохозяйств должна вести к публикации предварительных агрегированных расходных показателей через 4-6 месяцев после окончания отчетного периода, что представляет особое значение для своевременного получения данных разработчиками политики.

В дополнение к усовершенствованию текущих прогнозов по счетам здравоохранения дальнейшая разбивка производственных расходов в сфере здравоохранения по категориям провайдеров медицинских услуг (т.е. отражение формирования коэффициентов расходов в таблице по провайдерам медицинских услуг – FRxHP) поможет проведению анализа динамики производительности на уровне подотрасли вне совокупных расходов провайдера медицинских услуг. Подобным образом разбивка в первом случае расходов на больницы по диагностическим категориям с использованием данных по расходам по диагностически связанным группам позволит сравнивать различия в расходах по учреждениям, регионам и на международном уровне, используя подход, учитывающий специфику заболеваний.

### **Существует необходимость в большей мере учитывать потребности разработчиков политики и составлять актуальные для мер политики информационные отчеты**

Одна из наиболее серьезных проблем на пути успешного внедрения НСЗ состоит в признании того, что этот процесс выходит за рамки простого формирования счетов и выливается в преобразование и распространение информации таким образом, чтобы она могла быть наиболее полно внедрена и использована в процессе принятия решений. Более того, потребуется создать механизмы обратной связи, чтобы предоставляемая информация формировала корректные отклики на вопросы политики. Для многих стран это традиционно оказывалось слабым звеном в цикле, а использование предоставляемых данных оставалось ограниченным.

В Казахстане НСЗ обслуживают МЗСР, в частности, предоставляя информацию, необходимую для поддержки предстоящих реформ, таких как внедрение социального медицинского страхования (СМС) и соответствующие прогнозы будущих расходов в здравоохранении. При этом, как выясняется, систематическое или повсеместное использование счетов при формировании политики в области здравоохранения носит

ограниченный характер. Более того, в отсутствие участия или информированности прочих министерств и государственных ведомств, ограничено и их воздействие.

Более широкий срез и высокий уровень распространения счетов здравоохранения мог бы усилить и расширить использование информации органами правительства, местными органами власти и учреждениями науки. Для повышения доверия со стороны Министерства национальной экономики (МНЭ) особенно важно усиление взаимодействия с Комитетом по Статистике МНЭ, что в конечном итоге приведет к более широкому использованию НСЗ. На уровне принятия решений используемость результатов разработки НСЗ можно повысить за счет составления, помимо стандартного годового отчета по НСЗ, также общих кратких сводок. Публикация предварительных оценок также позволит отреагировать на нередкую критику относительно своевременности: первые оценки могли бы быть доступными спустя четыре - шесть месяцев после окончания отчетного периода.

Расширение сотрудничества и распространение счетов среди ряда основных поставщиков данных, таких как Комитет оплаты медицинских услуг и департаменты здравоохранения на уровне областей и городов, позволят повысить заинтересованность и участие в процессе НСЗ. Помимо этого, наличие оценок расходов здравоохранения на уровне области и города должно представлять особый интерес для аналитических целей. С созданием Фонда социального медицинского страхования и его филиалов могут возникнуть некоторые проблемы в отношении сбора данных (изменения во временных рядах, системах учета, т.д.).

Создание на основе широкого привлечения специалистов Экспертного комитета, возможно, с подкомитетом по техническим вопросам, опирающегося, помимо всего прочего, на опыт работы Комитета по статистике, может быть полезным для выработки, более широкого применения и восприятия результатов анализа счетов в области здравоохранения. Участие в работе комитета представителей Министерства здравоохранения и социального развития, а также других министерств будет способствовать укреплению доверия и более широкому распространению полученных результатов.

### **Для повышения сопоставимости и качества статистических данных требуется более широкое и активное взаимодействие с международными организациями**

Казахстан имеет возможность продолжать пользоваться выгодами более широкого международного и регионального сотрудничества в сетях, посвященных учету в здравоохранении. Основным форумом для обсуждения разработок и вопросов методологии в счетах здравоохранения является ежегодное заседание экспертов ОЭСР по счетам здравоохранения и национальных корреспондентов ОЭСР по статистике здравоохранения, которое проходит в октябре в Париже. На встречу съезжаются делегаты от стран ОЭСР, стран, вступающих в ОЭСР, стран, являющихся ключевыми партнерами<sup>1</sup>, и стран, по которым имеются страновые программы<sup>2</sup>, а также специалисты по учету в здравоохранении из других международных организаций (ВОЗ, Еврокомиссия). Казахстан был представлен на заседаниях в 2014 и 2015 гг., и следовало бы порекомендовать продолжить это участие с тем, чтобы оставаться в курсе последних разработок и содействовать передаче знаний, основанных на опыте различных стран. В частности, дополнительную пользу для международной сопоставимости расходов на здравоохранение в Казахстане можно было бы извлечь из участия в проектах, связанных с ССЗ, например, формирование относящихся к здравоохранению паритетов покупательной способности (ППС).

Кроме того, Центр исследований в области политики ОЭСР-Корея<sup>3</sup> проводит в Сеуле заседание, посвященное счетам здравоохранения в азиатско-тихоокеанском регионе.

По аналогии с парижским заседанием здесь собираются представители стран азиатско-тихоокеанского региона для участия в техническом семинаре и заседании по счетам здравоохранения. Также принимают участие эксперты из ОЭСР, штаб-квартиры ВОЗ и региональных офисов (SEARO и WPRO). Важным фактором в активном распространении счетов здравоохранения в регионе является сеть, объединяющая экспертов из различных стран, и **Казахстан** также мог бы извлечь пользу от контактов со странами, находящимися на сходном уровне экономического развития и развития ССЗ 2011.

### **Основные рекомендации по источникам данных, методологии и показателям**

- Следует поощрять разделение лекарственных средств, отпускаемых по рецепту (категория НС.5.1.1), и безрецептурных препаратов (категория НС.5.1.2). Также было бы полезно разделять платежи при долевом участии в расходах (категория НФ.3.2) от иных наличных платежей.
- Принимая во внимание важность наличных расходов домохозяйств, следует избегать исключительной зависимости от обзора бюджетов домохозяйств. Данные должны быть сверены с информацией, полученной от провайдера медицинских услуг.
- Использование статистических данных «Объем услуг» (VOS) и «Финансы и экономика» (FAE) может помочь усовершенствовать прогнозирование расходов, в особенности это касается наличных расходов. Статистические данные «Объем услуг» также могут помочь в разбивке бюджетных статей в федеральном и региональном бюджетах в целях создания усовершенствованных ключей распределения.
- Прогнозирование расходов компаниями по частному страхованию здоровья (категория НФ.2.1) и распределение между надлежащими функциями должно соответствовать ССЗ 2011. Рекомендуется провести дальнейший анализ для выявления наличия или отсутствия двойного учёта расходов посредством использования частного страхования здоровья (категория НФ.2.1) финансируемых работодателями схем (категория НФ.2.3).
- Для подотраслевого анализа необходимо проработать разбивку Коэффициентов резервирования (категория FP) по провайдерам медицинских услуг. Отправной точкой будут являться категории отдельных провайдеров медицинских услуг, для которых доступны источники достоверных данных.
- При изучении вопроса эффективности больницы должна быть принята основанная на результатах методология, которая используется в проекте Евростата / ОЭСР по вопросам паритета покупательной способности, что усиливается за счёт системы выплат, основанной на диагностически связанных группах, для измерения региональных различий в уровне больничных расценок (а также для международного сравнительного анализа).
- При проведении анализа на уровне заболеваний первым шагом в разработке счетов с разбивкой по заболеваниям должно стать распределение совокупных расходов больниц по диагностическим категориям.

## Примечания

- <sup>1</sup> Бразилия, Россия, Индия, Индонезия, Китай и ЮАР.
- <sup>2</sup> Настоящий проект входит в страновую программу ОЭСР по РК.
- <sup>3</sup> Совместный Центр исследований в области политики ОЭСР-Корея – организация международного сотрудничества, созданная на основе Меморандума о взаимопонимании между ОЭСР и Правительством Республики Корея. Основными задачами Центра является проведение исследований международных стандартов и мер политики в области международного налогообложения, конкуренции, государственного управления и секторов социальной политики в странах ОЭСР, а также распространение результатов исследований среди государственных должностных лиц и специалистов в регионе Азии. В отношении социальной политики и политики в области здравоохранения Центр способствует развитию диалога по мерам политики и обмену информацией между странами ОЭСР и странами Азиатско-тихоокеанского региона, не входящими в ОЭСР.



## Глава 1. Введение и краткий обзор

*С начала 2000-х годов Казахстан добился заметного экономического прогресса, во многом благодаря использованию своего большого запаса природных ресурсов. Его ВВП на душу населения в настоящее время сопоставим со многими центрально-европейскими членами ОЭСР. В то же время Казахстан приступил к проведению ряда реформ в области здравоохранения, касающихся финансирования и оказания медицинской помощи. Тем не менее, Казахстан по-прежнему сталкивается с рядом проблем, а результаты в области здравоохранения во многом отстают от других стран ОЭСР.*

*Для содействия решения этих задач жизненно необходима точная, своевременная и всеобъемлющая оценка финансирования и расходов в сфере здравоохранения в долгосрочной перспективе, с целью четкого представления об ассигновании средств и факторах в контексте нынешних стратегий планирования и устойчивости в будущем. Соблюдение стандартных международных рамок может служить как национальным политическим требованиям, так и для сравнительного анализа наряду со странами с соответствующими региональными и международными нормами.*

## 1.1. Демографические, экономические показатели и показатели системы здравоохранения

Республика Казахстан охватывает территорию площадью 2,7 миллиона квадратных километров, что делает её девятой по размеру страной в мире (и крупнейшей страной без выхода к морю). При численности населения лишь около 17,8 миллиона человек (МНЭ, 2016) плотность населения в Казахстане является одной из самых низких в мире. Данный показатель в совокупности с равномерным соотношением городского и сельского населения (в 2014 году 55% населения было классифицировано в качестве городских жителей) считается важным специфическим страновым фактором, оказывающим существенное влияние на доступность, организацию и финансовую устойчивость системы медицинского обслуживания населения.

Население Казахстана является относительно молодым, количество лиц, не достигших 15 лет, составляет почти 28% от всего населения – что на полных десять процентных пунктов превышает средний показатель по ОЭСР. Хотя в Казахстане ожидаемая продолжительность жизни при рождении резко выросла в течение последних десяти лет (с 65,9 лет в 2005 году до 71,6 года к 2014 году), по-прежнему она ниже аналогичных показателей во всех остальных странах ОЭСР и все ещё остаётся ниже среднего показателя по ОЭСР почти на девять лет. Более того, существует значительная диспропорция между продолжительностью жизни мужчин и женщин (67,1 лет для мужчин и 75,9 лет для женщин<sup>1</sup>). Однако в отношении источников затрат на здравоохранение ожидается, что демографические изменения и старение населения будут оказывать меньше влияния в среднесрочной перспективе по сравнению с ростом экономики и доходов.

На самом деле, в течение последних десяти лет в Казахстане наблюдался бурный экономический рост. Фактический средний реальный рост ВВП в Казахстане в течение последних пяти лет составил 7,7% (по сравнению со средним показателем в странах ОЭСР, который составил лишь 0,6%). Однако рост экономики Казахстана сильно зависит от разработки и экспорта его природных ресурсов, чем от производительности труда и технологического развития. Хотя в последние годы рост ВВП сопровождался колебаниями цен на сырьевые товары, нефтегазовый сектор обеспечил приблизительно половину реального роста ВВП в период с 2000-2005 гг.

В связи с этим, Казахстан считается страной с уровнем доходов выше среднего с ВВП на душу населения около 13 600 долларов США<sup>2</sup>, при этом средняя заработная плата составляет около 675 долларов США в месяц (2014 год). Рынок труда характеризуется специфической структурой, при которой около 2,2 миллиона работников трудятся неформально. Относительно небольшой сектор официального трудоустройства совместно с субоптимальной налоговой системой<sup>3</sup> означает, что поступления налогов с заработной платы сокращаются и общие государственные расходы составляют относительно низкие 22% от ВВП (по сравнению с 42% в странах ОЭСР). Это, в свою очередь, является одним из важнейших факторов, способствующих низкому уровню общих государственных расходов на здравоохранение в общей доле ВВП в Казахстане.

После обретения независимости от бывшего Советского Союза в 1991 году Казахстан провёл ряд реформ в системе здравоохранения. Однако в качестве пережитка, доставшегося от бывшей Советской организационной структуры, следует отметить сохранившийся высокий уровень ресурсов в системе здравоохранения, хотя финансовые ресурсы для поддержания такой инфраструктуры были ограничены. В Казахстане на 1000 человек населения существуют 4,0 доктора и 6,0 коек (МНЭ, 2016) по сравнению со средними показателями в странах ОЭСР – 3,3 и 4,8 соответственно. В отношении финансовых ресурсов расходы на здравоохранение в составе ВВП составили в 2013 году 3,0%, а расходы на душу населения составляли около одной пятой от среднего показателя

по ОЭСР: 733 доллара США по сравнению со средним показателем по ОЭСР в размере 3453 доллара США<sup>4</sup>. Сам по себе относительный размер заработной платы в сфере здравоохранения низкий по сравнению с другими странами ОЭСР – соотношение заработной платы доктора и средней заработной платы в Казахстане близко к показателю 1,0 по сравнению со средним соотношением в ОЭСР, который составляет около 2,2.

С другой стороны, сектор здравоохранения представляет собой высокий приоритет для Министерства (см. Рисунок 1.1), которое приняло Государственную программу развития здравоохранения<sup>5</sup>. Данные программы, которые содержат комплекс мер по межотраслевому сотрудничеству, также упоминались в качестве важного фактора для улучшения результатов ряда мероприятий по охране здоровья населения в последние годы.

**Рисунок 1-1 Структура Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан**



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

В дополнение к повышению средней продолжительности жизни уровень материнской смертности снизился более чем в четыре раза с 11,7 смертей на 100 000 родившихся в 2000 году. В то же время уровень детской смертности снизился почти в два раза с 18,8 смертей на 100 000 родившихся в 2000 году до 9,7 смертей в 2014 году. Из отрицательных моментов – уровень взрослой смертности остаётся высоким, особенно среди мужского населения: 324 смерти на 100 000 человек мужского населения и 147 – среди женщин<sup>6</sup>. Также, несмотря на положительную динамику, по-прежнему зарегистрировано 135,6<sup>7</sup> пациентов, инфицированных туберкулёзом, на 100 000 человек населения, а количество случаев инфицирования ВИЧ существенно возросло с 345 в 2000 году до 1994 случаев в 2014 году<sup>8</sup>. Наконец, в Казахстане количество смертей в результате увечий и самоубийств является чрезвычайно высоким и в три раза превышает средний показатель по ОЭСР.

Подводя итоги, можно отметить, что несмотря на положительную динамику результатов мероприятий по охране здоровья, управление системой здравоохранения в

целом по-прежнему характеризуется неясными декларациями и чрезмерным регулированием. Например, Постановление Правительства о гарантированном государством объёме медицинской помощи описывает формы медицинского обслуживания, а не конкретные гарантии, в то время как Указ Министерства здравоохранения и социального развития увязывает количество населения, обслуживаемого медицинской организацией, с количеством коек и докторов. Запланированное введение обязательного медицинского страхования (ОМС) и ряд других мер, предусмотренные новой Государственной программой развития здравоохранения, призваны решить некоторые из указанных вопросов.

## 1.2. Система счетов здравоохранения 2011

Система счетов здравоохранения 2011 года (ССЗ 2011) (ОЭСР, Евростат и ВОЗ, 2011 г.) предусматривает структуру Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) для систематического измерения потока денежных средств (как из государственных, так и из частных источников) через систему здравоохранения посредством отслеживания доходов, получаемых от схем финансирования закупки услуг и товаров, вплоть до конечного момента использования по типам услуг и характеристикам конечного выгодоприобретателя. Наличие информации об объёмах расходов на конкретные виды здравоохранения, о месте несения расходов, субъектах и получателях услуг, является важным фактором в определении более устойчивого, равного и эффективного распределения доступных ресурсов. Также отслеживание изменений во времени, а также различий в шаблонах в разных странах является ключом к пониманию системы здравоохранения.

Информация, полученная из ряда счетов здравоохранения, может содержать важные данные, необходимые для принятия решений в сфере политики, и способствовать достижению целей политики в системе здравоохранения, например, в отношении распределения ресурсов, сокращения расходов или реформирования руководства и мониторинга в системе здравоохранения. Также связь данных по счетам здравоохранения с нефинансовой информацией (например, с данными о деятельности или результатах) позволит получить информацию о таких аспектах, как производительность и эффективность системы здравоохранения.

В то время как развитие счетов здравоохранения имеет длинную историю в некоторых странах с высоким уровнем доходов (например, во Франции и США счета расходов на здравоохранение существуют уже на протяжении многих десятилетий), разработка стандартной международной структуры была начата относительно недавно. Система счетов здравоохранения была впервые опубликована в 2000 году Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, 2000 г.), и в последующие годы большинство стран ОЭСР приступили к гармонизации своих систем отчётности в сфере здравоохранения со стандартной структурой таблиц и показателей. Также Руководство производителя (ВОЗ, Всемирный Банк и Агентство международного развития США, 2003 г.) было основано большей частью на концепциях и определениях, содержащихся в руководстве ССЗ ОЭСР, и было направлено в отношении стран с низким и средним уровнями доходов, представляя ряд дополнительных измерений, касающихся источников финансирования и конечных выгодоприобретателей.

Опыт, полученный за последнее десятилетие, совмещённый с необходимостью отреагировать на изменяющиеся системы здравоохранения во всем мире, привели к разработке новой редакции структуры ОЭСР, Европейской комиссии и ВОЗ, которая была опубликована в 2011 году.

### ***На какие вопросы может ответить ССЗ 2011?***

ССЗ 2011 была разработана для предоставления ответов и реагирования на ключевые вопросы, касающиеся политики в сфере здравоохранения, в том числе следующие:

- Откуда берутся ресурсы в секторе здравоохранения?
- На что расходуются средства?
- Какие услуги и товары приобретаются за счёт указанных средств?
- Кто предоставляет какие услуги?
- Какие ресурсы используются при предоставлении услуг?
- Кому они приносят пользу?

### ***Роль счетов здравоохранения?***

ССЗ 2011 может предоставлять ряд данных и показателей для различных целей политики, например:

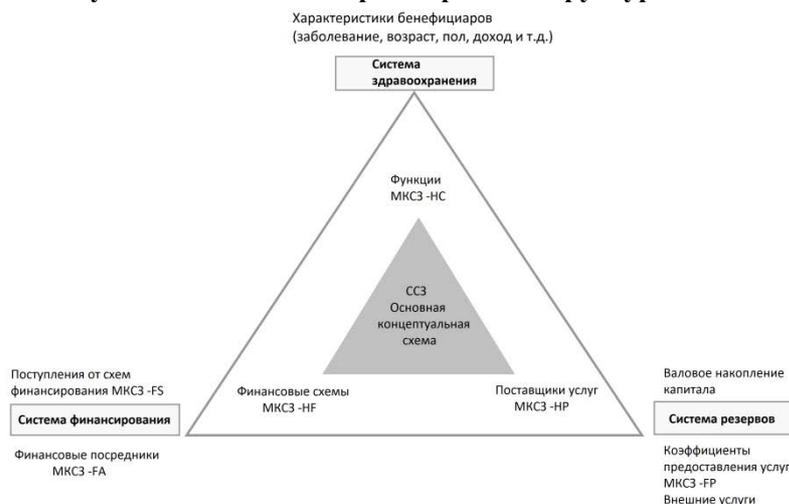
- Тенденции сравнительного эталонного анализа и мониторинга во времени
- Международные обязательства и отчётность
- Устойчивость и финансовая ситуация
- Разработка показателей, связывающих расходы с данными, не касающимися расходов
- Прогнозирование и мониторинг во времени

### ***Каковы границы ССЗ 2011?***

Основная совокупность счетов здравоохранения, а именно текущие расходы на здравоохранение, охватывает все окончательные потребительские расходы на деятельность, конечной целью которой являются восстановление, усовершенствование и поддержание здоровья в течение определённого периода времени. Данное определение применяется вне зависимости от учреждения или лица, которое предоставляет или оплачивает услугу в сфере здравоохранения. Также расходы на здравоохранение являются сопоставимыми во времени и пространстве, что позволяет проводить оценку изменений в структуре расходов сектора здравоохранения на протяжении ряда лет, а также различий в опыте, существующих среди различных геополитических лиц.

### ***Каковы основные измерения ССЗ 2011?***

ССЗ 2011 включает ряд измерений, которые обеспечивают систематическое отслеживание потока средств в системе здравоохранения государства (Рисунок 1.2). ССЗ 2011 учитывает деятельность, осуществляемую как в государственном, так и в частном секторе здравоохранения, а также даёт ключевые вводные для разработки, применения и оценки политик в сфере здравоохранения.

**Рисунок 1-2 Основная и расширенная структура ССЗ 2011**

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>

Функции – это категории потребляемых товаров и услуг, включая стационарное обслуживание, амбулаторное обслуживание, меры по охране здоровья граждан и так далее. С точки зрения бухгалтерского учёта функции относятся «к виду потребности, которую сделка или ряд сделок призваны удовлетворить, или к виду преследуемой цели».<sup>9</sup> С точки зрения расходов они касаются вопроса «для какой цели».

**Таблица 1-1 Классификация функций здравоохранения на уровне первого разряда**

Функция здравоохранения – МКСЗ-НС	
НС.1 Лечебные услуги	
НС.2 Реабилитационные медицинские услуги	
НС.3 Услуги по долговременному сестринскому уходу	
НС.4 Вспомогательные виды услуг здравоохранения (без определения функции)	
НС.5 Товары медицинского назначения (без определения функции)	
НС.6 Профилактика	
НС.7 Система управления здравоохранением и администрирование финансирования	
НС.9 Иные медицинские услуги, не классифицированные по категориям	
Мемориальные (справочные) статьи: элементы отчётности	
НС.RI.1 Общие расходы на лекарственные средства	
НС.RI.2 Виды традиционной дополнительной альтернативной медицины	
НС.RI.3 Профилактика и услуги государственного здравоохранения (согласно ССЗ 1.0)	
Мемориальные (справочные) статьи: соответствующее медицинское обслуживание	
HCR.1 Услуги по долговременному сестринскому уходу (социальные)	
HCR.2 Продвижение здорового образа жизни с использованием многоотраслевого подхода	

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>

Медицинские учреждения – это лица, получающие финансовые средства и использующие их для производства товаров и оказания услуг в сфере здравоохранения. Они включают в себя государственные и частные больницы, клиники, дома престарелых, центры социально-ориентированного здравоохранения, частные практики и иные. Классификация является исчерпывающей, поскольку она охватывает не только организации, основная цель которых заключается в предоставлении товаров и услуг в сфере здравоохранения, но также и вторичные организации (остальная часть экономики), которые оказывают услуги и производят товары в сфере здравоохранения в дополнение к другой основной деятельности. Отдельный класс в категории «остальная часть экономики» включает в себя домохозяйства в качестве провайдера помощи на дому.

**Таблица 1-2 Классификация медицинских учреждений (на уровне первого разряда)**

Медицинские учреждения – МКСЗ-НР	
НР.1	Больницы
НР.2	Долгосрочный уход на дому
НР.3	Поставщики амбулаторного медицинского обслуживания
НР.4	Поставщики вспомогательных услуг
НР.5	Розничная продажа и иные поставщики медицинских товаров
НР.6	Поставщики профилактических услуг
НР.7	Поставщики административно-финансовых услуг в сфере здравоохранения
НР.8	Остальная часть экономики
НР.9	Остальная часть мира

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

Схемы финансирования являются основными «составляющими» системы финансирования здравоохранения в стране: основные виды финансовых схем, с помощью которых осуществляется оплата услуг в сфере здравоохранения и получение последних населением. Примеры включают в себя прямые платежи со стороны домохозяйств и финансовые схемы с участием третьих лиц, такие как социальное медицинское страхование, добровольное страхование и т.д. Хотя схемы финансирования в структуре ССЗ 2011 являются ключевыми для закупок в сфере здравоохранения, они также включают в себя правила для других функций, таких как сбор и аккумуляция средств для отдельной схемы финансирования.

**Таблица 1-3 Классификация схем финансирования здравоохранения (на уровне второго разряда)**

Схемы финансирования здравоохранения – МКСЗ-НФ	
НФ.1	Государственные схемы и схемы финансирования здравоохранения за счёт обязательных взносов
НФ.1.1	Государственные схемы
НФ.1.2	Схемы обязательного медицинского страхования с использованием взносов
НФ.1.3	Счета обязательных медицинских сбережений (СОМС)
НФ.2	Счета добровольных отчислений на здравоохранение
НФ.2.1	Схемы добровольного страхования здоровья
НФ.2.2	Схемы финансирования некоммерческих организаций, обслуживающих домохозяйства (НКОД)
НФ.2.3	Схемы финансирования предприятий
НФ.3	Оплата расходов домохозяйств
НФ.3.1	Расходы, за исключением совместных расходов
НФ.3.2	Совместные расходы с плательщиками – третьими лицами
НФ.4	Схемы финансирования остальной части мира (нерезиденты)
НФ.4.1	Схемы обязательного характера (нерезиденты)
НФ.4.2	Схемы добровольного характера (нерезиденты)

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

Поступления от источников финансирования классифицируют и измеряют набор источников поступлений для каждой схемы финансирования (например, взносы на социальное страхование используются для финансирования закупок в рамках схем социального страхования, а гранты – для поддержания схем некоммерческих организаций). Измерение источников поступлений по каждой схеме финансирования, а также для системы в целом, обеспечивает директивные органы важной информацией, в частности, касающейся государственных и частных расходов.

**Таблица 1-4 Классификация поступлений от схем финансирования здравоохранения (на уровне первого разряда)**

Поступления от схем финансирования здравоохранения – МКС3-FS
FS.1 Отчисления от внутригосударственных доходов (выделенные на цели охраны здоровья)
FS.2 Отчисления, получаемые из иностранных источников и распределяемые государством
FS.3 Социальные страховые взносы
FS.4 Обязательная предоплата (помимо FS.3)
FS.5 Добровольная предоплата
FS.6 Иные внутренние поступления средств, не поименованные отдельно
FS.7 Прямые иностранные поступления

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

Коэффициенты резервов могут рассматриваться в качестве оценённых входных параметров, используемых в процессе оказания медицинского обслуживания. Границы медицинского обслуживания определяют границы оказания медицинских услуг и, как следствие, коэффициенты резервов поставщиков услуг. Резервы учитывают ряд факторов производства – трудовые ресурсы, капитал, материалы и внешние услуги – для предоставления товаров и услуг в сфере медицинского обслуживания. Они касаются не только ресурсов, относящихся непосредственно к здоровью, но также и к определённым входным параметрам, не относящимся к здравоохранению, которые необходимы для генерирования медицинских услуг, и все из них в равной степени играют важную роль для целей эффективности.

**Таблица 1-5 Классификация коэффициентов резервов (на уровне первого разряда)**

Коэффициенты резервов – МКС3-FP
FP.1 Компенсации сотрудникам
FP.2 Вознаграждение индивидуальных предпринимателей
FP.3 Использованные материалы и услуги
FP.4 Использование основных активов
FP.5 Иные элементы расходов на входные параметры

Источник: ОЭСР, Евростат и ВОЗ (2011), «Система счетов здравоохранения» Издание 2011 г., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

### 1.3. Цикл производства счетов здравоохранения

Опыт стран показал, что успешная институционализация счетов здравоохранения требует реализации цикла деятельности за пределами обычного процесса производства. Таким образом, счета реагируют, а также предоставляют информацию для циклов выработки политики и бюджетирования. Структура (Рисунок 1.3), разработанная Всемирным Банком в Стратегическом руководстве по созданию доказательств для усовершенствования решений по финансированию здравоохранения (Маэда и др., 2012 год) для целей институционализации, указывает на три элемента, которые являются существенными в рамках цикла: структура управления, производительность и финансирование.

Рисунок 1-3 Структура институционализации национальных счетов здравоохранения



Источник: А. Маэда и другие (2012), “Создание доказательной базы для принятия более эффективных решений по финансированию здравоохранения: Стратегическое руководство по институционализации национальных счетов здравоохранения”, Направления развития - Развитие человека, Всемирный Банк, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13141>.

Структура управления предусматривает структуру вовлечения ключевых заинтересованных лиц на различных этапах цикла – от производства до спроса и использования и повторного возвращения в начало. В странах ОЭСР были приняты различные модели, при этом ни одна из моделей не является универсальной для всех и может зависеть от уровня экономического развития, а также от существующих организационных структур в рамках системы здравоохранения<sup>10</sup>. Например, в то время как многие страны ОЭСР, такие как Великобритания, Норвегия, Польша и Германия размещают функцию по составлению счетов в национальных учреждениях статистики (с различной степенью политической независимости), обычно существует тесная связь с министерствами здравоохранения. Иные модели управления подразумевают, что за функцию по составлению счетов отвечает непосредственно само министерство (например, во Франции, Испании и Мексике) либо тесно связанное техническое ведомство здравоохранения (например, в Канаде и Австралии). Наконец, такие страны как Корея и многие другие страны, не являющиеся членами ОЭСР, зачастую передают функцию по составлению счетов здравоохранения в научные или неправительственные учреждения, обладающие внутренней экспертизой. Во всех случаях успех цикла составления счетов зависит от наличия надлежащих ресурсов на каждой стадии составления и применения счетов здравоохранения. Последним ключевым фактором является наличие долгосрочного финансирования, часто имеющего надлежащую правовую основу, которое может обеспечить устойчивость всего процесса.

## Примечания

- <sup>1</sup> Однородность результатов мероприятий по охране здоровья представляет собой важную проблему политики.
- <sup>2</sup> Казахстан девальвировал свою валюту в 2014 г. и 2015 г. Приведённые здесь цифры основаны на расчётах до девальвации в целях устранения последствий недавних изменений курса обмена валют.
- <sup>3</sup> В настоящее время проводится реформирование налоговой системы.
- <sup>4</sup> Показатели основаны на источнике Шоранов и др. (2015 г.) и скорректированы ОЭСР. См. Главу 6.
- <sup>5</sup> В Казахстане существует лишь несколько Государственных программ.
- <sup>6</sup> ВОЗ, 2014 г.
- <sup>7</sup> ВОЗ, 2014 г.
- <sup>8</sup> Комитет по статистике, 2014 г.
- <sup>9</sup> Система национальных счетов 2008 г., 2.42.
- <sup>10</sup> Более подробное обсуждение различных моделей управления и их применения в Казахстане содержится в Главе 3.

## *Использованная литература*

- Maeda, A., M. Harrit, S. Mabuchi, B. Siadat and S. Nagpal (2012), “Creating Evidence for Better Health Financing Decisions: A Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts”, Directions in Development –Human Development, World Bank, Washington, DC, доступно на сайте <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13141> License: CC BY 3.0 IGO.
- MNE (2014), “Statistical yearbook: Kazakhstan in 2013”, доступно на сайте <https://stat.gov.kz/getImg?id=ESTAT091498>
- MNE (2016), “Main socio-economic Indicators”, доступно на сайте [http://www.stat.gov.kz/faces/mobileHomePage/mobileHomePage3?\\_adf.ctrl-state=qz6pvfijj\\_68&\\_afLoop=37252472961187908](http://www.stat.gov.kz/faces/mobileHomePage/mobileHomePage3?_adf.ctrl-state=qz6pvfijj_68&_afLoop=37252472961187908)
- OECD (2000), “A System of Health Accounts”, OECD Publishing, Paris доступно на сайте <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181809-en>.
- OECD, Eurostat and WHO (2011), A System of Health Accounts, 2011 Edition, OECD Publishing, доступно на сайте <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.
- Shoranov M.E., A.B. Aбеуов, S.T.Tanirbergenov, A.A. Nurgozhayev, A.D. Dairabekova and A.K. Saparbekova (2015), “National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan. A report on health care expenditure for the year 2014”, RCHD MOHSD RK, - Astana, 2015, 81p.
- WHO, World Bank and USAID (2003), “Guide to Producing National Health Accounts with Special Applications for Low-income and Middle-income Countries”, WHO, Geneva, доступно на сайте [http://www.who.int/nha/docs/English\\_PG.pdf](http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf).



## Глава 2. Система финансирования здравоохранения Республики Казахстан

*Финансирование медицинских услуг в Казахстане осуществляется преимущественно из республиканского и местных бюджетов, но с высокими и растущими расходами из собственных средств, особенно на фармацевтические препараты и стоматологическую помощь. Общие государственные ассигнования на здравоохранение, возможно, находятся на одном уровне с некоторыми странами ОЭСР и составляют около 10% от общего объема государственных расходов, но, как доля экономики, она все еще остается низкой.*

*В настоящей главе содержится обзор финансовых потоков Министерства здравоохранения на местном уровне и корзины предоставляемых услуг. Описываются различные механизмы, действующие с точки зрения составления бюджета и финансирования, с целью определить контекст для последующих глав, посвященных источникам данных и методологиям.*

## 2.1. Обзор финансирования услуг в сфере здравоохранения в Казахстане

Государственный бюджет и личные средства частных домохозяйств являются двумя самыми существенными источниками финансирования сферы здравоохранения в Республике Казахстан (РК). В 2014 году они совместно составляли более 95% от общего объема расходов на здравоохранение, при этом доля государства покрывала 63% от общего объема расходов на здравоохранение, а наличные расходы составили треть от общего объема расходов. Остаток включал в себя несколько источников – добровольное медицинское страхование (ДМС), средства предприятий и внешние источники (Рисунок 2.1).

**Рисунок 2-1 Финансирование услуг в сфере здравоохранения в Казахстане**



Государство финансирует здравоохранение как из республиканского бюджета, так и местных бюджетов. По состоянию на сегодняшний день государственный бюджет, который был выделен на нужды здравоохранения, был сформирован за счёт общих налоговых поступлений, составляя около 10% от общего объёма государственных расходов. Хотя данный показатель и ниже среднего по ОЭСР, который составляет около 15%, он сопоставим с показателями таких стран ОЭСР, как Венгрия, Греция и Латвия. Однако в отношении доли экономики следует отметить, что государственные расходы на здравоохранение в Казахстане очень низкие – они расходы составляют около 1,8% ВВП. В то же время недавно был отмечен важный рост доли собственных средств, которая выросла с 30% от общего объёма расходов на здравоохранение в 2010 году до 34% в 2014 году.

Основная часть бюджета расходуется через Министерство здравоохранения и социального развития и его региональные отделения на областном / городском уровне (местные органы здравоохранения). В Министерстве здравоохранения и социального развития есть два финансовых подразделения: Департамент финансов и Комитет по закупке медицинских услуг. Они осуществляют финансирование (а) гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП, Рисунок 2.2), который включает в себя

набор бесплатных медицинских услуг для всех граждан Республики Казахстан, и (b) совместно потребляемых медицинских товаров.

**Рисунок 2-2 Финансирующие учреждения и механизмы для гарантированного государством объёма медицинской помощи**



Департамент финансов отвечает за финансирование медицинского образования и капитальные вложения, а также за некоторые элементы гарантированного государством объёма медицинской помощи, например, лечение за рубежом, возмещение расходов медицинских учреждений на государственном уровне (например, Республиканская психиатрическая больница, Лепрозорий, Центр Анти-СПИД и т.д.), а также предоставление лекарственных средств. Все эти виды деятельности финансируются либо через прямые выплаты в адрес учреждений, оказывающих медицинские услуги, либо через целевые платежи в адрес местных органов здравоохранения.

Комитет по закупке медицинских услуг был создан в 2009 году и должен был выполнять скорее идеологическую роль органа, являющегося «Единым плательщиком» и продвигающего реформы в сфере управления здравоохранением и его финансирования, направленные, например, на повышение степени независимости учреждений здравоохранения, введение диагностически связанных групп и так далее. Он также осуществляет финансирование значительной части гарантированного государством объёма медицинской помощи:

- обычные стационарные пациенты, проходящие лечение в городских многопрофильных больницах (за исключением туберкулёза, психиатрических / наркологических заболеваний (наркомании), инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИД, дерматологических и венерологических заболеваний, онкологии). Данная категория лечения осуществляется в форме специализированного лечения, дневной медицинской помощи и третичной медицинской помощи и оплачивает по системе диагностически связанных групп, которая была введена в 2012 году. Комитет по закупке медицинских услуг переводит платежи напрямую провайдером услуг через свои 16 региональных филиалов;
- амбулаторное лечение и лечение в сельских районах. Оба вида основаны на взимании платы из расчёта на душу населения, скорректированной в соответствии

с определёнными коэффициентами. В сельских районах используется глобальный бюджетный механизм, при котором целевые выплаты применяются к местным бюджетам;

- лечение онкологических заболеваний финансируется с применением глобального бюджетного механизма, где тариф привязан к количеству зарегистрированных (прикреплённых) пациентов. Целевые выплаты применяются к местным бюджетам;
- авиационно-медицинская служба для удалённых районов и срочных / тяжёлых случаев;
- дорогостоящие диагностические процедуры (например, МРТ, рентгенография кровеносных сосудов, и т.д.) оплачиваются для некоторых социально незащищённых слоёв населения в дополнение к плате, взимаемой из расчёта на душу населения;
- наконец, для больниц, получающих компенсацию по системе диагностически связанных групп, Комитет по закупке медицинских услуг также осуществляет финансирование лизинга медицинского оборудования в определённых ценовых границах.

В целом, финансируемая Комитетом по закупке медицинских услуг деятельность может быть охарактеризована как более прогрессивная по сравнению с остальной частью системы финансирования здравоохранения. Это суждение основано на его ведущей роли в разработке конкурентной среды, меры по повышению эффективности, а также введение современных бюджетно-платёжных механизмов.

Модель, применяемая в Казахстане в отношении Комитета по закупке медицинских услуг, заслуживает дополнительного признания. Она представляет существенный переход от модели общего бюджетного финансирования, унаследованной из советской эпохи, к более современной системе финансирования с использованием небольшого, но эффективного учреждения, которое неуклонно расширялось в целях расширения своего охвата и роли. Внедрению различных инноваций обычно предшествовали пилотные проекты с логическим продолжением указанных мер, являвшихся предусмотренным преобразованием Комитета по закупке медицинских услуг в Фонд социального страхования здоровья. Хотя практическое применение имело ряд определённых ограничений, которые будут обсуждены ниже, следует отметить общую концепцию и стратегическое видение.

Местные органы здравоохранения представлены местными организациями, по одному на каждую административную единицу, подчиняющимися Губернаторам или Акиматам, а поэтому не являющихся подотчётными Министерству здравоохранения и социального развития. Функции местных органов здравоохранения сфокусированы в основном на (а) финансировании отдельных частей гарантированного государством объёма медицинской помощи и иных расходов на местном уровне, и (b) организации оказания медицинской помощи, начиная от лицензирования медицинских учреждений до инспектирования их деятельности. С введением Фонда страхования здоровья работников ожидается, что функция по финансированию постепенно перейдёт к учреждению. По состоянию на сегодняшний день местные органы здравоохранения финансируют:

- службу скорой медицинской помощи: согласно количеству звонков (выездов), но в рамках фиксированного исторического бюджета;
- лечение социально важных заболеваний – включает в себя все элементы, исключённые из сферы компетенции Комитета по закупке медицинских услуг: туберкулёз, психиатрические / наркологические заболевания (наркомания),

инфекционные заболевания, ВИЧ/СПИД, дерматологические и венерологические заболевания. Метод оплаты варьируется в зависимости от различных категорий заболеваний и описан в Разделе 2.2;

- предоставление амбулаторных препаратов (включая вакцинацию);
- программы по продвижению государственного здравоохранения (за исключением Национального института укрепления здоровья, который финансируется напрямую Министерством здравоохранения и социального развития);
- паллиативное лечение;
- предоставление крови и её компонентов для местных учреждений здравоохранения;
- окончательное распределение капитальных расходов и всех других целевых выплат, упомянутых выше. Использование подхода, основанного на спросе для планирования и распределения капитальных вложений, является очень желательным, вне зависимости от того, представляет ли он собой мастер план<sup>2</sup> или любой другой инструмент;
- иные бюджетные линии, включая набор действий согласно плану мероприятий по Программе развития государственного здравоохранения (либо одно предыдущее – «Саламатты Казахстан», либо текущее «Денсаулик»).

Также несколько других государственных министерств или ведомств играют роль в финансировании и создании резервов в отдельных сферах системы здравоохранения. Например, Министерство национальной экономики отвечает за Санитарно-эпидемиологическую службу, которая осуществляет различные виды деятельности в сфере государственного здравоохранения, касающиеся распространения инфекционных заболеваний (включая надзор) и регистрации токсичных и вредных веществ. Ответственность за финансирование и организацию Санитарно-эпидемиологической службы была передана от Министерства здравоохранения к Министерству национальной экономики по программе «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. с целью усовершенствовать управление и эффективность службы.

Другие министерства, участвующие в охране здоровья граждан, включают Министерство образования, которое отвечает за некоторые медицинские услуги, связанные с образовательными учреждениями, а у Министерства обороны, Министерства внутренних дел и Администрации Президента есть собственные медицинские учреждения. В последнем случае, это представляет собой наследие старой советской эпохи, когда государственным служащим давались гарантии по оказанию отдельных медицинских услуг в хорошо оборудованных и финансируемых учреждениях.

Наличные расходы домохозяйств представляют собой другой существенный финансовый источник, охватывающий потребности населения в медицинском обслуживании за пределами предоставляемого государством покрытия, а именно покрытие расходов на лекарственные средства и стоматологическую помощь или обслуживание. В отношении других видов частного финансирования в целом следует отметить, что добровольное страхование здоровья не получило широкого распространения в Республике Казахстан. Оно играет преимущественно дублирующую роль и в основном оплачивается работодателями, чтобы получить более оперативный доступ к качественным медицинским услугам для работников, чем предоставлять дополнительные услуги для гарантированного государством объема медицинской помощи.

## 2.2. Бюджетно-финансовые механизмы

### *Система диагностически связанных групп в Казахстане*

Как уже упоминалось выше, лечение обычных стационарных пациентов, за исключением лечения социально важных заболеваний, финансируется посредством системы оплаты, основанной на диагностически связанных группах. До 2012 года расходы на лечение стационарных пациентов возмещались через систему медицинско-экономических тарифов, основанную на возмещении фактических расходов с подробной отчётностью от провайдеров. Собранная информация служит основой для создания итоговой системы диагностически связанных групп. По состоянию на сегодняшний день бюджетирование больниц, финансируемых через систему диагностически связанных групп, по-прежнему в основном зависит от исторических бюджетов, чем от отражения фактических потребностей населения. Платежи корректируются следующим образом:

- ряд коэффициентов, например, продолжительность отопительного сезона, коэффициент сельских районов, экологический коэффициент;
- результаты инспекции, проведённой Комитетом по закупке медицинских услуг (экспертиза объёма) и региональными филиалами Комитета по контролю за медицинской и лекарственной деятельностью (анализ смертельных случаев, предоставление гарантированного государством объёма медицинской помощи за плату, жалобы со стороны пациентов, иные виды контроля качества).

Проведение экспертизы поддерживается информационной системой (Системой управления качеством медицинских услуг).

В отношении расходов на реабилитационное лечение платежи по схеме диагностически связанных групп покрывают стационарный период реабилитации и расходы по продолжительному реабилитационному периоду через отдельные выплаты из расчёта на душу населения. Также любая продолжительная стационарная реабилитация, которая обычно проводится в отдельных Реабилитационных центрах, также покрывается Комитетом по закупке медицинских услуг, но в рамках фиксированных тарифов.

Вся дневная медицинская помощь оплачивается по ставке в размере 25% от сопоставимого лечения на уровне стационара. Поскольку это представляется очень приблизительным подходом, ведущим либо к завышенному, либо заниженному резервированию средств, настоятельно рекомендуется приблизить ставки возмещения за дневную медицинскую помощь к фактическим расходам.

Также существует ряд стимулирующих элементов по тарифам, которые призваны способствовать развитию третичных медицинских услуг и переводу случаев стационарного лечения на режим дневной медицинской помощи и амбулаторной хирургии. Например, возмещение расходов по третичным медицинским услугам осуществляется с применением дополнительного коэффициента сверх фактических расходов, рассчитанных по схеме диагностически связанных групп. В течение последних лет это внесло решающий вклад в увеличение объёма оказания таких услуг. Однако данные меры не привели к аналогичному росту в сфере дневной медицинской помощи и амбулаторной хирургии. Существует два возможных объяснения этому факту: во-первых, третичные медицинские услуги гораздо более дорогостоящие и, соответственно, более прибыльные для медицинских учреждений; во-вторых, предоставление услуг по амбулаторной хирургии может потребовать оказание ряда дополнительных услуг или наличие дополнительных помещений или оборудования, например, наличие Отделения анестезиологии и интенсивной терапии. Поэтому можно сделать вывод о том, что для дальнейшего развития этих видов лечения методы финансового стимулирования должны дополняться поддержкой со стороны, например, местных органов здравоохранения.

Другой причиной замедленного роста в сфере услуг по дневной медицинской помощи может являться поведенческий фактор. В то время как при амбулаторном лечении может наблюдаться нехватка ресурсов для продвижения таких видов деятельности, для больниц рост дневных пациентов означает соответствующее снижение количества стационарных пациентов, в результате чего койко-места остаются незанятыми. Поэтому директивные органы в сфере здравоохранения оказывают давление в целях снижения количества койко-мест. В свою очередь существующее законодательство<sup>3</sup> увязывает количество койко-мест с количеством медицинского персонала и, соответственно, с размером организации и личными полномочиями директора и так далее. Поэтому преобразование стационарных койко-мест в койко-места дневной медицинской помощи не рассматривается директором в качестве стратегического шага, поскольку стационарное лечение гораздо более затратное и поэтому требует большего объёма финансирования. Это обычная ситуация во многих странах, но вышеуказанная юридическая связь может её усложнить.

Ещё один из аспектов, касающийся третичных медицинских услуг, заключается в разработке процесса формирования бюджета, который в значительной степени основывается на требованиях провайдеров услуг. В условиях интенсивного регулирования и отсутствия финансирования данный подход может быть дополнен сильной функцией определения целей, подкреплённой единой методологией оценки спроса и распределения льгот.

Наконец, пересмотр законодательства о диагностически связанных группах выявил чрезмерно упрощённую модель, которая использует в качестве единственного параметра для группирования код заболевания ICD10 (или ICD9, если имела место существенная операция). Никакие дополнительные клинические параметры, такие как осложнения, связанные заболевания и использование дорогостоящих ресурсов, либо корректировки за слишком короткое или слишком длительное пребывание не учитываются. Предполагается, что система диагностически связанных групп будет более сложной, чтобы соответствовать целям при оценке фактических расходов. Настоятельно рекомендуется принять одну из систем диагностически связанных групп, существующих, например, в Германии, Австралии или иную систему, доказавшую свою эффективность.

Как выяснилось, в рамках текущего процесса диагностически связанных групп составление данных о фактических расходах осуществляется вручную, поэтому охватывает лишь очень небольшую часть от общего числа прошедших лечение пациентов и только для целевых групп заболеваний. Это может привести к неточностям при возмещении расходов, и чтобы избежать этого необходимо в ближайшее время создать систему сбора более репрезентативных данных.

Также при применении системы диагностически связанных групп в Казахстане необходимо учитывать расходы на амортизацию. В качестве преимуществ включения амортизационных отчислений в стоимость услуг можно выделить следующие:

- повышение уровня осведомлённости руководителей относительно капитальных затрат,
- повышение эффективности использования капитала;
- обеспечение надлежащего сочетания капитала и трудовых ресурсов;
- повышение возможностей по сравнению затрат провайдеров услуг;
- создание структуры для справедливой конкуренции (Langenbrunner and Precker, 2004).

Как минимум, расходы на оказание услуг и капитальные затраты должны быть синхронизированы максимально эффективно.

### ***Плата, взимаемая из расчёта на душу населения, за амбулаторную помощь***

Система взимания платы из расчёта на душу населения, которая используется для выплаты возмещения расходов на амбулаторную помощь, дополняется правом пациента на свободный выбор провайдера первичной медицинской помощи (который также предоставляет услуги по стационарному лечению) и так называемой системы частичного финансирования. Последняя концепция означает, что провайдер первичной медицинской помощи также получает средства за какие-либо специализированные амбулаторные услуги (например, диагностические процедуры, лабораторные тесты, консультации), а затем заключает субконтракт с соответствующим провайдером специализированных амбулаторных услуг. Наиболее характерной организационной структурой провайдеров первичной медицинской помощи в Казахстане являются поликлиники, которые оказывают как первичную медицинскую помощь, так и специализированные услуги.

Также существует элемент «платы за эффективность» для сотрудников, оказывающих услуги первичной медицинской помощи, включающих в себя врачей-терапевтов и медсестёр, социальных работников и психологов. Федеральный бюджет устанавливает фиксированный тариф на душу населения (которые определяет название данной схемы – Стимулирующий компонент платы из расчёта на душу населения) и передаёт эти средства местным органам здравоохранения, которые затем распределяют их в соответствии с заранее установленными едиными правилами. Размер надбавки к зарплате зависит от эффективности деятельности по шести показателям.

В целом, как измерение степени независимости, также существует возможность для всех видов провайдеров медицинских услуг мотивировать своих сотрудников, выплачивая им премии за эффективность или так называемую дифференцированную оплату труда. Организация вправе самостоятельно определить цели и обозначить показатели.

### ***Глобальный бюджет для медицинского обслуживания в сельских районах***

С 2013 года в сельских районах был введён механизм глобального бюджета, основанный на оплате амбулаторного и стационарного лечения из расчёта на душу населения. Этот процесс сопровождался институциональными реформами, которая объединила сеть медицинских учреждений в рамках единого лица – Центральной районной больницы. Основным намерением было передать функции лечения и связанные ресурсы на уровень первичной медицинской помощи и периферию (небольшие учреждения в деревнях, предоставляющие медицинские услуги «на месте»).

Следует отметить, что механизм оплаты расходов из расчёта на душу населения по-прежнему связан с историческими бюджетами; поэтому вместо того, чтобы устанавливать бюджет на основании предопределённого тарифа и количества обслуживаемого населения, сам тариф рассчитывается, исходя из общей суммы доступного бюджета. Также применение такой системы глобального бюджета страдает от недостатков исторических различий в финансировании на душу населения в регионах и районах. Такую же ситуацию можно наблюдать и в глобальном бюджете на лечение онкологических заболеваний и с выплатами на амбулаторное лечение на душу населения.

Следует также отметить два других важных вопроса: (а) разделение сфер ответственности между провайдерами услуг в сельских районах (Центральная районная больница) и провайдерами услуг на областном уровне (областная больница) и (б) существование механизма эффективных взаимных финансовых расчётов. Первый вопрос в

особенности важен в ситуациях с глобальным бюджетом для лечения онкологических заболеваний (см. ниже). Для такой системы концепция «деньги следуют за пациентом» является важнейшим принципом.

### ***Глобальный бюджет для лечения онкологических заболеваний***

Лечение онкологических заболеваний в Казахстане представлено так называемой вертикальной службой или 16 региональными онкологическими диспансерами, которые предоставляют амбулаторное и стационарное лечение. Ведущая роль принадлежит Казахстанскому научно-исследовательскому институту онкологии и радиологии (КазНИИОиР), который обеспечивает исключительно стационарное лечение.

С 2012 года для региональных диспансеров был введён механизм глобального бюджета, основанный на количестве зарегистрированных пациентов<sup>4</sup>. Отдельные строки бюджета охватывают все расходы по стационарному, амбулаторному и лекарственному обеспечению. Тем не менее, финансирование КазНИИОиР, осуществляемое в рамках системы диагностически связанных групп, которая обсуждалась выше, не проработана надлежащим образом, чтобы покрывать дорогостоящие, различные и сложные случаи лечения онкологических заболеваний.

### ***Социально важные / опасные заболевания***

Лечение так называемых социально важных заболеваний также организовано через вертикальную систему и в основном осуществляется через отдельные учреждения – диспансеры. Существует набор устаревших механизмов финансирования: возмещение выплачивается исходя из проведённых койко-дней для отделений психиатрии, количества коек для туберкулёзных отделений и так далее.

## Примечания

- <sup>1</sup> Далее – структура расходов на здравоохранение представлена в процентах от текущих и капитальных расходов, поскольку соответствующие цифры за период 2010-2012 гг. не следуют ССЗ 2011.
- <sup>2</sup> Разработана для Казахстана проектом Санижест Интернациональ (Sanigest Internacional).
- <sup>3</sup> Указ № 238 от 07.04.2010
- <sup>4</sup> Все пациенты зарегистрированы в информационной системе – «Электронный реестр онкологических больных».

### *Использованная литература*

Langenbrunner, J., & A.S. Preker, (2004), "Spending wisely: Buying health services for the poor",  
World Bank, Washington, DC:



### Глава 3. Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан

*Разработка национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан уже продолжается более десяти лет в рамках различных государственных программ и обычно при поддержке внешних агентств. С реализацией ССЗ 2011 был дан новый импульс для развития устойчивого процесса составления счетов и использования информации о расходах на здравоохранение и финансировании.*

*В этой главе рассматривается история развития национальных счетов здравоохранения в Казахстане, а также цикл институционализации от управления, составления, распространения и до использования информации. Даны рекомендации по укреплению различных процессов и структур.*

### 3.1. Введение

Разработка Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан началась в 2004-05 гг. под руководством существовавшего тогда Министерства здравоохранения при поддержке Всемирного Банка – одна из семи составляющих, нацеленных на укрепление системы здравоохранения. При составлении Национальных счетов здравоохранения использовалось программное обеспечение, разработанное компанией Мединформ ЛЛП, партнёром Министерства здравоохранения в сфере информационных технологий, и процедура составления счетов была основана на системе передачи данных от каждого провайдера медицинских услуг, первый сбор данных был осуществлён в 2006 году. Процесс сбора данных был формализован Комитетом по статистике посредством разработки и одобрения специальной формы ведомственной статистической отчётности (№ 19 «Отчёт по расходам на медицинское обслуживание»).

ВОЗ, Всемирный Банк и Агентство международного развития США подготовили Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения (ВОЗ и другие, 2012 год), которое использовалось в качестве стандарта для разработки Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан. Сбор данных, анализ источников данных и последующие отчёты по расходам на медицинское обслуживание за 2004-2006 гг. были проведены и составлены согласно данному руководству. Сами по себе данные передавались напрямую в техническое ведомство при Министерстве здравоохранения, а не в Комитет по статистике, что привело, как считалось, к более обременительному (требующему от провайдеров предоставления двойной отчётности) и ненадёжному процессу. В то время общие возможности Министерства здравоохранения являлись недостаточными, чтобы гарантировать продолжение работы.

В 2011 году в рамках Проекта Всемирного Банка по институциональной реформе и передаче технологий в сфере здравоохранения Казахстана была нанята компания «Оксфорд Полиси Менеджмент» для оказания содействия в разработке пересмотренной структуры по применению Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан. Партнёры проекта, включающие в себя компанию «Оксфорд Полиси Менеджмент», Министерство здравоохранения и его техническое ведомство, Республиканский центр развития здравоохранения (РЦРЗ), разработали новую методологию составления Национальных счетов здравоохранения с целью уменьшения административного бремени, возложенного на респондентов, и использования стабильных и регулярных источников данных. В качестве одного из результатов реализации Проекта Всемирного Банка Республиканский центр развития здравоохранения совместно с консультантами компании «Оксфорд Полиси Менеджмент» подготовил два отчёта по Национальным счетам здравоохранения за 2011-2012 гг. (Кульжанов и др., 2011 г.)

В начале проекта компания «Оксфорд Полиси Менеджмент» сыграла ключевую роль при оказании методологической поддержки. Однако по мере роста знаний и возможностей роль компании «Оксфорд Полиси Менеджмент» свелась к обеспечению качества. Согласно программе ВОЗ на 2012 год работа по составлению Национальных счетов здравоохранения основывалась на пересмотренной структуре Системы счетов здравоохранения 2011 (ССЗ 2011), разработанной экспертами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Европейской Комиссии и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Был проведён перерасчёт таблиц Национальных счетов здравоохранения за 2010, 2011, 2012 гг. и были составлены таблицы за 2013-2014 гг. на основе ССЗ 2011, а также были разделены расходы на здравоохранение на региональном уровне (14 областей и 2 города – Астана и Алматы) (Шоранов и др., 2014 г.).

На обоих этапах развития составление Национальных счетов здравоохранения было сначала проведено по Государственной программе реформирования и развития сферы

здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг., а затем в рамках Государственных программ развития сферы здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг.

### 3.2. Организация и управление Национальными счетами здравоохранения в Республике Казахстан

Структура управления является ключевым компонентом успешного и устойчивого процесса составления Национальных счетов здравоохранения и устанавливает связь с эффективным использованием расходов и финансовой информации на политической арене. На тип структуры могут влиять различные факторы, как, например, объем доступного финансирования, институциональный потенциал, расположение ресурсов и техническая экспертиза. Предусмотренные различные правовые и бюджетные структуры также играют важную роль в поддержании сильной организационной и управленческой структуры.

Были выявлены четыре различные модели управления (Всемирный Банк, 2012 год). Первые три модели санкционированы государством, при этом один или несколько этапов в цикле институционализации могут быть переданы по субконтракту внешней организации, например, научному учреждению или независимому исследовательскому агентству. Уникальная особенность четвертой модели заключается в отсутствии государства как собственника на любом из этапов цикла институционализации.

#### **Вставка 3.1. Модели структуры управления для составления и использования Национальных счетов здравоохранения**

1. Возглавляемая Министерством здравоохранения модель, при которой процесс составления Национальных счетов здравоохранения санкционирован и принадлежит Министерству, а данные передаются и используются Министерством
2. Возглавляемая Министерством здравоохранения модель с межотраслевым сотрудничеством, при которой процесс составления Национальных счетов здравоохранения санкционирован и принадлежит Министерству, а данные передаются и используются межотраслевыми командами.
3. Межотраслевая модель, при которой процесс составления Национальных счетов здравоохранения санкционирован и принадлежит межотраслевому правительственному ведомству, например, комитету по статистике.
4. Модель независимого исследовательского агентства. Составление Национальных счетов здравоохранения осуществляется независимым органом при ограниченном контакте с государством.

*Источник:* А. Маэда и другие (2012), “Создание доказательной базы для принятия более эффективных решений по финансированию здравоохранения: Стратегическое руководство по институционализации национальных счетов здравоохранения”, Направления развития - Развитие человека, Всемирный Банк, Вашингтон, округ Колумбия <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13141>.

Первая вышеуказанная модель лучше всего описывает ситуацию в Республике Казахстан, когда Министерство здравоохранения и социального развития отвечает за разработку Национальных счетов здравоохранения. Министерство здравоохранения и социального развития публикует результаты, истолковывает и использует данные. В связи с этим Министерство здравоохранения и социального развития является клиентом, покупателем и основным бенефициаром Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан.

По контракту Республиканский центр развития здравоохранения, подведомственный орган и исследовательский институт Министерства здравоохранения и

социального развития, обобщает и составляет Национальные счета здравоохранения на ежегодной основе. В рамках Республиканского центра развития здравоохранения Центр экономических исследований выполняет свою техническую роль. По состоянию на 2015/16 гг. существуют два выделенных специалиста в Центре экономических исследований, осуществляющие разработку и составление Национальных счетов здравоохранения. В Центре наблюдались большие изменения и текучка технического персонала; чтобы оградить Центр от потенциальной потери институциональных знаний была внедрена стратегия по передаче экспертизы и опыта посредством чёткого документирования процесса, а также требования для персонала оказывать техническое содействие в течение года после ухода по какой-либо причине из команды Национальных счетов здравоохранения.

Компания «Оксфорд Полиси Менеджмент» играла важную роль в составлении Национальных счетов здравоохранения Республики Казахстан в 2011 году. Поскольку возможности и знания Республиканского центра развития здравоохранения расширились, роль компании «Оксфорд Полиси Менеджмент» была ограничена функцией надзора и обеспечения общего качества финальных отчётов. Общие возможности Республиканского центра развития здравоохранения обычно расширяются, а его роль выглядит относительно безопасной. В рамках самого Республиканского центра развития здравоохранения работа над Национальными счетами здравоохранения по-прежнему представляется высокоприоритетной, что должно согласовываться в рамках Министерства здравоохранения и социального развития в целом, а также в других сферах правительства.

В целях обеспечения устойчивости счетов здравоохранения в Республике Казахстан настоятельно рекомендуется предусмотреть составление Национальных счетов здравоохранения на безопасной правовой основе посредством включения этого процесса в объем обязательных ежегодных мер в рамках Кодекса здравоохранения, который охватывает основной закон, регулирующий систему здравоохранения в Республике Казахстан.

Поскольку разработка Национальных счетов здравоохранения осуществлялась в рамках структуры совместного проекта со Всемирным Банком по институциональной реформе и передаче технологий в сфере здравоохранения в Казахстане, финансирование данного вида деятельности было стабильным. Финансирование периода 2016-2019 гг. предусмотрено Государственной программой развития здравоохранения. Новая программа Всемирного Банка по поддержанию введения Национальных счетов здравоохранения, связанных с Государственной программой, также может предусматривать возможность в будущем получить поддержку Всемирного Банка в работе над Национальными счетами здравоохранения.

В рамках пересмотра структуры управления опыт показывает, что сосредоточение всего руководства в Министерстве здравоохранения, скорее всего, будет отражать их конкретные политики и приоритеты, которые регулируют вопросы предоставления соответствующих данных и в свою очередь обеспечивают устойчивое составление и использование отчётов по Национальным счетам здравоохранения. Более того, близость Министерства должно обеспечить наличие подходящих знаний и опыта.

С другой стороны, отсутствие участия иных подразделений в Министерстве здравоохранения и социального развития или иных министерств и государственных ведомств (на государственном и местном уровнях) может ограничить полезность, а соответственно и использование отчётов, поскольку данные и показатели, скорее всего, обусловлены потребностями Министерства здравоохранения и социального развития. Составление счетов здравоохранения – в дополнение к политике и государственной экспертизе в сфере здравоохранения – требует наличия сильного бухгалтерского учёта и статистических вводных. Команда, работающая с Национальными счетами

здравоохранения, должна отразить это и иметь возможность полностью понимать концепцию и определения ССЗ (которые тесно связаны с Национальными счетами), а также иметь доступ к иным соответствующим источникам данных, находящимся за пределами прямой сферы действия и контроля системы здравоохранения. Рекомендуется организовать более тесное сотрудничество между командой, занимающейся Национальными счетами здравоохранения, и Комитетом по статистике по вопросам использования данных, обсуждений методологических концепций и любой дальнейшей работы по дополнительным счетам.

Для составления и, что более важно, для более широкого распространения и применения Национальные счета здравоохранения в Республике Казахстан могут извлечь выгоду из более основательного Руководящего комитета. Это повлечёт за собой более широкое участие самого министерства в дополнение к представительству от Комитета по статистике и иных соответствующих заинтересованных лиц. Недавний опыт Великобритании и Республики Ирландии в проектах по созданию национальных счетов, основанных на ССЗ 2011, характеризовался тесным сотрудничеством соответствующих государственных ведомств (и внешних лиц – научных учреждений и международных органов) и привёл к более широкому принятию и законности итоговых отчётов.

### 3.3. Процесс составления Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан

В следующем разделе содержится описание существующего в настоящее время цикла сбора данных и составления Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан, включая указание на сроки и ресурсы (трудовые и иные), используемые в рамках процесса, а также используемые инструменты (базы данных, внутреннее программное обеспечение), позволяющие работать с извлечением, увязыванием и хранением источников данных.

В настоящее время составление счетов здравоохранения осуществляется командой, отвечающей за Национальные счета здравоохранения, которая состоит из двух специалистов (штатных сотрудников) Центра экономических исследований при Республиканском центре развития здравоохранения. Процесс может быть разбит на следующие три основных этапа:

- Сбор данных
- Объединение данных и совершение расчётов по счетам здравоохранения
- Составление окончательных таблиц и отчётов.

Следует отметить, что Комитет по статистике при Министерстве национальной экономики также работает над разработкой Вспомогательных счетов здравоохранения. Рекомендуется, чтобы деятельность, связанная с процессом составления Национальных счетов здравоохранения и Вспомогательных счетов здравоохранения (источники данных, методологии, и т.д.) была бы гармонизирована в общих интересах.

#### *Сбор данных*

Составление Национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан, в основном, связано с использованием данных, полученных и опубликованных Министерством финансов, Министерством здравоохранения и социального развития, Министерством экономики (Комитет по статистике), Национальный Банк Казахстана, местные органы здравоохранения, а также информации из базы данных Системы отчётности по кредиторам Комитета по содействию развитию ОЭСР.

Процесс сбора данных начинается 30 января за предыдущий референсный год, пока первые статистические данные по бюджету не будут обнародованы Министерством финансов; весь процесс завершается 16 июля. Также данные из Системы отчётности по кредиторам ОЭСР в отношении внешних доноров. Примерный график сбора данных представлен в Таблице 3.2.

**Таблица 3-1 График сбора данных информации по НСЗ**

Источник	Собранные данные	Дата доступности
Министерство финансов	Отчёт об исполнении бюджета (государственные и местные бюджеты)	30 января
Комитет по статистике при Министерстве национальной экономики	Статистическая форма «Финансово-экономическая деятельность организации здравоохранения» (так называемая форма «Соцфин здрав»)	30 июня
	Статистическая форма «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения» (так называемый «Бюллетень»)	16 мая
	Обзор домохозяйств «Доходы и расходы домохозяйств» (включает также информацию о доходах и расходах населения)	16 апреля
	«Оптовая и розничная торговля» по регионам	30 октября
	Тенденции изменения основных социально-экономических показателей	30 июня
Национальный Банк	Краткий отчёт о страховых выплатах в страховых (перестраховочных) организациях	30 января
	Краткий отчёт о страховых выплатах в страховых (перестраховочных) организациях	30 января
Министерство здравоохранения и социального развития – Комитет по закупке медицинских услуг (Комитет по закупке медицинских услуг)	Реализация Комитетом по закупке медицинских услуг финансового плана по региону, учреждению и типу лечения (бюджетная программа № 011 <sup>1</sup> )	30 января
Министерство здравоохранения и социального развития – Департамент финансов	Информация об осуществлении целевых переводов средств в местные бюджеты для оказания и расширения гарантированного государством объёма медицинской помощи (Бюджетная программа № 010)	30 января
ВОЗ	Информация о расходах на здравоохранение для стран ОЭСР, стран с высоким/средним уровнем развития и других стран	30 сентября
Местные органы здравоохранения	Исполнение местного финансового плана по бюджетной программе, организации здравоохранения и типу лечения (ряд бюджетных программ)	30 июня
	Информация о расходах на амбулаторное лечение и оказание медицинских услуг в сельских районах по организациям здравоохранения и типам лечения (бюджетная программа № 039)	30 июня
Система отчётности кредиторов ОЭСР	Данные по источникам финансирования	1 декабря
Комитет по статистике при Министерстве национальной экономики – региональные	Статистическая форма «Финансово-экономическая деятельность организаций здравоохранения»	15 июля
	Статистическая форма «Финансово-экономическая деятельность организаций здравоохранения»	15 июля
	Обзор домохозяйств «Доходы и расходы домохозяйств»	15 июля
Министерство здравоохранения и социального развития – Департамент организации медицинского обслуживания	Статистический ежегодник Министерства здравоохранения и социального развития	30 июня
	Статистические формы	30 марта

Со временем процесс сбора данных может изменяться, в основном, это происходит вследствие общего реформирования системы здравоохранения, а также изменений и появления новых особенностей непосредственно в рамках самих НСЗ. Например, введение расчёта оплаты медицинских услуг в сельских районах из расчёта на

душу населения в 2013 году привело к передаче функции по распределению финансирования от Комитета по закупке медицинских услуг к местным органам здравоохранения, вследствие чего потребовался дополнительный источник данных «Информация о расходах на амбулаторное лечение и медицинское обслуживание в сельских районах по организациям и видам лечения». Расчёт показателей эффективности и разбивка данных с 2013 года и далее также обусловили необходимость в сборе дополнительных данных от Комитета по статистике, включая его региональные отделения.

Учитывая будущие сложности, введение Социального страхования здоровья непременно приведёт к пересмотру требований и механизмов отчётности, при этом расширенная роль будет предусмотрена для государства и отделений нового Фонда социального страхования здоровья. В связи с этим будет необходимо скорректировать процесс формирования НСЗ с учётом указанных изменений.

В настоящее время команда по НСЗ столкнулась с серьёзной проблемой, связанной с неполнотой данных, предоставляемых местными органами здравоохранения. В связи с этим рекомендуется создать соответствующую официальную форму отчётности, согласно которой местные органы здравоохранения должны своевременно передавать данные в Министерство здравоохранения и социального развития. Как правило, соблюдается баланс, при котором рекомендуется не создавать новые инструменты для сбора данных, а использовать и усовершенствовать существующие информационные потоки.

Другая сложность связана с Отчётом об исполнении бюджета, который в настоящее время предоставляется Министерством финансов лишь в сокращённом виде, т.е. только на пятом уровне функциональной группы, который ограничен сектором здравоохранения. Поскольку существует ряд статей бюджета, касающихся расходов на здравоохранение и в других функциональных группах (например, образование, социальные вопросы), такой вид отчёта представляется недостаточным для составления полноценных НСЗ. В связи с этим рекомендуется, чтобы Министерство финансов готовило полную версию Отчёта об исполнении бюджета и предоставляло её Министерству здравоохранения и социального развития / команде НСЗ.

Наконец, для целей анализа НСЗ и интерпретации итогов будет полезно получать данные из обзоров домохозяйств, разбитые по доходам (по крайней мере, чтобы результаты были представлены десятками или квинтилями).

### ***Составление и расчёт по счетам здравоохранения Республиканским центром развития здравоохранения***

Республиканский центр развития здравоохранения проводит составление счетов в период с августа по начало ноября. По завершении подготовки таблиц по НСЗ данные далее разбиваются, а также производится расчёт показателей производительности. Основные процессы составления счетов, включая преобразование данных и методологию, подробно описаны в Главе 5.

Переход на методологию ССЗ 2011 привёл к появлению некоторых новых категорий и изменил порядок распределения расходов между некоторыми категориями, что привело к перерасчёту таблиц по НСЗ за 2010-2013 гг.

В настоящее время процесс формирования НСЗ Республики Казахстан и создание стандартных перекрёстных таблиц в основном осуществляется с использованием программы MS Excel. Для выгрузки некоторых частей необходимых данных используются национальные базы данных по здравоохранению. Сейчас проводится оценка возможности и пригодности использования следующего программного обеспечения: Инструмента ВОЗ для составления счетов здравоохранения (НАРТ)<sup>2</sup> для формирования НСЗ за 2015 год и,

возможно, Инструмента для анализа счетов здравоохранения (НААТ) для проведения анализа. Инструмент для составления счетов здравоохранения, в основном, представляет собой средство управления данными, который был разработан для стран с низким и средним уровнем доходов для применения счетов здравоохранения в стандартизированном формате ССЗ 2011. Данный инструмент может оказаться очень полезным в случаях, когда составление счетов здравоохранения находится на начальной или ранней стадии развития, а основные источники данных и правила распределения относительно просты. Поскольку базы данных по источникам становятся более сложными и взаимосвязанными, требующими сложного программного обеспечения для обработки статистических данных и управления данными, может возникнуть необходимость в разработке специальной базы данных по НСЗ, обладающей необходимой гибкостью.

Так обстоят дела в странах ОЭСР. Здесь были созданы локализованные для каждой страны решения, которые обычно зависят от характера и структуры ключевых источников данных, существующей инфраструктуры ИТ и навыков использования информационных технологий, которыми обладают бухгалтеры в сфере здравоохранения. Например, Германия, где обычно используют принцип восходящего анализа, производит расчёт отдельных статей расходов и ключей распределения в программе MS Excel, однако использует функциональность по управлению базами данных MS Access для проведения расчётов по трём ключевым таблицам счетов здравоохранения. База данных была расширена, чтобы обеспечить распределение расходов на здравоохранение между провайдерами, исходя из типа заболевания, возраста и пола пациента. Австрия использует инструмент SAS для выгрузки операций, касающихся медицинского обслуживания, из публичных источников и дополняет эту информацию расчётами, осуществляемыми вручную в программе MS, по некоторым операциям. Все статьи расходов объединяются в трёхмерную кубическую модель данных с временным рядом до 1990 года в программе Excel. Во многих других странах ОЭСР используются аналогичные подходы, отличающиеся по уровню сложности.

### ***Подготовка финальных таблиц и отчётов Республиканским центром развития здравоохранения***

В конце года выпускается, переводится и публикуется финальный отчёт, который включает годовой отчёт по НСЗ и обзор динамики расходов на здравоохранение с 2010 года.

## **3.4. Сотрудничество между Республиканским центром развития здравоохранения и другими органами**

### ***Комитет по закупке медицинских услуг (КЗМУ)***

Комитет по закупке медицинских услуг является подразделением Министерства здравоохранения и социального развития, отвечающим за распределение средств на оказание услуг в рамках части гарантированного государством объёма медицинской помощи. Он координирует свою роль с отделениями на областном и городском уровне, а региональные отделения Комитета по закупке медицинских услуг заключают контракты с провайдерами медицинских услуг и оплачивают их услуги через отчисления, осуществляемые центральным комитетом.

Комитет по закупке медицинских услуг устанавливает и регулирует тарифы, правила и положения, касающиеся закупки услуг. Для услуг (в рамках гарантированного государством объёма медицинской помощи) вводятся различные региональные корректировки: для первичной медицинской помощи они основываются на выплатах на душу населения с региональными коэффициентами (например, в зависимости от климата,

экологических зон, сельских районов и т.д.); для стационарного лечения существует система выплат, построенная на диагностически связанных группах, с применением региональных корректировочных коэффициентов. В случае предоставления и оплаты услуг, выходящих за рамки гарантированного государством объема медицинской помощи, Комитет по закупке медицинских услуг не может повлиять на установленные тарифы. Платежи за лекарственные средства находятся вне сферы полномочий Комитета по закупке медицинских услуг, за них отвечает Департамент финансов Министерства здравоохранения и социального развития и местные органы здравоохранения.

В рамках передачи данных провайдеры медицинских услуг в Казахстане, получающие оплату по системе диагностически связанных групп, обязаны передавать данные по услугам, расходам и диагнозам в Республиканский центр электронного здравоохранения (РЦЭЗ)<sup>3</sup>. Каждое обращение, передаваемое провайдером медицинских услуг, проверяется региональным отделением Комитета по закупке медицинских услуг, и оплата осуществляется в течение 45 дней. С учётом запланированного введения Социального страхования здоровья по Государственной программе предполагается, что новый Фонд социального страхования здоровья (и его местные филиалы) будут играть все более важную роль.

Что касается участия в цикле формирования НСЗ, исторически Комитет по закупке медицинских услуг не играл непосредственную роль в этом процессе<sup>4</sup>, а выступал в качестве ключевого провайдера данных для Республиканского центра развития здравоохранения в форме реализованных планов финансирования по регионам, учреждениям и видам лечения (Бюджетная программа № 011). В настоящее время результаты НСЗ, в частности, оценка объема региональных расходов на здравоохранение, непосредственно не распределяются и не обсуждаются с Комитетом по закупке медицинских услуг. Комитет проводит собственный экономический анализ (например, прогнозирование) в целях правильного планирования и оценки своей работы.

### ***Областные / городские департаменты здравоохранения***

Основная роль органов здравоохранения на местном уровне заключается в реализации общегосударственной политики и организации предоставления медицинских услуг. В отношении финансирования и оплаты медицинских услуг существуют два механизма; заключение контрактов и оплата услуг финансируется через целевые выплаты на федеральном уровне и медицинские услуги, которые напрямую финансируются на местном уровне (см. Раздел 2.1). Также региональные отделения Комитета по закупке медицинских услуг заключают контракты с провайдерами и оплачивают оказанные услуги, но данная деятельность не должна рассматриваться в качестве республиканских расходов.

Местный бюджет покрывает расходы на первичную медицинскую помощь и часть стационарного лечения, касающегося социально значимых заболеваний (например, СПИД, туберкулёз, наркомания, психические заболевания, инфекционные заболевания и т.д.). Дополнительные услуги, в частности, оплачиваемые из местного бюджета, включают оплату препаратов крови, пропаганды здорового образа жизни, неотложной помощи и лечения патологических заболеваний.

Все областные и городские департаменты следуют одной и той же процедуре: общие требования по бюджету подготавливаются ежегодно в мае (на следующий год) и затем подлежат одобрению местным парламентом («Маслихат») (представителями центральных органов); он основывается на предыдущем бюджете с учётом прогнозов на будущие периоды и инфляции; для различных программ существуют дополнительные бюджеты. У каждой области существуют свои потребности в отношении бюджета на здравоохранение (например, в Астане высокий уровень онкологических заболеваний, в областях рядом с Аральским морем наблюдаются экологические проблемы и т.д.), которые

учитываются Министерством здравоохранения и социального развития. После одобрения бюджета заключаются контракты с государственными и частными провайдерами медицинских услуг (в рамках аналогичной процедуры).

В отношении требований к отчётности каждый провайдер медицинских услуг, получающий выплаты по системе диагностически связанных групп, отчитывается по всем видам расходов (как предусмотрено в приложении к их контракту на оказание услуг), а также по процедурам и диагнозам по каждому случаю обращения пациента. На ежеквартальной основе в региональные филиалы Республиканского центра электронного здравоохранения направляются отчёты по инфраструктуре.

Хотя департаменты здравоохранения и являются источником большинства данных для НСЗ, участие местных департаментов здравоохранения и их осведомлённость относительно НСЗ представляется весьма ограниченной. Учитывая, что распределение и использование медицинских услуг осуществляется на областном / городском уровне, сами отчёты по НСЗ должны представлять интерес и использоваться местными департаментами здравоохранения в целях проведения анализа региональных различий. По существу, информационная кампания Республиканского центра развития здравоохранения/Министерства здравоохранения и социального развития по повышению уровня осведомлённости относительно НСЗ и подчёркивание важности получения данных на региональном уровне может дать свои плоды при обеспечении качества и расширении использования отчётов по НСЗ.

#### ***Комитет по статистике при Министерстве национальной экономики***

Департамент национальных счетов Комитета по статистике при Министерстве национальной экономики отвечает за подготовку ежегодных и ежеквартальных прогнозов по ВВП, включая региональные счета, а также Таблицы по снабжению и использованию и Таблицы вводных/выводных данных. В контексте НСЗ Комитет по статистике преимущественно рассматривается в качестве провайдера данных (см. Таблица 3.1). В настоящее время между Комитетом и Республиканским центром развития здравоохранения наблюдается отсутствие или незначительный уровень сотрудничества, несмотря на использование одних и тех же источников данных. Однако существует общее понимание НСЗ и того, что они могут предоставить в отношении связанной с политикой информацией для сектора здравоохранения.

Важно отметить, что в отношении работы, которая дублируется в части НСЗ, Департамент национальных счетов Комитета по статистике сотрудничал с Агентством по статистике Германии (Destatis) и иными учреждениями в рамках финансируемого Всемирным Банком проекта «КАЗСТАТ: Укрепление национальной статистической системы в Казахстане (2011-2017)». Часть данного проекта касается создания спутниковых счетов. По данному вопросу их консультировал Герт Ахлерт (GWS Osnabrück). Хотя, в основном, работа была сфокусирована на создании спутникового счета по туризму, первые шаги в направлении спутниковых счетов по здравоохранению уже были предприняты. Это важно, поскольку в данном проекте также используются ССЗ 2011 в качестве их основы в целях создания таблиц по снабжению и использованию, как предлагается в Приложении В к руководству по ССЗ 2011. Учитывая данные особенности, рекомендуется наладить более тесное сотрудничество между Республиканским центром развития здравоохранения и Департаментом национальных счетов Комитета по статистике. Хотя спутниковые счета по здравоохранению сфокусированы на производстве товаров и услуг для сферы здравоохранения, важно отразить это с данными по потреблению, как это измеряется в НСЗ.

Наконец, существует ряд возможных областей для сотрудничества при разработке и использовании данных по сфере здравоохранения, которые могли бы быть

полезны для Республиканского центра развития здравоохранения при урегулировании государственного и частного потребления. Более подробное обсуждение описано в Главе 4.

### 3.5. Стратегия информационного обеспечения НСЗ в Республике Казахстан

Республиканский центр развития здравоохранения переводит ежегодные результаты НСЗ на казахский, русский и английский языки и передаёт их в Министерство здравоохранения и социального развития в конце каждого календарного года в соответствии с графиком, установленным для официальной отчётности (см. Раздел 3.2). Результаты содержат полный набор таблиц по НСЗ, годовой отчёт по НСЗ и отдельный обзор динамики расходов на здравоохранение с 2010 года. Годовой отчёт обычно включает в себя следующие разделы:

- Обзор источников данных и методологии
- Обзор расходов на здравоохранение за отчётный год, включая:
  - Схемы финансирования здравоохранения
  - Провайдеры медицинских услуг
  - Функции здравоохранения
- Динамика расходов на здравоохранение с 2010 года
- Расходы на здравоохранение по регионам
- Анализ производительности
- Выводы

Министерство здравоохранения и социального развития размещает годовой отчёт в открытом доступе на своём официальном вебсайте на трёх языках в начале последующего года (т.е. Отчёт по НСЗ за 2013 год был опубликован в начале 2015 года). Также результаты по НСЗ передаются во Всемирный Банк и ВОЗ для опубликования в их соответствующих отчётах и базах данных.

По завершении проекта Всемирного Банка по институциональной реформе и передаче технологий в сфере здравоохранения Казахстана в ноябре 2015 года была проведена конференция, собравшая вместе основных партнёров, а также руководителей или заместителей руководителей местных органов здравоохранения. Была сделана презентация по проекту НСЗ с изложением основных результатов и пост-проектных планов в целях обеспечения устойчивости процесса.

Более широкое распространение счетов здравоохранения может принести пользу и усилить различные этапы цикла формирования НСЗ. В целом, следует повысить уровень осведомлённости Министерства национальной экономики и иных органов, не входящих в систему здравоохранения, относительно НСЗ. Можно предусмотреть более значительные стимулы в рамках процесса по НСЗ со стороны провайдеров данных (как на государственном уровне, так и на уровне областных местных органов здравоохранения при Комитете по закупке медицинских услуг), призванные усовершенствовать понимание их роли и вклада в окончательный набор результатов. В частности, местные органы здравоохранения могут быть заинтересованы в данных, разбитых по областным / городским советам и включённым в отчёты, для проведения собственного анализа и сравнения уровня производительности и т.д. Это, в свою очередь, также может привести к получению точных данных.

В частности, сотрудничество с Комитетом по статистике при Министерстве национальной экономики может способствовать дальнейшему усовершенствованию методологии и приданию результатам и показателям НСЗ большей актуальности с более широкой экономической точки зрения. Расширенное сотрудничество с Комитетом по статистике при Министерстве национальной экономики по НСЗ также придаст уверенности со стороны Министерства национальной экономики, что потенциально приведёт к более широкому использованию НСЗ для определения параметров политики за пределами Министерства здравоохранения и социального развития. Все это представляется более релевантным, поскольку существуют спутниковые счета по здравоохранению, которые разрабатываются Комитетом по статистике со многими аналогичными источниками данных и, конечно же, концепциями национального учёта. В связи с этим рекомендуется определить график мер по гармонизации процесса разработки НСЗ и спутниковых счетов по здравоохранению на благо и тех, и других. С точки зрения пользователя важно иметь возможность для понимания различных подходов и потенциального использования политики обоих вариантов.

В настоящее время результаты НСЗ широко не обнародуются среди внешних органов. Из тридцати различных профессиональных ассоциаций / ассоциаций провайдеров медицинских услуг лишь у некоторых есть возможность по обсуждению вопросов, затрагиваемых в отчётах, хотя с течением времени ситуация может измениться. Рекомендуется и далее распространять результаты НСЗ среди медицинских университетов и исследователей в сфере здравоохранения для целей образования и возможного вклада и обсуждений на тему источников данных, методологии и анализа.

Отчётность по результатам НСЗ сильно отличается в разных странах ОЭСР. Некоторые страны ограничивают прямое национальное влияние на счета здравоохранения посредством предоставления части их данных о расходах на здравоохранение в рамках Формы совместного обследования счетов здравоохранения (ЖНАО), ежегодный сбор данных по счетам здравоохранения трёх международных организаций (ОЭСР, ВОЗ и Европейская Комиссия) без активного вовлечения в раскрытие национальной аудиторией непосредственно самих результатов. Однако, большинство стран публикуют свои результаты, хотя формат и сфера их публикаций различаются. Они могут варьироваться от простого опубликования сырых данных на вебсайте в сопровождении с короткой отсылкой на ежегодное производство обширных аналитических публикаций, представленных на пресс-конференции с участием приглашённых представителей высшего руководства. Например, Канадский институт информации по здравоохранению создал Базу данных по национальным расходам на здравоохранение, что включает в себя показатели расходов для всех ключевых параметров на региональном уровне, и ежегодно публикует подробные аналитические отчёты и прогнозы по расходам на здравоохранение<sup>5</sup>. Другой пример – Директорат по исследованиям, оценке и статистике (DREES) при Министерстве здравоохранения Франции ежегодно подготавливает подробную аналитическую публикацию<sup>6</sup> по расходам на здравоохранение и соответствующим трендам, презентация которой проходит в рамках встречи на высшем уровне с участием министра здравоохранения, а также заинтересованных лиц из правительства, научных организаций, провайдеров медицинских услуг и профессиональных медицинских ассоциаций. Очевидно, что более существенный политический стимул и участие повышают профиль и статус отчётов по счетам здравоохранения.

В отношении международного распространения информации, в дополнение к осуществляемому в настоящее время представлению совокупных данных в ВОЗ и Всемирный Банк, Казахстану рекомендуется принимать участие в ежегодном Совместном опроснике по счетам здравоохранения. Это позволит обеспечить то, что к НСЗ Республики Казахстан будут применяться те же активные процедуры подтверждения и включения данных наряду со счетами здравоохранения стран-членов ОЭСР и ключевых стран с

развивающейся экономикой в базу данных ОЭСР по статистике в сфере здравоохранения и соответствующие публикации.

### 3.6. Текущее использование НСЗ в процессе формирования политики

В настоящее время отчёты НСЗ в основном используются Министерством здравоохранения и социального развития при предоставлении обоснований для предстоящих реформ в сфере здравоохранения. Именно так обстояло дело с предложенным законодательством о Социальном страховании здоровья с точки зрения анализа структуры финансирования системы здравоохранения. Повторное введение Социального страхования здоровья является частью более широкого стратегического плана Президента по вхождению Казахстана в группу 30 стран с наиболее развитой экономикой к 2050 году. Это связано со вторым основным преимуществом приведения НСЗ в соответствие с методологией и сферой действия ССЗ 2011 в целях усиления их роли в качестве инструментов для эталонного сравнительного анализа с другими странами, в основном с ведущими индустриально развитыми странами ОЭСР. В настоящее время расходы на здравоохранение в Казахстане весьма незначительные, гораздо меньше, чем в Эстонии, самый низкий показатель среди стран ОЭСР. В Главе 6 представлены результаты скорректированного набора счетов здравоохранения Казахстана в сравнении со странами ОЭСР и другими сопоставляемыми странами.

Подводя итог вышесказанному, НСЗ Республики Казахстан могут дать упрощённый набор показателей по расходам на здравоохранение и его финансированию, которые может играть важную роль для международных и национальных целей, например, эти показатели могут дать ценную информацию и оказать поддержку в процессе переговоров по годовому бюджету с Министерством финансов. При этом считается, что существуют незначительные доказательства регулярного или обширного использования НСЗ в Республике Казахстан при формировании политики в сфере здравоохранения в Министерстве здравоохранения и социального развития или за его пределами. В этом ключе, безусловно, можно улучшить применимость результатов НСЗ для политиков за счёт более обширных и масштабных публикаций, а также издания кратких обзоров и аналитических записок, содержащих ключевые пункты, наряду с основным годовым отчётом по НСЗ.

Для достижения указанной цели необходимо повысить точность и сопоставимость статистических данных (не только в НСЗ, но и в статистических данных по здравоохранению в целом), которые могут помочь сформировать показатели системы здравоохранения (например, Глава 7). В настоящее время был выявлен ряд отклонений от методологии ССЗ 2011 в НСЗ Республики Казахстан (см. последующие три главы), в связи с чем рекомендуется обеспечить их применение для повышения общего качества данных. Однако также важно обеспечить ведение расходных статей по каждой стране (например, идентификация расходов на медицинское обучение) в целях реагирования на вопросы национальной политики.

Актуальность НСЗ в Республике Казахстан также может быть улучшена, для чего потребуются незначительные дополнительные меры, заключающиеся в предоставлении предварительных прогнозов (по государственным и частным расходам) для *t-1* только в течение трёх месяцев по окончании отчётного периода. Для директивных органов важно иметь доступ к актуальным данным о расходах на здравоохранение, особенно в процессе бюджетного мониторинга и переговоров по формированию бюджета.

Были выявлены определённые сферы развития, касающиеся счетов здравоохранения, которые могут улучшить применимость и влияние НСЗ Республики Казахстан. Некоторые меры уже были предприняты, например, была начата работа по

мерам производительности на национальном и региональном уровнях. Конечно же, дополнительная работа на региональном уровне открывает некоторые дополнительные возможности, а именно установление связи с информацией о доходах и выявление неудовлетворённых потребностей. С этим также связан вопрос с разбивкой расходов на здравоохранение по различным параметрам (т.е. по заболеваниям, возрасту и полу) для предоставления информации о распределении ресурсов и в контексте удовлетворения будущих потребностей по мере развития демографической и эпидемиологической модели. Доступность данных уже на уровне больницы должна сделать этот первый шаг осуществимым.

## Примечания

- <sup>1</sup> Далее – номера бюджетных программ соответствуют кодам 2015 года.
- <sup>2</sup> <http://www.who.int/health-accounts/tools/НАРТ/en/>
- <sup>3</sup> До 2014 г. Республиканский центр электронного здравоохранения являлся подразделением Республиканского центра развития здравоохранения. С 2014 г. он стал отдельным учреждением при Министерстве здравоохранения. Теперь при Министерстве здравоохранения существуют два системных учреждения – Республиканский центр развития здравоохранения и Республиканский центр электронного здравоохранения.
- <sup>4</sup> Однако в результате реорганизации, проводимой в настоящее время в рамках Министерства здравоохранения, на момент подготовки настоящего доклада Комитет по закупке медицинских услуг отвечает за НСЗ в Министерстве здравоохранения.
- <sup>5</sup> <https://www.cihi.ca/en/spending-and-health-workforce/spending>
- <sup>6</sup> <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/comptes-nationaux-de-la-sante/article/les-depenses-de-sante-en-2014-resultats-des-comptes-de-la-sante>

### *Использованная литература*

- Kulzhanov M.K., S.T.Tanirbergenov, D.M. Kaskirbaeva and A.A. Nurgozhayev (2011), “National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan. An overview on health expenditure for 2010 year”, RCHD MOH RK – Astana, 2011.
- Maeda, A., M. Harrit, S. Mabuchi, B. Siadat and S. Nagpal (2012), “Creating Evidence for Better Health Financing Decisions: A Strategic Guide for the Institutionalization of National Health Accounts”, Directions in Development –Human Development, World Bank, Washington, DC, доступно на сайте <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13141> License: CC BY 3.0 IGO.
- Shoranov M.E., S.T. Tanirbergenov, A.K.Saparbekova and A.B.Abeuov (2014), “National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan. A report on health care expenditure for the years 2010-2013”, RCHD MOHSD RK, - Astana, 2014, 81p.
- WHO, World Bank and USAID (2003), “Guide to Producing National Health Accounts with Special Applications for Low-income and Middle-income Countries”, WHO, Geneva, доступно на сайте [http://www.who.int/nha/docs/English\\_PG.pdf](http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf).

## Глава 4. Отчетность и источники данных

*Информация по национальным счетам здравоохранения обычно собирается и публикуется в виде набора подробных перекрестных таблиц, охватывающих основные аспекты функций, поставщиков и финансирование, в дополнение к информации о доходах, коэффициентах резервирования и капитальных расходах.*

*В этой главе рассматривается текущий уровень детализации отчетности национальных счетов здравоохранения Казахстана в сравнении с международным сбором данных. Здесь также анализируются текущие источники данных по различным схемам финансирования, и в соответствующих случаях предлагается ряд рекомендаций.*

## 4.1. Отчетность

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) в Республике Казахстан (РК) в целом отражают понятия, границы и классификации Системы счетов здравоохранения 2011 (ССЗ 2011). В некоторых случаях уровень отчетности выходит за минимальные рамки международно-рекомендуемого для получения более детального уровня дезагрегации, необходимого в национальном контексте. Это относится к статьям отчетности, выходящим за рамки основной системы ССЗ 2011 (например, расходы на капиталовложения, расходы на образование, НИОКР). Это также справедливо в отношении более детальной разработки действующих категорий ССЗ 2011, например, подробный список специализированных больниц. В Приложении 1 дается описание уровня детальности в отчетности НСЗ РК по функциям (НС), поставщикам услуг (НР) и финансированию (НФ), а также дополнительная классификация доходов схем финансирования (FS) и факторов предоставления услуг (FP). В Главе 6 предлагаются рекомендации относительно корректировки официальных данных по расходам на здравоохранение НСЗ РК с целью повышения сопоставимости с данными, публикуемыми странами ОЭСР.

Что касается текущего уровня детальности, отчетность в Казахстане выходит за рамки, имеющиеся во многих странах ОЭСР как с точки зрения измерений, так и категорий в каждом из них. В 2014 г. НСЗ РК состояли из:

- трех основных таблиц (НСxНФ, НСxНР, НРxНФ)
- таблицы доходов схем финансирования здравоохранения (НФxFS)
- факторов предоставления услуг (FP)
- расходов на здравоохранение в региональном разрезе по функциям

Большинство стран ОЭСР в состоянии формировать только три основные таблицы, и меньше половины из них – представлять данные в таблице доходов схем финансирования здравоохранения (НФxFS)<sup>1</sup>. Что касается стран Европейского союза, **Постановление Еврокомиссии (ЕУ) 2015/359 относительно выполнения Постановления (ЕС) № 1338/2008** требует от стран ЕС направлять отчетность только по трем основным таблицам. Среди стран ОЭСР только в Канаде, судя по всему, действует более широкая система отчетности, так как Канада также регулярно отчитывается по таблице капитала.

Что касается уровня разработки в каждом из измерений здравоохранения, здесь состояние НСЗ РК также в целом очень неплохое.

- В отношении **схем финансирования здравоохранения (НФ)**, НСЗ РК охватывают все важнейшие категории, за исключением схем финансирования некоммерческими учреждениями (НФ.2.2) и разбивки частных расходов домохозяйства (НФ.3) на прямые расходы с учетом софинансирования с другими схемами (НФ.3.2) и без его учета (НФ.3.1). Последнее является важной информацией для полноты учета корзины государственных льгот и может помочь в оценке последствий от тех или иных предполагаемых реформ. Помимо рекомендованного ССЗ 2011, НСЗ РК предлагают очень детальный обзор государственных схем финансирования с указанием конкретных республиканских министерств на уровне 4-го знака классификации финансирования (НФ).
- В отношении **функций здравоохранения (НС)**, НСЗ РК охватывают большинство наиболее важных категорий и дополнительно включают категории расходов по капиталовложениям, образованию и НИОКР. В счетах здравоохранения не хватает более детального учета расходов и лекарственных средств для длительного ухода (LTC). И если в расходах здравоохранения категория длительного ухода в

Казахстане сегодня занимает весьма незначительное место, то было бы немаловажно провести различия между рецептурными и безрецептурными лекарствами с точки зрения сферы их применения.

- В отношении **поставщиков услуг здравоохранения (НР)**, НСЗ РК показывают все соответствующие категории и включают дополнительные категории в целях распределения расходов дополнительных категорий (НС) на капиталовложения, образование и НИОКР. Для некоторых категорий уровень детализации очень подробный, например, классификация по видам специализированных учреждений (НР.1.3) или амбулаторных медицинских центров (НР.3.4).
- Отчетность по **доходам схем финансирования (ФС)** зависит от характера системы здравоохранения и уровня отчетности по схемам финансирования (НФ). НСЗ РК предоставляют информацию по всем требуемым категориям, что позволяет проводить осмысленный анализ источников.
- В отношении **факторов предоставления услуг здравоохранения (ФР)**, НСЗ РК формируются на высоком уровне агрегирования. Потребуется дополнительный, более тщательный анализ, чтобы понять, насколько справедливо исключение профессионального вознаграждения самозанятых (ФР.2). Однако факторы предоставления услуг рассчитываются только для агрегированного показателя расходов (и выражаются в процентах от расходов) без конкретной детализации поставщиков услуг. При этом следует отметить, что уровень детальности отчетности выше, чем в большинстве стран ОЭСР<sup>2</sup>.
- **Счет капитала (НК)** в НСЗ РК в настоящее время не формируется. При этом, в качестве отправной точки для начала самого предварительного формирования отчетности по приобретению активов, следовало бы некоторые дополнительные категории НС переместить в категории НК.

Своевременность отчетности и публикация НСЗ РК представляются очень хорошими. Все три основные таблицы формируются и публикуются РЦРЗ в течение примерно 12 месяцев после окончания отчетного года. Это лучше, чем в странах ОЭСР, которые предоставляют отчетность в объединенной Форме совместного обследования счетов здравоохранения (ЖНАQ)<sup>3</sup> не позднее 15 месяцев. При этом ряд стран ОЭСР публикуют свои счета здравоохранения на национальном уровне до направления данных в ОЭСР. В настоящее время НСЗ РК не включают в себя предварительные оценки агрегированных показателей расходов на здравоохранение. Ввиду растущей потребности разработчиков политики в своевременных данных все большее число стран ОЭСР готовят предварительные оценки не позднее полугодия после окончания отчетного периода. НСЗ РК следовало бы рассмотреть возможность взять эту практику на вооружение.

## 4.2. Источники данных

Подобно многим странам ОЭСР, НСЗ РК в качестве отправной точки формирования всех трех измерений системы (НС, НР, НФ) пользуются главным образом информацией от схем финансирования.

Для государственного сектора основными источниками данных являются:

- республиканский бюджет Республики Казахстан (НФ.1.1.1), а также
- региональные бюджеты 16 областей (14 областей и 2 городов) (НФ.1.1.2)

Для частного сектора в числе основных источников данных:

- Статистика Национального банка Казахстана по добровольным страховым взносам (HF.2.1);
- Обследование бюджетов домашних хозяйств в отношении частных прямых расходов (HF.3), которое проводится Комитетом по статистике;
- Частное потребление, измеряемое в системе национальных счетов для частных прямых расходов (HF.3) на основе данных Комитета по статистике;
- Статистические данные «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения Республики Казахстан» – Серия 14 социальной статистики, на основе данных Комитета по статистике для расходов здравоохранения по схемам, финансируемым предприятиями (HF.2.3);
- Статистические данные «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в Республике Казахстан» – Серия 14 социальной статистики, на основе данных Комитета по статистике для финансирования со стороны остальной части мира (HF.4), а также
- «Система отчетности кредиторов» базы данных Комитета по содействию в развитии ОЭСР в отношении финансирования со стороны остальной части мира (HF.4)

Как и в случае большинства стран ОЭСР, в НСЗ РК используются дополнительные источники данных и информации для отнесения данных о расходах конкретной схемы финансирования на другие главные измерения счетов здравоохранения – функции здравоохранения (НС) и поставщики услуг здравоохранения (НР). Методологии отнесения описываются в Главе 5.

За рамками основной системы счетов в НСЗ РК используется сочетание различных источников данных с целью выявления источников доходов схем финансирования (FS), а для определения различных факторов предоставления услуг (FP) счета полагаются исключительно на отчет Комитета по статистике «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в Республике Казахстан».

### ***Государственные схемы и схемы финансирования на основе обязательных отчислений на здравоохранение (HF.1)***

Источники данных по государственным (обязательным) схемам финансирования

- республиканский бюджет РК (HF.1.1.1)
- местные бюджеты 16 регионов (HF.1.1.2)

В 2014 году, в последнем имеющемся отчетном периоде, схемы на основе солидарных отчислений на обязательное медицинское страхование (HF.1.2) в Казахстане не существовало. Однако ввиду предполагаемого в 2017 году введения социального медицинского страхования (СМС) преобладающая часть государственных расходов будет проходить по этой статье (HF.1.2.1). Дополнительных категорий обязательных схем, таких как обязательное частное медицинское страхование (HF.1.2.2) или обязательные медицинские сберегательные счета (HF.1.3), в системе здравоохранения Казахстана в настоящее время не существует. Тем не менее, как показывает статистика Национального банка Казахстана по страховой деятельности, некоторые обязательные схемы частного страхования можно было бы потенциально отнести к HF.1.2.2. Сюда относятся, например, обязательное страхование ответственности владельцев автомобильных средств или страхование от несчастных случаев. Таким образом, рекомендуется провести дальнейший анализ, чтобы выяснить, поступает ли от этих разновидностей страхования финансирование некоторых товаров или услуг здравоохранения. При этом следует

исключить все страховые выплаты на возмещение дохода или компенсации вреда или принесенных страданий, которые не связаны с потреблением товаров и услуг здравоохранения.

### *Государственный бюджет Республики Казахстан*

Государственный бюджет РК анализируется, и выявляются все соответствующие статьи расходов здравоохранения. Статьи определяются по многозначному численному коду, в котором первые две цифры указывают на основное назначение (05 для здравоохранения) бюджетной статьи. Соответствующие разделы бюджета предоставляются Министерством финансов примерно через два месяца<sup>4</sup> после окончания отчетного года, который в Казахстане совпадает с календарным. Каждая отдельная статья приводится в значении денежной стоимости.

Аналогичный подход используется и в целом ряде стран ОЭСР. Тем не менее, такой способ может приводить к некоторым неточностям в определении расходов здравоохранения и зависит от уровня детальности статей бюджетной строки. Некоторые виды деятельности в системе здравоохранения могут включаться в статьи строк, не имеющих здравоохранение в качестве основного назначения. Например, услуги здравоохранения для заключенных могут быть скрыты в статье «затраты на содержание тюремных служб» – бюджетной статье, не отнесенной по бюджетной классификации к основной функции «здравоохранения». С другой стороны, некоторые из статей в строке «здравоохранение», включающие в себя дополнительные услуги, например, связанные с социальной помощью, могут быть переоценены.

Анализ бюджета следует проводить на ежегодной основе, так как бюджетные статьи и их содержание нередко меняются. Кроме того, рекомендуется руководствоваться всем имеющимся бюджетом, а не только выдержками, поскольку бюджетные статьи могут перемещаться из-за изменений в распределении ответственности или функциях. В НСЗ РК 2014 года государственный бюджет содержит 35 статей, из них в 32 в качестве основного назначения было указано «здравоохранение (05)», а в 3 – «образование (04)». Эти статьи бюджета проходили по ведомству следующих государственных органов власти:

- Министерство здравоохранения и социального развития (19 статей по «здравоохранению» и 3 – по «образованию»)
- Министерство обороны (1 статья по «здравоохранению»)
- Министерство внутренних дел (4 статьи по «здравоохранению»)
- Министерство образования и науки (1 статья по «здравоохранению»)
- Министерство культуры и спорта (1 статья по «здравоохранению»)
- Министерство национальной экономики (2 статьи по «здравоохранению»)
- Управление делами президента (4 статьи по «здравоохранению»)

Среди всех государственных органов власти МЗСР играет, несомненно, важнейшую роль, занимаясь финансированием части компонентов ГОБМП напрямую (например, стационарной медицинской помощи) или путем трансферта требуемых средств регионам. Однако последняя операция рассматривается только как трансферт от государственных органов региональным схемам финансирования (HF.1.1.2xFS.1.1).

В Таблице 4.1 показаны отраслевые статьи МЗСР за 2014 г. Наиболее важными бюджетными статьями являются расходы на специализированную медицинскую помощь и высокоспециализированную медицинскую помощь.

Таблица 4-1 Выдержки из статей государственного бюджета, используемых для НСЗ

Коды ЕБК			Наименование
1			2
<b>05</b>			<b>Здравоохранение</b>
	<b>2</b>		<b>Охрана здоровья населения</b>
		009	Хранение специального медицинского резерва
		011	Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением направлений, финансируемых на местном уровне
		100	Оказание специализированной медицинской помощи
		101	Оказание высокоспециализированной медицинской помощи
		102	Оказание медицинской помощи в форме санитарной авиации
		103	Оказание услуг по производству крови, ее компонентов и препаратов
		104	Пропаганда здорового образа жизни
		105	Оказание медицинской помощи с применением инновационных медицинских технологий
		111	Проведение мероприятий в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы
	<b>9</b>		<b>Прочие услуги в области здравоохранения</b>
		013	Прикладные научные исследования в области здравоохранения
		016	Капитальные расходы государственных организаций здравоохранения на республиканском уровне
		017	Строительство и реконструкция объектов здравоохранения
		018	Услуги по судебно-медицинской экспертизе
		019	Создание информационных систем здравоохранения
		020	Реформирование системы здравоохранения
		004	За счет внешних займов
		016	За счет софинансирования внешних займов из республиканского бюджета
		021	Внедрение международных стандартов в области больничного управления
		023	Увеличение уставных капиталов акционерных обществ в области здравоохранения
		024	Целевой вклад в АОО «Назарбаев Университет»
		104	Борьба с наркоманией и наркобизнесом
		126	Капитальный, средний и текущий ремонт объектов здравоохранения в рамках Дорожной карты занятости 2020
<b>04</b>			<b>Образование</b>
			Подготовка и переподготовка персонала организаций здравоохранения
			Подготовка специалистов с высшим и послевузовским образованием и оказание социальной поддержки учащимся
			Обучение в технических и профессиональных организациях, послесреднее образование и оказание социальной поддержки учащимся

Источник: Министерство финансов, Казахстан

Участие других республиканских министерств гораздо более ограничено. Министерство обороны финансирует лечение военнослужащих в собственных или иных учреждениях. Министерство внутренних дел финансирует деятельность в области здравоохранения в соответствии с программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., лечение сотрудников правоохранительных органов и членов их семей в собственных или иных учреждениях, а также строительство больниц, включая больницы для железнодорожников. Министерство образования и науки финансирует медицинскую реабилитацию детей. Министерство культуры и спорта и Министерство национальной экономики вместе финансируют некоторые виды деятельности,

определенные в программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. Помимо этого, Министерство национальной экономики финансирует санитарно-эпидемиологические услуги (например, инфекционный контроль) и предоставляет регионам средства на программы иммунизации. Управление делами президента финансирует определенные эпидемиологические услуги, а также медицинское лечение государственных служащих и техническую и информационную поддержку организаций здравоохранения. Также оно финансирует капитальные затраты собственных учреждений здравоохранения.

В НСЗ РК отдельные министерства и Управление делами президента показаны на уровне 4-го знака в классификации НФ.

#### *Региональные бюджеты областей и гг. Астана/Алмата в РК (НФ.1.1.2)*

Каждый из регионов формирует свой бюджет, используя ту же систему, что и на республиканском уровне. За некоторыми исключениями относящиеся к здравоохранению бюджетные статьи для всех регионов одинаковы. На каждый регион приходится от 40 до 50 относящихся к здравоохранению бюджетных статей. По каждой строке бюджета показана величина, финансируемая из региональных источников и через трансферты из республиканского бюджета. Обе транзакции учитываются в НФ.1.1.2. Поскольку трансферты из республиканского бюджета регионам в НФ.1.1.1 не показываются, проблем с двойным учетом не возникает. В целях формирования НСЗ РК в 2014 году было 78 бюджетных статей. Преимущественное большинство бюджетных статей определяются в функции «здравоохранение» (05) и только одна помечена как «образование» (04). В функции «здравоохранение» есть следующие «подфункции»: больницы общего профиля (1), общественное здравоохранение (2), специализированная медицинская помощь (3), поликлиники (4), прочая медицинская помощь (5) и прочие услуги здравоохранения (9). В прочие услуги здравоохранения также включены расходы на капиталовложения. В Таблице 4.2 показана выдержка сводного регионального бюджета. Самая большая статья в региональных бюджетах относится к финансированию амбулаторного лечения в поликлиниках.

Таблица 4-2 Выдержка из сводного регионального бюджета

Код бюджетной классификации					Название (министерства/органа, бюджетной программы)
Функция	Под-функция	Ведомство	Название	Трансферт	
5					<b>ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>
	3				<b>Специализированная помощь</b>
		253			<b>Управление региональным здравоохранением</b>
			009		Оказание медицинской помощи лицам, страдающим от туберкулеза, инфекционных заболеваний, психических проблем расстройств, в том числе связанных с наркоманией и алкоголизмом
				011	Финансируемые трансфертами из республиканского бюджета
				015	За счет местного бюджета
			019		Обеспечение больных лекарствами от туберкулеза
			020		Обеспечение лекарствами больных диабетом
			021		Обеспечение больных с гематологическими злокачественными опухолями химиотерапией
			022		Обеспечение лекарствами стационарных больных с хронической почечной недостаточностью, аутоиммунными, орфанными заболеваниями, с иммунодефицитом и пациентам после пересадки почек
			026		Обеспечение больных гемофилией факторами свертывания крови
			027		Централизованная закупка и хранение вакцин и других иммунобиологических препаратов для иммунизации населения
			036		Обеспечение тромболитическими средствами больных с острым инфарктом миокарда
			046		Предоставление онкологическим больным медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Источник: Министерство финансов, Казахстан

Как и в случае республиканского бюджета, местные бюджеты необходимо анализировать на годовой основе, чтобы удостовериться, не было ли изменений в названиях разделов бюджета.

Не зная полностью содержание всех статей республиканского и регионального бюджетов, было бы разумно предположить, что некоторых элементов здравоохранения, финансируемых государством и регионами, не хватает. Это относится к медицинским услугам заключенным и услугам, предоставляемым в школе, длительному уходу за больными (в бюджете нередко относится к «социальным» расходам) и административным затратам соответствующих министерств и органов здравоохранения – по крайней мере, на республиканском уровне. Поэтому, чтобы понять, есть ли информация об этих видах деятельности в здравоохранении, необходимо анализировать весь бюджет целиком.

### **Схемы добровольных медицинских взносов (HF.2)**

В НСЗ РК показываются расходы на добровольные схемы в здравоохранении (HF.2.1), и схемы финансирования предприятиями (HF.2.3). В РК схемы финансирования некоммерческими организациями (HF.2.2) не играют заметной роли в финансировании услуг здравоохранения. Однако в Системе национальных счетов (СНС) показываются некоторые расходы на конечное потребление некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства (Таблица 4.3).

Таблица 4-3 ВВП и его составляющие в Казахстане, 2014 г., в млн тенге

Название	Код по SNA93	Величина
Расходы на конечное потребление	P.3	21,531,575,000,000
Расходы на конечное потребление домохозяйств	P.3	17,124,076,000,000
Расходы на конечное потребление частных некоммерческих организаций, обслуживающих домохозяйства	P.3	398,632,000,000
Расходы на конечное потребление органов государственного управления	P.3	4,008,867,000,000
Расходы на индивидуальное потребление	P.31	2,026,966,000,000
Расходы на коллективное потребление	P.32	1,981,901,000,000
Валовое накопление капитала	P.5	9,041,725,000,000
Валовое накопление основного капитала	P.51	7,486,161,000,000
Изменение запасов материальных оборотных средств	P.52	1,555,563,000,000
Экспорт товаров и услуг	P.6	13,165,738,000,000
Минус: Импорт товаров и услуг	P.7	8,084,394,000,000
Плюс: Статистические расхождения		1,144,166,000,000
Равно: ВАЛОВОЙ ВНУТРЕННИЙ ПРОДУКТ	B.1*g	36,798,810,000,000

Источник: UNSTAT (2016), «ВВП и его разбивка по текущим ценам в национальной валюте», <https://unstats.un.org/unsd/snaama/dnltransfer.asp?fid=1>

В какой степени это может относиться к услугам здравоохранения, не ясно. Поэтому рекомендуется выяснить, существует ли в Казахстане полный перечень аккредитованных некоммерческих организаций, а также какая из них занимается финансированием или предоставлением услуг в области здравоохранения. В некоторых странах с низким и средним уровнем доходов поступающие извне средства могут перераспределяться через национальные некоммерческие организации. В соответствии с ССЗ 2011 предполагается, что в HF.2.2 будут учитываться все транзакции, идущие от некоммерческих организаций поставщикам услуг, финансирующим товары и услуги здравоохранения. Обычно НКО финансируются из пожертвований, взносов участников, поддержки правительств или из иного дохода. НКО могут также и сами управлять учреждениями здравоохранения. В этом случае операционные расходы, которые не покрываются иными схемами финансирования, а, значит, осуществляются из собственных ресурсов НКО, должны включаться в раздел схемы финансирования НКО.

Статистический отчет «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в Республике Казахстан» содержит информацию о том, как учреждения, занимающиеся оказанием медицинской или социальной помощью в качестве своего основного вида деятельности, получают текущие доходы. В Таблице 2.1 в настоящей публикации показан доход от добровольных взносов и пожертвований, который потенциально может оказаться полезным для дополнения отчетности по HF.2.2.

#### *Добровольное медицинское страхование (HF.2.1)*

В НСЗ РК используется информация от Национального банка Республики Казахстан о расходах и административных затратах частных медицинских страховщиков. В случае Казахстана частные медицинские страховщики занимаются исключительно добровольным медицинским страхованием (HF.2.1). Для раздела страхования 2.4 – «страхование на случай болезни» - данные берутся из «Сводного отчета по страховым выплатам страховых (перестраховочных) организаций Республики Казахстан». Совокупные расходы на товары и услуги здравоохранения определяются по «чистым затратам на страховые выплаты» (Таблица 4.4).

Таблица 4-4 Расходы добровольного медицинского страхования, 2014 г., в тыс. тенге

№	Классы страхования	Расходы на страховые выплаты	Расходы на страховые выплаты в соответствии с принятыми договорами страхования		Возмещение за регресс всего	Возмещение за риск, получаемое по договорам перестрахования всего	Чистые расходы на страховые выплаты	Затраты на урегулирование страховых требований
			от резидентов	от нерезидентов				
1	2	3	4	5	8	10	13	14
2	Добровольное личное страхование	25,681,351	322,762	676,689	12,896	374,368	26,293,538	639,418
2,4	Страхование на случай болезни	15,555,384	311,995	4,491	528	45,666	15,825,676	633,353

Источник: Национальный банк Казахстана

### Схемы финансирования работодателем (НФ.2.3)

Для расходов работодателей на здравоохранение первостепенным источником данных является статистический отчет «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения Республики Казахстан», который публикует Комитет по статистике. Дополнительно некоторая информация о добровольном медицинском страховании поступает от Национального банка РК.

В статистической форме «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения Республики Казахстан» указываются подробно доходы всех учреждений, для которых здоровье человека или социальная деятельность являются основным видом деятельности. Все они относятся к категориям с 86 по 88 в классификации NACE<sup>5</sup>. В отчете учреждения объединены в 7 групп согласно своему основному виду деятельности (больницы, общеврачебная практика, специализированная медицинская практика, стоматологическая практика, учреждения, занимающиеся иной деятельностью по охране здоровья человека, учреждения по уходу с проживанием и учреждения социальной помощи без проживания). Для каждой группы учитываются доходы от всех основных и неосновных видов деятельности. Виды деятельности указываются с большей степенью детализации согласно Классификатору продукции по видам экономической деятельности продукции по видам деятельности (КПВЭД)<sup>6</sup>. Доходы могут подразделяться в зависимости от того, как они получены – из государственных источников, от домашних хозяйств или работодателей (Таблица 4.5). Доходы от государства и работодателей отражаются без учета налога на добавленную стоимость (НДС). Доход от домашних хозяйств отражается с учетом НДС. Статистическая форма «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения» также позволяет вести отдельный анализ учреждений здравоохранения и социальной помощи в зависимости от форм собственности и размера, а также результатов отчетности в разрезе областей.

Для целей НСЗ доходы от работодателей «для услуг здравоохранения» (категория 86 в КПВЭД) суммируются по всем учреждениям здравоохранения. Тем не менее, было бы в какой-то мере оправданно расширить охват отчетности и включить некоторые виды деятельности, связанные с длительным уходом, показываемые в категориях 87 и 88 КПВЭД.

Вторым источником данных о расходах схем финансирования работодателем является статистика Национального банка. Здесь рассчитывается разность между «чистыми

заработанными страховыми взносами» и «чистыми расходами на страховые выплаты» для страхового класса 2.4 "Страхование на случай болезни", и она относится на административные затраты.

Не совсем ясно, почему в статистику о страховании в качестве схемы финансирования должны включаться расходы предприятий на здравоохранение (а не доходы схемы финансирования). Поэтому рекомендуется определить, нет ли здесь в действующих в настоящее время НСЗ РК возможного двойного учета расходов на добровольное страхование (НФ.2.1) и схем финансирования работодателем (НФ.2.3).

**Таблица 4-5 Доходы учреждений здравоохранения и социальной помощи**

Деятельность	Код вида услуг СРА	В течение отчетного года period just	В том числе средства		
			бюджета	населения	предприятий
Всего услуги, оказанные в качестве основной и неосновной деятельности	all	816 427 132	666 552 869	100 783 586	49 090 677
Объем оказанных услуг здравоохранения и социальных услуг	Q	807 081 204	663 754 220	95 510 831	47 816 153
Всего оказано услуг в области здравоохранения	86	763 892 490	621 417 616	94 974 879	47 499 995
включая:					
Больничные услуги	86.10.1	446 479 884	399 596 176	32 781 245	14 102 463
Услуги хирургических отделений больниц	86.10.11	94 816 551	87 068 385	7 211 365	536 801
Услуги гинекологических отделений больниц и родильных домов	86.10.12	49 466 648	47 029 288	2 215 338	222 022
Услуги реабилитационных центров	86.10.13	24 017 695	13 769 063	6 494 588	3 754 044
Услуги психиатрических больниц	86.10.14	13 843 207	13 528 188	298 451	16 568
Больничные услуги, оказанные под надзором прочих врачей	86.10.15	33 633 277	30 586 376	1 756 057	1 290 844
Услуги прочих больниц	86.10.19	230 702 506	207 614 876	14 805 446	8 282 184
Услуги в области общей врачебной практики	86.21.1	146 316 459	115 232 441	15 990 730	15 093 288
Услуги в области специализированной врачебной практики	86.22.1	45 213 745	32 378 972	8 307 747	4 527 026
Услуги в области стоматологии	86.23.1	21 119 727	5 400 006	13 777 521	1 942 200
Услуги по охране здоровья человека прочие	86.90.1	104 762 675	68 810 021	24 117 636	11 835 018
Оказано в области социальных услуг, оказание услуг в течение всего пребывания	87	38 166 532	37 623 318	401 045	142 169

Источник: Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, *татистика объема услуг*, Таблица 1.1, Серия 14 – социальная статистика.

### **Прямые платежи домашних хозяйств (НФ.3)**

Основным источником данных для измерения частных прямых расходов домашних хозяйств (НФ.3) является ежегодное обследование бюджетов домашних хозяйств (ОБДХ), проводимое национальным Комитетом по статистике, вместе с информацией из национальных счетов, которые также ведет национальный Комитет по статистике.

#### *Обследование бюджетов домашних хозяйств*

ОБДХ основано на небольшой выборке примерно из 12 000 домашних хозяйств, и в нем учитываются все расходы и доходы отдельного домохозяйства в течение определенного периода времени. Из обследования исключена та часть населения, которая оказывается институционализированной, например, в больницах или учреждениях по уходу. В результате, обследованием не охвачены тяжелобольные. Другие группы населения, например, люди с высоким достатком, также в ОБДХ представлены не в полной мере. В НСЗ РК из всех расходов домохозяйств используются десять расходных категорий,

относящихся к здравоохранению (Таблица 4.6). Интересно отметить, что есть отдельная и легко вычленимая категория неформальных расходов на здравоохранение. Во многих странах ОЭСР это не так. Прочие расходы на здоровье (в частности, на длительный уход) можно включить в "социальные" категории, которые в настоящее время в НСЗ РК не предусмотрены.

**Таблица 4-6 Обследование бюджетов домашних хозяйств**

	всего	город	село
<b>Затраты на медицинскую помощь - всего</b>	<b>11 915</b>	<b>14 950</b>	<b>8 179</b>
Фармацевтические продукты	6 331	7 590	4 781
Прочие медицинские продукты	142	161	116
Лечебные средства и оборудование	441	589	259
Медицинские услуги	368	508	195
Стоматологические услуги	2 372	3 230	1 317
Традиционная/альтернативная медицина	718	997	376
Больничные услуги	1 296	1 626	889
Транспортировка в медицинские учреждения и из них	173	162	187
Неформальные затраты на медицинскую помощь	74	87	59

*Источник:* Комитета по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, «Расходы и доходы населения РК» Форма 1.33

### *Национальные счета*

В качестве дополнительного источника данных для определения величины совокупных прямых расходов домашних хозяйств на конечное потребление используются национальные счета. Расходы на здравоохранение, измеряемые в ОБДХ, пересчитываются исходя из величины потребления частными домохозяйствами в качестве ориентира. Это объясняется тем, что, как считается, величина расходов в обследовании занижается, и надежным можно считать только отношение расходов на здравоохранение к совокупной величине расходов домохозяйства. Совокупные прямые расходы рассчитываются путем умножения этого отношения на величину совокупного конечного потребления домохозяйств. Применение этого процентного значения к конечному потреблению домохозяйств предполагает, что занижение сведений распределено равномерно среди всех статей расходов в ОБДХ. Это довольно сильное допущение, требующее дальнейшего анализа.

Следует избегать чрезмерной зависимости от данных ОБДХ при измерении прямых расходов населения в рамках построения НСЗ (Rannan-Eliya и Lorenzoni, 2010). Как отмечалось выше, недостатки ОБДХ связаны с небольшим размером выборки, структурой обследования и исключением некоторых групп населения. У других источников данных, таких как административные источники данных по участию в оплате или доходам поставщиков услуг (например, декларации по подоходному налогу, статистика по структуре затрат), есть свои недостатки, но они в целом считаются более надежными. В большинстве случаев настоятельно рекомендуется для измерения прямых расходов населения (НФ.3) использовать триангуляцию различных источников данных. Об этом говорится далее в Главе 5.

### ***Схемы финансирования со стороны остальной части мира (HF.4)***

Расходы на здравоохранение, финансируемые схемами финансирования нерезидентов, в настоящее время выявляются по двум источникам данных: это статистический отчет "Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения", публикуемый Комитетом по статистике, и «Система отчетности кредиторов» базы данных ОЭСР по содействию в развитии.

В таблицах 2.1 и 3.1 в статданных "Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения" отражены текущие доходы и величина капитальных трансфертов семи разным группам отечественных учреждений здравоохранения и социальной помощи. Как отмечалось в отношении возможности отражать расходы в разрезе некоммерческих организаций (HF.2.2), одним из источников дохода и трансфертов являются добровольные взносы и пожертвования, из которых можно дополнительно выделить взносы из-за рубежа. В 2014 году можно установить зарубежные взносы для больниц и других учреждений, работающих в здравоохранении.

Для оценки содействия в развитии Казахстану используется база данных ОЭСР «Система отчетности кредиторов». Иностранные средства относятся к официальной помощи в развитии, прочим официальным потокам и частным грантам.

### ***Отчётность по схемам финансирования и коэффициентам резервирования вне структуры ССЗ***

Отчётность по доходам по схемам финансирования по сути связана с расходами на здравоохранение для каждой схемы финансирования (категория HF). В этом отношении никакие дополнительные источники не используются для выявления доходов по схемам финансирования НСЗ Республики Казахстан; информация уже включена в первичный источник данных по схемам финансирования. Для добровольного страхования здоровья (категория HF.2.1) и наличных расходов (категория HF.3) выявлен лишь один источник доходов, добровольная предоплата со стороны домохозяйств (категория FS.5.1) и иные доходы домохозяйств (категория FS.6.1), соответственно. По расходам в рамках государственных схем (категория HF.1.1) доходы разделены по источникам происхождения – либо они образовались из федерального бюджета (категория FS.1.1.1), либо из местного бюджета (категория FS.1.1.2), либо из заёмных средств (категория FSR.1).<sup>7</sup> Данная информация может быть получена из соответствующих республиканских и местных бюджетов. Схемы финансирования со стороны предприятий (категория HF.2.3), добровольная предоплата со стороны домохозяйств (категория FS.5.1) и иные виды доходов со стороны корпораций (категория FS.6.2) учитываются в качестве источников доходов. Доходы от финансирования остальной части мира (категория HF.4) вытекают из прямых зарубежных переводов денежных средств (категория FS.7.1) – и измеряется с использованием базы данных ОЭСР «Система кредитной отчётности» - и иных прямых зарубежных переводов денежных средств (не классифицированных где-либо ещё) (категория FS.7.3), как определено в статистических данных «Финансово-хозяйственная деятельность» Комитета по статистике.

Однако, необходимо тщательно проверить группирование некоторых потоков доходов. В отношении добровольного страхования здоровья (категория HF.2.1) доходы должны быть разделены на взносы домохозяйств (категория FS.5.1) и работодателей (категория FS.5.2), поскольку оба субъекта финансируют премии по добровольному страхованию здоровья (Катсага и др., 2012 год). Для схем финансирования со стороны работодателей (категория HF.2.3) по-прежнему остаётся неясным, какие виды доходов подпадают под категорию FS.5.1. Наконец, насколько полученные за рубежом доходы правильно распределены и корректно отнесены на несколько подкатегорий FS.7, как описано более подробно в разделах 5.1.4 и 5.2.

В одной из сфер отчётность по FS в рамках НСЗ Республики Казахстан выходит за пределы минимальных требований, предъявляемых к ССЗ 2011 для отражения дополнительных потребностей страны. Это относится к учёту внутренних переводов и грантов (категория FS.1.1) на уровне третьего разряда, чтобы была возможность разграничивать средства республиканского и местных бюджетов. С другой стороны, некоторые иные категории доходов, которые могут быть применимы в Казахстане, в настоящий момент для целей отчётности не используются. Это, например, касается переводов денежных средств государством от лица отдельных групп (категория FS.1.2), субсидий (категория FS.1.3) и иных отчислений денежных средств из государственных внутренних доходов (категория FS.1.4). В связи с этим необходимо более подробно изучить на уровне сделки возможное перераспределение частей категории FS.1.1.

Таблица коэффициентов резервирования содержит информацию о ресурсах, которые используются в процессе оказания медицинских услуг, и таким образом напрямую связана с измерением показателей провайдеров медицинских услуг (НР). Данная связь является неотъемлемой в Главе 9 руководства по ССЗ 2011, хотя и отсутствует чёткое предложение увязать классификацию коэффициентов резервирования вместе с провайдерами медицинских услуг. Последние включены в официальный запрос о предоставлении данных в рамках Формы совместного обследования счетов здравоохранения (ЖНАQ), где странам предлагается сообщать о всех коэффициентах резервирования для провайдеров медицинских услуг на уровне первого разряда в таблице FPxНР.

Казахстан сообщает обо всех категориях рекомендуемых коэффициентов резервирования, за исключением вознаграждения индивидуальных предпринимателей (категория FP.2) и промежуточного потребления услуг провайдеров медицинских услуг (категория FP.3.1). Стоимость производственных факторов указана в Таблице 4.1 со статистическими данными «Финансово-хозяйственная деятельность», которая содержит подробный перечень статей расходов для семи обширных категорий провайдером медицинских услуг. Необходимы будут дополнительные пояснения относительно того, в каком объёме вознаграждение индивидуальных предпринимателей (категория FP.2) включено в статью расходов по зарплатам (категория FP.1), поскольку по неофициальным данным специалисты в сфере здравоохранения получают заработную плату исключительно в Казахстане.

### 4.3. Краткие рекомендации

Уровень отчетности НСЗ РК очень высок; это справедливо как в отношении количества отражаемых измерений, так и количества категорий в каждом из измерений. Однако при этом для целей политики было бы важно разрабатывать некоторые дополнительные категории в функциональной классификации, в частности, разделять рецептурные лекарства (НС.5.1.1) и безрецептурные средства (НС.5.1.2) и вести более подробную и полную отчетность по статьям расходов, касающихся длительного ухода (НСЗ), чего частные источники пока не предоставляют. В разрезе финансирования есть смысл в отделении выплат в случае совместного участия в затратах (НФ.3.2) от других прямых выплат. Чтобы это сделать, потребуются дополнительные источники данных большей детализации.

В отношении использования источников данных, республиканский и региональные бюджеты считаются хорошими и стабильными источниками данных для определения государственных расходов. Однако для некоторых статей расходов на здравоохранение, таких как медицинские службы в тюрьмах или затраты на персонал в министерствах здравоохранения или других организациях здравоохранения, анализ

бюджета должен выходить за рамки функции "здравоохранение", так как они обычно показываются в других функциональных группах.

Для схем обязательного страхования (НФ.1.2) имеет смысл выяснить, в какой степени товары и услуги здравоохранения финансировались из страхования автомашин и страхования от несчастного случая (помимо денежных страховых выплат). В этом отношении неплохим источником данных может быть статистика Национального банка.

В отношении измерения расходов схемы финансирования работодателем (НФ.2.3), их классификацию необходимо пересмотреть в связи с тем, что в информации из Национального банка отражены административные затраты схем добровольного медицинского страхования (НФ.2.1).

Как представляется, в Казахстане присутствуют затраты частных некоммерческих организаций (НКОД), (НФ.2.2), поэтому их необходимо отражать в НСЗ РК. В качестве первого шага можно было бы составить список аккредитованных некоммерческих организаций в Казахстане и определить, какие из них занимаются финансированием или оказанием медицинских услуг. Далее необходимо тщательно изучить истинную природу «добровольных взносов и пожертвований» как источника доходов, которые нашли отражение в статистическом отчете «Финансовая деятельность организаций здравоохранения», что позволит установить, поступают ли от некоммерческих организаций средства на финансирование услуг в области здравоохранения.

Для измерения прямых расходов не рекомендуется полагаться только на обследование бюджетов домашних хозяйств. Предпочтительнее сверять расходы НФ.3 с информацией по поставщикам услуг. Выбор источника данных не только влияет на наличные расходы, но также и определяет расходы на здравоохранение на совокупном уровне.

Для некоторых видов финансирования необходимо пересмотреть распределение доходов по различным категориям FS, в частности, для схем добровольного страхования здоровья (категория НФ.2.1) и схем финансирования работодателем (категория НФ.2.3). Хотя при оценке стоимости производственных факторов используются потенциально надёжные источники данных, необходимо пересмотреть подход к измерению коэффициентов резервирования, чтобы более чётко конкретизировать их по провайдерам медицинских услуг (см. Главу 5).

## Примечания

- <sup>1</sup> На основе ответов в объединенной форме, посвященной счетам здравоохранения, которая предназначена для стран ОЭСР и ЕС и обрабатывается совместно ОЭСР, ЕС и ВОЗ.
- <sup>2</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/a-system-of-health-accounts-9789264116016-en.htm> - технико-экономическое обоснование отчетности факторов предоставления услуг в странах ОЭСР.
- <sup>3</sup> Форма JHAQ – ежегодная форма совместного обследования счетов здравоохранения, которая рассылается и обрабатывается ОЭСР, Евростатом и ВОЗ.
- <sup>4</sup> Срок подготовки Отчета об исполнении бюджета (ОИБ) Министерством финансов - 30 января. Затем МЗСР направляет запрос в Минфин.
- <sup>5</sup> NACE – статистическая классификация видов экономической деятельности в Европейском сообществе.
- <sup>6</sup> КПВЭД - аналог Классификатора основных продуктов (СРС), который используется и составляется Европейским Союзом.
- <sup>7</sup> Следует отметить, что сами по себе займы не являются источником доходов *по существу*. Займы увеличивают финансовые активы или обязательства по схеме финансирования и поэтому уже учитываются в составе доходов. Также они учитываются в качестве мемориальной (справочной) статьи по займам, «использованным» в течение периода, а не по «взятым» займам.

### *Использованная литература*

Katsaga A., Kulzhanov M, Karanikolos M., and B. Rechel (2012), "Kazakhstan: Health System Review". Health Systems in Transition.14(4):1-154

Rannan-Eliya, R.P. and L. Lorenzoni (2010), “Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework”, OECD Health Working Papers, No. 52, OECD Publishing, Paris, доступно на сайте  
<http://dx.doi.org/10.1787/5kmbreg0clvc-en>.



## Глава 5. Методология

*К формированию национальных счетов здравоохранения (НСЗ) в различных странах существует многообразие подходов. Выбор того или иного подхода будет зависеть от имеющихся источников данных и от того, как организованы эти источники данных. Также это может зависеть от модели управления и администрирования, т.е. от того, какому ведомству поручено составление счетов здравоохранения в стране.*

*В этой главе рассматривается набор методик, используемых при составлении национальных счетов здравоохранения в Казахстане. В конце главы даются краткие рекомендации в отношении разработки более эффективных мер по расходованию средств на здравоохранение в целях содействия процессу принятия решений.*

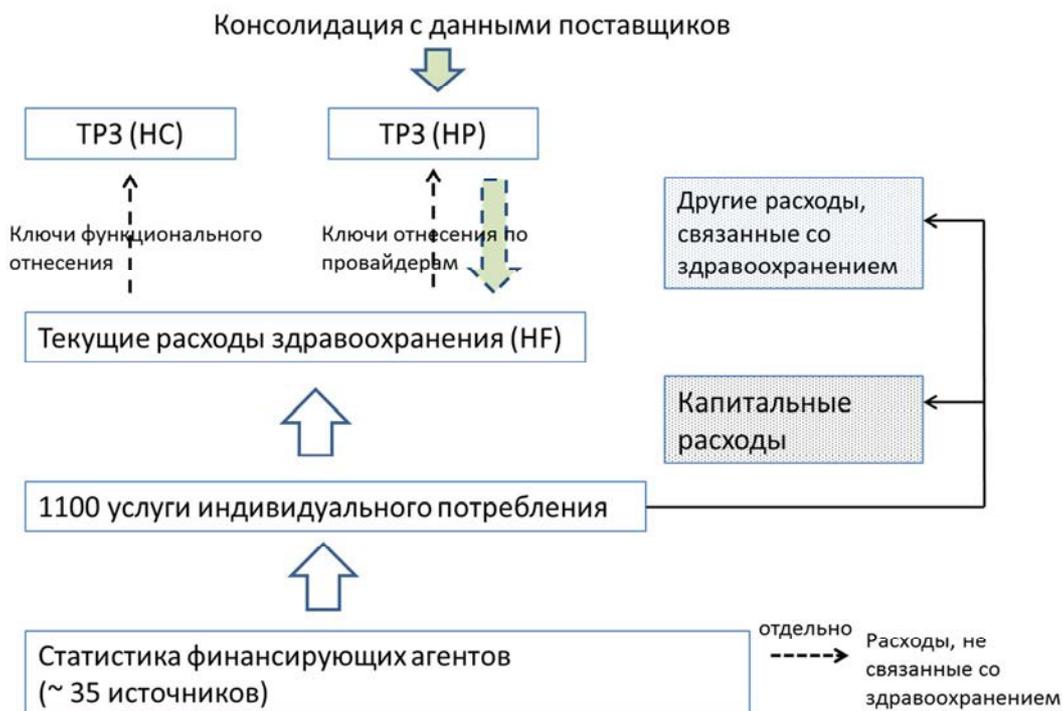
## 5.1. Введение

Многие страны ОЭСР для разработки трех основных таблиц (НСхНФ, НСхНР, НРхНФ) начинают с финансирования (НФ) и только потом задействуют дополнительную информацию для постепенного распространения отчетности на такие дополнительные измерения, как доходы схем финансирования (ФС), факторы предоставления услуг здравоохранения (ФР) или накопление капитала (НК). Или же страны работают со статистикой поставщиков услуг и пытаются распределить доходы по схемам финансирования и функциям. Третий подход, который часто называют подходом "сверху вниз", заключается в том, чтобы использовать имеющуюся агрегированную информацию по расходам на здравоохранение для различных институциональных единиц и дезагрегировать ее до уровня, требуемого в счетах здравоохранения. Вероятно, самым перспективным является сочетание различных подходов.

В настоящее время НСЗ Республики Казахстан (РК) ближе всего к первому подходу со значительным акцентом на информацию со стороны финансирования. Такой подход также используется в целом ряде стран, включая Германию. Это подразумевает выявление соответствующих статей расходов на здравоохранение в одном или нескольких источниках данных для каждой схемы финансирования. Затем эти расходные статьи относятся на соответствующие функции здравоохранения и поставщиков услуг. В самом простом случае расходные статьи могут соотноситься методом один-к-одному с конкретной функцией и поставщиком, при условии детального описания и соответствия категориям классификации НС и НР. Но нередко расходная статья соотносится с несколькими функциями здравоохранения и поставщиками услуг. Такое соотношение осуществляется с помощью "ключей назначения", которые могут быть основаны на дополнительной или вспомогательной статистике. Этот принцип показан на Рис. 5.1.

Проблема с таким подходом заключается в том, что в идеальном случае подробно анализируется содержание всех расходных статей, и, при необходимости, создаются соответствующие ключи назначения. Однако во многих случаях точное содержание расходных статей неизвестно, да и определение точных ключей назначения затруднено. В результате, если расходные статьи соотносятся только с одной функцией или поставщиком в зависимости от основной деятельности или поставщика, такой подход на агрегированном уровне ведет к перекосу в распределении расходов по функциям здравоохранения и поставщикам услуг. Таким образом, в идеале расходы поставщиков медицинских услуг, оцениваемые с помощью такого подхода, должны быть сопоставлены с имеющимися статистическими данными о поступлениях или расходах поставщиков медицинских услуг, которые затем могут помочь в классификации "ключей назначения".

Рисунок 5-1 Методологический подход к отнесению расходов здравоохранения



Источник: адаптировано из Destatis (2011) *Gesundheitsausgabenrechnung: Methoden und Grundlagen 2008*, [https://www.destatis.de/DE/Methoden/Methodenpapiere/Download/Gesundheitsausgabenrechnung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Methodenpapiere/Download/Gesundheitsausgabenrechnung.pdf?__blob=publicationFile)

## 5.2. Основная учетная система

В этом разделе описывается методология того, как в НСЗ РК рассчитываются расходы на здравоохранение для основных измерений здравоохранения, а также как оценивается стоимость тех или иных транзакций. Исходя из организации НСЗ в РК, описание подразделяется на несколько схем финансирования.

### **Государственные схемы и схемы финансирования обязательного медицинского страхования (HF.1)**

Как упоминалось в Главе 4, в НСЗ РК используются два основных источника данных для выявления государственных расходов на здравоохранение: республиканский бюджет в отношении расходов центральных органов государственного управления и сводные бюджеты 16 регионов в отношении региональных органов власти.

#### *Схемы центральных органов государственного управления (HF.1.1.1)*

Для республиканского бюджета установлены 35 бюджетных строк. Из них 33 полностью относятся на одну категорию НС и на одну категорию НР. Для двух остальных, которые с точки зрения расходов являются двумя самыми важными бюджетными статьями, для распределения расходов между функциями и поставщиками создаются ключи назначения. Этими двумя статьями являются:

- 05 02 239 011 100 (53% всех связанных со здравоохранением расходов в республиканском бюджете)
- «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, кроме направлений, финансируемых на местном уровне - предоставление специализированной медицинской помощи»
- 05 02 239 011 101 (13% всех связанных со здравоохранением расходов в республиканском бюджете)
- «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, кроме направлений, финансируемых на местном уровне – предоставление высокоспециализированной помощи»

Для обеих статей был создан ключ назначения на основе информации от Комитета по оплате медицинских услуг, что позволяет произвести дальнейшую разбивку по функциям и поставщикам.

Для некоторых других бюджетных статей был бы желателен аналогичный подход, чтобы убедиться в правильном отнесении к той или иной функции и поставщику или необходимости дальнейшей проработки для получения более точной картины расходов. Необходимо, впрочем, признать, что желание достичь более точного распределения расходных статей следует соотносить с имеющимися ресурсами и важностью отнесения той или иной суммы расходов. По некоторым небольшим статьям расходов, связанным с выполнением государственной программы "Саламатты Казахстан", это может быть полезно, но любое перераспределение в результате мало скажется на общей структуре расходных статей.

В целом, судя по постатейным описаниям, большинство расходных статей правильно отнесены по категориям НС и НР<sup>1</sup>. Однако по некоторым бюджетным статьям было бы целесообразно рассмотреть необходимость перераспределения.

Некоторые бюджетные статьи в настоящее время отнесены к НСRI.11 «Прочие виды расходов» (в НСЗ РК) и заслуживают дополнительного внимания. Не совсем понятно, все ли бюджетные статьи, отнесенные к НСRI.11, финансируют потребление товаров и услуг здравоохранения. Например, в отношении бюджетной статьи 05 2 239 024 («Целевой вклад в АОО Назарбаев Университет») неясно, что из этой статьи финансируется – образование, приобретение активов или потребление товаров и услуг здравоохранения.

#### *Схемы региональных органов власти (НФ.1.1.2)*

В сводном региональном бюджете выделены 79 бюджетных строк. Из них 75 полностью отнесены на конкретную функцию и поставщика. Для остальных четырех, являющихся наиболее важными бюджетными статьями, для распределения расходов по функциям и/или поставщикам созданы ключи назначения. Это следующие четыре статьи:

- 05 03 253 009 и 05 03 353 009 (13% всех связанных со здравоохранением расходов в региональных бюджетах)
- «Оказание медицинской помощи лицам, страдающим от туберкулеза, инфекционных заболеваний, психических проблем и расстройств, в том числе связанных с наркоманией и алкоголизмом»
- 05 04 253 039 и 05 04 353 039 (41% всех связанных со здравоохранением расходов в региональных бюджетах)

- «Оказание медицинской помощи населению субъектами здравоохранения районного значения и села и амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

В обоих случаях созданы ключи назначения, основанные на дополнительных сведениях, получаемых от местных органов здравоохранения. Степень детальности и качество ответов с информацией из разных областей неодинаковы, и поэтому эти сведения менее точные, чем статистика.

Для некоторых других бюджетных статей имеет смысл проверить, насколько уместно стопроцентное отнесение или же точнее было бы разбить расходные статьи на несколько функций и/или поставщиков. Например, бюджетные статьи 05 03 253 009 и 05 03 353 009 («Предоставление медицинской помощи лицам, страдающим от туберкулеза, инфекционных заболеваний, психических проблем и расстройств, в том числе связанных с наркоманией и алкоголизмом») относятся на стационарную медпомощь (НС.1.1). Однако некоторая помощь может оказываться и в дневных стационарах (НС.1.2) или амбулаторно (НС.1.3). Вероятно, от областей можно получить дополнительную информацию для более точного разнесения расходов.

Есть ряд других бюджетных статей, в настоящее время отнесенных целиком к рецептурным лекарственным средствам, выписанным амбулаторным больным (НС.5.1.1). Необходимо уточнить, не включают ли некоторые из этих статей лекарственные средства пациентам больниц, так как в таком случае определенная часть этих расходов должна быть включена в НС.1.1. Это относится к следующим статьям:

- 05 03 253 021  
«Обеспечение больных гематологическими злокачественными образованиями химиотерапией»
- 05 03 253 022  
«Обеспечение лекарствами стационарных больных с хронической почечной недостаточностью, аутоиммунными, орфанными заболеваниями, с иммунодефицитом и пациентам после пересадки почек».

Аналогичным образом, для ряда бюджетных статей можно было бы рассмотреть возможность перераспределения на иные функции или иных поставщиков. Например, статья бюджета 05 03 253 026 («Обеспечение больных гемофилией факторами свертывания крови») в настоящее время учитывается как вспомогательная услуга (НС.4). Отталкиваясь от опыта стран ОЭСР, мы знаем, что эта услуга часто оказывается в рамках лечения в стационаре (НС.1.1). Это же справедливо и в отношении статьи 05 03 253 005 бюджета («Обеспечение кровью, ее компонентами и препаратами»), которую обычно следовало бы считать частью процедуры в стационаре (НС.1.1).

Кроме того, как и в случае с республиканским бюджетом, не совсем ясно, на самом ли деле статьи, показываемые в настоящее время как НС.1.11 «Прочие виды расходов», финансируют потребление товаров и услуг здравоохранения.

### ***Схемы добровольных медицинских взносов (НФ.2)***

Как говорилось в Главе 4, в НСЗ РК в настоящее время добровольное медицинское страхование (НФ.2.1) и работодатели (НФ.2.3) рассматриваются в качестве схем финансирования.

*Добровольное медицинское страхование (НФ.2.1)*

Соответствующая информация для измерения расходов здравоохранения в отношении добровольного медицинского страхования (ДМС) поступает от Национального банка. Используются данные по виду страхования 2.4 «Страхование на случай болезни». Страховые расходы частных медицинских страховщиков можно в целом разделить на расходы на товары и услуги здравоохранения (НС.1-НС.6, НС.0) и на администрирование (НС.7). В НСЗ РК «чистые расходы на страховые выплаты» являются агрегированной величиной, которая используется для установления расходов на товары и услуги здравоохранения, а разница между «чистыми заработанными взносами» и «чистыми расходами на страховые выплаты» - для оценки административных расходов. В отсутствие более детальной разработки страховых требований, все расходы на товары и услуги здравоохранения относятся на НС.7.2. Но это не идеальное решение. В отсутствие проверенных данных о том, какая деятельность в здравоохранении оплачивается за счет добровольного медицинского страхования, можно было бы проанализировать наиболее распространенные виды страховых полисов, чтобы определить, какие виды деятельности оплачиваются, и отнести расходы на эти функции здравоохранения. Насколько известно, в Казахстане преимущественная часть покрытия добровольным медицинским страхованием используется для амбулаторных услуг. Тогда, даже если не будет фактических данных, целесообразно включить чистые требования в НС.1.3, а не в категорию административных расходов.

Аналогичные подходы к измерению страховых расходов и выпуска услуг по администрированию используются во многих странах ОЭСР. Однако в том, что касается измерения услуг администрирования частного страхования (НС.7), в ССЗ 2011 рекомендуется немного иной подход. Он предполагает следование рекомендации Системы национальных счетов 2008 (см. стр. 107 и примечание 43 в Главе 5 ССЗ 2011). Отсылка делается к пп. 6.184 - 6.191 СНС 2008 в отношении оценки страхового сбора за личное страхование, кроме страхования жизни. Рекомендуемая оценка стоимости «выпуска страхования» определяется как сумма совокупных полученных страховых взносов и надбавок к взносам минус скорректированные состоявшиеся убытки. Насколько известно, надбавки к страховым взносам (то есть инвестиционный доход, который страховые компании получают на свои технические резервы – этот доход остается у страховых компаний и является фактически скрытой надбавкой к взносам) в настоящее время в НСЗ РК при измерении выпуска администрирования страхования не учитываются. Кроме того, должны использоваться не состоявшиеся убытки, а скорректированные требования. Под ними понимается сумма фактически состоявшихся убытков плюс изменение в резервах на покрытие колебаний в убыточности. Резервы на покрытие колебаний в убыточности – это отчисления страховщиков на покрытие неожиданных значительных требований. Необходимо проверить, в какой степени эти совокупные величины учитываются Национальным банком в статистике страхования.

Наконец, в НСЗ РК рассматривается только частное «медицинское» страхование. При этом могут быть иные виды страхования, финансирующие некоторые услуги здравоохранения. Это можно было бы сказать об обязательных частных страховых схемах (например, страхование ответственности владельцев автомашин), которые следует показывать как НФ.1.2, или иных схемах добровольного частного страхования (например, частное страхование от несчастных случаев), которые должны включаться в НФ.2.1. Но при этом следует помнить, что учитывать необходимо только прямое финансирование товаров и услуг здравоохранения этими схемами или возмещение ими такого рода затрат других схем. Согласно ССЗ, возмещение убытков не учитывается.

Однако, возможно имеется серьезная проблема с двойным учетом расходов схем финансирования работодателя (НФ.2.3), требующая изучения.

### Схемы финансирования некоммерческими организациями (HF.2.2)

Как отмечалось в Главе 4, расходы схем финансирования частными некоммерческими организациями в НСЗ РК не учитываются. Однако рекомендуется показывать как HF.2.2 медицинские расходы некоммерческих организаций, выплачиваемые ими из своих собственных ресурсов, например, за счет взносов участников, пожертвований или вкладов. Статистический отчет «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в республике Казахстан» позволяет предположить, что именно так и происходит в РК. В Таблице 5.1 показаны включаемые сведения в отношении источника доходов.

Одним источником, который следует измерять в HF.2.2., являются добровольные пожертвования и взносы. Статистика охватывает не всех поставщиков услуг здравоохранения, а только наиболее важных. Однако это могло бы стать отправной точкой для разработки HF22. Целесообразным является отнесение на поставщиков услуг. Более проблематичным будет распределение по функциям здравоохранения. В отсутствие дополнительных сведений можно было бы рассмотреть возможность отнесения, исходя из основного вида деятельности соответствующего поставщика услуг.

**Таблица 5-1 Текущий доход учреждений здравоохранения и социальной помощи**

2014 г., в тыс. тенге	Всего	включая :							предоставление социальных услуг без проживания	предоставление социальных услуг без проживания
		Деятельность в области здравоохранения	из которой					предоставление социальных услуг с проживанием		
			Больницы	Общеврачебная практика	Специализированная медицинская практика	Стоматологическая практика	прочие поставщики услуг, занимающиеся здравоохранением			
<b>Текущий доход</b>	<b>933 662 003</b>	<b>805 205 052</b>	<b>511 949 478</b>	<b>108 157 674</b>	<b>39 212 540</b>	<b>18 948 262</b>	<b>126 937 098</b>	<b>123 551 773</b>	<b>4 905 178</b>	
Текущие трансферты	730 541 195	603 754 762	430 908 841	71 223 648	24 471 579	3 257 632	73 893 062	122 522 673	4 263 760	
--- из национального бюджета	430 109 782	427 326 220	308 963 385	56 451 905	23 509 318	1 967 810	36 433 802	2 374 475	409 087	
--- из местного бюджета	294 765 628	171 443 996	118 344 324	14 298 139	937 222	1 289 538	36 574 773	119 617 630	3 704 002	
--- доход от добровольных взносов и пожертвований	5 665 785	4 984 546	3 601 132	473 604	25 039	284	884 487	530 568	150 671	
---из которых из-за рубежа	2 102 717	2 017 974	1 992 431	-	-	-	25 543	5 885	78 858	
Стоимость оказанных услуг и реализованных товаров	184 333 354	183 068 414	69 690 742	34 636 686	13 837 923	15 335 355	49 567 708	916 160	348 780	
Чистый доход от перепродажи товаров	7 226 371	7 147 006	4 191 916	606 532	538 822	133 000	1 676 736	-	79 365	
Доход от недвижимости	651 361	651 361	234 482	319 583	58 339	425	38 532	-	-	
Прочая операционная прибыль (например, чистые доход от продажи капитальных активов)	10 909 722	10 583 509	6 923 497	1 371 225	305 877	221 850	1 761 060	112 940	213 273	

Источник: Комитет по статистике, Министерство национальной экономики Казахстана, «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения: расходы и доходы населения РК», Таблица 2.1

### Схемы финансирования работодателями (HF.2.3)

Источники данных, используемые для оценки расходов схем финансирования работодателями в НСЗ РК, сочетают сведения для работодателей, показанные в статистике «объема услуг», с данными Национального банка по частному страхованию. Также может существовать проблема с двойным учётом расходов в рамках схемы добровольного страхования здоровья (категория HF.2.1) и схемы финансирования работодателем. Причиной этому может служить то, что статистические данные по «объёму услуг» учитывают финансирование для организаций здравоохранения, предоставляемое только из трёх источников: государство, население, предприятия. Следует пояснить, где организации здравоохранения учитывают финансирование добровольного страхования здоровья. Есть причина полагать, что это относится на «предприятия». Если это так, то необходимо определить нетто-позицию по стоимости, включённой в статистические данные по объёму услуг, в связи с расходами в рамках добровольного страхования здоровья на товары и услуги медицинского назначения, учитываемые в категории HF.2.1. Предварительный

анализ показывает, что в категории HF.2.3 должны учитываться только расходы, отнесённые на «предприятия» в статистических данных по объёмам услуг. Оставшаяся стоимость, отнесённая на «предприятия», должна быть учтена в категории HF.2.3. Основной объём деятельности, учитываемый в рамках таких статистических данных, должен относиться на один НС и один НР (Таблица 5.2). Используемые статистические данные чётко определяют вид деятельности, но смешивают вместе провайдеров медицинских услуг и провайдеров услуг по социальному обслуживанию. Желательно иметь более подробную информацию о разделении провайдеров услуг в целях отнесения статей расходов на соответствующих провайдеров вместо того, чтобы относить все статьи расходов лишь на одного провайдера услуг.

**Таблица 5-2 Доходы от объемов медицинской и социальной помощи  
(и рекомендуемый учет)**

Деятельность	Код вида услуг по КПВЭД	В отчетный период	Финансирование предприятиями	Предложение по классификации	
				НС	НР
Всего услуг, оказанных в результате основной и неосновной деятельности	all	816 427 132	49 090 677		
<b>УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ</b>	<b>Q</b>	<b>807 081 204</b>	<b>47 816 153</b>		
Здравоохранение	86	763 892 490	47 499 995		
включая:					
Больничные услуги	86.10.1	446 479 884	14 102 463		
Больничные хирургические услуги	86.10.11	94 816 551	536 801	1.1	1.1
Больничные гинекологические и акушерские услуги	86.10.12	49 466 648	222 022	1.1	1.1
Больничные реабилитационные услуги	86.10.13	24 017 695	3 754 044	2.1	1 или 1.3
Больничные психиатрические услуги	86.10.14	13 843 207	16 568	1.1	1 или 1.2
Прочие больничные услуги, оказанные медицинскими врачами	86.10.15	33 633 277	1 290 844	1.1	1
Прочие больничные услуги	86.10.19	230 702 506	8 282 184	не ясно	1
Услуги общеврачебной практики	86.21.1	146 316 459	15 093 288	1.3.1	1 или 3.4
Услуги специализированной медицинской практики	86.22.1	45 213 745	4 527 026	1.3.3	1 или 3.4
Услуги стоматологической практики	86.23.1	21 119 727	1 942 200	1.3.2	2 или 3.4
Прочие услуги здравоохранения	86.90.1	104 762 675	11 835 018	не ясно	не ясно
Услуги ухода с проживанием	87	38 166 532	142 169		
включая:					
Услуги ухода с проживанием для лиц с задержками умственного развития, психическими проблемами и алкогольной или наркологической зависимостью	87.20.1	15 608 760	1 175	3.1 или R1	2.2
Услуги ухода с проживанием для престарелых и инвалидов	87.30.1	7 734 068	36 348	3.1 или R1	2.1
включая:					
Услуги социальной работы без проживания для престарелых и инвалидов	88.10.1	1 335 581	117 495	3.1 или R1	3.5
<b>Расходы предприятий, имеющие значение для НСЗ</b>			<b>47 655 013</b>		

Источник: Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, «Расходы и доходы населения РК», форма № 1.33.

Помимо текущей отчетности, в НСЗ можно было бы включить некоторые виды деятельности по длительному уходу, финансируемые предприятиями.

### **Прямые выплаты домохозяйств (HF.3)**

Прямые расходы домохозяйств определяются на основе Обследования бюджетов домашних хозяйств (ОБДХ). Для здравоохранения можно определить ежегодные подушевые расходы по девяти различным видам расходов. Каждый из них относится на одну категорию НС и одну категорию НР. Распределение показано в Таблице 5.3.

Отнесение обычно является прямым. Однако в некоторых странах ОЭСР услуги традиционной/альтернативной медицины обычно показываются в НС.1.3 и НР.3.3. Для неформального ухода была бы уместна категория «Неизвестно» (НС.0), если нет никакой иной дополнительной информации о деятельности, которая ведет к выплатам. Насколько нам известно, неформальные платежи в Казахстане нередко связаны с лечением в стационаре, поэтому было бы также оправдано отнесение к НС.1.1 и НР.1.

При этом есть сомнения относительно общей методологии, применяемой для оценки прямых расходов. Согласно ОБДХ, совокупные расходы на здоровье в 2014 году составили 11 915 тенге на душу населения. Это равно 2,7% всех расходов домохозяйства, измеряемых в обследовании бюджетов домохозяйств (445 569 тенге). Если экстраполировать совокупные прямые расходы домохозяйств в соответствии с измеренной величиной (11 915 тенге), категория HF3 составила бы примерно 206 млрд тенге для всего населения. Однако, в силу вероятного занижения данных в ОБДХ, рассчитывается только доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах (2,7%), и эта доля соотносится с конечным потреблением домохозяйств, измеряемым Комитетом по статистике в национальных счетах. В 2014 году эта совокупная величина составила 18 121 млрд тенге. Опираясь на этот метод, оценка HF3 составляет 484 млрд тенге, что более чем в два раза больше этой величины без корректировки.

В целом этот метод подошел бы для компенсации занижения данных в ОБДХ, но он исходит из однозначного понимания того, что это занижение данных распределено равномерно среди расходных статей, включенных в обследование. Из-за этого и в целом ввиду сомнений в качестве данных, получаемых в обследовании бюджетов домашних хозяйств, рекомендуется также рассмотреть альтернативные подходы к измерению прямых расходов домохозяйств. Даже если есть уверенность, что сведения ОБДХ точны и репрезентативны, для проверки и подтверждения следует воспользоваться альтернативным подходом. Он может охватывать источники данных со стороны поставщиков услуг, что позволит убедиться в том, насколько они согласуются со сведениями, полученными исключительно с точки зрения источников финансирования.

**Таблица 5-3 Прямые расходы на здравоохранение, используемые в НСЗ Казахстана**

	ОДХ	ОДХ	НСЗ	НС	НР
	на душу, тг.	всего, млн.тг.	всего, млн.тг.		
<b>Расходы на здравоохранение - всего</b>	<b>11,915</b>	<b>206,010</b>	<b>484,593</b>		
Фармацевтические препараты	6331	109463	257487	5.1	5.1
Прочая продукция медицинского назначения	142	2455	5775	5.2	5.2
Лечебное оборудование и аппараты	441	7625	17936	5.3	5.3
Медицинские услуги	368	6363	14967	1.3.1	3.1
Стоматологические услуги	2372	41012	96471	1.3.2	3.2
Услуги традиционной и альтернативной медицины	718	12414	29202	4.9	4.9
Услуги больниц	1296	22408	52709	1.1	1.1
Проезд до больницы (медицинского учреждения) и	173	2991	7036	4.3	4.1
Неформальные расходы	74	1279	3010	RI.12*	11*
Население в 2014 г.: 17.29 млн.чел. (ВБ)					
* национальная категория - не включена в SHA2011					

Источник: Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, «Расходы и доходы населения РК», форма № 1.33.

Со стороны поставщиков услуг, потенциально полезными для измерения прямых расходов на некоторые элементы здравоохранения могут быть два дополнительных источника данных:

- Статистика «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения Республики Казахстан»; Серия 14 – социальная область, Комитет по статистике
- Статистика «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения Республики Казахстан»; Серия 14 – социальная область, Комитет по статистике

В статистике «объем услуг» отражены доходы всех учреждений здравоохранения, которые занимаются здоровьем человека или социальной деятельностью в качестве основного вида деятельности. Они относятся к категориям с 86 по 88 в классификации NACE<sup>2</sup>. Учреждения объединены в 7 групп по основному виду деятельности (больницы, общеврачебная практика, специализированная медицинская практика, стоматологическая практика, учреждения, занимающиеся иной деятельностью по охране здоровья человека, учреждения по уходу с проживанием и учреждения социальной помощи без проживания). Для каждой группы учитываются доходы от всех основных и неосновных видов деятельности. Виды деятельности указываются с большей степенью детализации согласно Классификатору продукции по видам экономической деятельности продукции по видам деятельности (КПЭВД)<sup>3</sup>. Доходы могут подразделяться в зависимости от того, как они получены – из государственных источников, от домашних хозяйств или работодателей. Доходы от государства и работодателей отражаются без учета налога на добавленную стоимость (НДС). Доход от домашних хозяйств отражается с учетом НДС. Статистика «Объем услуг, оказываемых организациями здравоохранения» также позволяет вести отдельный анализ учреждений здравоохранения и социальной помощи в зависимости от форм собственности и размера, а также результатов отчетности в разрезе областей.

Статистика «финансово-хозяйственной деятельности» дает данные по текущему доходу, операционным затратам, полученным капитальным трансфертам и капитальным затратам для аналогичных учреждений в статистике «объема услуг». Однако в статистике «финансово-хозяйственной деятельности» понятие дохода шире, чем доходы, измеряемые в статистике «объема услуг», и включает также доход от недвижимости и прочие доходы.

При использовании сведений из статистики «объема услуг» для измерения прямых расходов видны некоторые существенные отличия от действующего подхода (Таблица 5.4). Основываясь на этом источнике данных, около 95 млрд тенге могут быть учтены в НСЗ. По сравнению с ОБДХ, в статистике «объема услуг» нет данных о расходах на фармацевтические средства, медицинские товары, транспорт и неформальные платежи. С другой стороны, в статистике «объема услуг» есть некоторые сведения о прямых выплатах на длительный уход. При сравнении этих статей расходов, включаемых в оба вида статистики, видны некоторые существенные расхождения. Это отчетливее всего видно на примере стоматологической помощи, которая согласно ОБДХ оценивается в размере 96 млрд тенге, и всего около 14 млрд тенге согласно статистике «объема услуг». Больничные услуги оцениваются на уровне 52 млрд тенге в ОБДХ по сравнению примерно с 33 млрд тенге в статистике «объема услуг». Для общеврачебной практики, специализированных услуг и прочих амбулаторных услуг вне больницы расхождения меньше: 44 млрд тенге в обследовании бюджетов домохозяйств по сравнению с 48 млрд тенге в статистике «объема услуг».

Таблица 5-4 Доходы по организациям медицинской и социальной помощи в тыс. тенге

Деятельность	Код вида услуг по КПВЭД	В отчетный период	финансировано			Предложение по классификации	
			государством	населением	предприятиями	НС	НР
Всего услуг, оказанных в результате основной и неосновной деятельности	all	816 427 132	666 552 869	100 783 586	49 090 677		
<b>УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ</b>	<b>Q</b>	<b>807 081 204</b>	<b>663 754 220</b>	<b>95 510 831</b>	<b>47 816 153</b>		
Здравоохранение	86	763 892 490	621 417 616	94 974 879	47 499 995		
включая:							
Больничные услуги	86.10.1	446 479 884	399 596 176	32 781 245	14 102 463		
Больничные хирургические услуги	86.10.11	94 816 551	87 068 385	7 211 365	536 801	1.1	1.1
Больничные гинекологические и акушерские услуги	86.10.12	49 466 648	47 029 288	2 215 338	222 022	1.1	1.1
Больничные реабилитационные услуги	86.10.13	24 017 695	13 769 063	6 494 588	3 754 044	2.1	1.1 или 1.3
Больничные психиатрические услуги	86.10.14	13 843 207	13 528 188	298 451	16 568	1.1	1.1 или 1.2
Прочие больничные услуги, оказанные медицинскими врачами	86.10.15	33 633 277	30 586 376	1 756 057	1 290 844	1.1	1
Прочие больничные услуги	86.10.19	230 702 506	207 614 876	14 805 446	8 282 184	не ясно	1
Услуги общеврачебной практики	86.21.1	146 316 459	115 232 441	15 990 730	15 093 288	1.3.1	3.1 или 3.4
Услуги специализированной медицинской практики	86.22.1	45 213 745	32 378 972	8 307 747	4 527 026	1.3.3	3.1 или 3.4
Услуги стоматологической практики	86.23.1	21 119 727	5 400 006	13 777 521	1 942 200	1.3.2	3.2 или 3.4
Прочие услуги здравоохранения	86.90.1	104 762 675	68 810 021	24 117 636	11 835 018	не ясно	не ясно
Услуги ухода за проживанием	87	38 166 532	37 623 318	401 045	142 169		
включая:							
Услуги сестринского ухода с проживанием	87.10.1	795 923	793 555	2 368	0	3.1 или R1	2.1
Услуги ухода с проживанием для лиц с задержками умственного развития, психическими проблемами и алкогольной или наркотической зависимостью	87.20.1	15 608 760	15 492 397	115 188	1 175	3.1 или R1	2.2
Услуги ухода с проживанием для престарелых и инвалидов	87.30.1	7 734 068	7 574 835	122 885	36 348	3.1 или R1	2.1
Прочие услуги ухода с проживанием	87.90.1	14 027 781	13 762 531	160 604	104 646		
Услуги социальной работы без проживания	88	5 022 182	4 713 286	134 907	173 989		
включая:							
Услуги социальной работы без проживания для престарелых и инвалидов	88.10.1	1 335 581	1 195 911	22 175	117 495	3.1 или R1	3.5
Услуги ухода за детьми в дневное время	88.91.1	730 260	713 407	16 853	0		
Прочие услуги социальной работы без проживания, не отнесенные к иным категориям	88.99.1	2 956 341	2 803 968	95 879	56 494		
Все прочие виды немедицинские и несомнительные деятельности	all other	9 345 928	2 798 649	5 272 755	1 274 524		
Прямые расходы, имеющие значение для НСЗ				95 237 495			

Источник: Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, «Статистика объема услуг».

В Таблице 2.1 в статистике «финансово-хозяйственной деятельности» показан текущий доход 7 групп поставщиков услуг здравоохранения. В статью «доходы от реализованных товаров и услуг», судя по всему, включены выплаты как домохозяйств, так и работодателей. Поэтому эту статью нельзя напрямую использовать для измерения прямых выплат, но можно использовать в качестве контрольной величины после учета расходов работодателей.

#### Схемы финансирования остальной части мира (нерезиденты) (категория HF.4)

Финансирование приобретения и использования товаров и услуг медицинского назначения с помощью схем, находящихся за пределами Казахстана, учитывается в трёх источниках. Таблица 2.1 со статистическими данными по «финансово-хозяйственной деятельности» отражает расходы, получаемые из зарубежных стран для больниц и организаций, осуществляющих иные виды деятельности по охране здоровья человека. Они учитываются в категории HF.4.2.1 «Схемы добровольного страхования здоровья». Однако неясно, генерируются ли эти средства из схем добровольного страхования здоровья, находящихся за рубежом. Также не в полной мере ясно, предназначены ли средства, заявленные зарубежными источниками, для лечения резидентов Казахстана. Если это не так, то сделки должны быть исключены из счетов здравоохранения, поскольку они будут относиться к экспортной части. Также Таблица 3.1 со статистическими данными по «финансово-хозяйственной деятельности» включает в себя переводы денежных средств для организаций здравоохранения из зарубежных стран, которые должны быть перенесены на счёт движения капитала и не должны включаться в текущие расходы на здравоохранение.

Третьим источником является база данных ОЭСР «Система кредитной отчётности», предназначенная для учёта официального содействия развитию (ODA), иных официальных потоков (OOF) и частных грантов. В 2014 году в Казахстане было отмечено официальное содействие развитию в форме «обязательств» со стороны финансирующих организаций перед сектором Здравоохранение (код 120) по «всем видам» помощи, финансируемой через «все каналы», на общую сумму около 14,4 млн долларов США. После конвертации валюты в казахские тенге указанная стоимость учитывается в категории HF.4.2.2 («иные схемы»).

В «Руководстве по применению структуры ССЗ 2011. Система учёта финансирования медицинских услуг»<sup>4</sup> ОЭСР и ВОЗ предлагают немного другой подход к отчётности по финансовой помощи. Во-первых, для официального содействия развитию бюджет страны-получателя должен являться предпочтительным источником данных. Это обусловлено тем фактом, что база данных Комитета ОЭСР по содействию развитию не содержит исчерпывающую информацию по стране, предоставляющей финансирование. Также можно обращаться и к другим источникам данных, таким как база данных Института по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (INME) по финансированию сектора здравоохранения, что также выходит за сферу охвата базы данных Комитета ОЭСР по содействию развитию. Во-вторых для целей ССЗ «выплаты» представляют собой разновидность потока, который должен использоваться для измерения объёма переводов средств, поскольку этот термин ближе к концепции фактических расходов, чем к «обязательствам» финансирующих организаций. В отношении вида помощи необходимо учитывать все имеющиеся её виды, за исключением групп «Электронные стипендии и расходы на студентов в странах, предоставляющих финансирование» и «Общие административные расходы, не поименованные отдельно» (Таблица 5.5), которые не будут входить в рамки общих сделок, подпадающих под ключевую структуру ССЗ.

**Таблица 5-5 Зарубежная помощь Казахстану, касающаяся ССЗ, как отражено в Системе кредитной отчётности Комитета ОЭСР по содействию развитию**

		Получатель	Казахстан				
		Сектор	120: I.2. Здравоохранение, всего				
		Канал	Все каналы				
		Тип цен	Текущие цены				
		Тип потока	Валовые выплаты				
		Донор	Все доноры, всего				
		Единицы	Миллионы долларов США				
		Год	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Поток</b>	<b>Тип помощи</b>						
Официальная помощь для развития	Все типы, всего		29.846	20.480	16.198	11.015	12.166
	Бюджетная поддержка		..	..	..	..	..
	Основные взносы и объединенные программы и фонды		0.481	0.118	..	0.135	0.313
	Вмешательства проектного типа		27.835	19.798	15.416	9.999	11.579
	Услуги экспертов и другая техническая поддержка		1.482	0.519	0.737	0.828	0.269
	Стипендии и стоимость обучения студентов в странах-донорах		0.048	0.044	0.045	0.053	0.005
	Списание долга		..	..	..	..	..
	Административные расходы, не учтенные в прочих категориях		..	..	..	..	..
	Прочие донорские расходы		..	..	..	..	..
	Не отнесенные		..	..	..	..	..
Другие официальные потоки (без экспортных кредитов)	Все типы, всего		16.948	7.455	17.094	8.846	5.632
	Бюджетная поддержка		..	..	..	..	..
	Основные взносы и объединенные программы и фонды		..	..	..	..	..
	Вмешательства проектного типа		..	..	17.094	8.299	5.632
	Услуги экспертов и другая техническая поддержка		..	..	..	..	..
	Стипендии и стоимость обучения студентов в странах-донорах		..	..	..	..	..
	Списание долга		..	..	..	..	..
	Административные расходы, не учтенные в прочих категориях		..	..	..	..	..
	Прочие донорские расходы		..	..	..	..	..
	Не отнесенные		16.948	7.455	..	0.547	..
Зарубежная помощь, релевантная SHA, в соответствии с CRD OECD DAC							<b>17.793</b>

Источник: Система кредитной отчётности ОЭСР, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRSI>

При этом не весь объем зарубежной помощи должен быть выделен на схемы финансирования «остальной части мира» (категория HF.4). Некоторые из зарубежных переводов средств должны рассматриваться в качестве потоков доходов, благоприятствующих внутренним схемам финансирования (например, категория HF.1.1). Таблица 5.6 обеспечивает согласованность между всеми видами зарубежной помощи, классификацией доходов и классификацией финансовых схем.

**Таблица 5-6 Соответствие между ССЗ 2011 и видами помощи в статистических данных Директората ОЭСР по сотрудничеству в вопросах развития**

	Система кредитной отчётности (СКО) / Комитета по содействию развитию (КСР/ОЭСР)	ССЗ 2011		Примечания
		Доходы от схем финансирования здравоохранения	Возможные схемы финансирования	
А	Бюджетная поддержка			

A01	Общая бюджетная поддержка	FS.2	Переводы средств, полученные из иностранного источника и распределяемые государством	Государственная схема	В отсутствие информации об обратном можно предположить, что только схемы государственного финансирования здравоохранения получают доходы от иностранной общей бюджетной поддержки (1)
A02	Отраслевая бюджетная поддержка	FS.7	Прямые зарубежные переводы средств (В основном: прямые двусторонние финансовые переводы или прямые многосторонние финансовые переводы)	Государственная схема	Примечание (2)
		FS.2	Переводы средств, полученные из иностранного источника и распределяемые государством	Схемы финансирования некоммерческих организаций, обслуживающих домохозяйства (НКОД)	Примечание (2)
B	Основные взносы и объединённые программы и фонды				
B01	Основная поддержка НКО, иных частных организаций, ППС и исследовательских институтов	FS.7	Прямые двусторонние финансовые переводы Прямые многосторонние финансовые переводы <b>Прямая</b> двусторонняя помощь товарами <b>Прямая</b> многосторонняя помощь товарами	Схемы финансирования НКОД Схемы финансирования остальной части мира	B01 касается средств, выплачиваемых в адрес НКО (местных, национальных и международных) для использования по усмотрению последних, содействует программам и видам деятельности, которые были разработаны непосредственно самими НКО и которые применяются под их собственную ответственность (Примечание (3))
		FS.6.3	Иные доходы от НКОД, не поименованные отдельно	Схемы финансирования НКОД	Поддержка, учитываемая в рамках B01, может направляться в адрес национальных НКО, которые получают средства от национальных и иностранных учреждений и затем поддерживают другие НКО (переводят им средства), действуя в качестве схем финансирования (Примечание (4))
B02	Основные взносы в многосторонние учреждения				Многосторонние учреждения объединяют взносы, которые затем уже нельзя идентифицировать и они становятся неотъемлемой частью их финансовых активов. Отчётность по ССЗ 2011 (категория FS x HF) подаётся только по следующей фазе денежных потоков. Примечание (5)

B03	Взносы в целевые программы и фонды, управление которыми осуществляется международными организациями (многосторонними, международными НКО)	FS.7	Прямые зарубежные переводы средств (подкатегория зависит от характера взноса)	Схемы финансирования остальной части мира	
B04	Объединённые фонды / финансирование	FS.7.1.2.	Прямые многосторонние финансовые переводы	Схемы финансирования НКОД	
		FS.7.1.2.	Прямые многосторонние финансовые переводы	Схемы финансирования остальной части мира	
C	Проектные вмешательства				
C01	Проектные вмешательства	FS.7	Прямые двусторонние финансовые переводы Прямые многосторонние финансовые переводы Прямая зарубежная помощь товарами	Государственные схемы финансирования	
				Схемы финансирования НКОД	
				Схемы финансирования остальной части мира	
D	Эксперты и иное техническое содействие	FS.7.2.2.	Прямая зарубежная неденежная помощь: услуги (включая ТС)		
E	Стипендии и расходы на студентов в странах, предоставляющих финансирование				Не учитывается в ключевой структуре ССЗ 2011
F	<b>Списание задолженности</b>	FS.2	<b>Переводы средств, полученные из иностранного источника и распределяемые государством</b>	<b>Государственные схемы финансирования</b>	Примечание (6)
		FS.7.1.1 FS.7.1.2	Прямые финансовые переводы	Государственные схемы финансирования	Если соответствующий заём связан со здравоохранением
G	Административные расходы, не поименованные отдельно				Не учитывается в ССЗ 2011

(1) Для целей упрощения предполагается, что только государственные схемы финансирования здравоохранения получают доходы от общей иностранной бюджетной поддержки. Переводы средств, предоставляемых государствами другим схемам финансирования, осуществляются из национальных источников или в результате зарубежной целевой поддержки здравоохранения.

(2) Отраслевая бюджетная поддержка, получаемая государством, может быть использована двумя способами: для целей государственных программ в сфере здравоохранения и медицинских учреждений (учитываются в рамках ССЗ 2011 в качестве прямых зарубежных переводов средств: доходы государственных схем финансирования), либо для целей поддержки НКОД с помощью данных программ здравоохранения (учитываются в рамках ССЗ 2011 в категории **FS.2 Переводы средств, полученные из иностранного источника и распределяемые государством**).

(3) Основная поддержка предоставляется иностранным НКО (А), которые используют часть этих средств для поддержания иностранных НКО (В) (нерезидентов страны) при реализации программ вакцинации в стране-получателе.

Учитывается в качестве двусторонних / многосторонних финансовых переводов (категории FS.7.11 /FS.7.1.2) для схем финансирования остальной части мира (категория HF.4.2. схемы добровольного финансирования остальной части мира).

(4) Иностранная поддержка для национальных НКО, получающих финансовые средства от национальных и иностранных учреждений и затем оказывающих поддержку (переводящих финансовые средства) иным НКО в рамках схем финансирования. По схемам финансирования НКОД доходы получают от национальных НКО, и, скорее всего, невозможно определить источник этих доходов (является ли он иностранным или национальным). В этом случае доходы учитываются в категории FS.6.3

(5) Обязательства в рамках отчёта со статистическими данными по официальному содействию развитию, взятые на себя финансирующими странами перед международными организациями (которые могут быть не использованы в течение отчётного периода). Такие данные не включаются в ССЗ, а основная задача ССЗ – с точки зрения оказания зарубежной помощи – заключается в указании в отчётности получения доходов от схем финансирования.

(6) Списание задолженности рассматривается в качестве особого вида Бюджетной поддержки

*Источник:* адаптировано из ОЭСР (2014), *Руководства по применению структуры ССЗ 2011 для целей учёта финансирования медицинских услуг*, [https://www.oecd.org/els/health-systems/Financing%20Guidelines\\_27Jan2014.pdf](https://www.oecd.org/els/health-systems/Financing%20Guidelines_27Jan2014.pdf)

Есть основания полагать, что частично официальное содействие развитию Казахстана предоставляется через правительство Казахстана или резидентные ведомства по НКОД. В этом случае схемы финансирования должны касаться не остальной части мира (категория HF.4), а национальных схем финансирования (категория HF.1 или категория HF.2). Если иностранные субъекты, предоставляющие финансирование, организуют оказание содействия через правительство Казахстана, то доходы должны рассматриваться в качестве переводов средств, полученных из иностранного источника и распределяемых государством (категория FS.2), а не в качестве прямых зарубежных переводов средств (категория FS.7).

### ***Возможности улучшения методологии***

Одним из недостатков в НСЗ РК является отсутствие сверки (триангуляции) источников данных для разных измерений расходов здравоохранения. Можно было бы извлечь огромную пользу из сравнения данных от разных агентов финансирования с данными о доходах поставщиков услуг, полученных в статистике издержек, хозяйственной или отраслевой статистике. Такое сравнение поможет либо выверить учетные подходы, либо же указать на те области, где возможны улучшения. Во многих случаях неточности обусловлены недостатком в измерении частных расходов на здравоохранение, в частности, прямых расходов. В этом разделе проводится сравнение, насколько это возможно, агрегированных расходов в НСЗ РК со статистикой «объема услуг» (ОУ) и «финансово-хозяйственной деятельности» (ФХД) Комитета по статистике.

В Таблице 5.7 показаны выдержки НСЗ, касающиеся только статей, включенных в статистику ОУ и ФХД (т.е. исключены фармацевтика, технические устройства, административные расходы).

Таблица 5-7 Выдержки из таблицы НРхНФ НСЗ РК 2014 г.

	НФ.1	НФ.1.1.1	НФ.1.1.2	НФ.2	НФ.2.1	НФ.2.3	НФ.3	НФ.4	Весь НФ
НР.1	323	216	106	14		14	53	2	392
НР.2	4		4						4
НР.3	242	11	231	22		22	111		375
НР.3.1	211	8	203	15		15	15		241
НР.3.2				2		2	96		98
НР.3.3	28		28			5			33
НР.3.4	3	3							3
НР.4	48	8	40				36		84
НР.6	40	12	28						40
НР.13	1	0	1						1
<b>Весь НР</b>	<b>657</b>	<b>248</b>	<b>410</b>	<b>36</b>		<b>36</b>	<b>200</b>	<b>2</b>	<b>896</b>

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

В примечаниях к статистике ОУ сумма всех услуг, оказываемых организациями, занимающимися медицинской и социальной помощью в качестве основного вида деятельности, оценивается в 816 млрд тенге (из которых 807 млн тенге относится к деятельности в здравоохранении и социальной помощи). С точки зрения поставщика услуг, 502 млрд тенге – услуги, оказанные в больницах, 106 млрд тенге – организациями, занимающимися общей врачебной практикой, 110 млрд тенге – организациями, занимающимися иной деятельностью в области здоровья человека, и 39 млрд тенге – организациями, предоставляющими социальные услуги с проживанием. В Таблице 5.8 показаны более подробные сведения по деятельности в здравоохранении и социальной помощи для всех организаций здравоохранения и социальной помощи (без прочей неосновной деятельности).

Следует подчеркнуть, что существует различие между деятельностью и возможностями провайдера медицинских услуг. Последний может осуществлять несколько видов деятельности. Например, больница может оказывать услуги как по стационарному лечению, так и по амбулаторному лечению. Для более полноценного анализа необходимо, чтобы данная информация также была доступна для каждой отдельной группы провайдеров медицинских услуг (а не только на совокупном уровне) и была дополнительно проанализирована.

**Таблица 5-8 Доходы от деятельности в области здравоохранения и социальной помощи всех организаций здравоохранения и социальной помощи**

Деятельность	Код вида услуг по КПВЭД	В отчетный период	финансируется		
			государством	населением	предприятиями
<b>УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ</b>	<b>Q</b>	<b>807</b>	<b>664</b>	<b>96</b>	<b>48</b>
Услуги здравоохранения	86	764	621	95	47
Больничные услуги	86.10.1	446	400	33	14
Услуги общеврачебной практики	86.21.1	146	115	16	15
Услуги специализированной медицинской помощи	86.22.1	45	32	8	5
Стоматологические услуги	86.23.1	21	5	14	2
Прочие услуги здравоохранения	86.90.1	105	69	24	12
Услуги ухода с проживанием	87	38	38	0	0
Услуги сестринского ухода с проживанием	87.10.1	1	1	0	0
Услуги ухода с проживанием для лиц с задержкой в умственном развитии, психическими расстройствами, алкогольной или наркотической зависимостью	87.20.1	16	15	0	0
Услуги социальной работы без проживания	88	5	5	0	0
Услуги социальной работы без проживания для престарелых и инвалидов	88.10.1	1	1	0	0
<b>НСЗ, относящиеся к прямым расходам</b>		<b>782</b>	<b>639</b>	<b>95</b>	<b>48</b>

Источник: переработано из «Статистики объема услуг», Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан

В статистику ФХД также включены ценные сведения, которые могут помочь проверить практику составления НСЗ. Таблица 5.9 является измененным вариантом Таблицы 2.1 из статистики ФХД.

В таблице показаны потенциально важные расходы здравоохранения в размере почти 915 млрд тенге. Однако более 100 млрд тенге относятся к социальным услугам, которые могут быть связаны со здравоохранением, а могут и выходить за рамки ССЗ. Интересно отметить, что имеющий значение для НСЗ доход больниц (501 млрд тенге) и организаций, занимающихся общеврачебной практикой, (106 млрд тенге), имеет практически то же значение, что и в статистике ОУ. Различия между двумя видами статистики особенно существенны для других организаций здравоохранения и поставщиков социальных услуг с проживанием, и они требуют дополнительного анализа.

Тем не менее, то, что оба вида источников статистики показывают практически идентичные значения для больниц, говорит о том, что в НСЗ РК больничные расходы могут быть недооценены. С другой стороны, могут быть слишком переоценены стоматологические расходы.

Таблица 5-9 Текущий доход всех организаций здравоохранения и социальной помощи

2014 г. в млрд тенге	Всего	включая :							
		Деятельность в области здравоохранения	из которой					предоставление социальных услуг с проживанием	предоставление социальных услуг без проживания
			Больницы	Общеврачебная практика	Специализированная медицинская практика	Стоматологическая практика	прочие поставщики услуг, занимающиеся здравоохранением		
<b>Текущий доход</b>	<b>934</b>	<b>805</b>	<b>512</b>	<b>108</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>127</b>	<b>124</b>	<b>5</b>
Текущие трансферты	731	604	431	71	24	3	74	123	4
--- из национального бюджета	430	427	309	56	24	2	36	2	0
--- из местного бюджета	295	171	118	14	1	1	37	120	4
--- доход от добровольных взносов и пожертвований	6	5	4	0	0	0	1	1	0
Стоимость оказанных услуг и реализованных товаров	184	183	70	35	14	15	50	1	0
Чистый доход от перепродажи товаров	7	7	4	1	1	0	2		0
Доход от недвижимости	1	1	0	0	0	0	0		
Прочая операционная прибыль (например, чистые доход от продажи капитальных активов)	11	11	7	1	0	0	2	0	0
	Все НР		НР1	НР3	НР3	НР3	НР3/НР4	НР2	НР3
<b>Прямые расходы, имеющие значение для НСЗ</b>	<b>915</b>		<b>501</b>	<b>106</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>123</b>	<b>123</b>	<b>5</b>

Источник: Адаптировано по Таблице 2.1, «Статистика финансово-хозяйственной деятельности», Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан

### Триангуляция источников данных

В целях повышения уровня надёжности прогнозов по НСЗ ряд стран интегрирует источники с различных точек зрения для нейтрализации некоторых отдельных недостатков. Зачастую наиболее слабым элементом источников данных для схемы финансирования являются данные по наличным расходам, полученные прямо или косвенно из обследования бюджетов домохозяйств (ОБДХ). Обычно обследования по бюджетам домохозяйств могут быть искажены вследствие выборочной погрешности (например, нерепрезентативная выборка, отсутствие ответов и сезонные колебания) и ошибок репрезентативности (например, формат обзора и периоды отзыва). Для некоторых статей расходов, включённых в обследования бюджетов домохозяйств (ОБДХ), могут использоваться иные источники данных со стороны провайдера медицинских услуг для подтверждения или опровержения прогноза оценок и динамики, полученных из обследований бюджетов домохозяйств (ОБДХ). Это может касаться, например, статистических данных по налогам (налогу на доходы или налогу на добавленную стоимость), отраслевых статистических данных, измеряющих размер доходов, объем выпуска продукции и затраты, или иных статистических данных. Использование этих источников данных для НСЗ может быть сопряжено с определёнными трудностями. Необходимо чётко понимать, какие провайдеры медицинских услуг включены в статистические данные, и существуют ли исключения. Также необходима чёткая концепция цены, лежащая в основе измерения доходов. Если статистические данные основаны на последующем обзоре, то также могут существовать дополнительные проблемы с выборочной погрешностью. С финансовой точки зрения неизбежны незначительные расхождения, возникающие при сравнении данных по расходам провайдеров медицинских услуг на здравоохранение. Однако в случае возникновения необъяснимых различий лучше всего обратиться к экспертам страны, осуществляющим

обобщение счетов здравоохранения, чтобы понять, какие источники данных являются более надёжными.

Во избежание проблемы, связанной с использованием менее надёжных источников данных для целей оценки объёма текущих расходов на здравоохранение можно использовать статистические данные по «объёму услуг» и «финансово-хозяйственной деятельности», чтобы оценить объём наличных расходов по выбранным провайдером медицинских услуг. Тем не менее, также существуют некоторые различия между статистическими данными, которые должны быть проанализированы в первую очередь (Таблица 5.10).

**Таблица 5-10 Различия в объёме услуг и статистические данные по финансово-хозяйственной деятельности**

	За отчетный год, всего	Деятельность в области здравоохранения	Включая:					Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания	Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания
			из них						
			больницы	Общая врачебная практика	Специальная врачебная практика	Стоматологическая деятельность	Прочая деятельность по охране здоровья человека		
<b>доходы</b>	<b>979,077,845</b>	<b>848,430,944</b>	<b>541,650,810</b>	<b>114,243,523</b>	<b>42,041,466</b>	<b>19,284,149</b>	<b>131,210,996</b>	<b>125,624,509</b>	<b>5,022,392</b>
расходы	977,725,440	847,984,678	543,973,167	115,173,848	40,060,338	16,587,102	132,190,223	124,745,734	4,995,028
прибыль (убытки) до налогообложения	2,166,697	1,260,558	-1,732,000	-872,549	1,981,128	2,733,607	-849,628	878,775	27,364
<b>Текущий доход</b>	<b>933,662,003</b>	<b>805,205,052</b>	<b>511,949,478</b>	<b>108,157,674</b>	<b>39,212,540</b>	<b>18,948,262</b>	<b>126,937,098</b>	<b>123,551,773</b>	<b>4,905,178</b>
Текущие трансферты	730,541,195	603,754,762	430,908,841	71,223,648	24,471,579	3,257,632	73,893,062	122,522,673	4,263,760
- из республиканского бюджета	430,109,782	427,326,220	308,963,385	56,451,905	23,509,318	1,967,810	36,433,802	2,374,475	409,087
- из местного бюджета	294,765,628	171,443,996	118,344,324	14,298,139	937,222	1,289,538	36,574,773	119,617,630	3,704,002
- поступления от добровольных взносов и пожертвований	5,665,785	4,984,546	3,601,132	473,604	25,039	284	884,487	530,568	150,671
Стоимость оказанных услуг и реализованных товаров, произведенных своими силами	184,333,354	183,068,414	69,690,742	34,636,686	13,837,923	15,335,355	49,567,708	916,160	348,780
Чистый доход от перепродажи товаров (включая аукционы)	7,226,371	7,147,006	4,191,916	606,532	538,822	133,000	1,676,736	-	79,365
Полученный доход от собственности	651,361	651,361	234,482	319,583	58,339	425	38,532	-	-
другой текущий доход	10,909,722	10,583,509	6,923,497	1,371,225	305,877	221,850	1,761,060	112,940	213,273
<b>Всего оказанных услуг по основному и по вторичному виду деятельности</b>	<b>816,427,132</b>	<b>771,901,097</b>	<b>501,645,900</b>	<b>105,676,235</b>	<b>36,460,219</b>	<b>18,142,172</b>	<b>109,976,571</b>	<b>39,467,867</b>	<b>5,058,168</b>
КПВЭД Q: Услуги в области здравоохранения и социального обслуживания населения	807,081,204	763,304,949	493,978,250	105,358,200	36,320,562	18,019,245	109,628,692	39,084,694	4,691,561
КПВЭД 86: Услуги в области здравоохранения	763,892,490	763,083,092	493,761,606	105,355,753	36,320,562	18,019,245	109,625,926	771,736	37,662
КПВЭД 87: Услуги в области предоставления социальных услуг с обеспечением проживания	38,166,532	5,328	5,328	0	0	0	0	38,157,571	3,633
КПВЭД 88: Услуги в области предоставления социальных услуг без обеспечения проживания	5,022,182	216,529	211,316	2,447	0	0	2,766	155,387	4,650,266
Прочие КПВЭД: Объем услуг по вторичным видам деятельности	9,345,928	8,596,148	7,667,650	318,035	139,657	122,927	347,879	383,173	366,607

*Источник:* Комитет по статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан, «Статистические данные объёма оказанных услуг и финансово-хозяйственной деятельности».

На первый взгляд, статистические данные по категориям «объем услуг» и «финансово-хозяйственная деятельность» не должны показывать фундаментально разные показатели. Очевидно, что текущие доходы могут составлять дополнительный доход, выходящий за пределы того, который генерируется через оказание медицинских услуг и товаров, но эти показатели относительно близки по ряду провайдеров медицинских услуг. В этой связи одна из стратегий, которая может помочь улучшить достоверность данных по счетам здравоохранения, может заключаться в упоминании общего объема сгенерированных доходов и статистических данных по социальной работе для больниц, общей практики, особой медицинской практики и стоматологической помощи в качестве значения эталонных критериев для классификации НР. Также Таблицы с 2.1 по 2.7 могут помочь создать дополнительную разбивку для каждого из провайдеров медицинских услуг посредством согласования медицинских услуг из кода СРА в категории НС. Они также содержат информацию о платежах с разбивкой по населению для провайдеров медицинских услуг и видам деятельности. Если эти данные используются в качестве эталонных критериев стоимости НР, это может означать, что некоторые из ключей распределения для сделок, получивших средства по схеме финансирования (например, из местных бюджетов), должны быть откалиброваны, а также необходимо будет отойти от взаимно однозначного распределения провайдер - функция и перейти к более точному распределению.

Для предоставления социальных услуг с проживанием сначала необходимо провести исследование, чтобы проанализировать серьёзные различия между доходами и выручкой по двум источникам статистических данных до принятия решения о том, какие данные являются наиболее подходящими. Стоимость других услуг по охране здоровья в Казахстане чрезвычайно высока. Теоретически это должно касаться услуг по сопровождению беременности и родов, физиотерапевтических услуг, услуг скорой медицинской помощи, лабораторно-диагностических услуг и услуги по психиатрической помощи и т.д. Необходимо проанализировать, насколько это утверждение также верно для Казахстана, а также насколько корректно отнесены некоторые организации по медицинскому обслуживанию к своей группе провайдеров медицинских услуг в рамках статистических данных.

### 5.3. Доходы по схемам финансирования (категория FS)

Как упоминалось в Разделе 4.2.5, отчётность по доходам по финансовым схемам по существу связана с расходами на здравоохранение для каждой схемы финансирования (категория HF), а группировка доходов по категориям FS основывается на информации, которая уже включена в премиальные источники данных для измерения текущих расходов на здравоохранение по схемам финансирования. Многие страны избрали подход, заключающийся в преобразовании расходов по схемам финансирования в способ финансирования таких расходов. В результате расходы по схеме могут сравняться с её доходами. Теоретически таблица FSxHF отображает возможность раздельного учёта доходов и расходов с потенциальным отображением дефицита и профицита по каждой схеме финансирования здравоохранения в течение отчётного периода.

Разнесение доходов по категориям FS в НСЗ Республики Казахстан обычно представляет собой непосредственное взаимно однозначное согласование. Как упоминалось в Разделе 4.2.5, необходимо подтвердить объединение в группу некоторых потоков доходов. Это касается вопроса о том, кто выплачивает премии по добровольному страхованию здоровья (категория HF.2.1) и доходы по финансируемым работодателями схемам (категория HF.2.3), что скорее всего полностью финансируется за счёт других доходов корпораций (категория FS.6.2). Как описано в Разделе 5.1.4, также необходимо пересмотреть учёт зарубежной помощи. Это затрагивает схему финансирования HF.4, а

также классификацию доходов. Если зарубежная помощь направляется через национальные правительства, то такие переводы должны учитываться в категории FS.2; однако если иностранная помощь направляется напрямую в схему финансирования, то тогда эти доходы должны классифицироваться в категории FS.7. Аналогичная ситуация возникает, когда НКО самостоятельно финансирует и оказывает медицинские услуги в Казахстане.

#### 5.4. Коэффициенты резервирования (категория FP) в сфере здравоохранения

Казахстан определяет коэффициенты резервирования из Таблицы 4.1 со статистическими данными по «Финансово-хозяйственной деятельности», которая содержит подробный перечень статей расходов для семи категорий провайдеров медицинских услуг. Преобразование данных из стоимости производственных факторов в коэффициенты резервирования (Таблица 5.11) представляется чётким, за исключением некоторых вопросов, описанных ниже.

Во-первых, отдельные компоненты расходов не суммируются в общие операционные расходы. Этот вопрос должен быть поднят перед Комитетом по статистике. Во-вторых, перечень расходов, касающихся заработных плат, должен быть тщательно проверен, чтобы оценить различия между разными видами отмеченных взносов на социальное страхование и понять, относится ли он к доле расходов медицинских учреждений, функционирующих в качестве работодателей. Наконец, операционные расходы, отражённые в Таблице 4.1 со статистическими данными по финансово-хозяйственной деятельности, находятся очень близко текущему доходу, указанному в Таблице 2.1 со статистическими данными по финансово-хозяйственной деятельности, показывающей незначительный операционный профицит или вознаграждение индивидуальных предпринимателей (категория FP.2). Если это не отражает фактическую ситуацию в Казахстане, необходимо проанализировать, в каком объёме доход индивидуальных предпринимателей также включён в объём заработных плат, которые отражены в категории FP.1.

Для оценки общего объёма расходов из расчёта на коэффициент резервирования суммируются различные группы стоимости производственных факторов по провайдерам медицинских услуг и относятся в одну группу по коэффициенту резервирования. Группы стоимости производственных факторов, относящиеся к одной категории коэффициентов резервирования, объединены вместе и разбиты по общим операционным расходам для подсчёта доли каждой категории коэффициента резервирования, а общая сумма долей должна составить 100%. Для получения суммы фактических расходов из расчёта на категорию коэффициента резервирования эти доли должны быть умножены на скорректированный показатель общих расходов – общие расходы на здравоохранение [включая все элементы медицинских услуг, учтённых в Казахстане, минус формирование капитала (категория HC.RI.5) минус товары медицинского назначения (категория HC.5)]. Таким образом, коэффициенты резервирования учитываются только на *совокупном* уровне, а не на уровне провайдера медицинских услуг. Данный подход ограничивает полезность данного измерения классификации. Это препятствует сравнению стоимости производственных факторов между провайдерами медицинских услуг, и в то же время это препятствует проводить сравнением с международными аналогами вследствие особых страновых корректировок совокупных показателей.

Наиболее предпочтительным подходом будет ограничение сферы проводимого анализа только теми провайдерами, по которым существует информация о стоимости производственных факторов, в конечном итоге с течением времени сфера действия распространится и на дополнительных провайдеров медицинских услуг. Для оценки стоимости производственных факторов больниц, врачей общей практики, особой

медицинской практики, стоматологической практики и учреждений по социальному обслуживанию с проживанием и без такового представляется, что Таблица 4.1 со статистическими данными по «финансово-экономической деятельности» будет являться подходящим источником данных. Для каждого провайдера медицинских услуг доля расходов может быть умножена на сумму текущих расходов на здравоохранение, измеряемых в рамках ключевой структуры ССЗ. Опять же необходимо осторожно к тому, насколько верно базовые статистические данные отражают доходы индивидуальных предпринимателей и профицит/дефицит (подлежит учёту в рамках категории FP.2).

**Таблица 5-11 Выявленные компоненты расходов для всех медицинских организаций и учреждений по социальному обслуживанию**

	Всего, в тыс KZT, для всех типов поставщиков за отчетный период	ответств
<b>Текущие расходы</b>	<b>926,047,992</b>	
<b>Ощая сумма затрат на содержание рабочей силы</b>	<b>481,640,475</b>	FP.1.1
Фонд заработной платы (ФЗП)	435,305,398	
- индивидуальный подоходный налог	30,156,691	
- отчисления обязательных пенсионных взносов в накопительные пенсионные фонды	41,631,290	
<b>Приобретение продуктов питания</b>	<b>45,375,344</b>	FP.3.4
<b>Приобретение медикаментов и перевязочных материалов</b>	<b>168,683,204</b>	FP.3.2
<b>Приобретение топлива</b>	<b>9,457,264</b>	FP.3.4
<b>Приобретение товаров и материалов для текущих хозяйственных целей</b>	<b>29,121,703</b>	FP.3.4
<b>Приобретение мягкого инвентаря и обмундирования</b>	<b>7,548,428</b>	FP.3.4
<b>Аренда основных средств</b>	<b>5,026,247</b>	FP.4
<b>Расходы по оказанию услуг</b>	<b>107,231,988</b>	FP.3.3
- транспортные услуги	6,769,237	
- услуги связи	3,270,773	
- коммунальные услуги (вода, канализация, тепло и электроэнергия)	28,606,203	
- услуги консультационных, информационных и аудиторских организаций	1,844,307	
- судебные, арбитражные, нотариальные услуги	96,217	
- услуги по маркетингу, рекламе	1,254,678	
- текущий ремонт зданий и сооружений	5,590,652	
- текущий ремонт машин и оборудования (включая транспортные средства)	5,984,554	
- других	53,815,367	
<b>Выплаченный доход от собственности</b>	<b>1,269,479</b>	FP.5.2
- проценты	543,999	
- дивиденды	725,480	
<b>Амортизационные отчисления за отчетный период (основные средства и нематериальные активы), всего</b>	<b>33,410,089</b>	FP.4
<b>Другие текущие расходы</b>	<b>81,511,175</b>	
<b>Налоги</b>	<b>4,744,503</b>	FP.5.1
- корпоративный подоходный налог	1,037,408	
- земельный налог	129,794	
- налог на имущество	878,035	
- налог на добавленную стоимость	1,309,663	
- налог на транспортные средства	93,181	
- акцизы	318	
- прочие налоги	1,296,104	
<b>Другие обязательные платежи и сборы</b>	<b>43,255,831</b>	
- отчисления по социальному страхованию	17,190,649	FP.1.2
- социальный налог	24,689,684	FP.1.2
- прочие отчисления	1,375,498	FP.1.3
<b>Прочие расходы</b>	<b>33,510,841</b>	FP.5.2

Источник: адаптировано из таблицы 4.1 статистической формы «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения», Комитет по Статистике, Министерство национальной экономики, Казахстан

## 5.5. Краткие рекомендации

Имеется ряд рекомендаций по улучшению методологии НСЗ РК.

Использование статистики «Объем услуг» (ОУ) и статистики «Финансово-хозяйственной деятельности» (ФХД) поможет улучшить оценки расходов (НФ.3). Между расходами на услуги здравоохранения, учтенными в ОБДХ, с одной стороны, и показанными в статистике ОУ и ФХД, с другой, существует огромная разница; это требует детального анализа, но предварительно можно сказать, что следовало бы повысить надежность ОУ и ФХД. Тем не менее, как представляется, единственным реальным источником данных как для фармацевтических и медицинских товаров, так и для неформальных выплат является ОБДХ.

Статистика ОУ поможет также в более детальной разработке статей в республиканском и региональных бюджетах. В настоящее время большая их часть на 100% относится к единственной категории НС и НР, что, возможно, ведет к неточности в распределении расходов. Например, медицинских расходов в больницах в НСЗ РК на 20% меньше, чем в статистике ОУ и ФХД. Сведения из статистики ОУ позволят улучшить ключи назначения.

Статистику ФХД необходимо дополнительно оценить, чтобы выяснить, можно ли эти данные использовать для оценки расходов некоммерческих организаций (НФ.2.2) после того, как будет выверен подход к определению конечного потребления частными некоммерческими организациями в Системе национальных счетов. В таблице 2.1 по статистике ФХД представлена информация по источникам доходов, включая добровольные взносы и пожертвования, которая дает основания считать, что данные могут включать расходы некоммерческих организаций на здравоохранение.

Необходимо проверить оценки расходов частного медицинского страхования (НФ.2.1) согласно рекомендациям ССЗ 2011 и отнесение по соответствующим функциям. Нужно также выяснить, где в статистике ОУ и ФХД учитывается расходование ДМС.

Рекомендуется дальнейший анализ для того, чтобы установить, нет ли двойного учета в отношении признания расходования добровольным медицинским страхованием (НФ.2.1) и работодателями (НФ.2.3)

Потребуется дальнейшее изучение статистики ОУ и ФХД для оценки расходов на длительный уход (НС.3), которые в настоящее время не отражаются полностью.

В части источников средств должно быть пересмотрено сочетание доходов от добровольного медицинского страхования (НФ.2.1) и работодателей (НФ.2.3), а также оценена верность учета зарубежной помощи.

Исходной точкой анализа факторов предоставления услуг должны быть поставщики услуг, для которых доступны надежные источники данных, и лишь затем должен осуществляться полный охват всей классификации НР и агрегированное значение текущих расходов здравоохранения.

## Примечания

- <sup>1</sup> Нужно при этом помнить, что в Казахстане категории НС и НР выходят за рамки рекомендаций ССЗ 2011
- <sup>2</sup> NACE – статистическая классификация видов экономической деятельности в Европейском сообществе.
- <sup>3</sup> КПВЭД - аналог Классификатора основных продуктов (СРС), который используется и составляется Европейским Союзом.
- <sup>4</sup> [http://www.oecd.org/els/health-systems/Financing%20Guidelines\\_27Jan2014.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Financing%20Guidelines_27Jan2014.pdf)

## *Использованная литература*

Destatis (2011), "Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen 2008", Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.



## Глава 6. Корректировка НСЗ Республики Казахстан в целях повышения сопоставимости с другими странами ОЭСР

*В рамках системы счетов здравоохранения 2011 текущие расходы на здравоохранение (которые приравниваются к расходам единиц-резидентов на конечное потребление товаров и услуг медицинского назначения) рассматриваются в качестве основного совокупного объема расходов, и в основе большинства международных сопоставлений используется этот агрегат и его подкомпоненты. Поэтому важно составлять отчеты о текущих расходах на здравоохранение в сопоставимом виде.*

*В первых трех разделах данной главы описываются различные корректировки, внесенные в три основные таблицы (функции в разбивке по схемам финансирования, функции в разбивке по поставщикам и поставщики в разбивке по схемам финансирования) и схемы финансирования в разбивке по таблицам доходов, а также влияние на текущие расходы в сфере здравоохранения. За ними следует раздел, в котором используются скорректированные данные НСЗ, с целью анализа сопоставимости расходов на здравоохранение в Казахстане со странами ОЭСР.*

Статистические данные по Израилю предоставлены со стороны и под ответственность соответствующих органов Израиля. Использование этих данных ОЭСР не затрагивает статус Голанских высот, Восточного Иерусалима и израильских поселений на Западном берегу реки Иордан в соответствии с принципами международного права.

## 6.1. Введение

Исходя из подробного изучения Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) в Республике Казахстан, ОЭСР предлагает ряд корректировок в существующие в настоящий момент таблицы по НСЗ с целью усовершенствования их сопоставимости с другими странами ОЭСР. Следует отметить, что данные корректировки ограничиваются вопросами классификации и соблюдения требований в таблицах по НСЗ, переданных в ОЭСР в январе 2016 года. Сами по себе таблицы не учитывают некоторые фундаментальные рекомендации по источникам данных и методологии, которые были изложены в Главах 4 и 5. Реализация этих рекомендаций потребует внесения дальнейших корректировок.

В то время как некоторые корректировки заключаются в перераспределении расходных статей внутри текущих расходов на здравоохранение (т.е. затрагивается структура, а не уровень текущих расходов на здравоохранение), иные корректировки также приводят к изменениям в общем уровне текущих расходов на здравоохранение. Это является результатом либо обратного включения исключённых ранее статей расходов в общую сумму текущих расходов на здравоохранение, либо исключения включённых ранее статей расходов. Все описанные корректировки относятся к таблицам по НСЗ 2014, представленным в ОЭСР в январе 2016 года, но они были внесены ретроспективно в отношении таблиц по НСЗ 2013. Скорректированные таблицы по НСЗ 2014 представлены в Приложении 2.

## 6.2. Корректировка ключевых таблиц (НСxHF, НСxHP, HPxHF)

Обычно распределение статей расходов по НС, HP и HF происходит в соответствии с определениями согласно ССЗ 2011. Однако некоторые рекомендованные корректировки проводятся с тем, чтобы усовершенствовать международную сопоставимость НСЗ Республики Казахстан. Это включает в себя перераспределение статей расходов внутри текущих расходов на здравоохранение, исключение определённых статей расходов из текущих расходов на здравоохранение, а также включение определённых статей расходов в текущие расходы на здравоохранение. Данный раздел также содержит некоторые рекомендации по отчётности в отношении статей расходов, выходящих за рамки текущих расходов на здравоохранение, в контексте требований национальной политики, а также рекомендаций по ряду других вопросов по обобщению данных.

### *Перераспределение внутри текущих расходов на здравоохранение*

#### *НС.2.5 Восстановительная реабилитация*

Категория НС.2.5 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Разумеется, что она относится к услугам по восстановительному лечению (реабилитации), предоставляемым стационарным пациентам в больницах по восстановительному и реабилитационному лечению. Поэтому рекомендуется переместить категорию НС.2.5 в категорию «НС.2.1 Реабилитация в стационарах» в таблицах НСxHF и НСxHP (без изменения категорий HF или HP). Если в национальных целях требуется отдельная идентификация информации, которая в настоящее время относится к категории НС.2.5, то для целей национальной отчётности может быть создана отдельная подкатегория (например, НС.2.1.x). Поскольку HP и HF на затрагиваются, Таблица HPxHF остаётся без изменений. Однако, рекомендуется ещё раз пересмотреть выбор категории провайдера медицинских услуг при рассмотрении вопроса о возможном переносе из категории «HP.1.1 Стационарные лечебные учреждения общего профиля» в категорию «HP.1.3 Специализированные стационарные лечебные учреждения», поскольку последняя

категория включает специализированные санатории (в основном, оказывающие медицинские услуги по восстановлению после острых заболеваний, реабилитационные и профилактические услуги) (ССЗ 2011, с. 133).

*НС.4.5 Предоставление крови, её компонентов и медикаментов (предусмотрено в категории НР.4.9)*

Категория НС.4.5 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Предполагается, что эти услуги являются компонентами пакета услуг по стационарному лечению (то есть промежуточного потребления), а не компонентами прямого потребления амбулаторными пациентами, поэтому предлагается перенести их в категорию «НС.1.1 Лечение в стационарах», услуги по которой предоставляются в рамках категории «НР.1.1 Стационарные лечебные учреждения общего профиля». Это означает, что в Таблице НСxHF категория НС.4.5 добавляется в категорию НС.1.1 (без изменений в HF), в Таблице НСxНР НС.4.5xНР.4.9 переносится в НС.1.1xНР.1.1 и в Таблице НРxHF категория НР.4.9 переносится в категорию НР.1.1 (без изменений в HF). Если это необходимо в национальных целях, то такой элемент может быть идентифицирован согласно классификации Коэффициентов резервов (FR).

*НС.4.9 Все иные вспомогательные услуги (предоставляются по категории НР.4.9, финансируются по категории HF.3)*

Категория НС.4.9 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Предполагается, что часть категории НС.4.9, услуги по которой финансируются в рамках категории HF.3, ссылается на альтернативные / традиционные медицинские услуги в основном в амбулаторном секторе, поэтому предлагается перенести её в категорию «НС.1.3.9 Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно», услуги по которой предоставляются в рамках категории «НР.3.3 Другие медицинские специалисты». Это влияет на три ключевые таблицы следующим образом: в Таблице НСxHF НС.4.9xHF.3 переносится в НС.1.3.9xHF.3, в Таблице НСxНР НС.4.9xНР.4.9 переносится в НС.1.3.9xНР.3.3 и в Таблице НРxHF НР.4.9xHF.3 перемещается в НР.3.3xHF.3. Классификация НС по ССЗ 2011, однако, позволяет идентифицировать традиционную, вспомогательную и альтернативную медицину в рамках элемента отчётности НС (НС.RI.2), который затем может пройти разбивку по способам оказания услуг (ССЗ 2011, Таблица 5.3).

Следует отметить, что категория НС.1.3.9 не является частью функциональной классификации, как это предусмотрено в ССЗ 2011, но представляет остаточную категорию амбулаторного лечения в вопроснике, которые используется для сбора данных по счетам здравоохранения в странах ОЭСР. Рекомендуется пересмотреть включённые статьи расходов, чтобы распределить их между другими соответствующими категориями амбулаторного лечения (например, НС.1.3.1, НС.1.3.2, НС.1.3.3 и НС.2.3).

*НС.5.2.4 Все прочие дополнительные медицинские товары длительного пользования, включая медицинские технические изделия, которые не определены по функции*

Категория НС.5.2.4 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Категория «НС.5.2.9 Все прочие дополнительные медицинские товары длительного пользования, включая медицинские технические изделия» обычно выступает в качестве остаточной категории, которая включает широкий спектр медицинских технических изделий (ССЗ 2011, с. 99). Рекомендуется переместить все расходы по категории НС.5.2.4 в категорию НС.5.2.9 в таблицах НСxHF и НСxНР (без изменений в HF и НР). Поскольку НР и HF не изменяются, Таблица НРxHF остаётся без изменений.

### *Схемы отчётности по Добровольному страхованию здоровья*

В оригинальных таблицах по НСЗ расходы частных страховщиков медицинских товаров и услуг («нетто расходы по страховым платежам») учитываются в категории «НС.7.2 Управление финансированием здоровья», услуги по которой предоставляются в рамках категории «НР.7.3 Учреждения по управлению частным страхованием здоровья» (в Таблице НСхНР провайдером медицинских услуг является НР.7.4) и финансируются в рамках категории «НФ.2.1 Схемы добровольного страхования здоровья», а административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»), учитываются в НС.7.2хНР.7.3, финансирование которых осуществляется в рамках категории «НФ.2.3 Схемы финансирования предприятий».

Существует понимание, что основная часть покрытия по добровольному страхованию здоровья используется для амбулаторного лечения (категория НС.1.3). Поэтому в Таблице НСхНФ расходы частных страховщиков здоровья на товары и услуги медицинского назначения («нетто расходы по страховым платежам») переносятся из НС.7.2хНФ.2.1 в НС.1.3хНФ.2.1<sup>1</sup> и во избежание двойного учёта эти страховые платежи вычитаются из НС.1.3хНФ.2.3. Также административные расходы по частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам») были перенесены из НС.7.2хНФ.2.3 в НС.7.2хНФ.2.1, поскольку они относятся к расходам в рамках схем добровольного страхования здоровья, а не схем финансирования предприятий.

Аналогичным образом в таблице НРхНФ страховые платежи переносятся из НР.7.3хНФ.2.1 в НР.3хНФ.2.1 и во избежание двойного учёта эти страховые платежи вычитаются из НР.3хНФ.2.3. Также административные расходы по частному страхованию здоровья были перенесены из НР.7.3хНФ.2.3 в НР.7.3хНФ.2.1.

В таблице НСхНР страховые платежи изначально учитывались в НС.7.2хНР.7.4. Стоимость, указанная в НС.7.2хНР.7.4, удалена, поскольку Категория НР.7.4 отсутствует в классификации НР в ССЗ 2011. Никакие дополнительные корректировки не требовались, поскольку страховые платежи уже являются частью НС.1.3хНР.3.

#### *НР.3.4.5 Все прочие амбулаторные многопрофильные центры, предоставляющие услуги по специализированному амбулаторному лечению*

Категория НР.3.4.5 отсутствует в классификации НР в ССЗ 2011. Категория «НР.3.4.9 Все прочие амбулаторные центры» обычно выступает в качестве остаточной категории, которая включает в себя учреждения, предоставляющие широкий спектр услуг по амбулаторному лечению, включая многопрофильные амбулаторные центры (ССЗ 2011, с. 141). Все расходы по категории НР.3.4.5 переносятся в категорию НР.3.4.9 в таблицах НСхНР и НРхНФ (без изменений в НС и НФ). Поскольку НС и НФ не изменяются, Таблица НСхНФ остаётся без изменений.

### ***Исключение статей из текущих расходов на здравоохранение, которые были включены ранее***

#### *НС.4.4 Услуги по лечению патологических заболеваний*

Категория НС.4.4 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Основная цель услуг по лечению патологических заболеваний не заключается в здоровье, и, более того, обычно данные виды услуг не предназначены для конечного потребления. Следовательно, данная категория была удалена из текущих расходов на здравоохранение: в НСхНФ и

НСхНР Категория НС.4.4 была удалена, в Таблице НРхНФ расходы по категории НС.4.4 были вычтены из НР.8.9хНФ.1.1.2.

*НС.4.9 Все прочие вспомогательные услуги (предоставляются в рамках категории НР.11, финансируются в рамках категории НФ.1.1.2)*

Категория НС.4.9 отсутствует в классификации НС в ССЗ 2011. Существует понимание, что часть услуг по категории НС.4.9, которая предоставляется в рамках категории НР.11 и финансируется в рамках категории НФ.1.1.2 («Управление вновь введенными медицинскими учреждениями»), относится к формированию капитала, а не к текущим расходам на здравоохранение. Соответственно, НС.4.9хНР.11хНФ.1.1.2 исключается из текущих расходов на здравоохранение. Однако данная статья расходов должна быть включена в формирование совокупного валового основного капитала провайдеров медицинских услуг, которая учитывается в рамках НК.1.1 на счёте движения капиталов (ССЗ 2011, Глава 11).

***Включение статей расходов в текущие расходы на здравоохранение, которые ранее были исключены***

*НС.РІ.3.1 Охрана здоровья матери и ребёнка; планирование семьи и консультирование*

Услуги по охране здоровья матери и ребёнка рассматриваются в качестве профилактических услуг в рамках текущих расходов на здравоохранением. Поскольку предполагается, что включённые услуги в основном служат цели мониторинга здоровья матери и детей, данная статья была перенесена в «НС.6.4 Программа мониторинга состояния здоровья» в таблицах НСхНФ и НСхНР (без изменений в НФ и НР). Таблица НРхНФ не затронута этими изменениями, поскольку категория НС.РІ.3.1 уже была включена в изначальную версию таблицы. Хотя категория провайдера медицинских услуг по охране здоровья матери и ребёнка не изменилась, рекомендуется пересмотреть текущее отнесение к категории «НР.2.9 Прочие лечебные учреждения с проживанием», поскольку навряд ли такие услуги будут предоставляться учреждениях долгосрочной медицинской помощи.

*НС.РІ.3.9 Все прочие несущественные услуги государственного здравоохранения*

Существует понимание, что данная статья относится к продвижению здорового образа жизни и является частью профилактических услуг в рамках текущих расходов на здравоохранение. Поэтому данная статья включена в таблицы НСхНФ и НСхНР в рамках категории «НС.6.1 Информационные, образовательные и консультационные программы» (без изменений в НФ и НР). Таблица НРхНФ не затронута этими изменениями, поскольку категория НС.РІ.3.9 уже была включена в изначальную версию таблицы.

*НС.РІ.7 Обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности*

Представляется, что данная статья охватывает контроль за инфекционными заболеваниями. Поскольку такие виды деятельности являются частью профилактических мер, данная статья расходов должна быть добавлена обратно в текущие расходы на здравоохранение. Она была перенесена в категорию «НС.6.5 Эпидемиологический надзор и программы контроля рисков и заболеваний» в таблицах НСхНФ и НСхНР (без изменений в НФ и НР). Таблица НРхНФ не затронута этими изменениями, поскольку категория НС.РІ.7 уже была включена в изначальную версию таблицы.

*НС.РІ.9.5 Консультирование, аналитические и социологические исследования*

Категория «НС.7.1 Управление и администрирование системы здравоохранения», включая планирование, выработку политики и информационную разведку, для всей системы здравоохранения, включая исследование, разработку и реализацию инновационных интервенций, чтобы задать планку по стандартам помимо иных видов деятельности (ССЗ 2011, с. 106). Существует понимание, что категория НС.РІ.9.5 подпадает под описание и поэтому была перенесена из НС.РІ.9.5хНР.11хНФ.1.1.2 в НС.7.1хНР.7.1хНФ.1.1.2.

*НС.РІ.11 Прочие виды расходов*

Существует понимание, что Категория НС.РІ.11 охватывает широкий спектр деятельности, и в настоящий момент полностью не ясно, касаются ли все статьи расходов, отнесённые к категории НС.РІ.11, конечного потребления медицинских товаров и услуг. Рекомендуются провести последующий анализ включённых в категорию различных элементов и их распределение между ССЗ. Тем не менее, часть категории НС.РІ.11, услуги по которой предоставляются в рамках категории НР.11 и финансируются в рамках категории НФ.2.3, была перенесена в НС.1.3.9хНР.3.3хНФ.2.3, поскольку подразумевается, что предприятия в основном финансируют услуги по амбулаторному лечению. Все оставшиеся расходы по категории НС.РІ.11 были перенесены в категорию «НС.0 Прочие медицинские услуги», услуги по которой предоставляются в рамках категории «НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг» (без изменений в НФ). Таблица НРхНФ не затронута этими изменениями, поскольку категория НС.РІ.11 уже была включена в изначальную версию таблицы.

*НС.РІ.12 Неофициальные расходы*

В соответствии с определениями по ССЗ 2011, неофициальные платежи справедливо рассматриваются в качестве составляющей категории «НФ.3 Наличные платежи домохозяйств». В изначальных таблицах по НСЗ неофициальные платежи отражаются в категории НС.РІ.12 и поэтому не включаются в текущие расходы по здравоохранению. Однако существует понимание, что в Казахстане неофициальные платежи, в основном, выплачиваются докторам в связи с услугами по стационарному лечению, например, за хирургические операции или родовспоможение. Поэтому данные платежи, фактически, относятся к потреблению медицинских товаров и услуг и должны рассматриваться в качестве элемента текущих расходов на здравоохранение. Поэтому все неформальные платежи были перенесены в НС.1.1хНР.1.1хНФ.3.

*Прочие статьи расходов, не относящиеся к текущим расходам на здравоохранение*

В изначальных таблицах по НСЗ следующие статьи расходов уже были корректно учтены вне текущих расходов на здравоохранение. Эти статьи расходов учитываются отдельно от ключевой классификации НС (НС.1-НС.7, НС.0) в таблицах НСхНФ и НСхНР, но они являются неотъемлемой частью изначальной таблицы НРхНФ. Как результат, при расчёте текущих расходов на здравоохранение из таблицы НСхНФ или таблицы НСхНР эти статьи расходов могут быть просто проигнорированы, но для расчёта текущих расходов на здравоохранение их Таблицы НРхНФ эти статьи расходов должны быть сначала вычтены, чтобы таблица была последовательной с таблицами НСхНФ и НСхНР.

*НС.РІ.4 Образование и обучение медицинского персонала*

ССЗ 2011 учитывает расходы на образование и обучение не в качестве текущих расходов на здравоохранение, а как связанные с капиталом расходы, которые должны

учитываться в качестве мемориальной (справочной) статьи «НКР.5 Образование и обучение медицинского персонала» на счёте движения капитала (ССЗ 2011, Глава 11). Чтобы привести Таблицу НРхНФ в соответствие с текущими расходами на здравоохранение, как показано в таблицах НСхНФ и НСхНР, расходы по категории НС.РІ.4 вычитаются из категории НР.8.2хНФ.1.1 в таблице НРхНФ.

#### *НС.РІ.5 Формирование капитала провайдеров медицинских услуг*

Тогда как текущие расходы на здравоохранение относятся к расходам на конечное потребление резидентов (домохозяйств, государственных и некоммерческих учреждений) на товары и услуги медицинского назначения, формирование капитала относится к спросу на основные фонды со стороны провайдеров медицинских услуг. Вследствие наличия концептуальных различий категория НС.РІ.5 корректно учитывалась вне текущих расходов на здравоохранение в таблицах НСхНФ и НСхНР. Как мы понимаем, категория НС.РІ.5 касается формирования валового основного капитала и должна учитываться в рамках категории НК.1.1 на счёте движения капитала (ССЗ 2011, Глава 11). Поскольку в изначальной Таблице НРхНФ формирование капитала не проходит отдельной строкой, расходы в рамках категории НС.РІ.5 вычитаются из НР.8.9хНФ.1.1 и из НР.11хНФ.1.1, чтобы сделать её более последовательной с другими ключевыми таблицами.

#### *НС.РІ.6 Прикладные научные исследования*

Аналогично ситуации с образованием и обучением ССЗ 2011 рассматривает расходы на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в качестве относящихся к капиталу расходов, а не как часть текущих расходов на здравоохранение или формирование капитала. Категория НС.РІ.6 должна учитываться в качестве мемориальной (справочной) статьи («НКР.4 Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в сфере здравоохранения») на счёте движения капитала (ССЗ 2011, Глава 11). Таблица НРхНФ скорректирована за счёт вычитания расходов в рамках категории НС.РІ.6 из НР.8.9хНФ.1.1.

#### *НС.РІ.9.1 Судебная экспертиза*

Основная цель судебной экспертизы может заключаться и не в изучении состояния здоровья, и эти услуги обычно не предназначены для конечного потребления. Существует договорённость сохранять расходы в этой категории вне текущих расходов на потребление. В целях достижения согласованности между Таблицей НРхНФ и иными ключевыми таблицами, расходы в рамках категории НС.РІ.9.1 вычитаются из НР.8.9хНФ.1.1.

#### *НС.РІ.9.2 Хранение ценностей и исторического наследия в сфере здравоохранения*

ССЗ 2011 упоминает в качестве ценностей произведённые товары с существенной стоимостью, которые обычно являются средством сбережения на протяжении времени и которые учитываются на счёте движения капитала в категории «НК.1.3 Приобретения за вычетом имеющихся ценностей» (ССЗ 2011, Глава 11). Рекомендуется, чтобы расходы по категории НС.РІ.9.2 тщательно учитывались по категории НК.1.3. Поскольку никакие расходы не были отражены в данной категории в НСЗ 2014, не было необходимости вносить какие-либо корректировки в таблицу НРхНФ.

#### *НС.РІ.9.3 Создание и поддержание информационных систем по здравоохранению*

Существует понимание, что данный термин относится в основном к созданию информационных систем по здравоохранению, поэтому мы будем рассматривать его в качестве формирования валового основного капитала. На счёте движения капитала (ССЗ 2011, Глава 11) категории «НК.1.1.2.3 ИКТ оборудование» и «НК.1.1.3.1 Компьютерное

программное обеспечение и базы данных» потенциально подпадают под отчётность по категории НС.РІ.9.3. В таблице НРхНF расходы по категории НС.РІ.9.3 вычитаются из НР.11хНF.1.1.

*НС.РІ.10 Хранение специальных товаров и оборудования, которое будет использоваться в случае возникновения катастрофы*

ССЗ 2011 ссылается на хранение специальных товаров и оборудования медицинского назначения в качестве примера того, что может быть включено в счёт движения капитала по категории «НК.1.2 Изменения в инвентаризации», где инвентаризационное имущество определено в качестве «произведённого имущества, которое начало период своего существования в отчётном периоде или в более раннем периоде, и которое находится у провайдеров медицинских услуг для продажи, использования в производстве или использования в дальнейшем» (ССЗ 2011, с. 259). В целях обеспечения последовательности между ключевыми таблицами, расходы по категории НС.РІ.10 в Таблице НРхНF вычитаются из категории НР.13хНF.1.1.

### **Вопросы обобщения данных**

*Разделение категории «НС.1.1 Стационарное лечение» на подкатегорию НС.1.1.1 и подкатегорию НС.1.1.2*

Разделение категории «НС.1.1 Стационарное лечение» на составляющие «НС.1.1.1 Специализированное медицинское обслуживание» и «НС.1.1.2 Высокоспециализированное медицинское обслуживание» должно быть пересмотрено, поскольку представляется, что это разделение на подкатегории не соответствует ССЗ 2011. ССЗ 2011 разграничивает категории «НС.1.1.1 Общее стационарное лечение» и «НС.1.1.2 Специализированное стационарное лечение».

*НС.5.1.1 Лекарственные средства, отпускаемые по рецепту*

Существует понимание, что безрецептурные препараты включены в Категорию «НС.5.1.1 Лекарственные средства, отпускаемые по рецепту». Во избежание какого-либо неверного толкования рекомендуется удалить Категорию НС.5.1.1 и вести учёт только на уровне второго разряда, т.е. «НС.5.1 Лекарственные средства и иные медицинские товары кратковременного использования».

*Переименование категорий НР.5.3 и НР.11*

Категории НР.5.3 и НР.11 отсутствуют в классификации НР в ССЗ 2011. Поэтому категория НР.5.3 была переименована в категорию «НР.5.9 Все прочие незначительные продавцы и иные поставщики лекарственных средств и товаров медицинского назначения», а категория НР.11 – в категорию «НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг». Следует отметить, что категория НР.0 не являются частью классификации провайдеров медицинских услуг, предусмотренной в ССЗ 2011, а представляет собой остаточную категорию, которая используется для сбора данных по счетам здравоохранения из стран ОЭСР.

## **6.3. Корректировка доходов по схемам финансирования здравоохранения, Таблица (НFхF5)**

Корректировки, внесённые в три ключевые таблицы, также вносят некоторые изменения в Таблицу НFхF5 в целях обеспечения последовательности между всеми таблицами НСЗ. Поскольку все финансовые схемы, за исключением категории НF.1.1.2,

получают свои доходы лишь из одного источника, корректировки Таблицы HFxFS в значительной степени являются прямолинейными: категория HF.1.1.1 в Таблице HFxFS была уравнена с категорией HF.1.1.1 в таблицах НСxHF и НРxHF посредством корректировки ячейки HF.1.1.1xFS.1.1.1, категория HF.3 – за счёт корректировки ячейки HF.3xFS.6.1 и категория HF.4.2 – за счёт корректировки ячейки HF.4.2xFS.7.3.

Схема финансирования категории HF.1.1.2 частично даёт извлекать доходы за счёт переводов из республиканского бюджета (категория FS.1.1.1) и частично из местных бюджетов (категория FS.1.1.2). Поэтому для того, чтобы уравнять категорию HF.1.1.2 в Таблице HFxFS с изменением категории HF.1.1.2 в таблицах НСxHF и НРxHF, необходимо скорректировать категории FS.1.1.1 и FS.1.1.2. Для статей расходов, которые должны быть исключены из текущих расходов на здравоохранение, существовала возможность выявить в местных бюджетах, какая часть финансируется за счёт переводов из республиканского бюджета (категория FS.1.1.1) и какая – за счёт местных бюджетов (категория FS.1.1.2). Только для категории «НС.RI.4 Образование и обучение медицинского персонала», финансируемой по категории HF.1.1.2, не было возможности принять данное различие. Предполагалось, что будет не просто провести такое различие. Предполагалось, что все расходы по категории HF.1.1.2 на статьи расходов НС.RI.4 возникают из местных бюджетов и поэтому только категория FS.1.1.2 была скорректирована.

В отношении финансовых схем HF.2.1 и HF.2.3 было необходимо включить ряд дополнительных корректировок, чтобы отразить природу схем добровольного страхования здоровья в Республике Казахстан. В оригинале Таблицы HFxFS, HF.2.1xFS.5.1 содержат «нетто платежи для страховых выплат», а в HF.2.3xFS.5.1 содержится термин «полученная нетто премия» минус «нетто расходы по страховым платежам». Мы суммировали вместе HF.2.1xFS.5.1 и HF.2.3xFS.5.1, чтобы получить «полученную нетто премию» и затем отнести «полученную нетто премию» к категории HF.2.1xFS.5.2. Это означает, что в категорию «HF.2.1 Схемы добровольного страхования здоровья» будут зачисляться выплаты премий в форме «FS.5.2 Добровольная предоплата со стороны работодателей», поскольку, как мы понимаем, добровольное страхование здоровья в Республике Казахстан предлагается через работодателей, которые выплачивают страховые премии от имени своих работников. Более того, мы понимаем, что «нетто расходы по страховым платежам» уже включены в категорию HF.2.3xFS.6.2 в оригинальной таблице HFxFS. Поскольку сейчас страховые платежи являются частью стоимости, отнесённой на категорию HF.2.1xFS.5.2, ей ещё предстоит быть вычтенной из HF.2.3xFS.6.2 во избежание двойного учёта.

#### 6.4. Влияние корректировок на уровень и структуру текущих расходов на здравоохранение

Различные корректировки, описанные выше, влияют на уровень и структуру текущих расходов на здравоохранение. Три таблицы, представленные в данном разделе, содержат краткий обзор по общему влиянию корректировок на текущие расходы на здравоохранение наряду с функциями, провайдерами медицинских услуги и схем финансирования.

Таблица 6.1 отображает текущие расходы на здравоохранение за 2014 год, разбитые по функциям до (колонки «Изначальные») и после корректировок (колонки «Скорректированные»). Текущие расходы на здравоохранение без каких-либо корректировок составляют 1225,9 млрд казахских тенге (это соответствует стоимости, показанной в разделе 2.4 отчёта по НСЗ за отчётный 2014 год<sup>2</sup>). После различных корректировок текущие расходы на здравоохранение составляют 1277,3 млрд казахских тенге, что эквивалентно чистому приросту в 4,2% по сравнению с исходными таблицами по НСЗ.

В рамках данного общего прироста влияние отдельных функций медицинского обслуживания варьируется. Самые крупные изменения в абсолютном и относительном отношении могут наблюдаться по расходам на вспомогательные услуги (категория НС.4). Корректировки привели к 59%-ному сокращению расходов на вспомогательные услуги, при этом доля категории НС.4 в объеме текущих расходов на здравоохранение снижается с 7,1% до 2,8%. Как уже было описано ранее в этой главе, некоторые статьи расходов, которые были ранее учтены в категории НС.4, были исключены из объема текущих расходов на здравоохранение, в то время как другие были перенесены на услуги по амбулаторному и стационарному лечению. Перенос некоторых статей расходов, которые были изначально учтены в категориях НС.4.9 и НС.Р1.11, в категорию амбулаторного лечения (НС.1.3) приводит к повышению расходов в рамках категории НС.1.3 на 11,3%, что приводит к увеличению на 2 процентных пункта их доли в объеме текущих расходов на здравоохранение. Перенос расходов, которые были ранее учтены в категории НС.4.5, в категорию НС.1.1, а также принятие во внимание неофициальных платежей приводит к росту расходов на стационарное лечение на 5,8%. Самый большой рост (54,9%) расходов на профилактическое лечение (категория НС.6) можно объяснить добавлением расходов на охрану здоровья матери и ребенка и возвращением «Обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности» обратно в текущие расходы на здравоохранение. Наконец 1,7% текущих расходов на здравоохранение учитывается в категории «НС.0 Прочие неустановленные медицинские услуги» после корректировки таблиц по НСЗ. Как уже упоминалось, целью должно являться разъяснение природы включенной здесь деятельности и стремление приблизить долю неустановленных расходов на здравоохранение (т.е. категория НС.0) как можно ближе к нулю.

**Таблица 6-1 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по функциям, 2014**

Функции	Коды SHA	Миллионы тенге			% от ТРЗ	
		Оригинал	Поправка	Разность (%)	Оригинал	Поправка
Стационарное лечение и реабилитация (включая дневной уход)	НС.1.1, НС.1.2, НС.2	405,097	428,624	5,8	33,0	33,6
Амбулаторное лечение	НС.1.3	364,433	405,486	11,3	29,7	31,7
Долгосрочный медицинский уход	НС.3	260	260	0,0	0,0	0,0
Вспомогательные услуги	НС.4	86,884	35,620	-59,0	7,1	2,8
Медицинские товары	НС.5	331,904	331,904	0,0	27,1	26,0
Профилактические услуги	НС.6	28,138	43,578	54,9	2,3	3,4
Управление и администрирование финансирования системы здравоохранения	НС.7	9,169	9,993	9,0	0,7	0,8
Прочие услуги здравоохранения, не классифицированные ранее	НС.0		21,816		0,0	1,7
<b>Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ)</b>	<b>НС.1-НС.7, НС.0</b>	<b>1,225,884</b>	<b>1,277,281</b>	<b>4,2</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)

В Таблице 6.2 обобщены изменения с разбивкой по категориям различных провайдеров медицинских услуг, и эти изменения, в основном, повторяют изменения, описанные в Таблице 6.1 с точки зрения провайдеров медицинских услуг: повышение расходов на больницы (категория НР.1) и провайдеров услуг по амбулаторному лечению (категория НР.3) соответствует расходам на стационарное лечение (категория НС.1.1) и амбулаторное лечение (категория НС.1.3) соответственно; повышение расходов на провайдеров вспомогательных услуг (категория НР.4) соответствует снижению расходов по категории НС.4. Повышение расходов на профилактическое лечение (категория НС.6), отраженное в Таблице 6.1, является причиной для смещения вверх расходов, связанных с провайдерами профилактических услуг (категория НР.6), а также с лечебными учреждениями с проживанием (категория НР.2). В случае с категорией НР.2 крупный соответствующий рост расходов может быть полностью списан на перенос услуг по охране здоровья матери и ребенка. Однако, как уже упоминалось выше, рекомендуется пересмотреть выбор категории провайдеров услуг по охране здоровья материнства и детства. Снижение расходов в остальных сферах экономики (категория НР.8) берет начало из исключения статей расходов, которые не относятся к окончательному потреблению товаров и услуг медицинского назначения (например, образование и обучение медицинского персонала). Наконец, рост расходов в категории НР.0 соответствует

выросшим расходам на здравоохранение по категории НС.0. Что касается категории НС.0, то необходимо прояснить, какие соответствующие провайдеры являются провайдерами указанных медицинских услуг, чтобы приблизить долю расходов по категории НР.0 в максимально близкой степени к нулю.

**Таблица 6-2 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по провайдерам медицинских услуг, 2014**

Поставщик	коды SHA	Миллионы тенге			% от ТРЗ	
		Оригинал	Поправка	Разность (%)	Оригинал	Поправка
Больницы	НР.1	391,614	415,141	6.0	31.9	32.5
Учреждения длительного ухода	НР.2	260	3,511	1,251.3	0.0	0.3
Поставщики амбулаторных медицинских услуг	НР.3	375,390	416,444	10.9	30.6	32.6
Поставщики вспомогательных услуг	НР.4	83,958	34,221	-59.2	6.8	2.7
Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	НР.5	330,752	330,752	0.0	27.0	25.9
Поставщики профилактических услуг	НР.6	28,138	40,327	43.3	2.3	3.2
Организации управления здравоохранением	НР.7	5,538	6,362	14.9	0.5	0.5
Прочие сектора экономики	НР.8	5,265	4,040	-23.3	0.4	0.3
Остальной мир	НР.9	1,036	1,036	0.0	0.1	0.1
Организации, тип предоставляемых услуг которых не определен	НР.0 <sup>1</sup>	3,934	25,447	546.9	0.3	2.0
<b>Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ)</b>	<b>НР.1-НР.9, НР.0</b>	<b>1,225,884</b>	<b>1,277,281</b>	<b>4.2</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

1. В изначальных таблицах по НСЗ это упоминается как категория НР.11.  
*Источник:* Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)

Таблица 6.3 содержит обзор того, как вышеуказанные корректировки изменили состав расходов на медицинские услуги с помощью схем финансирования. За исключением некоторых переносов статей расходов в рамках категории НФ.2 (переносов статей расходов между категориями НФ.2.1 и НФ.2.3, связанных с отчётностью по схемам добровольного страхования здоровья, см. выше), больше никакие изменения не были совершены в отнесении статей расходов к схемам финансирования. Иными словами, изменения, отображённые в Таблице 6.3, являются конечным результатом включения статей расходов, которые были ранее исключены из текущих расходов на здравоохранение, и исключения статей расходов, которые были ранее включены. Может наблюдаться существенный рост расходов по схемам центрального правительства (категория НФ.1.1.1), схемам добровольных платежей на здравоохранение (категория НФ.2) и схемам финансирования остальной части мира (категория НФ.4).

**Таблица 6-3 Влияние корректировок на текущие расходы на здравоохранение по схемам финансирования, 2014**

Схема финансирования	коды SHA	Миллионы тенге			% от ТРЗ	
		Оригинал	Поправка	Разность (%)	Оригинал	Поправка
Государственные схемы	НФ.1.1	702,809	738,092	5.0	57.3	57.8
Схемы республиканского уровня	НФ.1.1.1	244,249	276,125	13.1	19.9	21.6
Схемы местного уровня	НФ.1.1.2	458,559	461,967	0.7	37.4	36.2
Схемы добровольных медицинских взносов	НФ.2	39,506	51,341	30.0	3.2	4.0
Частные расходы домохозяйств	НФ.3	481,578	484,587	0.6	39.3	37.9
Добровольные схемы нерезидентов	НФ.4	1,992	3,261	63.7	0.2	0.3
<b>Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ)</b>	<b>НФ.1.1-НФ.4</b>	<b>1,225,884</b>	<b>1,277,281</b>	<b>4.2</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

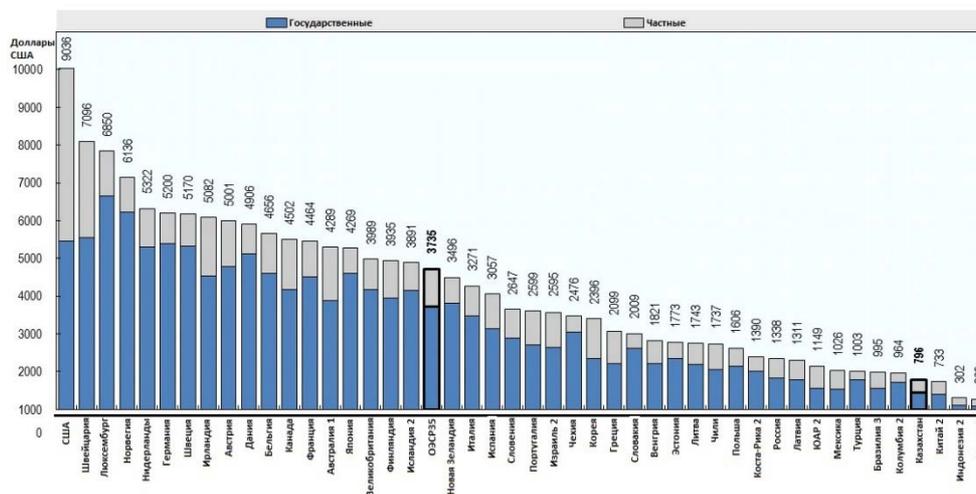
*Источник:* Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)

## 6.5. Сравнение скорректированных данных по НСЗ<sup>3</sup> со странами ОЭСР

В данном разделе используются скорректированные данные по НСЗ и проводится сравнение отдельных показателей расходов на здравоохранение и его финансирование в Казахстане и в ОЭСР и других странах. Данные по странам ОЭСР взяты из Статистических данных ОЭСР по здравоохранению за 2017 год. Сравнение проводится по 2014 году, поскольку это самый поздний год, за который есть подробные данные по расходам на здравоохранение и его финансирование как в Казахстане, так и по странам ОЭСР.

На Рисунке 6.1 отражено сравнение уровней расходов на здравоохранение из расчёта на душу населения между странами, расходы конвертированы в единую валюту (доллар США) и скорректированы с учётом различий в покупательной способности национальных валют (с применением общеэкономических паритетов покупательной способности). В 2014 году Казахстан израсходовал на товары медицинского назначения и услуги сумму, эквивалентную 796 долларам США, из расчёта на каждого жителя. Данный уровень расходов на здравоохранение составляет около 21% от среднего показателя по ОЭСР (3735 долларов США). Среди остальных стран ОЭСР в США самый высокий уровень расходов (9036 долларов США), а в Турции (1003 долларов США) – самый низкий уровень расходов на здравоохранение из расчёта на душу населения.

**Рисунок 6-1 Расходы на здравоохранение из расчёта на душу населения, 2014**



*Примечание: Расходы исключают инвестиции, если не указано иное.*

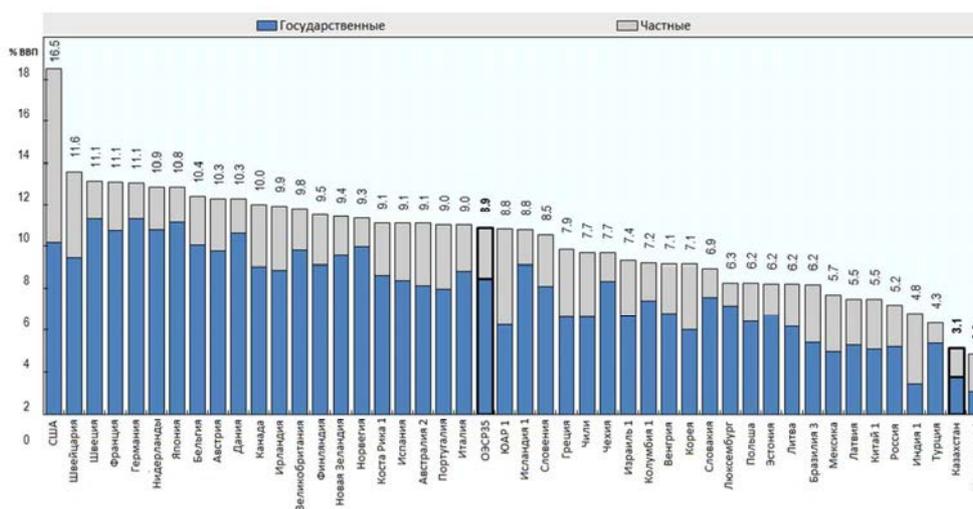
1. Расчет расходов в Австралии исключает все расходы, связанных с уходом престарелых, проживающих в социальных учреждениях.
2. Включает инвестиции.
3. Данные относятся к 2013 г.

*Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Глобальная база данных расходов ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.*

Рисунок 6.1 также отображает разбивку расходов на здравоохранение на душу населения по виду финансирования, между расходами по государственным схемам и схемам обязательных взносов на финансирование здравоохранения (категория HF.1), с одной стороны, и расходами по схемам добровольных платежей на здравоохранение (категория HF.2) и наличными расходами домохозяйств (категория HF.3) с другой. В целом, рейтинг расходов на душу населения остаётся сопоставимым с общим объёмом расходов. В 2013 году такие государственные расходы в Казахстане составляли 460 долларов США на душу населения по сравнению со средним показателем по ОЭСР в размере 2744 долларов США.

В 2013 году Казахстан потратил 3,1% ВВП на здравоохранение (Рисунок 6.2) – около одной трети от среднего показателя по ОЭСР (8,9%). В то время как в США на здравоохранение была потрачена самая большая доля ВВП (16,45%), самая низкая доля расходов в ВВП была отмечена в Турции (4,3%). Среди ключевых партнёрских стран Индия и Индонезия потратили 4,8% и 2,8% соответственно (включая инвестиции).

Рисунок 6-2 Расходы на здравоохранение как доля ВВП, 2014



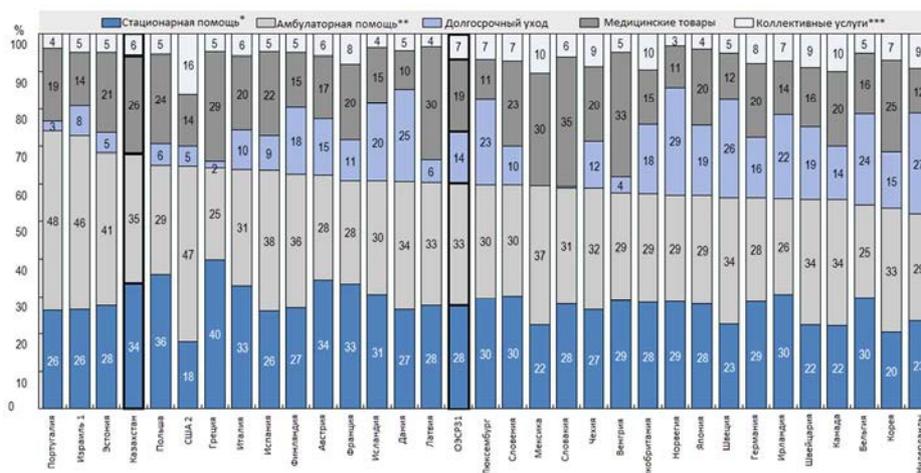
Примечание: Расходы исключают инвестиции, если не указано иное.

- Расчет расходов в Австралии исключает все расходы, связанных с уходом престарелых, проживающих в социальных учреждениях.
- Включает инвестиции.
- Данные относятся к 2013 г.

Источник: ОЭСР: *Расходы и финансирование в здравоохранении*, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Глобальная база данных расходов ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/SelectIndicators/en>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

В 2014 году в странах ОЭСР приблизительно две трети всех расходов были направлены в совокупности на стационарное и амбулаторное лечение (Рисунок 6.3). В Казахстане объем расходов на стационарное и амбулаторное лечение составил 69% от текущих расходов на здравоохранение, объем относительно высокий для стационарного лечения (34% от текущих расходов на здравоохранение). В странах ОЭСР доля расходов на стационарное лечение в 2014 году была выше в Греции, Польше и Австрии. После расходов на стационарное и амбулаторное лечение расходы на товары медицинского назначения представляют собой третью крупную категорию. Страны ОЭСР потратили одну пятую от всех расходов на здравоохранение на медицинские товары кратковременного пользования, лекарственные средства и терапевтические изделия. В Казахстане одна четвертая часть от текущих расходов на здравоохранение была потрачена на медицинские изделия, что превышает аналогичные показатели в большинстве стран ОЭСР. Фактически, только в Латвии, Республике Словакия, Венгрии, Греции и Мексике отмечен более высокий уровень расходов на товары медицинского назначения. В Казахстане расходы на долгосрочную медицинскую помощь (здоровье), практически, отсутствовали в 2013 году (0,02% от текущих расходов на здравоохранение), в то время как в ОЭСР на данную категорию приходится 12% от всех расходов на здравоохранение. При том, что расходы на коллективные услуги в целом соответствуют среднему показателю по ОЭСР, важно учитывать, что сопоставимость данной категории сталкивается с ограничением, поскольку для Казахстана она включает существенную часть нераспределённых («неизвестных») расходов на здравоохранение (категория НС.0).

Рисунок 6-3 Текущие расходы на здравоохранение по функции здравоохранения, 2014



Примечание: Страны ранжированы по доле лечебной и реабилитационной помощи в текущих расходах на здравоохранение.

\* Включает лечебную и реабилитационную помощь в стационаре и в форме дневного пребывания.

\*\* Также включает помощь на дому и вспомогательные услуги.

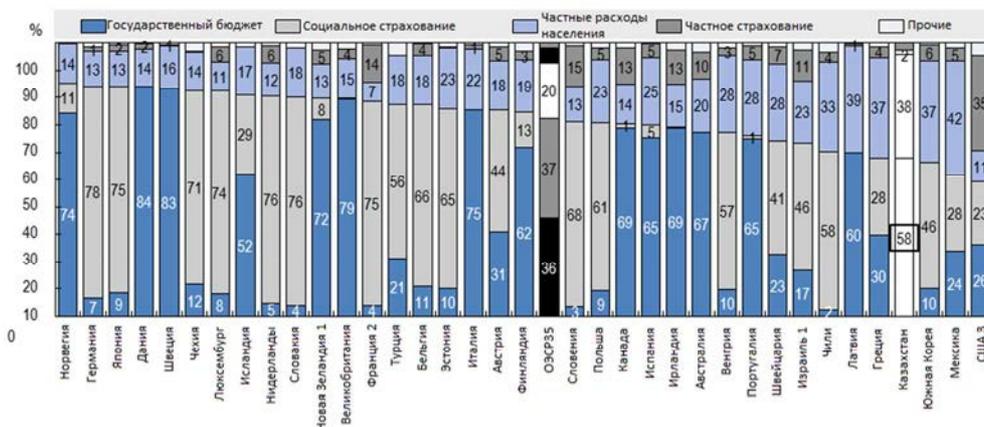
\*\*\* Также включает категорию НСЗ «Прочие услуги, не определенные по типу».

1. Данные относятся к 2013 г.

2. Для США стационарная помощь, оказываемая платными независимыми врачами, включается в амбулаторную помощь. *Источник:* ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; Глобальная база данных расходов ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Как показано на Рисунке 6.4, в 2014 году практически во всех странах ОЭСР основным источником финансирования здравоохранения являлись государственные и обязательные схемы взносов, при которых около трёх четвертей от объёма расходов на здравоохранение финансировалось через национальное правительство (соответствуя категории «HF.1.1 Государственные схемы») и/или социальное страхование здоровья (соответствуя категории «HF.1.2 Схемы обязательных взносов на финансирование здравоохранения»). В Казахстане доля государственных расходов на здравоохранение (58%) была существенно ниже по сравнению со средним показателем по ОЭСР. Более низкий уровень государственного финансирования отмечен только в Корее, Мексике и США. С другой стороны, доля расходов на здравоохранение, финансируемая за счёт наличных платежей домохозяйств, почти в два раза выше в Казахстане (38%) по сравнению со средним показателем по ОЭСР (20%), аналогично доле расходов в Корее и Греции.

Рисунок 6-4 Расходы на здравоохранение по типу финансирования, 2014

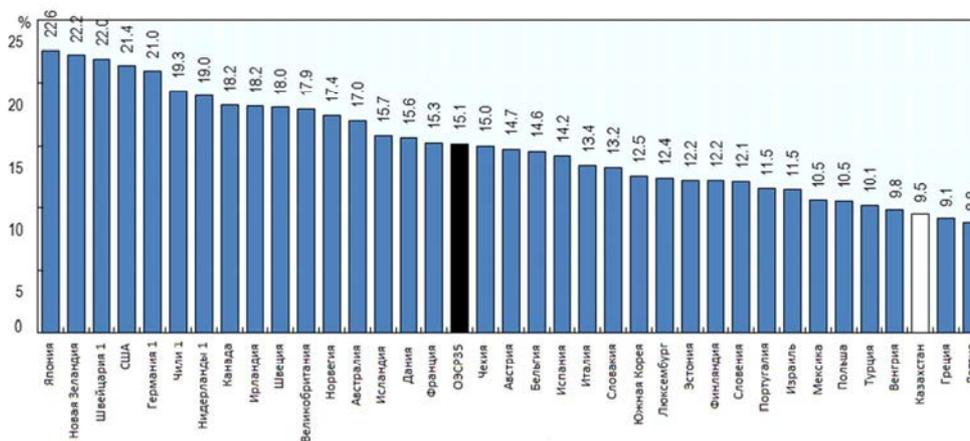


1. Данные относятся к 2013 г.
2. Франция не включает платежи из собственных средств для стационарного долгосрочного лечения, что приводит к занижению доли из собственных средств.
3. Расходы частных медицинских страховых компаний в Соединенных Штатах указаны в разделе добровольное медицинское страхование.

Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

В рамках государственного бюджета сфера здравоохранения конкурирует за денежные средства с другими отраслями, включая образование, оборону и жилье. Ряд факторов, включая тип системы здравоохранения и долгосрочной медицинской помощи, демографический состав населения и относительные бюджетные приоритеты, определяют размер государственного бюджета, выделенного на здравоохранение. Средний показатель общих государственных расходов, которые страны ОЭСР выделили на здравоохранение в 2014 году, составил 15% (Рисунок 6.5). Хотя Казахстан выделил средств на здравоохранение более чем на пять процентных пунктов меньше, доля от общего объема государственных расходов сопоставима с соответствующими долями, существующими в других странах ОЭСР, такие как Венгрия, Греция и Латвия.

**Рисунок 6-5 Расходы на здравоохранение как доля от общего объёма государственных расходов, 2014**



Примечание: Привязка расходов по линии государственного и обязательного страхования с общими государственными расходами может привести к завышению оценки в странах, где обязательное страхование обеспечивается частными страховщиками.

1. Включает расходы частных медицинских страховщиков на обязательное страхование.

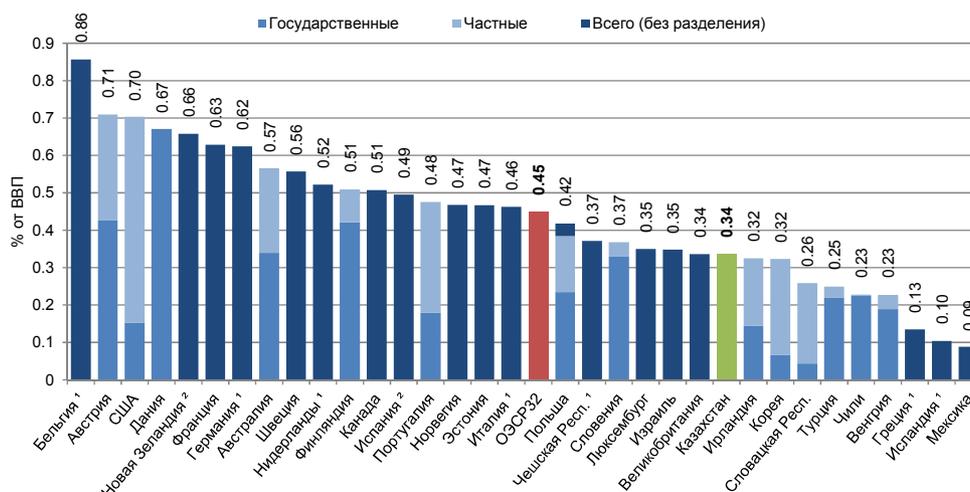
Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению 2017, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>;

Глобальная база данных расходов ВОЗ, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>;

Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан; База данных ОЭСР по национальным счетам, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA\\_TABLE1](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE1); База данных Наблюдения за мировой экономикой МВФ.

Как уже было описано выше, формирование капитала провайдером медицинских услуг уже было корректно отражено в отчёте отдельно от текущих расходов на здравоохранение в изначальных таблицах по НСЗ (категория НС.Р1.5). Более того, статьи расходов, которые изначально были указаны под категориями НС.Р1.9.3 и НС.4.9xHF.1.1.2, исключены из текущих расходов на здравоохранение, поскольку, как выяснилось, они относятся к формированию валового основного капитала, а не к окончательному потреблению товаров и услуг медицинского назначения. Для Рисунка 6.6 указанные статьи суммированы вместе и сравниваются с формированием валового основного капитала в странах ОЭСР. В 2013 году Казахстан инвестировал около 0,34% ВВП в качестве капитальных вложений в сектор здравоохранения. Это немного ниже среднего показателя по ОЭСР (0,45%) и сопоставимо с капиталовложениями в Люксембурге, Израиле и Великобритании. Следует отметить, однако, что капиталовложения могут варьироваться из года в год и лучше всего смотреть на средние показатели или динамику за период времени.

**Рисунок 6-6 Формирование валового основного капитала в секторе здравоохранения как доля ВВП 2012**



1. Включает валовое накопление капитала в категории 86: Деятельность, связанная со здоровьем человека (ISIC редакция 4).

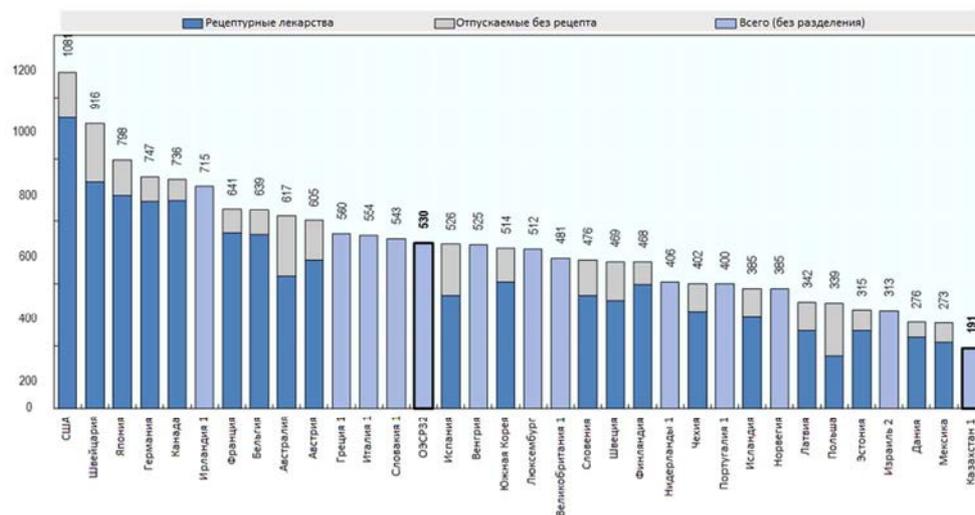
2. Включает валовое накопление капитала в категории Q: Деятельность, связанная со здоровьем человека и социальной работой (ISIC редакция 4).

Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; База данных ОЭСР по национальным счетам, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA\\_TABLE8A](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE8A);

Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Как указано на Рисунке 6.3, лекарственные средства (основная составляющая категории «товары медицинского назначения») составляют в Казахстане и странах ОЭСР третью крупнейшую категорию расходов после услуг стационарного и амбулаторного лечения. В Казахстане в 2014 году расходы на душу населения на продаваемые в розницу лекарственные средства (выражены в долларах США, паритет покупательной способности) составили 191 доллар США (Рисунок 6.7). Это всего лишь около одной трети от среднего показателя по ОЭСР (530 долларов США). На другом конце шкалы находятся США, где расходы на лекарственные средства составили 1081 доллар США или почти в два раза больше среднего показателя по ОЭСР.

Рисунок 6-7 Расходы на лекарственные средства на душу населения, 2014



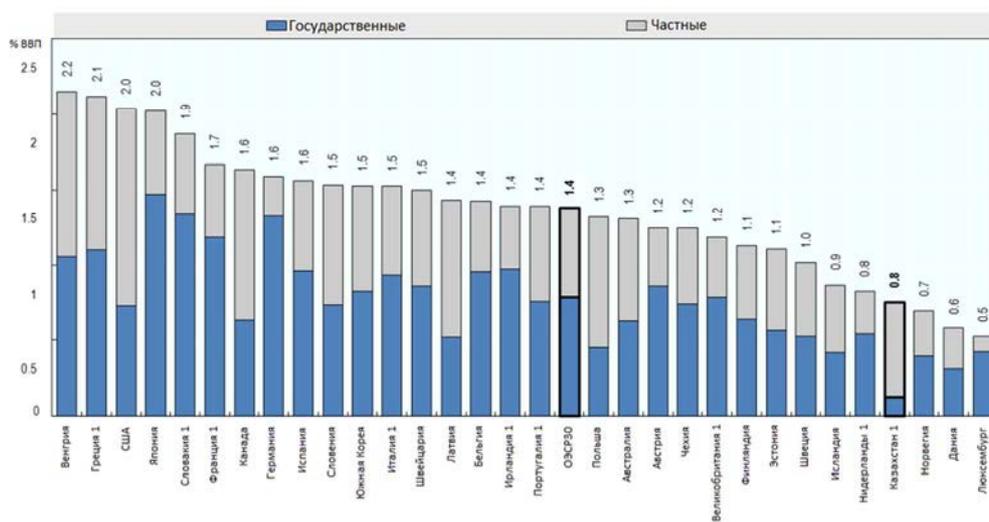
1. Включает изделия медицинского назначения недлительного использования.

2. Данные относятся к 2013 г.

Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан

Рисунок 6.8 отображает расходы на продаваемые в розницу лекарственные средства в виде доли ВВП и содержит некоторую информацию о финансировании расходов на лекарственные средства. В 2014 году расходы на лекарственные средства в странах ОЭСР варьировались от 0,5% в Люксембурге до 2,2% в Венгрии и составляли в среднем около 1,4% ВВП. Казахстан, в котором расходы на лекарственные средства составили около 0,8% ВВП, находится в нижней части рейтинга. В среднем в ОЭСР расходы государственного и обязательного страхования на лекарственные средства составили 0,8% ВВП, что означает, что около 60% от всего объема расходов на лекарственные средства были профинансированы государством. В 2013 году в Казахстане лишь около 16% расходов на лекарственные средства были покрыты за счёт государственных средств в 2014, а оставшиеся 84% - это были наличные расходы.

Рисунок 6-8 Расходы на лекарственные средства как доля ВВП, 2014



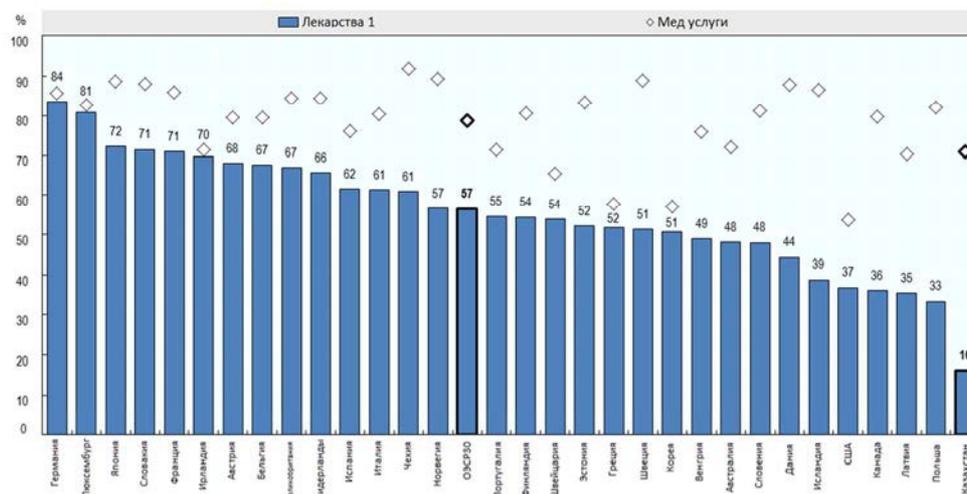
1. Включает изделия медицинского назначения недлительного использования.

Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении,

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан

Согласно Рисунку 6.9 во всех странах ОЭСР (за исключением Греции) государственное покрытие расходов на лекарственные средства развито не так сильно, как для других медицинских услуг, например, для амбулаторного и стационарного лечения. В 2014 году в среднем по странам ОЭСР с помощью схем государственного и обязательного финансирования покрывалось 79% расходов на медицинские услуги и для сравнения 57% расходов на лекарственные средства. Данное расхождение было существенно шире в Казахстане, где с помощью схем государственного финансирования покрывалось 71% расходов на медицинские услуги и лишь 16% расходов на лекарственные средства.

Рисунок 6-9 Государственная доля в объёме расходов на товары медицинского назначения и услуги, 2014



1. Включает изделия медицинского назначения недлительного использования.

Источник: ОЭСР: Расходы и финансирование в здравоохранении.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан

## Примечания

- <sup>1</sup> Ключ распределения для отнесения страховых платежей к НС.1.3.1, НС.1.3.2 и НС.1.3.3, а также НР.3.1, НР.3.2 и НР.3.3 был получен из информации о расходах предприятий на услуги по амбулаторному лечению, содержащейся в Бюллетене статистики по объемам услуг из Комитета по статистике (данные цифры содержат в значительной части страховые платежи).
- <sup>2</sup> Шоранов и др., 2015 г., *Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан. Доклад о расходах на здравоохранение за 2014 год.*
- <sup>3</sup> Представленные здесь скорректированные цифры по НСЗ являются прогнозными, основаны на корректировках, описанные в первой части настоящей главы, и не учитывают какие-либо изменения, основанные на рекомендациях, изложенных в главах 4 и 5.



## Глава 7. Показатели производительности и эффективности работы

*Повышение эффективности, как правило, определяемое как соотношение между одним или несколькими затрачиваемыми ресурсами (или «производственными факторами») и одним или несколькими «показателями» (например, количеством хирургических операций) или «конечными результатами» работы сферы здравоохранения (например, продолжительность жизни без заболеваний), обычно считается ключевой задачей политики в области здравоохранения с целью уравнивания растущего спроса на медицинские услуги в условиях ограниченных возможностей государственного бюджета.*

*Данная глава начинается с обсуждения концепций эффективности и производительности, включая обзор многосторонних подходов и проблем, связанных с определением и измерением различных показателей. Прежде чем обратиться к примеру работы, проводимой в странах ОЭСР, по измерению производительности и определить, как можно использовать их опыт для совершенствования измерения производительности в секторе здравоохранения Казахстана, предлагается рассмотреть текущие показатели, которые публикуются в национальных счетах здравоохранения Республики Казахстан.*

## 7.1 Введение

Концептуальная схема построения НСЗ, в частности, Системы национальных счетов здравоохранения 2011 г. (НСЗ 2011), позволяет получить целый ряд данных и показателей, которые, в конечном итоге, могут быть использованы для анализа системы здравоохранения и помогают осуществлять контроль за решением некоторых задач, определенных стратегией развития этой сферы. Данные, собранные в стандартные таблицы национальных счетов здравоохранения, могут показать, откуда берутся деньги, кто управляет денежными потоками, и для чего они используются, что повышает прозрачность и подотчетность в системе здравоохранения. Для стран, которые получают значительные объемы внешних ресурсов, отслеживание этих финансовых потоков в течение определенного периода дает возможность учитывать тенденции в динамике финансовой помощи, а также анализировать потенциальные последствия с точки зрения устойчивости этих показателей. Используя данные об оплате медицинских услуг пациентами за свой счет и о суммах, выделенных в качестве предварительной оплаты за оказанные услуги, можно разработать показатели, характеризующие защиту от финансовых рисков. С помощью данных об источниках финансирования и об объемах затраченных средств (с привлечением данных об использовании средств и о доходах), а также о видах поступлений и о бенефициарах можно разработать показатели, характеризующие сбалансированность в распределении финансирования.

Вместе с тем, для иных целей информацию по расходам необходимо использовать в сочетании с данными, не относящимися к расходам средств. Например, для расчета показателей, характеризующих доступность медицинских услуг и сбалансированность в распределении финансовых ресурсов, можно взять данные о расходовании средств в сочетании с данными об их использовании. При определенных условиях данные об общей сумме расходов на здравоохранение и их распределении по отдельным сферам медицинских услуг с привлечением информации об итогах и результатах работы этой сферы можно применить для расчета показателей эффективности медицинского обслуживания.

## 7.2. Производительность и эффективность работы системы здравоохранения

Измерение показателей работы в системе здравоохранения осложняется тем фактом, что состояние пациентов, т. е. то, что с ними в действительности происходит, это не столько «непосредственный показатель предоставления услуг» (оказания медицинской помощи, например, консультации врачей или проведение определенных диагностических или хирургических процедур), сколько «конечный результат» или итог этой деятельности (например, выздоровление после каких-либо заболеваний или после получения травм, либо улучшение состояния с уменьшением болевых ощущений или недомогания после хирургического вмешательства). Поэтому важно провести различие между двумя главными видами показателей эффективности работы в сфере здравоохранения: эффективностью работы при оказании медицинских услуг (показатели производительности<sup>1</sup>) и эффективностью в достижении результатов или итогов работы при оказании медицинских услуг (или эффективностью в сравнении с затратами, если привязывать результаты работы к затраченным средствам). Более того, для оценки эффективности работы можно использовать два типа показателей: показатели первого типа измеряют так называемую «техническую эффективность», что означает получение максимальной отдачи (и по объему оказанных услуг, и по результатам работы) при определенном уровне затраченных ресурсов; и показатели второго типа – так называемой «распределенной эффективности», которые характеризуют распределение ресурсов для достижения наилучших результатов или итогов при таком сочетании входящих компонентов затрат, которые обеспечивают

минимальный расход ресурсов. И, наконец, для получения комплексной оценки эффективности показатели должны отражать соотношение затрат, с одной стороны, и объема оказанных услуг и результатов, с другой стороны, на трех разных уровнях:

1. на уровне всей системы здравоохранения в целом (на макроуровне);
2. на уровне отдельных секторов в системе здравоохранения (например, на уровне больниц, первичной медицинской помощи, фармацевтической сферы); и
3. на уровне отдельных заболеваний (например, лечение рака, сердечно – сосудистых заболеваний, диабета и т. д.).

Каждый из этих показателей описывает различные аспекты системы здравоохранения и требует данных, агрегированных на различных уровнях и описывающих основные параметры этой сферы (компоненты и уровень затрат, объем и/или результат оказанных медицинских услуг). В ОЭСР и в других организациях в настоящее время проводится разработка показателей, которые в должной мере характеризуют эффективность сферы здравоохранения на всех указанных выше уровнях. Если расчет показателей, характеризующих затраты представляется достаточно реальным делом, то определение значимых показателей, характеризующих промежуточные и конечные результаты медицинского обслуживания, более сложное дело. И, тем не менее, это служит для Казахстана стартовой позицией для продолжения работы по формированию подхода к измерению производительности и эффективности в сфере здравоохранения.

### ***Показатели на уровне системы здравоохранения в целом***

Главным преимуществом подхода, основанного на оценке всей системы здравоохранения в целом, является наличие уже готовых агрегированных данных по основным показателям затрат как в стоимостном (например, совокупные затраты на здравоохранение в расчете на душу населения), так и в натуральном – по количеству задействованных людских или кадровых ресурсов – выражении (например, общее число докторов или медицинских сестер), причем некоторые общие показатели, характеризующие состояние здоровья населения (например, продолжительность жизни или, что еще предпочтительнее, продолжительность жизни без заболеваний), могут служить в качестве показателей результатов работы системы здравоохранения.

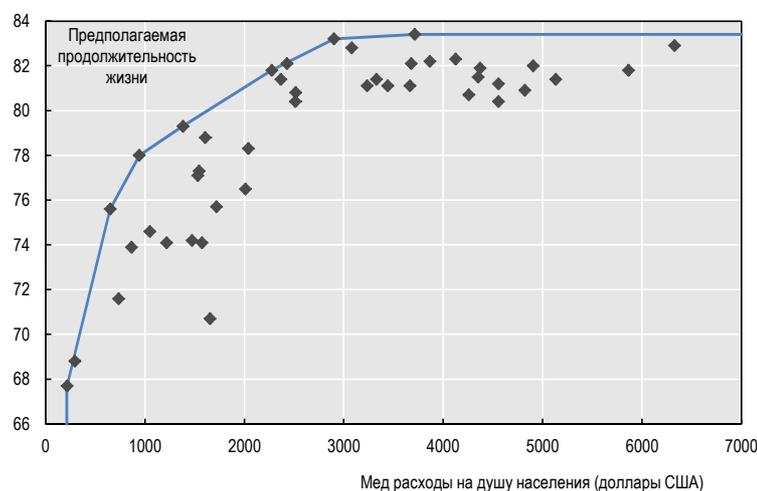
Путем «привязки» затрат к отобранным результатам работы системы здравоохранения можно рассчитать так называемый показатель «границы эффективности». Так, «эффективной» будет считаться та страна, в которой нельзя улучшить результат медицинского обслуживания без увеличения ресурсов (например, затрат) или в которой нельзя сократить затрачиваемые ресурсы без того, чтобы это отрицательно не сказалось на результатах. Линия, которая соединяет на графике страны по результативности медицинского обслуживания, характеризует потенциальный выигрыш с точки зрения повышения эффективности для менее эффективных стран, которые на графике расположены на удалении от этой линии (OECD, 2010).

На Рисунке 7.1 представлен пример подобной «границы эффективности», построенной на основе расходов на здравоохранение в качестве показателя затрачиваемых ресурсов и продолжительности жизни как результата. Вместе с тем, обобщенные показатели, которые характеризуют состояние здоровья населения, зависят не только от факторов, определяющих состояние системы здравоохранения (например, расходы на здравоохранение или число врачей и медицинских сестер), но и от факторов, которые не относятся к области медицины (например, социально – экономическое положение, состояние сферы образования, состояние окружающей среды, а также от факторов,

характеризующих образ жизни населения, таких как курение, употребление алкоголя и физическая активность). Более того, поскольку продолжительность жизни в значительной мере определяется указанными факторами не медицинского характера, она не очень сильно реагирует на кратковременные увеличения или сокращение объема затрачиваемых ресурсов; значительное сокращение расходов на здравоохранения, очевидно, сразу же повышает эффективность работы системы здравоохранения (т. е. страны передвигаются на графике ближе к «границе эффективности»), и иная картина характерна для стран, которые решают значительно увеличить расходы на здравоохранение (они становятся менее эффективными и передвигаются на графике в удаленную зону от «границы эффективности»).

Поэтому для оценки влияния расходов на здравоохранение (или кадровых ресурсов в здравоохранении) на такие обобщенные показатели, как здоровье населения, необходимо учитывать все (или, как минимум, основные) показатели, не относящиеся к медицинской сфере. Это не просто, особенно в силу ограниченности данных. Еще один недостаток анализа на уровне всей системы здравоохранения в целом заключается в том, что результаты такого агрегированного анализа часто дают политикам мало полезной информации относительно того, какие части системы здравоохранения представляют наибольшую проблему с точки зрения эффективности и что должно быть приоритетом.

**Рисунок 7-1 Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и продолжительность жизни («граница эффективности»), 2014**



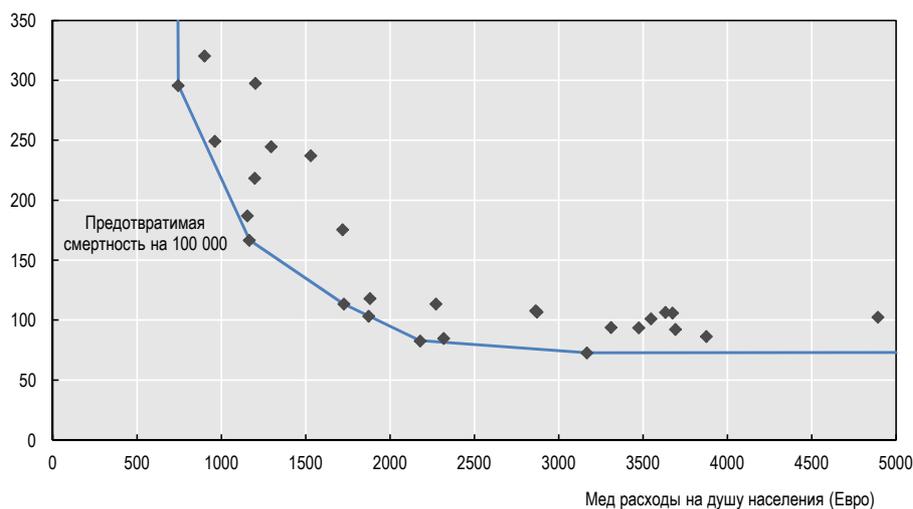
*Источник:* ОЭСР: Расходы на здравоохранение и финансирование <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; База данных ВОЗ по глобальным расходам на здравоохранение <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Один из возможных способов преодоления обоих упомянутых выше недостатков заключается в том, чтобы использовать показатели состояния здоровья, которые в большей мере связаны с деятельностью в области здравоохранения и которые можно было бы разбить на «политически» более значимые компоненты. Одним из таких показателей является «предотвратимая смертность», определяемая как «преждевременная смерть, которая бы не наступила при оказании своевременной и действенной медицинской помощи» (Nolte и McKee, 2008), или как «состояния, для которых имеются действенные виды клинического вмешательства [предотвращающие преждевременную смерть]» (Tobias и Yeh, 2009). На Рисунке 7.2 представлен график изменения «границы эффективности»

показателя расходов на здравоохранение относительно показателя «предотвратимой смертности».

Преимущество показателя «предотвратимой смертности» состоит в том, что он позволяет сосредоточиться более конкретно на работе системы здравоохранения, а также в том, что его можно детализировать по причинам наступления смертных случаев. Однако могут возникнуть трудности в том, чтобы прийти к общему мнению относительно того, какие причины смертности можно было бы отнести к «предотвратимым», а какие – к «непредотвратимым». У разных исследователей и организаций имеются разные точки зрения на то, в какой степени те или иные смертные случаи можно «предотвратить» (Nolte и McKee, 2011). Например, имеются разные мнения в отношении смертных случаев от различных форм рака, заболеваний органов дыхания или диабета.

**Рисунок 7-2 Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и показатель «предотвратимой смертности» («граница эффективности»), 2014**



Источник: ОЭСР: Расходы на здравоохранение и финансирование, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Статистические данные ОЭСР по здравоохранению, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

### **Показатели на уровне отдельных видов медицинских услуг**

Для более конкретной оценки состояния системы здравоохранения страны необходимо провести анализ непосредственных итогов и результатов по отношению к затрачиваемым ресурсам на уровне отдельных видов медицинских услуг. На долю первичной медицинской помощи, больничных и фармацевтических услуг приходится три четверти всех затрат, выделяемых на здравоохранение, и именно эти виды услуг являются главной целью для наращивания преимуществ от повышения эффективности работы. Основное внимание во многих исследованиях сосредоточено на больницах, поскольку здесь, как правило, имеется больше доступной информации. Государственные органы стараются также получить выигрыш от повышения эффективности в других областях системы здравоохранения, в частности, в области административной деятельности. Однако, дальше теоретических дискуссий вопрос о каком-либо значимом показателе, который позволил бы должным образом измерить результаты работы в этой области, не решен. Подход, основанный на анализе отдельных видов медицинских услуг, имеет преимущество, связанное с тем, что он позволяет сосредоточить внимание на конкретных видах деятельности, и здесь легче выработать конкретные рекомендации в отношении

политики и действий в данной сфере. Разумеется, отдельные виды медицинских услуг пересекаются друг с другом, и более эффективная работа в одной сфере может оказывать влияния на результаты работы в другой сфере (например, правильное использование лекарств против диабета может оказать влияние на результаты лечения диабета, которые проявляются при оказании первичной медицинской помощи или при лечении в больнице).

### *Больничный сектор*

В больничном секторе имеется больше, по сравнению с другими секторами здравоохранения, доступной информации по используемым ресурсам и результатам деятельности. Что касается затрат, то имеется информация по расходам на лечение больных в амбулаторных условиях и в стационаре, пациентов в полустационаре, по затратам на медицинский персонал, работающий в больницах, а также по затратам материальных ресурсов, таких как кровати и технологическое оборудование (например, магнитно – резонансные томографы и компьютерные томографы). Что касается результатов лечения, то в большинстве стран, как правило, имеются данные по выписке больных из стационара, по числу койко–дней в стационаре, по проведенным медицинским процедурам и хирургическим операциям. Показатели, характеризующие качество и результативность оказанных медицинских услуг, могут включать количество смертных случаев в результате инфаркта миокарда (ИМ) или апоплексического удара и от осложнений после операции.

Основная проблема всех исследований, посвященных анализу работы на уровне больницы, состояла в том, что нужно было учесть различия в типологии групп пациентов в больницах одной и той же страны или при проведении сравнений между странами. По сути, большинство исследований эффективности медицинских услуг, которые оказывают в больничном секторе, основывалось исключительно на агрегатных показателях, таких как затраты на лечение в расчете на одного выписанного из больницы пациента, либо количества выписанных пациентов в расчете на одного медицинского работника (или на одного врача, работающего в больнице). Для того чтобы устранить этот недостаток, в больницах были внедрены системы оплаты, основанные на учете показателей работы персонала, что создало стимулы для того, чтобы показатели при сравнении результатов работы как на национальном, так и на международном уровне стали менее агрегированными. Эти системы оплаты, как правило, применяют системы классификации пациентов (например, групп больных, объединенных одним диагнозом) и четко определяют конкретное лечение или заболевание, что значительно снижает потенциальное воздействие различий в типологии групп заболеваний на стандартные показатели эффективности работы, такие как средняя продолжительность пребывания в стационаре (СППС), или затраты на лечение одного больного, или на одного выписанного из больницы пациента.

Для повышения качества международных сопоставлений цен на медицинские услуги в больницах страны могут использовать преимущество, которое дает возможность сравнения цен за проделанную работу по четко определенному набору стандартных стационарных больных. В рамках программы по сопоставлению цен на медицинские услуги в больничном секторе Евростат и ОЭСР разработали опросный лист<sup>2</sup> (Вставка 7.1).

### **Вставка 7.1. Методика сбора информации по ценам на базе оказываемых в больнице медицинских услуг**

При расчете пригодных для международных сопоставлений цен на медицинские услуги, оказываемые в больницах, возникает три главные проблемы. Первая состоит в том, чтобы определить товары, которые можно сравнивать в разных странах. Это может оказаться сложным, если товары не идентичны друг другу, когда они разные по качественным характеристикам или просто потому что тех или иных товаров может не быть во всех странах. Вторая проблема состоит в том, что необходимо обеспечить репрезентативность товаров: если вы сравниваете цену на какой-то товар, то это должна быть цена на товар, который широко представлен на рынке и является типичным для сделок купли – продажи, заключаемых в каждой стране. Третья проблема возникает тогда, когда сам товар имеется на рынке, но не существует представительной цены на этот товар. Упомянутая проблема возникает при сопоставлении товаров, которые обычно производятся и поставляются покупателю вне рыночной сферы, как это имеет место в здравоохранении.

Преыдыущие расчеты цен на услуги больниц часто основывались на ценах, уплачиваемых за используемые факторы производства (таких как зарплата врачей и медицинских сестер), а не на ценах, уплаченных за медицинские услуги, оказываемые в больницах. Однако, такой подход предполагает, что производительность является одинаковой во всех странах, что позволяет перевести стоимость затрачиваемых ресурсов в стоимость услуг. Альтернативой является методика, основанная на стоимости оказываемых медицинских услуг, для чего необходимо:

- Идентифицировать и дать определение медицинским услугам, которые оказывают в больницах и которые можно измерить в сравниваемых странах; и
- Определить «цены» на эти услуги, принимая во внимание тот факт, что во многих странах не существует легко доступной информации о рыночных ценах на оказываемые в больницах медицинские услуги.

Выбранный подход основывался на использовании административной информации, обычно собираемой из вторичных баз данных, для оценки «квази – цен» на представительный набор товаров, применяемых при оказании медицинских услуг. Преимущества такого подхода состоят в более представительной выборке номенклатуры товаров для сравнения, в большей обоснованности данных из внешних источников и низких затратах на сбор информации по сравнению с альтернативным подходом, который предусматривает конкретные действия по сбору первичной информации.

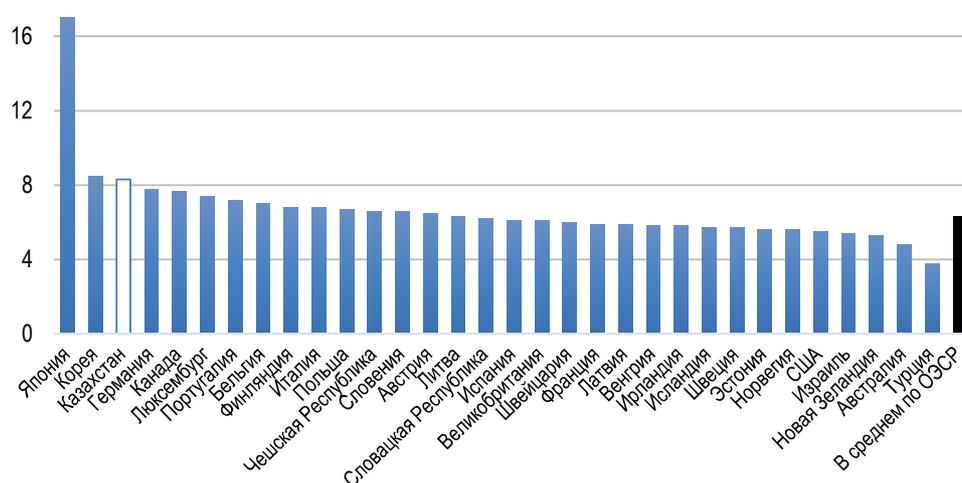
Для практических целей определение медицинских услуг ограничивается полным набором услуг, предоставляемых одним медицинским учреждением, в данном случае – больницей. Оказываемые больницей услуги характеризуются как отдельная категория услуг и относятся к таким услугам стационаров, которые одинаковы с клинической точки зрения и в отношении объема потребляемых ресурсов. В этой категории различаются два типа услуг: медицинские и хирургические. К указанным медицинским услугам относятся только те услуги, которые оказаны пациентам, находящимся в стационаре, тогда как хирургические, в свою очередь, подразделяются на те, которые требуют госпитализации, и те, которые можно оказывать амбулаторно (или в условиях полустационара). Включение услуг, оказываемых амбулаторно, в рассматриваемую категорию отражает намерение авторов проекта учитывать изменения в медицинской практике, которые произошли в последнее время.

С появлением финансирования, основанного на объеме оказанных услуг, стало возможным выделить одинаковые категории услуг в разных странах. Во многих странах приняли систему типологии больных для закупки товаров для больниц, однако это произошло в общенациональных масштабах и привело к значительным различиям в системах классификации, принятых в этих государствах. Таким образом, несмотря на то, что во многих странах имеются Системы диагностически связанных групп (ДСГ), возможности международных сопоставлений классификации товаров по-прежнему ограничены. Для того, чтобы получить сопоставимые данные, необходимо провести тщательную выверку товарных кодов, которые используются в различных системах товарной классификации.

*Источник:* Koechlin, F. и др. (2014). *Сравнение цен и объемов госпитализации и медицинской помощи на международном уровне*, <http://dx.doi.org/10.1787/5jxznwrj32mp-en>.

Показатель средней продолжительности пребывания в стационаре (СППС) рассматривается в качестве показателя сравнительного использования ресурсов в период пребывания пациента в больнице, при этом считается, что сокращение дней пребывания в стационаре означает уменьшение объема потребляемых ресурсов. Однако, как уже отмечалось выше, использование такого агрегированного показателя для измерения эффективности работы больниц имеет серьезные недостатки. По всем случаям интенсивной терапии показатель СППС в Казахстане выше аналогичного показателя в среднем по странам ОЭСР (Рисунок 7.3). Одним из объяснений этого может быть отсутствие общедоступной системы ухода за больными после выписки, позволяющей оказывать услуги по реабилитации больных. Это ведет к увеличению сроков пребывания пациентов в больницах по сравнению с теми странами, где организован амбулаторный уход за больными, выписанными из больницы.

**Рисунок 7-3 Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СППС) в днях (случаи интенсивной терапии), Казахстан и страны ОЭСР – 2013 г.**



Источник: Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан; Статистика ОЭСР по здравоохранению, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC).

Если взглянуть на динамику показателя СППС, то можно отметить некоторые улучшения в эффективности лечения. Например, СППС в Казахстане снижается: за период с 2005 г. по 2015 г. этот показатель по всем больницам (в т. ч. по стационарам, практикующим интенсивную терапию) уменьшился на 15%. Несмотря на то, что темпы сокращения СППС выше, чем в среднем по странам ОЭСР (примерно на 5%), стартовый уровень в странах ОЭСР значительно ниже, что дает основания считать, что в больничном секторе Казахстана еще есть запас для повышения технической эффективности лечения.

При измерении и анализе показателя СППС возникает несколько вопросов. (i) Интенсивность использования ресурсов: по мере сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре часто случается так, что интенсивность использования ресурсов в расчете на день и показатель предельных затрат в расчете на дополнительные дни снижаются. Другими словами, 50%-ное сокращение срока пребывания больных в стационаре не обязательно ведет к 50%-ному уменьшению затрат, особенно в тех больницах, в которых речь идет об экстенсивных хирургических процедурах. (ii) Типология пациентов: показатель СППС может сильно варьировать в зависимости от условий лечения и от пациентов с учетом их возраста, пола и общего клинического

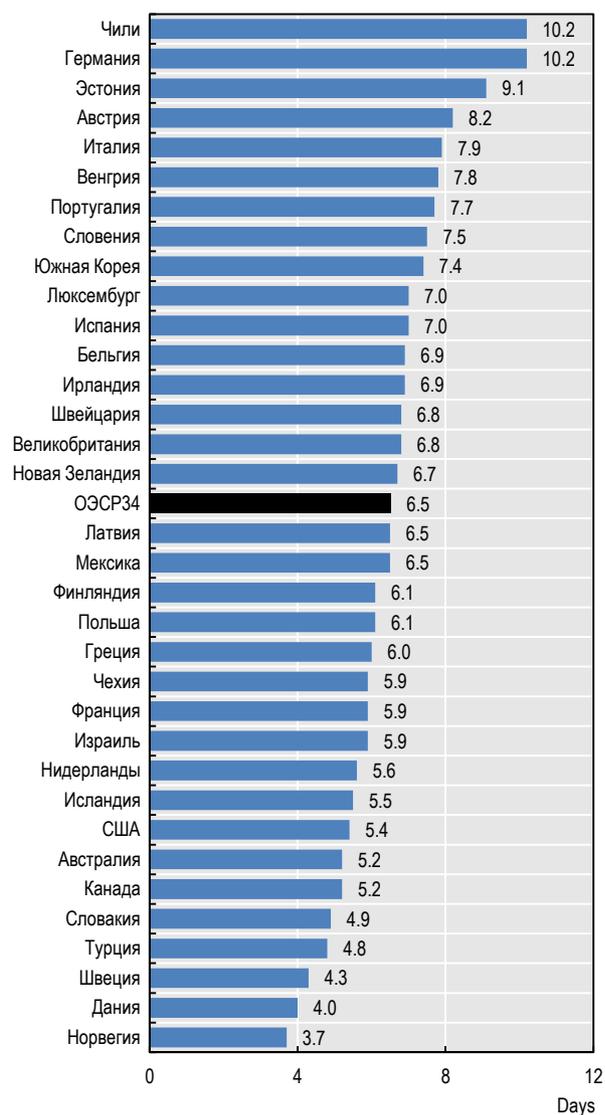
состояния при приеме на лечение. Для того, чтобы получить возможность сравнить СППС по больницам, регионам и странам, важно оценить типологию пациентов и учесть разницу в типологии. Это можно сделать либо путем выбора конкретных условий с тем, чтобы уменьшить различия в типологии больных, либо путем внесения поправок, учитывающих эти различия, используя стандартизацию типологии (например, Сравнительный показатель срока пребывания в стационаре).

В качестве примера выбора конкретных условий на Рисунке 7.4 приведены различия в показателях СППС по странам ОЭСР при лечении инфаркта миокарда (ИМ). При том, что различия в СППС очевидны, не все здесь можно отнести к разной эффективности использования ресурсов в отдельных странах. Игруют важную роль также различия в клинических протоколах, определяющих порядок лечения этого заболевания, а также разная степень тяжести заболевания пациентов, поступающих в стационары.

И, наконец, важно определить, оказывает ли влияние сокращение срока пребывания в стационаре на качество предоставляемого в больнице лечения, как с точки зрения эффективности применяемого лечения, так и его полноты. Например, существует риск, что любое сокращение затрат в больнице в какой-то мере будет компенсировано увеличением объема медицинских услуг, оказываемых амбулаторно. Кроме того, если больных выписывают слишком рано, то может возрасти риск увеличения числа пациентов, нуждающихся в повторном лечении в стационаре для дальнейшего прохождения лечения. В некоторых странах обычной практикой является учет внепланового приема больных на лечение в стационар одновременно с учетом показателя СППС.

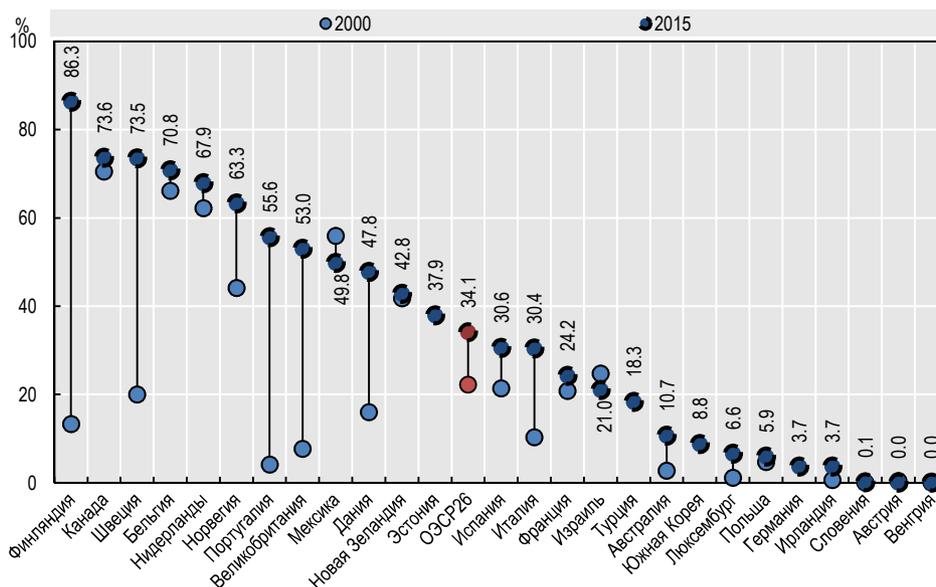
Другим показателем, который часто применяется для измерения эффективности работы больниц, является доля хирургических операций, которые проводятся пациентам амбулаторно или в условиях полустационара. Эту практику можно рассматривать как продолжение политики сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре и сокращения объема используемых ресурсов. Совершенствование практики проведения лечения, улучшения в системе общественного здравоохранения, внедрение новых технологий, процедур и методов лечения может в настоящее время использоваться для того, чтобы сократить число случаев, когда пациенту необходимо оставаться в госпитале на ночь. Поскольку затраты на процедуры проводимые при хирургических операциях в амбулаторных условиях или в условиях полустационара, как правило, ниже, чем в условиях стационара, переход на эти формы оказания хирургических услуг дает значительно больший эффект, если это возможно по клиническим показаниям (например, при удалении катаракты, удалении миндалин). На Рисунке 7.5 приводятся данные об операциях по удалению миндалин, которые проводятся амбулаторно.

**Рисунок 7-4 Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дней) при инфаркте миокарда (ИМ), 2015 г. (или ближайший год, по которому имеются данные)**



Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению,  
[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

Рисунок 7-5 Доля операций по удалению миндалин, проведенных амбулаторно



Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению,  
[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

Показатели СППС и доли хирургических операций, проведенных амбулаторно, используются в качестве измерителей эффективности предоставления медицинских услуг, однако они не учитывают различий в качестве лечения. В качестве следующего шага было бы желательно скорректировать эти показатели с учетом результатов лечения, однако таких данных в широком доступе пока не имеется. И, тем не менее, проведенная в последнее время работа в ОЭСР и в других организациях вносит свой вклад в решение этого вопроса. Некоторые показатели, характеризующие результативность лечения, такие как показатель смертности пациентов в течение 30 дней после поступления в стационар, по некоторым видам заболеваний уже более пригодны для международных сопоставлений. Если по Казахстану значение показателя смертности пациентов в течение 30 дней со дня поступления в стационар, рассчитанного на основании данных *по пациентам*, почти совпадает с аналогичным средним показателем по странам ОЭСР (9,5), то этот же показатель, рассчитанный на основании данных по поступлениям в стационар, для Казахстана выглядит значительно лучше, чем средний показатель по странам ОЭСР. Этот значительный разрыв между значениями показателей, рассчитанных на основании данных по поступлениям (в тот же стационар) и данных по пациентам (которые лечатся в стационаре и амбулаторно) дает основание считать, что нужно продолжить работу по повышению достоверности используемых данных. Такие же различия существуют и в отношении показателей смертности от инсульта в течение 30 дней после поступления в стационар.

Для измерения результативности лечения можно принимать во внимание и другие показатели, например, такие, которые «привязаны» к безопасности лечения (необычно высокий уровень заражения инфекционными заболеваниями в связи с проведенным лечением, побочный эффект от лечения и т. д.). Подобные показатели свидетельствуют о неправильном лечении, чему также нужно уделить внимание (Gawande, 2009).

### Первичная медицинская помощь

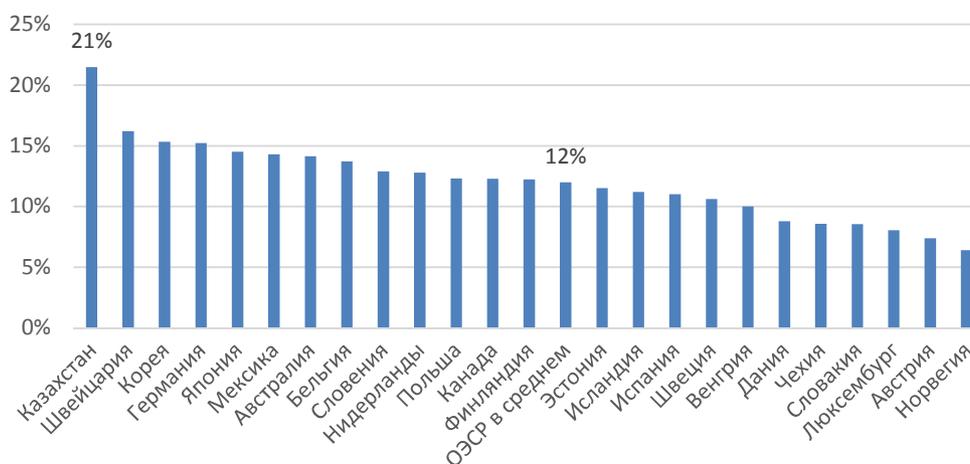
Первичная медицинская помощь – это важная основа всей системы здравоохранения. Она определяется как «первичный контакт населения с системой

здравоохранения, который доводит медицинскую помощь как можно ближе к тому месту, где люди живут и работают. Она должна быть направлена на решение главных проблем, связанных со здоровьем людей, обеспечивая профилактику и лечение заболеваний, а также предоставляя услуги по реабилитации после лечения» (ВОЗ, 1978). Если по общему определению первичной медицинской помощи консенсус достигнут, то по вопросу о том, какие услуги включать в список для оказания первичной медицинской помощи и какой медицинский персонал отнести к тем, кто оказывает первичную и вторичную медицинскую помощь, пока еще существуют разные мнения.

Одной из проблем, которая возникает при расчете потребляемых ресурсов, это оценка расходов на первичную медицинскую помощь на общенациональном и международном уровнях. Очевидно, что отправной точкой для подобной оценки должна служить принятая концептуальная схема отчетности, в частности, Система национальных счетов здравоохранения. Четкое определение ПМП может не совпадать с существующей классификацией медицинских услуг, или может потребоваться такая степень детализации данных, которой не существует во многих странах, что ограничивает возможность определения или сопоставления данных. Нужно найти баланс между корректным и обоснованным определением и возможностью на регулярной основе предоставлять данные, которые соответствовали бы данному определению. По сути дела, необходимо проявлять гибкий подход при использовании более или менее обобщенных показателей в зависимости от того, в какой мере страны могут соответствовать требованиям, предъявляемым к предоставляемым данным.

На основании одного из таких показателей<sup>3</sup> можно сказать, что в 2014 г. 21% текущих расходов на здравоохранение в Казахстане приходилось на первичную медицинскую помощь. Эту цифру можно сравнить со средним показателем по 28 странам ОЭСР, по которым имеются данные. Этот показатель равен 12%, что почти вдвое меньше, чем в Казахстане (Рисунок 7.6). Завышенный показатель по расходам на оказание первичной медицинской помощи в какой-то мере может отражать различия в определении понятия первичной медицинской помощи и в предоставлении данных.

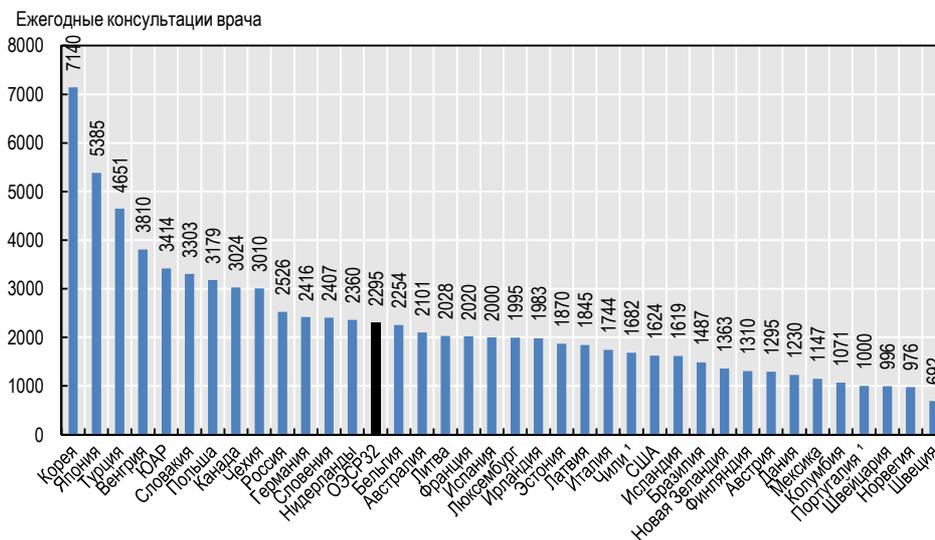
**Рисунок 7-6 Первичная медицинская помощь в процентах от текущих расходов на здравоохранение, страны ОЭСР и Казахстан, 2014 г. (или ближайший год, по которому имеется информация)**



Источник: ОЭСР: Расходы на здравоохранение и финансирование, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстан.

Сопоставимые данные по другим используемым ресурсам, таким как материальные ресурсы, потребляемые при оказании первичной медицинской помощи, более доступны. Это, по крайней мере, относится к данным по количеству врачей общей практики. Учитывая, что число приемов у врача также широко доступный показатель, характеризующий объем работы в сфере первичной медицинской помощи (объем предоставленных услуг), достаточно просто рассчитать показатель производительности как число консультаций на одного врача общей практики или на душу населения (Рисунок 7.7).

**Рисунок 7-7 Количество консультаций пациентов в расчете на одного врача, 2015**



Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

И, опять же, сравнение таких обобщенных показателей может быть весьма информативным, однако оно имеет серьезные недостатки. Например, сравниваемые показатели не учитывают других медицинских работников, в частности, медицинских сестер, которые могут быть задействованы в оказании первичной медицинской помощи, или не принимают во внимание специфические особенности организации первичной медицинской помощи в отдельных странах. Необходимо также учитывать продолжительность и характер приема у врача, что может оказать влияние на качество лечения и на впечатления пациента от посещения врача. Для больных хроническими заболеваниями особенно важно, чтобы их лечили в соответствии с клиническим протоколом. Во многих странах ОЭСР врачи – терапевты первичной медицинской помощи получают дополнительные финансовые средства для того, чтобы обеспечить оказание всех рекомендованных услуг, например, в рамках программы по борьбе с диабетом. В какой мере этот «процесс качества» обеспечивается во время приема у врача – вот, что важно, и это необходимо определить.

Существует ряд полезных показателей, которые позволяют измерить качество первичной медицинской помощи. Весьма серьезным показателем в этом отношении, хотя и с высокой степенью агрегирования, является число случаев госпитализации пациентов, страдающих заболеваниями, чувствительными к условиям амбулаторного лечения (ЗЧАЛ). Условия для ЗЧАЛ – это такие условия, при которых эффективная и доступная первичная медицинская помощь может, в целом, не допустить необходимости госпитализации или при которых врачебное вмешательство на ранней стадии может снизить риск осложнений или предотвратить появление более серьезного заболевания (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001). Диабет, хроническое обструктивное легочное заболевание (ХОЛЗ) и астма, ангина, повышенное кровяное давление и сердечная недостаточность с застойными

явлениями (СНЗЯ), бактериальная пневмония, обезвоживание организма, детский гастроэнтерит и малый вес ребенка при рождении – это все заболевания ЗЧАЛ, по которым установлено, что большая часть лечебных мероприятий может проводиться амбулаторно на уровне первичной медицинской помощи или на уровне участкового врача. При своевременном и правильном получении лечения резких обострений заболеваний и последующей госпитализации можно избежать.

Например, показатель госпитализации взрослых пациентов при астме и ХОЛЗ в Казахстане достаточно высок по сравнению со средним показателем по странам ОЭСР. В 2013 г. показатель удельной госпитализации при астме и ХОЛЗ в Казахстане был на 50% выше среднего показателя по странам ОЭСР и более чем в шесть раз выше, чем в Японии. Ту же картину можно наблюдать и в отношении госпитализации при диабете. Аналогичный показатель – число вызовов скорой помощи – этот показатель может быть высоким, если первичная медицинская помощь отсутствует или она не всегда доступна.

Среди других индикаторов, которые характеризуют результативность первичной медицинской помощи и которые в настоящее время разрабатываются, имеются показатели впечатлений пациента от принимаемых мер по лечению (ВПМЛ), которые отражают его мнение об общении с медицинским персоналом, о возможности принятия совместных решений по ходу лечения и об использовании медицинским персоналом подхода, ориентированного на пациента при оказании медицинской помощи, в частности, принимая во внимание его предпочтения при получении лечения. Эти показатели учитывают опыт пациента в получении лечения, способность медицинского персонала прислушаться к его мнению и отреагировать на его опасения; возможность высказать свою точку зрения при принятии решений о ходе лечения и получить такой вариант решения проблем со здоровьем, который ориентирован на его индивидуальные потребности. Страны находятся на разных стадиях разработки показателей ВПМЛ в сфере первичной медицинской помощи. В ходе проведения некоторых международных исследований (например, исследования международной политики в области здравоохранения, которое проводит Фонд Британского содружества) осуществлялся сбор информации по ВПМЛ с тем, чтобы измерить качество первичной медицинской помощи и ее восприимчивость потребностей и ожиданий пациента. Опросы, проводимые в ходе этих исследований, включают выяснение мнения пациентов о том, тратят ли врачи достаточно времени на общение с ними во время консультаций или насколько легко было понять объяснения, которые давал врач во время приема.

В странах ОЭСР была проделана определенная работа, направленная на увязку показателей, характеризующих результативность первичной медицинской помощи с объемом затрачиваемых ресурсов. На общеевропейском уровне был реализован «Проект по мониторингу работы первичной медицинской помощи для Европы» (ПМПМП ЕС<sup>4</sup>), который использовал данные, полученные по итогам анализа среды функционирования (АСФ) с целью измерить сравнительную эффективность оказания первичной медицинской помощи в 30 странах Европы (Kringos и другие, 2013). Считалось, что в стране эффективно организовано оказание первичной медицинской помощи, если при этом обеспечивалось оптимальное сочетание структурных факторов (что выражалось в организации управления процессом, создании экономических условий и наличия персонала) и факторов, определяющих организацию процессов (что выражалось в комплексном характере предоставляемых услуг, доступности и координации лечебного процесса), и в итоге все меры были направлены на то, чтобы получить искомый результат (измеренный по качественным параметрам). Однако, надежность полученных расчетных результатов сильно зависит от качества данных, положенных в основу, и от того, насколько правильно распределены веса отдельных показателей при проведении расчетов.

### *Фармацевтический сектор*

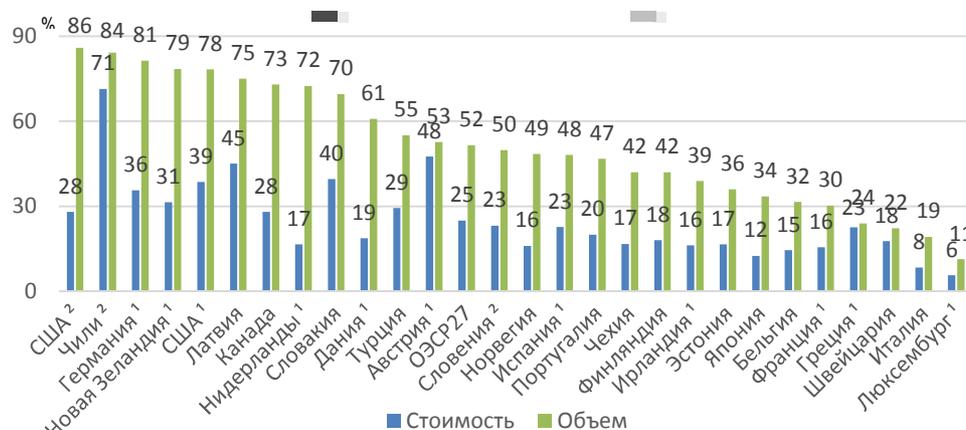
Роль фармацевтического сектора в повышении общей эффективности системы здравоохранения не всегда ясна. Сокращение расходов на лекарственные препараты или уменьшение объемов потребления лекарств может привести к более широкому использованию иных услуг в области здравоохранения, что, фактически, может привести к повышению расходов на охрану здоровья и к снижению эффективности работы системы в целом. С другой стороны, лекарственные препараты могут излечивать заболевания, улучшать или поддерживать состояние здоровья человека и не допускать ухудшения существующего состояния здоровья. Это может привести к тому, что сокращаются вызовы скорой помощи, уменьшается число хирургических операций или откладывается необходимость длительного лечения. Чистый эффект – это сокращение совокупных расходов на лечение и улучшение показателей здоровья людей. Вместе с тем, сложно измерить улучшение состояния здоровья людей, которое однозначно можно отнести на счет исключительно расходов на лекарства и/или потребления лекарственных средств. На некоторые показатели эффективности работы первичной или вторичной медицинской помощи использование лекарственных препаратов оказывает очень сильное воздействие (например, на правильное лечение таких хронических заболеваний как астма, диабет или гипертония). Установить причинно – следственную связь между употреблением лекарств и результатами лечения достаточно сложно, поскольку работа фармацевтического сектора – это лишь один из факторов, который определяет состояние здоровья населения.

Если данные по расходам фармацевтического сектора (входящим финансовым ресурсам) и по потреблению конкретных лекарственных препаратов (выпуску продукции), часто бывают доступными, показатели, которые характеризовали бы результаты, связанные с употреблением фармацевтических препаратов, как правило, отсутствуют. В качестве альтернативного подхода (или дополнительного варианта) можно измерить неэффективность неправильного использования лекарственных препаратов и связанные с этим затраты.

Существует две возможности сократить расходы в фармацевтическом секторе без каких-либо изменений в объеме выпуска продукции и в результатах: первая состоит в том, что повышается удельный вес дженериков, реализуемых на рынке, и вторая – в том, что приобретаются лекарственные препараты по более низким ценам. Замена дорогостоящих оригинальных лекарств на более дешевые и эквивалентные в терапевтическом отношении дженерики может дать значительную экономию затрат без отрицательного влияния на состояние здоровья пациентов. Например, в США, где рынок дженериков развивается очень динамично, цена на дженерики в среднем на 80 – 85% ниже, чем на оригинальные лекарства. Существование рынка дженериков дает возможность повысить эффективность расходования средств на приобретение лекарственных препаратов. Во всех европейских странах в последние годы наблюдается повышение доли дженериков на рынке, хотя сохраняются большие различия между странами, когда речь идет о доле дженериков в стоимости и объеме реализации фармацевтической продукции на рынке. На Рисунке 7.8 представлены данные о проникновении дженериков на рынки фармацевтической продукции в странах ОЭСР.

Другим механизмом, обеспечивающим сокращение расходов на фармацевтическую продукцию без нанесения ущерба здоровью пациентов, является снижение цен на лекарственные препараты. При проведении международных сопоставлений цен на фармацевтическую продукцию можно сравнить цены на лекарства, продаваемые по рецептам, и оценить степень различий в уровнях цен по странам, а также с течением времени. Для расчета этого показателя нужно выяснить, как будет выглядеть товарная корзина и как определить количество и цену.

Рисунок 7-8 Доля дженериков на рынке всей фармацевтической продукции



Примечание: 1. Рынок фармацевтической продукции с компенсируемыми расходами.

2. Рынок фармацевтической продукции в местности.

Источник: Статистика ОЭСР по здравоохранению, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PHMC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC)

Неправильный прием лекарственных препаратов является еще одним важным источником снижения эффективности системы здравоохранения. Состояние здоровья населения можно также улучшить за счет совершенствования методики приема лекарственных препаратов. Желательного результата при проведении лечения можно не получить, если лекарства принимают сверх необходимой дозы, или меньше, чем положено, или принимают их неправильно. При передозировке лекарств увеличиваются затраты сверх той суммы, которая необходима для получения необходимого результата. Кроме того, это может повлечь за собой повышение затрат за счет побочных эффектов (Foster и другие, 2016). Аналогичным образом, если прием лекарств производится в меньших, чем положено, дозах (не прописаны больному, хотя это нужно было бы сделать, или прописаны в очень небольших дозах) или больной не соблюдает рекомендации врача (не принимает лекарство согласно рекомендациям), вероятнее всего, что желаемый результат лечения не будет получен. Отказ от приема лекарств может привести к большим осложнениям, лечение которых часто бывает более дорогостоящим, чем стоимость лекарств, и ведет к ухудшению здоровья. Нарушение порядка приема лекарств часто ведет к осложнению заболевания, подвергает здоровье человека серьезному и необоснованному риску, особенно когда речь идет о пациентах с хроническими заболеваниями. В результате – рост случаев госпитализации, смертных случаев и повышение затрат. Ошибки в проведении лечения могут привести к повторению курса лечения или к более продолжительному лечению (De Geest & Sabaté, 2003).

Страны ОЭСР уже традиционно приводят два примера чрезмерного употребления лекарств: это «прием антибиотиков» и «неоправданное выписывание рецептов на прием бензодиазепинов людям старшего возраста». Предлагаемый показатель для измерения недостаточного приема лекарств – это неизменные нормы употребления лекарств при двух хронических заболеваниях: гипертонии и диабете. Однако в большинстве стран данные о том, что принимаются какие-либо меры в этом вопросе на постоянной основе не предоставляются.

И последним фактором, который потенциально может повлиять на улучшение результатов в системе здравоохранения без увеличения затрат, является использование электронных рецептов. Выписывание электронных рецептов (или e-рецептов) – это электронная пересылка рецептов или связанной с ними информации между врачом и

фармацевтом. Выписка электронных рецептов повышает эффективность процесса выписывания рецептов и потенциально ведет к экономии средств. Показатель, определяющий процент терапевтов первичной медицинской помощи, которые могут пересылать рецепт в электронном виде, в настоящее время имеется только по девяти странам ОЭСР (Osborn и др., 2015).

### ***Показатели на уровне отдельных заболеваний***

Если увязывать затраты ресурсов – финансовых или материальных – с показателями, характеризующими объемы оказанных услуг или их результаты, тогда по формальным признакам это лучше делать на уровне отдельных заболеваний, прослеживая эту линию через различные сферы, составляющие систему здравоохранения. В ходе недавно проведенных в ОЭСР исследованиях по таким заболеваниям как рак, сердечно – сосудистые заболевания и диабет, была предпринята попытка определить связь между затратами ресурсов, оказанными услугами и полученными результатами (ОЭСР, 2013; ОЭСР, 2015). Однако, при проведении анализа на уровне отдельных заболеваний имеются существенные ограничения. Во-первых, можно располагать информацией по результатам лечения некоторых заболеваний (особенно по онкологии, поскольку в большинстве стран ведется учет с целью сбора информации о проценте выживаемости после этого заболевания), однако по многим другим видам заболеваний и по ходу их лечения надежные данные отсутствуют. Во-вторых, полная информация о затраченных ресурсах (особенно по стоимости лечения) в разбивке по видам заболеваний зачастую также отсутствует; лишь в немногих странах собирают информацию по расходам на здравоохранение с разбивкой по видам заболеваний (Вставка 7.2). С точки зрения измерения эффективности проведенные в последнее время исследования дают информацию по совокупным затратам (затратам в расчете на душу населения), связанным с тем или иным заболеванием, или по стоимости «одного контакта с врачом» (например, посещения больницы) в отличие от затрат на лечение одного заболевания, что, в конечном итоге, необходимо для того, чтобы иметь возможность «привязать» данные к результатам при проведении расчета затрат на лечение какого-либо заболевания.

Альтернативными нефинансовыми показателями затрат для анализа, построенного на уровне отдельных заболеваний, может быть число работников здравоохранения и степень их концентрации по направлениям, специализирующимся на лечении определенных заболеваний, например, число терапевтов, занятых в тех или иных областях медицины и хирургии, иных специалистов здравоохранения (например, акушеров и физиотерапевтов). Однако, информация, как правило, ограничивается общими данными о количестве докторов и не касается иных категорий специалистов, которые заняты в процессе лечения определенных заболеваний, кроме общей численности медицинских сестер и прочих работников здравоохранения.

Среди показателей, которые рассматривались бы дополнительно, могли быть такие как наличие и использование технологий диагностики и терапии, которые применяются для диагноза и лечения конкретных заболеваний. Несмотря на то, что многие из этих технологий используются для диагностики широкого спектра заболеваний (например, компьютерная томография, магнитно – резонансная томография и позитронно – эмиссионное сканирование), имеются и другие технологии, которые используются для диагностики или лечения конкретных заболеваний, в частности онкологических<sup>5</sup>.

### Вставка 7.2. Расходы по счетам отдельных заболеваний

Разбивка расходов на здравоохранение по видам заболеваний отражает различия в распространении отдельных заболеваний и приоритеты при распределении средств в отдельных странах. Само по себе это не дает никакой информации об эффективности врачебного вмешательства или о том, какие программы нужно использовать для того, чтобы предотвратить распространение болезней или организовать их лечение, и не свидетельствует о том, является ли оптимальным нынешнее распределение средств. Аналогичным образом, расходы, предназначенные для лечения того или иного заболевания или группы заболеваний не могут сами по себе свидетельствовать о том, насколько возможно сэкономить какие-либо средства путем проведения, например, конкретных кампаний по профилактике этих заболеваний. Перевод вмененных затрат, отражающих расходование ресурсов, направленных на лечение заболевания, или упущенной возможности в экономии расходов требует учета дополнительных факторов (AИHW: Mathers и др., 1998).

Расходы по счетам отдельных заболеваний могут быть интегрированы в НСЗ таким образом, чтобы для каждого медицинского учреждения текущие расходы на оказание медицинских услуг были отнесены на счет конкретных заболеваний и отражали затраты на лечение этих заболеваний, которые несет это конкретное медицинское учреждение. Указанный подход, при котором затраты на лечение каждого заболевания учтены в контексте совокупных расходов на здравоохранение, характеризуется последовательностью, полностью охватывает искомый статистический объект и не допускает никакого двойного счета при учете затрат, что может привести к тому, что расходы на лечение заболевания при их суммировании превысят показатель совокупных расходов. С течением времени это может стать информативным и даст возможность понять, какие заболевания обеспечивают рост расходов на всю систему здравоохранения. Вместе с тем, общий подход к распределению ресурсов, вероятно, не обеспечивает такой неустойчивости и точности, какая бывает при детальном анализе фактических расходов, которые несут пациенты в связи с лечением указанных заболеваний (Rosen и др., 2013).

Согласно подходу, который используется чаще всего, расходы распределяются по конкретным заболеваниям, исходя из количества контактов пациентов с врачами или с системой здравоохранения. Если расходы можно соотнести с показателями, характеризующими объем оказанных медицинских услуг на уровне медицинского учреждения, то их не всегда можно соотнести с показателями результативности лечения (такими как смертность или качество жизни), которые обычно измеряются на персональном уровне. Например, данные о расходах в больницах, которые рассчитаны на основе баз данных о пациентах, выписанных из стационара, можно распределить по этому принципу, однако может быть невозможным привязать многочисленные случаи госпитализации (в одном стационаре или в нескольких) к одному пациенту. Еще более маловероятно, что данные о выписке из стационара можно привязать, например, к данным о приеме у врача – терапевта. Поэтому если даже окажется, что можно рассчитать среднюю стоимость (средние расходы) пребывания пациента в стационаре или его визита к терапевту и т. д., даже в разбивке по возрасту и полу, а также по иным социально – экономическим параметрам, сложно оценить стоимость лечения одного конкретного заболевания. Другим препятствием является распределение расходов в тех случаях, когда отсутствуют данные, позволяющие получить информацию о диагнозе на уровне отдельных пациентов, что часто случается при учете приемов у врача общей практики или при учете расходов на покупку лекарств. В последнем случае расходы на лекарственные препараты можно привязать к активному ингредиенту, однако, чтобы связать это с одним или несколькими заболеваниями, требуется провести моделирование или картирование.

*Источник:* ОЭСР (2016), *Оценка расходов в разбивке по заболеваниям, возрасту и полу*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/estimating-expenditure-by-disease-age-and-gender.htm>

Наиболее доступными показателями, которые характеризуют объем оказанных медицинских услуг и подходят для анализа, основанного на заболеваниях, являются число пациентов с конкретным диагнозом, поступивших в стационар и выписанных из больницы. Эти данные по пациентам, поступившим на лечение в стационар и в полустационар, имеются практически во всех европейских странах. Так же как и с информацией по затратам, серьезной проблемой является возможность точно измерить, в какой мере использовались другие услуги здравоохранения (например, консультации для амбулаторных больных) или количество фармацевтической продукции, которую нужно отнести на лечение конкретных заболеваний.

Показатели результативности лечения варьируют в зависимости от конкретного заболевания. Для заболеваний, представляющих угрозу для жизни, таких как онкологические заболевания, острый инфаркт миокарда (ОИМ) и инсульт, очень подходят показатели выживаемости или смертности, которые можно было бы дополнить показателями, характеризующими качество жизни пациентов, обусловленного состоянием их здоровья. Эти данные можно получить из отчетов пациентов о результативности мер по их лечению (ОПРМ).

В качестве показателей результативности лечения онкологических заболеваний обычно используют оценку выживаемости при этом заболевании. Принимаются во внимание как влияние ранней диагностики, так и эффективность лечения. Данные о выживаемости обычно имеются по четырем типам онкологических заболеваний: (по раку груди, раку шейки матки, раку легких и по острому лимфобластному лейкозу у детей). Кроме того, в ОЭСР в настоящее время оценивают пути получения данных о впечатлениях пациентов от принимаемых мер по лечению (ВПМЛ) рака таким образом, чтобы можно было сравнивать эти показатели по странам.

Что касается заболеваний сердечно – сосудистой системы, то в качестве показателей, характеризующих результаты лечения можно использовать такие данные как смертность от этих заболеваний после госпитализации в результате острого инфаркта миокарда (ОИМ) и инсульта. Эти показатели отражают процессы, связанные с лечением, например своевременную транспортировку пациента в больницу и эффективное медицинское вмешательство.

При анализе эффективности системы здравоохранения в лечении или предотвращении других заболеваний в качестве показателей, характеризующих результативность лечения, можно использовать и другие данные, которые относятся к конкретным заболеваниям. Показатели предотвращения случаев госпитализации имеются по таким широко распространенным хроническим заболеваниям как астма, хроническое обструктивное легочное заболевание (ХОЛЗ), острая сердечная недостаточность (ОСН) и диабет. Подобные потенциальные случаи предотвращения госпитализации можно рассматривать как сигналы о наличии недостатков в обеспечении доступа к высококвалифицированной медицинской помощи для людей, страдающих этими хроническими заболеваниями.

### 7.3. Показатели производительности, принятые в настоящее время в системе НСЗ Республики Казахстан

Схема построения Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) Республики Казахстан (Шоранов и др., 2014 и Шоранов и др., 2015) предусматривает наличие раздела по измерению производительности на уровне отдельных секторов системы здравоохранения. Это скорее пробная инициатива Республиканского центра развития здравоохранения (РЦРЗ), нежели требование Министерства здравоохранения и социального развития (МЗСР).

Для расчета публикуемых показателей применяются следующие данные по используемым ресурсам: затраты на лечение в стационаре, число терапевтов и расходы на выплату зарплаты работникам. Данные по объему оказанных медицинских услуг включают: количество пациентов, выписанных из больницы, число амбулаторных приемов у врача и число операций, произведенных в стационаре или амбулаторно.

Имеющиеся показатели средней/общей производительности – это совокупный объем услуг отнесенный к величине того или иного задействованного ресурса (см. Таблицу

7.1). В приводимом примере больница в одной из областей Казахстана, на содержание которой тратится 1 млн. каз. тенге, при определенном количестве пациентов, выписанных из стационара, является более «эффективной», чем больница, у которой такой же показатель по выписке пациентов, но на содержание которой потрачено 2 млн. каз. тенге.

При рассмотрении показателей по отдельным секторам необходимо принимать во внимание, что эти показатели не отражают полностью весь спектр оказанных медицинских услуг или реальные изменения в качестве лечения. Кроме того, для того, чтобы провести полный анализ производительности и сопоставить соответствующие показатели по регионам, нужно внести поправки, которые учитывали бы различную сложность и степень тяжести заболеваний, что, соответственно, сказывается на лечении пациентов и на их состоянии в каждом отдельном регионе и в каждом отдельно взятом году (например, наиболее сложные заболевания могут лечить только в Астане или в Алматы). В настоящее время этого пока не делается.

**Таблица 7-1 Примеры показателей производительности в системе НСЗ Республики Казахстан, 2014 г.**

<b>Средняя производительность</b>	Количество выписанных пациентов из больниц в расчете на 1 млн. каз. тенге
	Количество проведенных операций в стационарных условиях в расчете на 1 млн. каз. тенге
	Количество амбулаторных посещений врача в расчете на 1 млн. каз. тенге
	Количество проведенных операций в амбулаторных условиях в расчете на 1 млн. каз. тенге
	Количество выписанных пациентов из больниц в год в расчете на полную штатную единицу врача и/или медсестры
	Количество выписанных пациентов из больниц в год в расчете на 1 млн. каз. тенге, затраченных на оплату персонала больниц и/или лекарственные средства

*Источник:* Шоранов и др.,(2015), *Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан. Отчет о расходах на здравоохранение за 2014 год.*

В Таблице 7.2, которая представляет собой выдержку из Отчета по НСЗ за 2014 г.<sup>6</sup>, показана тенденция в изменении показателей производительности системы здравоохранения в Республике Казахстан. Например, на основании числа выписанных из больниц пациентов или количества дней, проведенных в стационаре, учитываемых в целом по ОНСЗ<sup>7</sup>, в расчете на 1 млн. каз. тенге (в ценах 2010 г.), можно сделать вывод, что средняя производительность больниц снизилась. И наоборот – число хирургических операций в расчете на 1 млн. каз. тенге за этот же период увеличилось. Аналогично ситуации по больницам, «производительность» в амбулаторных учреждениях также понизилась. Например, среднее число пациентов, попавших на прием к врачу, в расчете на 1 млн. каз. тенге за период с 2011 г. по 2014 г. понизилось почти на 40%.

**Таблица 7-2 Средняя производительность в системе здравоохранения Казахстана в 2011 – 2014 гг. (в ценах 2010 г.)**

Показатели в ценах 2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Количество пациентов, выписанных из больниц через ОНСЗ, в расчете на 1 млн. каз. тенге	14.3	11.5	10.9	9.4
Количество дней, эквивалентных проведенным в стационаре и учтенных через ОНСЗ, в расчете на 1 млн. каз. тенге	133.2	101.4	93.8	78.6
Количество хирургических операций в стационарных условиях, учтенных через ОНСЗ, в расчете на 1 млн. каз. тенге	3.5	3.6	3.5	3.7
Количество амбулаторных посещений врача в расчете на 1 млн. каз. тенге	476.3	377.6	349.4	296.4

*Источник:* Шоранов и др.,(2015), *Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан. Отчет о расходах на здравоохранение за 2014 год.*

Несмотря на то, что подобный анализ производительности может дать представление об изменениях, которые происходят в различных секторах системы

здравоохранения или в разных регионах страны, он имеет значительные изъяны, поскольку в нем не сделаны поправки ни на серьезность заболеваний, ни на качество оказанных медицинских услуг. Результаты анализа зависят также и от информации по ценам, которая используется для приведения показателей к постоянным ценам от года к году.

В самом Отчете по НСЗ отмечаются некоторые недостатки при проведении анализа указанных тенденций с использованием номинальной суммы расходов. Например, в 2012 г. была введена в действие система КЗГ. Несмотря на увеличение финансирования этой системы, объем оказываемых медицинских услуг оставался более или менее стабильным, а количество койко-дней в расчете на душу населения несколько снизилось (т. е. в соответствии с фактическими затратами). Таким образом, негативная тенденция в изменении показателя количества выписанных из стационара пациентов в расчете на затраты ассоциируется скорее с изменением и совершенствованием механизмов оплаты медицинских услуг, а не с самим процессом оказания этих услуг. Кроме того, повышение удельных затрат (по количеству выписанных из стационара пациентов и количеству койко-дней в стационаре) может свидетельствовать о том, что уровень или степень интенсивности лечения повысились (например, как правило, в стационаре лечат более тяжелые случаи заболевания).

Несмотря на то, что авторы настоящего отчета видят проблемы и недостатки проводимого таким образом анализа производительности в системе здравоохранения, они, тем не менее, пришли к выводу, что использование показателей производительности является информативным и значимым с учетом тенденций в развитии демографической и эпидемиологической обстановки, а также изменений политики в области здравоохранения<sup>8</sup>, и Республика Казахстан намерена продолжать работу преимущественно в том же направлении, что и страны ОЭСР.

#### 7.4 Измерение производительности в секторе государственных услуг Великобритании

Управление по национальной статистике (УНС)<sup>9</sup> в Великобритании добилось серьезных успехов в измерении производительности при оказании государственных услуг в таких областях как образование и здравоохранение. Представители правительств Италии, Швеции и Японии также проявили интерес к методам, используемым для измерения производительности при оказании услуг в Великобритании, при этом для представителей министерств и ведомств, работников национальных статистических органов и ученых постоянно проводятся семинары на национальном и международном уровнях. Выбранный при анализе подход основан на сочетании ряда показателей, характеризующих затраченные ресурсы и объем оказанных услуг, о которых говорилось в предыдущих разделах. Показатели взяты на уровне отдельных секторов системы здравоохранения на основании надежных и подробных данных статистики с учетом изменений качества оказанных услуг (ONS, 2013). В результате получен общий показатель производительности при оказании услуг в системе здравоохранения, который рассчитывается и публикуется ежегодно и в настоящее время охватывает период с 1995 г. по 2014 г. (ONS, 2017). В целом, указанную методику можно взять в качестве отправной точки для разработки показателей производительности при оказании услуг в системе здравоохранения Казахстана помимо уже существующего набора показателей. Сложность в использовании этой методики зависит как от предъявляемых к показателям требований (например, обеспечить сопоставимость показателей на региональном уровне), так и от наличия самих данных.

В самом простом виде методика предусматривает привязку совокупных используемых ресурсов к оказанным медицинским услугам. УНС рассчитывает объем ресурсов с привлечением данных о расходах на здравоохранение и непосредственно показателей потребления входящих факторов производства. В настоящее время потребляемые ресурсы подразделяются на три основных компонента: *трудовые ресурсы* –

количество медицинского персонала и средняя зарплата; *потребляемые товары и услуги* – информация по расходам на различные услуги и фармацевтические товары; *потребление основного капитала* – оценка основных фондов, используемых в течение года. Значения натуральных показателей по каждому компоненту агрегируются с присвоением весов, определяемых на основе расходов, взятых из Национальных счетов Великобритании (по затратам на оплату рабочей силы, чистому сальдо по материально – техническому снабжению и износу основных фондов)<sup>10</sup>, в результате чего по формуле Ласпейреса рассчитывается цепной индекс (показатель) физического объема используемых в здравоохранении *ресурсов* по Великобритании:

$$N_t = N_{t-1} \cdot \left( \sum_i \frac{(n_{i,t} - n_{i,t-1}) \cdot Ex_{i,t-1}}{(n_{i,t-1}) \cdot \sum_i Ex_{i,t-1}} + 1 \right)$$

Где:

- $n_{i,t}$  – это натуральный показатель отдельно взятого используемого в системе здравоохранения ресурса  $i$  в течение времени  $t$
- $Ex_{i,t}$  – это расходы по текущим ценам на потребление ресурса  $i$  в течение времени  $t$
- $N_t$  – это рассчитанный по формуле Ласпейреса цепной агрегированный натуральный показатель используемых в здравоохранении ресурсов в течение времени  $t$ , ( $N_0=100$ )

Для измерения объема оказанных медицинских услуг в системе здравоохранения УНС использует соответствующий агрегированный показатель с поправками на качественные характеристики услуг. Для этого собираются нескорректированные данные в натуральном выражении об услугах, которые оказывали в четырех секторах системы здравоохранения (см. Таблицу 7.3). Три сектора из указанных четырех сравнительно тесно связаны с секторами здравоохранения, рассмотренными в разделе 7.2: это «Больницы и система социального здравоохранения» (больничный сектор), «Семейная медицина» (первичная медицинская помощь) и «Лекарства, отпускаемые по рецептам» (фармацевтическая продукция). И еще один сектор здравоохранения – это «Услуги, не входящие в систему национального здравоохранения», в котором учтены медицинские услуги негосударственных медицинских учреждений. Данные по каждому сектору в системе здравоохранения различаются с точки зрения детализации, при этом наиболее подробными являются показатели по госпитализации, проведенным в больнице процедурам и другим услугам в стационаре. Имеется в наличии также информация по ценам на фармацевтические препараты и по количеству выписанных рецептов, причем с высокой степенью детализации. Более агрегированы показатели по первичной медицинской помощи, в частности, по услугам врачей общей практики и по приему у стоматолога (количество пациентов, получивших консультации у стоматолога, и сумма общих расходов), а также показатели по медицинским услугам, оказанным амбулаторно. Дополнительно нужно отметить, что в Великобритании существует четыре отдельных системы здравоохранения (в Англии, Уэльсе, Шотландии и Северной Ирландии), каждая из которых имеет разные системы отчетности и уровни предоставления информации, что требует определенных допущений с тем, чтобы заполнить пробелы в информационном поле, а также чтобы взвесить имеющиеся показатели при проведении окончательных расчетов. Поэтому расчет объема оказанных услуг с поправкой на их качественные характеристики производится следующим образом:

$$V_{j,t} = \sum_j \sum_k (a_{j,k,t} - a_{j,k,t-1}) \cdot q_{j,k,t-1} \cdot w_{j,k,t-1}$$

Где:

- $v_{z,t}$  – это натуральный показатель объема оказанных услуг в течение времени  $t$  с поправкой на качественные характеристики услуг
- $a_{j,k,t}$  – количество оказанных услуг  $k$  в секторе  $j$  в течение времени  $t$
- $u_{j,k,t}$  – это удельные затраты на оказанную услугу  $k$  в секторе  $j$  в течение времени  $t$
- $q_{j,k,t,t-1}$  – это изменение качественных характеристик в период времени между  $t-1$  и  $t$  для услуги  $k$  в секторе  $j$

УНС использует пять показателей качества, которые относятся к медицинским услугам в двух секторах системы здравоохранения (больничный сектор и первичная медицинская помощь) и характеризуют степень, в какой «услуга (а) обеспечивает достижение желаемых результатов и (б) отвечает «потребностям» тех, кто ею пользуется» (Таблица 7.3). Показатели по улучшению состояния здоровья, экстренных мер по обеспечению выживаемости и времени ожидания медицинской помощи получают из истории болезни пациентов и используют при оказании услуг в стационаре и полустационаре в секторе «Больницы и система социального здравоохранения» (БСЗ). Дополнительные данные, которые характеризуют такие аспекты как доступ к медицинской помощи, безопасность, наличие у пациента возможностей выбора, взаимоотношения с медицинским персоналом и чистота в помещениях, берут из «Общенационального опроса среди пациентов» (ООСП) и используют при расчете показателя для каждой из сфер в секторе БСЗ, а также для консультаций врачей общей практики в секторе «Семейная медицина» (СМ). И, наконец, в показатели работы врачей общей практики в секторе СМ также вносятся поправки, рассчитанные на основе данных «Результатов работы первичной медицинской помощи». Если отсутствуют данные за все годы, тогда поправки на изменение качества услуг не предусматриваются.

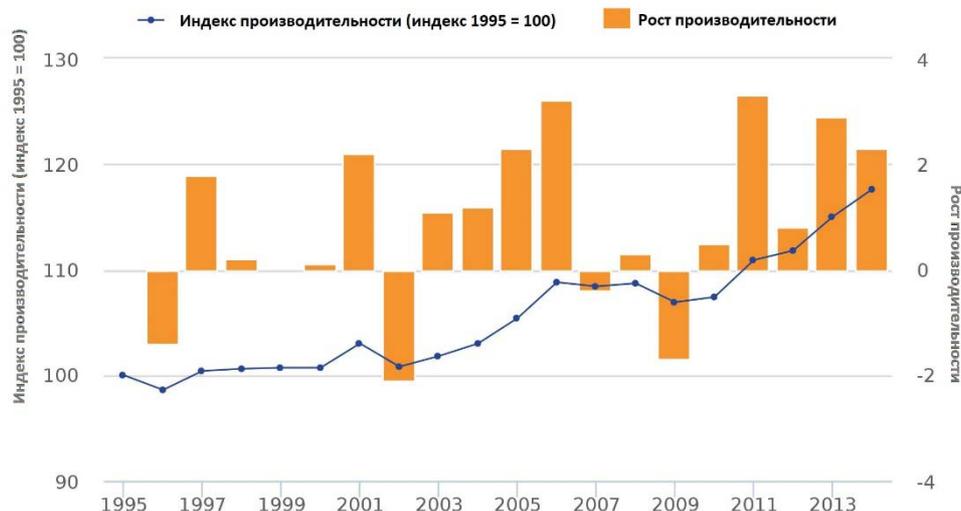
**Таблица 7-3 Секторы в системе здравоохранения Великобритании, в которых к показателям объема оказанных услуг делаются поправки на изменение их качества**

СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА	Улучшение состояния здоровья	Экстренные меры по обеспечению выживаемости	Время ожидания мед. помощи	ОО СП	Результаты работы ППМ
<b>Больницы и система социального здравоохранения</b>						
	• Пациенты, которые обслуживаются в условиях дневного стационара	Y	Y	Y	Y	
	• Плановые пациенты на госпитализацию	Y	Y	Y	Y	
	• Внеплановые пациенты на госпитализацию	Y	Y		Y	
	• Пациенты, которые обслуживаются амбулаторно					Y
	• Экстренная медицинская помощь					Y
	• Охрана психического здоровья					Y
	• Прочее					
<b>Семейная медицина</b>						
	• Приемы у врача общей практики				Y	Y
	• Услуги офтальмолога					
	• Услуги дантиста					
	• Прочее					
<b>Медицинские препараты, отпускаемые по рецепту врача</b>						
<b>Медицинские услуги, не входящие в систему национального здравоохранения</b>						

Источник: Управление по национальной статистике (2017), *Оценка производительности государственных услуг: здравоохранение*, 2014, <https://www.ons.gov.uk/releases/publicserviceproductivityestimateshealthcare2014>.

В конце концов, получается агрегированный цепной индекс объема оказанных услуг в Великобритании, скорректированный с учетом изменения их качества. Этот показатель можно сравнить с натуральным показателем используемых при оказании этих услуг ресурсов, что позволит рассчитать показатель производительности в системе здравоохранения Великобритании в целом. (Рисунок 7.9). Методика расчета показателей производительности постоянно анализируется и обновляется с тем, чтобы включить в анализ новые сектора системы здравоохранения, в частности, услуги, не входящие в систему национального здравоохранения, или более детальные данные, когда речь идет о фармацевтических услугах.

**Рисунок 7-9 Показатель производительности при оказании государственных услуг в системе здравоохранения и темпы роста этого показателя, Великобритания, 1995 – 2014 гг.**



Источник: Управление по национальной статистике (2017), Оценка производительности государственных услуг: здравоохранение, 2014, <https://www.ons.gov.uk/releases/publicserviceproductivityestimateshealthcare2014>.

### 7.5. Предлагаемый путь продвижения вперед при измерении производительности в системе здравоохранения

В данном разделе определены направления развития и ограничения при измерении эффективности работы на трех уровнях: всей системы здравоохранения в целом, отдельных ее секторов и при анализе отдельных заболеваний. На каждом уровне ключевым фактором является наличие и совместимость показателей использованных ресурсов (как в физическом, так и в стоимостном выражении) и показателей, характеризующих объем оказанных медицинских услуг, или показателей результативности медицинского обслуживания. Что касается показателей использованных ресурсов в денежном выражении, то получение достоверных данных по расходам, агрегированных на уровне всей системы здравоохранения, отдельных ее секторов и конкретных заболеваний является предпосылкой любой более или менее значимой привязки к объему оказанных услуг или к результатам лечения, а также анализа тенденций в изменении производительности.

Расширение сферы применения показателей текущей производительности в сфере оказания медицинских услуг по образцу принятой в Великобритании упрощенной методики рассматривается как вполне возможный подход, который со временем может получить дальнейшее развитие по мере того, как информация станет более детальной и надежной. По данным системы НСЗ 2014 г. на долю трех основных секторов приходится более 80% расходов на здравоохранение в Казахстане – и поэтому страна может приступить к использованию ситуации в развитии информационной структуры, главным образом, в больничном секторе.

В частности, Казахстан может выиграть от недавно запущенной в действие Системы платежей на базе диагностически связанных групп (ДСГ). Несмотря на то, что на ДСГ приходится только часть финансовых ресурсов, выделяемых в Казахстане на общее содержание больниц, все больше публикуется данных, характеризующих объем оказанных услуг и затраты по возрастным категориям пациентов, по сельским и городским районам, в разбивке по пациентам, лечущимся в стационаре, амбулаторно и полустационарно, находящимся на реабилитации и на условиях дневного стационара (и отдельно – с разбивкой по поликлиникам и больницам). Помимо статистики по возрасту и полу пациентов в данных ДСГ используются дополнительные клинические параметры, такие как (i) основной диагноз; (ii) степень тяжести заболевания; (iii) проведенные процедуры; (iv) сопутствующие заболевания; и (v) состояние при выписке.

Проблемы заключаются в том, что основная цель внедрения системы ДСГ в Казахстане состояла в организации платежей и распределения бюджетных средств, а не в оценке работы больниц и измерении объема оказанных ими услуг. Существует также необходимость в совершенствовании учета затрат и в определении количества ресурсов, потребляемых для клинических целей. Кроме того, необходимо расширить классификацию процедур с тем, чтобы учитывать вторичные диагнозы, сопутствующие заболевания и осложнения при заболеваниях (Chanturidze и др., 2016).

Что касается сферы первичной медицинской помощи, необходимо получать данные с разбивкой по различным видам услуг, таким как число пациентов на приеме у врача общей практики, посещения пациентов врачом на дому, число пациентов на приеме у стоматолога и т.д. Аналогичным образом, от Комитета по контролю за деятельностью в области медицины и фармацевтики и от Комитета по закупкам медицинских услуг необходимо получать данные о затратах на лекарственные средства и препараты в разбивке по видам закупаемой продукции.

Как подробно говорилось в предыдущем разделе, неотъемлемой частью работы по измерению производительности является внесение в показатели поправок, которые учитывали бы изменение качественных параметров оказываемых услуг и отражали бы различные критерии, по которым пациенты оценивают результаты лечения и свои впечатления от полученных медицинских услуг. В дополнение к стандартным показателям, отражающим влияние результатов лечения на улучшение состояния больного, выживаемость и время ожидания медицинской помощи (что соответствует стандартным показателям, используемым в Великобритании), которые будут предоставлены, и в ряде случаев могут стать пригодными для международных сопоставлений после дополнительной обработки, в Казахстане имеются определенные обобщенные данные, характеризующие впечатления пациентов и степень их удовлетворенности от полученного лечения. Степень удовлетворенности пациентов от медицинского обслуживания можно измерить многими способами. Эти данные относятся к показателям, характеризующим впечатления пациентов от полученного лечения (ВПМЛ – например, когда пациенты ощущают, что их должным образом привлекали к принятию важных решений относительно лечения их заболевания) и к оценке результатов лечения по мнению пациентов (ОРМП – например, приняты ли меры к тому, чтобы пациент не испытывал боли после операции). В настоящее время не ясно, собирают ли в Казахстане систематически данные для расчета указанных показателей, однако это должно стать направлением для дальнейшего развития.

В целом, если Казахстан будет эффективно разрабатывать некоторые упомянутые показатели, в особенности, те, которые описывают объем предоставляемых услуг и удельные затраты на единицу продукции в больничном секторе, а также продолжит финансирование процесса измерения результатов лечения с точки зрения пациентов, он может добиться заметного прогресса в области разработки показателей, характеризующих производительность в системе здравоохранения.

## Примечания

- <sup>1</sup> При анализе изменений в производительности за какой-либо период времени это может быть результатом технического прогресса или изменений в эффективности использования ресурсов (Hollingsworth 2008).
- <sup>2</sup> <http://www.oecd.org/els/health-systems/hospital-purchasing-power-parities.htm>
- <sup>3</sup> Этот показатель включает: (i) общую лечебную амбулаторную помощь пациентам, (ii) иную лечебную помощь, не связанную с зубоврачебными и специализированными услугами, (iii) вспомогательные услуги, такие как диагностическая визуализация и транспортировка больных и (iv) услуги по профилактике заболеваний без использования оборудования в стационаре.
- <sup>4</sup> Проект ПМПМП ЕС был реализован в 2009 – 2010 гг. в 31 европейской стране с целью сравнения и анализа основных показателей, характеризующих оказание первичной медицинской помощи стандартным образом.
- <sup>5</sup> Выбор этих технологий во многих странах основывается, главным образом, на критериях уместности тех или иных процедур для диагностики и наличия данных об их использовании.
- <sup>6</sup> Шоранов и др., 2015
- <sup>7</sup> Объединенная национальная система здравоохранения не является юридически оформленным институтом; представляет собой Систему единого плательщика и включает следующие компоненты: Центральный пункт управления услугами (ЦПУ); КЗГ; медицинские учреждения, финансируемые через ЦПУ, амбулаторные учреждения, сельские медицинские учреждения, онкологические центры и т. д.
- <sup>8</sup> РЦРЗ в настоящее время обновляет и пересматривает набор показателей производительности, которые будут рассчитываться для будущих отчетов.
- <sup>9</sup> Методика была разработана совместно с Центром экономики здравоохранения Университета Йорка.
- <sup>10</sup> УНС в настоящее время использует данные по системе здравоохранения, получаемые из Национальных счетов Великобритании. Национальные счета Великобритании по здравоохранению (на базе НСЗ 2011 г.) только недавно разработаны, однако этот источник мог бы дать более подходящую информацию по отдельным секторам здравоохранения для методики расчета производительности при предоставлении медицинских услуг.

## *Использованная литература*

- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare): Mathers and Penm (1998), Disease costing methodology used in the Disease Costs and Impact Study 1993–94, Cat. No. HWE 7, Canberra.
- Chanturidze T, M. Esau, S. Hölzer and E. Richardson (2016), “Introducing Diagnosis-Related Groups in Kazakhstan: Evolution, achievements, and challenges”, *Health Policy*, Vol. 120(9):987-91. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.07.007.
- De Geest, S., & Sabaté, E. (2003), Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.
- Foster, P. D. et al. (2016), Trends in the use and cost of antipsychotics among older adults from 2007 to 2013: a repeated cross-sectional study. *CMAJ Open*, Vol.4, No. 2, E292–E297.
- Gawande, A. (2009), *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*, Henry Holt and Company. New York.
- Gallagher, P., Barry, P. and O’Mahony, D. (2007), Inappropriate prescribing in the elderly, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*.
- Koechlin, F. et al. (2014), “Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project”, *OECD Health Working Papers*, No. 75, OECD Publishing доступно на сайте <http://dx.doi.org/10.1787/5jxznwrj32mp-en>
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742–e750.
- Nolte, E. and M. McKee (2011), Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations, *Health Policy*, Vol. 103, No. 1, pp. 47–52.
- OECD (2010), “Health care Systems: Efficiency and Policy Settings”, OECD Publishing, Paris, доступно на сайте <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings.htm>
- OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris доступно на сайте <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- ONS (2013), “Sources and Methods Public Service Productivity Estimates: Healthcare”, ONS, London.
- ONS (2017), “Public service productivity estimates: healthcare, 2014”, ONS, London, доступно на сайте <https://www.ons.gov.uk/releases/publicserviceproductivityestimateshealthcare2014>
- Osborn, R. et al. (2015), Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Affairs (Project Hope)*, Vol. 34, No. 12, pp. 2104–2112.

- Rosen A., A. Aizcorbe, T. Highfill, E. Liebman, K. Ghosh and D. Cutler (2013), Attribution of Health Care Costs to Diseases: Does the Method Matter?, Measuring and Modeling Health Care Costs, National Bureau of Economic Research.
- OECD (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris доступно на сайте <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD (2015), Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- ONS (2013), “Sources and Methods Public Service Productivity Estimates: Healthcare”, ONS, London.
- ONS (2017), “Public service productivity estimates: healthcare, 2014”, ONS, London, доступно на сайте <https://www.ons.gov.uk/releases/publicserviceproductivityestimateshealthcare2014>
- Osborn, R. et al. (2015), Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. Health Affairs (Project Hope), Vol. 34, No. 12, pp. 2104–2112.
- Rosen A., A. Aizcorbe, T. Highfill, E. Liebman, K. Ghosh and D. Cutler (2013), Attribution of Health Care Costs to Diseases: Does the Method Matter?, Measuring and Modeling Health Care Costs, National Bureau of Economic Research.
- Shoranov M.E., S.T. Tanirbergenov, A.K. Saparbekova and A.B.Abeuov (2014), “National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan. A report on health care expenditure for the years 2010-2013”, RCHD MOHSD RK, Astana.
- Shoranov M.E., A.B. Abeuov, S.T.Tanirbergenov, A.A. Nurgozhayev, A.D. Dairabekova and A.K. Saparbekova (2015), “National Health Accounts of the Republic of Kazakhstan. A report on health care expenditure for the year 2014”, RCHD MOHSD RK, - Astana, 2015, 81p.
- Tobias, M. and L. Yeh (2009), “How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004”, Australian-New Zealand Public Health, 33; 70-78.
- WHO (1978), “Primary health care”, Report of the international conference on primary health care, Alma Ata.

## Глава 8. Заключение

*За последние десять с лишним лет история формирования счетов здравоохранения в Казахстане претерпевала периодические изменения. Процесс стал более стабильным в последние годы с переходом к методологии по Системе счетов здравоохранения 2011 и возложением ответственности за формирование счетов непосредственно на Республиканский центр развития здравоохранения, техническое ведомство Министерства здравоохранения и социального развития.*

*Настоящее исследование анализирует многообразие сильных и слабых сторон всего цикла формирования счетов, от общего управления до обобщения данных и политики использования полученной информации. В данной главе кратко излагаются основные выводы и рекомендации, направленные на дальнейшее совершенствование источников данных и методологий с целью более полного соответствия стандартным определениям и концепциям. Это, в свою очередь, обеспечит более надежную оценку финансирования и расходов в сфере здравоохранения как для решения задач на национальном уровне, так и для сравнительного анализа на международном уровне.*

Опыт многих стран как в рамках ОЭСР, так и за ее пределами, показал, что устойчивое формирование данных и использование стандартной и надёжной структуры учёта и отчётности в сфере здравоохранения, такой как Система счетов здравоохранения 2011, может обеспечить получение своевременной и точной информации о расходах на здравоохранение, финансирование политики в области охраны здоровья и проведение сравнительного анализа на международном уровне. Для этого необходимо жёсткое управление и наличие ресурсов с точки зрения экспертизы и устойчивого финансирования.

История формирования счетов здравоохранения в Республике Казахстан развивалась с переменным успехом. Первый проект был запущен в 2004-05 гг. Более регулярное формирование счетов началось с 2011 года, чему способствовал переход на методологию Системы счетов здравоохранения 2011 и центральная роль Республиканского центра развития здравоохранения, технического ведомства, ответственного за формирование счетов.

Данное исследование ОЭСР направлено на оценку достоинств и недостатков процесса формирования счетов с точки зрения общего управления, обобщения данных и использования счетов здравоохранения в Казахстане. Также были даны рекомендации относительно необходимых улучшений, касающихся источников данных и методологий, чтобы в максимально возможной степени соответствовать международным определениям и концепциям.

Хотя и были предприняты шаги, направленные на повышение устойчивости процесса формирования счетов и обеспечение наличия достаточных ресурсов посредством решения вопроса текучести кадров и передачи знаний, все ещё существует потенциал для дальнейшего определения приоритетов и упрочения деятельности в рамках министерства и правительства посредством использования юридических документов. В отношении управления и сотрудничества представляется перспективным организовать участие универсального руководящего комитета в целях повышения привлекательности и приемлемости результатов, что в свою очередь повысит профиль и использование в правительственных кругах и за их пределами. Аналогичным образом более активное участие департаментов и ведомств здравоохранения на областном / городском уровне позволит сделать работу более заметной.

В отношении фактического составления счетов в отчёте указывается на некоторые безотлагательные изменения, которые могут быть легко внесены, чтобы привести их в соответствие с международными определениями и границами, обеспечив тем самым более качественную гармонизацию с прогнозами по расходам на здравоохранение в ОЭСР и других сравниваемых странах. Это включает в себя такие статьи расходов, как капитальные вложения и иные статьи расходов, которые в настоящее время либо исключены или включены в совокупный объем текущих расходов на здравоохранение. Последующие корректировки проводятся в рамках классификаций функций, провайдеров медицинских услуг и финансирования. Полученные оценочные прогнозы, представленные в Главе 6, даны в сравнении с другими странами ОЭСР.

В отношении разработки и усовершенствования счетов здравоохранения представлен ряд подробных всесторонних рекомендаций, касающихся классификаций счетов здравоохранения по потенциальным дополнительным источникам данных и методологиям, исходя из передовой практики стран ОЭСР. В частности, некоторые из текущих прогнозов основаны на односторонней перспективе, либо с точки зрения провайдера медицинских услуг, либо с точки зрения финансирования, и могли бы быть усовершенствованы в случае использования «триангуляции» с другими источниками данных для подтверждения или калибровки изначальных прогнозов. В особенности это

характерно для ситуаций с наличными расходами домохозяйств, которые составляют треть от общего объёма расходов на здравоохранение согласно текущим оценкам.

В отношении дальнейшей работы и расширения структуры счетов здравоохранения представляется, что разбивка ресурсов на составные части (коэффициенты резервов) по группам провайдеров медицинских услуг может быть осуществлена на практике, исходя из доступных источников данных. Это было бы полезным дополнением, особенно с учётом цели по повышению эффективности или показателей производительности. В этом же ключе необходимо стимулировать итеративный подход к счетам по заболеваниям (т.е. начиная с больничного сектора).

Работа по расчету показателей производительности в системе здравоохранения Казахстана также окажется в выигрыше от того, что НСЗ будет предоставлять надежные и подробные данные по общей оценке затрат на уровне всей системы. Представляется, что стоит и дальше развивать действующую методику, чтобы отойти от простых показателей, используемых в настоящее время, и, может быть, двигаться в направлении той системы, которая существует в Великобритании. Эту возможность стоит дополнительно изучить.

Наконец, счета здравоохранения в Казахстане извлекают пользу и будут далее получать благоприятное действие от обмена знаниями между экспертами по учёту в сфере здравоохранения из других стран, которые являются более продвинутыми и опытными, а также с профессионалами того же уровня. В этом отношении наиболее эффективным будет расширение сотрудничества на региональной и международной арене.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### КЛАССИФИКАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НСЗ РК НА ДАННЫЙ МОМЕНТ

**Таблица 1А.1. Классификация функций здравоохранения (НС)**

КЗ (НС)	Описание	Включается в текущие расходы на здравоохранение
НС.1	<b>Услуги лечения</b>	
НС.1.1	Медицинские услуги на стационарном уровне	
НС.1.1.1	Специализированная стационарная помощь	
НС.1.1.2	Высокоспециализированная стационарная помощь	
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	
НС.1.3	Амбулаторное лечение	
НС.1.3.1	Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне	
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	
НС.2	<b>Реабилитационное лечение</b>	
НС.2.1	Реабилитационное лечение в стационаре	
НС.2.5	Реабилитационное лечение в санаторных организациях	Да
НС.3	<b>Долгосрочный медицинский уход</b>	
НС.4	<b>Вспомогательные услуги</b>	
НС.4.2	Диагностические услуги	
НС.4.3	Транспортировка пациентов	
НС.4.4	Патологоанатомические услуги	Нет
НС.4.5	Обеспечение кровью, ее компонентами и продуктами	?
НС.4.9	Все прочие дополнительные услуги	
НС.5	<b>Предоставление медицинских товаров</b>	
НС.5.1	Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования	
НС.5.2	Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования	
НС.5.2.4	Все прочие медицинские товары длительного пользования, включая неклассифицированные по функции	Да
НС.5.2.9	Все прочие медицинские товары длительного пользования, включая медицинские устройства	
НС.6	<b>Профилактические услуги</b>	
НС.6.1	Информационная, образовательная и консультационная программы	
НС.6.2	Программы иммунизации	
НС.6.3	Программы обнаружение заболеваний на ранних стадиях	
НС.6.5	Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействие на среду здоровья	

КЗ (НС)	Описание	Включается в текущие расходы на здравоохранение
НС.7	<b>Управление и администрирование финансирования системы здравоохранения</b>	
НС.7.1	Управление и администрирование системы здравоохранения	
НС.7.1.1	Расходы на содержание центрального органа управления здравоохранения	Да
НС.7.1.1.2	Расходы на содержание местных органов гос.управления здравоохранения	Да
НС.7.1.1.3	Реализация институциональных проектов	Да
НС.7.2	Администрирование финансирования здравоохранения	
НС.РІ.3	<b>Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения</b>	Да
НС.РІ.3.1	Здоровье матери и ребенка; планирование семьи и семейные консультации	Ла
НС.РІ.3.9	Все прочие различные услуги по охране здоровья	Да
НС.РІ.4	<b>Образование и обучение медицинского персонала</b>	Нет
НС.РІ.4.1	Подготовка специалистов со средним профессиональным образованием	Нет
НС.РІ.4.4	Подготовка специалистов с высшим послевузовским профессиональным образованием	Нет
НС.РІ.4.5	Подготовка научных кадров	Нет
НС.РІ.4.6	Оказание социальной поддержки обучающимся по программам технического и послесреднего образования	Нет
НС.РІ.5	<b>Формирование капитала для учреждений, предоставляющих медицинские услуги</b>	Нет
НС.РІ.6	<b>Прикладные научные исследования в области здравоохранения</b>	?
НС.РІ.7	<b>Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия</b>	?
НС.РІ.9	<b>Расходы НСР, не определенные по типам</b>	
НС.РІ.9.1	Судебно-медицинская экспертиза	Нет
НС.РІ.9.3	Создание и сопровождение информационных систем здравоохранения	?
НС.РІ.9.5	Консалтинговые, аналитические и социологические исследования	Да
НС.РІ.10	Хранение специального медицинского резерва и ликвидации ЧС	?
НС.РІ.11	Прочие виды расходов	?
НС.РІ.12	Неформальные расходы	Да

Примечание: отмеченные серым строки не включены в классификацию SHA 2011 НС.

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Таблица 1А.2. Классификация поставщиков услуг здравоохранения (НР)

(БП) НР	Описание	Включается в текущие расходы здравоохранения
НР.1	Больницы общего профиля	
НР.1.1	Больницы общего профиля	
НР.1.1.1	Больницы	Да
НР.1.1.2	Медицинские организации национальных компаний и холдингов (квазигосударственные организации)	Да
НР.1.1.3	Больницы восстановительного лечения и реабилитационные центры	Да
НР.1.2	Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	
НР.1.2.1	Психиатрическая больница/диспансер	Да
НР.1.2.3	Наркологическая больница/диспансер/реабилитационные центры	Да
НР.1.3	Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	
НР.1.3.1	Инфекционная больница	
НР.1.3.2	Офтальмологическая больница	
НР.1.3.3	Туберкулезная больница	
НР.1.3.4	Противотуберкулезный диспансер	
НР.1.3.5	Лепрозорий	
НР.1.3.6	Кардиологический диспансер	
НР.1.3.7	Кожно-венерологический диспансер	
НР.1.3.8	Онкологический диспансер/больница	
НР.1.3.9	Эндокринологический диспансер	
НР.1.3.10	Родильные дома/Перинатальные центры	
НР.1.3.11	Противотуберкулезный санаторий	
НР.1.3.12	Клиники НЦ, НИИ	
НР.2	Учреждения длительного ухода	
НР.2.1	Учреждения длительного сестринского ухода	
НР.2.1.1	Больница сестринского ухода / хоспис	Да
НР.2.9	Другие учреждения длительного ухода	
НР.2.9.1	Дом ребенка	Нет
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	
НР.3.1	Лечебная практика	
НР.3.1.1	Кабинеты врачей общей практики	
НР.3.2	Стоматологические поликлиники/кабинеты	
НР.3.3	Кабинеты других специалистов	
НР.3.4	Центры амбулаторного лечения	
НР.3.4.1	Центры планирования семьи и репродуктивного здоровья	
НР.3.4.4	Центры гемодиализа	
НР.3.4.5	Все прочие амбулаторные многопрофильные центры по предоставлению специализированной амбулаторно-поликлинической помощи	Да
НР.3.4.5.1	Консультативно-диагностический центр/поликлиника	Да
НР.3.4.9	Все прочие амбулаторные и медицинские центры по месту жительства	
НР.3.4.9.1	Женская консультация	Да
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	
НР.4.1	Организации, предоставляющие услуги по транспортировке пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях	
НР.4.9	Прочие организации, предоставляющие дополнительные услуги	

(БП) НР	Описание	Включается в текущие расходы здравоохранения
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	
НР.5.1	Аптеки	
НР.5.2	Организации розничных продаж и прочие поставщики медицинских товаров длительного пользования и медицинских приборов	
НР.5.3	Организации, реализующие прочие медицинские товары и другие поставщики фармацевтических и медицинских товаров	Да
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	
НР.7	Организации управления здравоохранением	
НР.7.1	Государственные учреждения управления здравоохранением	
НР.7.1.2	Местные органы государственного управления здравоохранением	Да
НР.7.3	Управление частного страхования здравоохранения	
НР.8	Прочие сектора экономики	
НР.8.2	Все прочие предприятия как организации, предоставляющие вторичную медицинскую помощь	
НР.8.2.1	Учебные заведения	Нет
НР.8.9	Прочие предприятия	
НР.9	Остальной мир	
НР.11	Организации тип предоставляемых услуг которых не определен	?
НР.13	База специального медицинского снабжения	?

Примечание: отмеченные серым строки не включены в классификацию SHA 2011 НС.

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Таблица 1А.3. Классификация финансовых схем здравоохранения (HF)

ФЗ (HF)	Описание
HF.1	Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений
HF.1.1	Государственные схемы
HF.1.1.1	Государственные схемы финансирования республиканского уровня
HF.1.1.1.1	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
HF.1.1.1.2	Министерство внутренних дел Республики Казахстан
HF.1.1.1.3	Министерство образования и науки Республики Казахстан
HF.1.1.1.4	Министерство обороны Республики Казахстан
HF.1.1.1.6	Управление делами Президента Республики Казахстан
HF.1.1.1.16	Министерство культуры и спорта Республики Казахстан
HF.1.1.1.17	Министерство Национальной Экономики Республики Казахстан
HF.1.1.2	Государственные схемы финансирования местного уровня
HF.1.1.2.1	Местные органы государственного управления здравоохранением
HF.1.1.2.6	Местные органы управления строительства
HF.1.1.2.7	Управление строительства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог области
HF.1.1.2.8	Управление строительства, архитектуры и градостроительства области
HF.1.1.2.9	Местные органы государственного управления
HF.2	Схемы добровольных медицинских взносов
HF.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования
HF.2.3	Схемы финансирования предприятий
HF.2.3.1	Схемы финансирования предприятий (за исключением поставщиков медицинских услуг)
HF.3	Частные расходы домохозяйств
HF.4	Международные схемы финансирования
HF.4.2	Добровольные схемы для нерезидентов
HF.4.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования для нерезидентов
HF.4.2.2.3	Схемы включения (международные организации или посольства)

Примечание: отмеченные серым строки не включены в классификацию SHA 2011 HC.

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Таблица 1А.4. Классификация доходов финансовых схем здравоохранения (FS)

СФ (FS)	Описание
FS.1	Средства из государственного бюджета
FS.1.1	Средства из государственного бюджета
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета
FS.1.1.2	Средства местного бюджета
FS.5	Добровольное страхование
FS.5.1	Добровольное страхование граждан
FS.6.	Прочие национальные доходы
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций
FS.7	Прямые зарубежные трансферты
FS.7.1	Прямые зарубежные финансовые трансферты
FS.7.3	Прочие прямые зарубежные трансферты
FSR.1	Заемствования
FSR.1.1.1	Государственный заем

Примечание: отмеченные серым строки не включены в классификацию SHA 2011 НС.

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

Таблица 1А.5. Классификация составляющих предоставления медицинских услуг (FP)

FP	Описание
FP.1	Расходы, связанные с фондом заработной платы
FP.1.1	Заработная плата
FP.1.2	Социальные выплаты
FP.1.3	Прочие расходы, связанные с работниками
FP.3	Используемые материалы и услуги
FP.3.2	Медицинские и санитарно – гигиенические товары
FP.3.3	Услуги, не относящиеся к медицинским
FP.3.4	Товары, не относящиеся к медицинским и санитарно - гигиеническим
FP.4	Потребление основных фондов
FP.5	Прочие статьи расходов на используемые ресурсы
FP.5.1	Налоги
FP.5.2	Прочие статьи расходов

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

## ТАБЛИЦЫ НСЗ РК, СКОРРЕКТИРОВАННЫЕ ОЭСР

Таблица 2А.1. Скорректированная таблица НСхНФ, 2014

SHA 2011	Схемы финансирования здравоохранения (ИСНА-НФ)	HF.1	HF.1.1	HF.2	HF.2.1	HF.2.3	HF.3	HF.4	HF.4.2	All HF
Функции здравоохранения (ИСНА-НС)	Миллионы тенге									
<b>НС.1 Услуги лечения</b>		587,764	587,764	43,746	15,826	27,920	196,375	1,992	1,992	829,877
НС.1.1 Медицинские услуги на стационарном уровне		334,783	334,783	10,348		10,348	55,715	1,992	1,992	402,839
НС.1.2 Лечение в дневном стационаре		21,552	21,552							21,552
НС.1.3 Амбулаторное лечение		231,428	231,428	33,398	15,826	17,572	140,660			405,486
НС.1.3.1 Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне		203,391	203,391	15,093	11,078	4,016	14,956			233,441
НС.1.3.2 Амбулаторное стоматологическое лечение				1,942	1,425	517	96,485			98,428
НС.1.3.3 Специализированное амбулаторное лечение		28,037	28,037	4,527	3,323	1,204				32,564
НС.1.3.9 Все прочие амбулаторные лечение				11,835		11,835	29,218			41,053
<b>НС.2 Реабилитационное лечение</b>		479	479	3,754		3,754				4,233
НС.2.1 Реабилитационное лечение в стационаре		479	479	3,754		3,754				4,233
<b>НС.3 Долгосрочный медицинский уход</b>		260	260							260
<b>НС.4 Вспомогательные услуги</b>		28,585	28,585				7,035			35,620
НС.4.2 Диагностические услуги		1,399	1,399							1,399
НС.4.3 Транспортировка пациентов		27,186	27,186				7,035			34,221
<b>НС.5 Предоставление медицинских товаров</b>		50,727	50,727				281,177			331,904
НС.5.1 Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования		49,575	49,575				257,498			307,073
НС.5.2 Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования		1,152	1,152				23,679			24,830
<b>НС.6 Профилактические услуги</b>		43,578	43,578							43,578
НС.6.1 Информационная, образовательная и консультационная программы		6,817	6,817							6,817
НС.6.2 Программы иммунизации		16,616	16,616							16,616
НС.6.3 Программы обнаружение заболеваний на ранних стадиях		4,833	4,833							4,833
НС.6.4 Программы мониторинга состояния здоровья		3,251	3,251							3,251
НС.6.5 Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействие на среду здоровья		12,061	12,061							12,061
<b>НС.7 Управление и администрирование финансирования системы здравоохранения</b>		6,152	6,152	3,841	3,841					9,993
НС.7.1 Управление и администрирование системы здравоохранения		6,152	6,152							6,152
НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения				3,841	3,841					3,841
<b>НС.0 Прочие услуги здравоохранения, не классифицированные ранее</b>		20,547	20,547					1,269	1,269	21,816
<b>All HC</b>		738,092	738,092	51,341	19,666	31,674	484,587	3,261	3,261	1,277,281

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)



Таблица 2А.3. Скорректированная таблица НРхНФ, 2014

SHA 2011	Схемы финансирования здравоохранения (ИЧА-НФ)	Миллионы тенге								
		НФ.1	НФ.1.1	НФ.2	НФ.2.1	НФ.2.3	НФ.3	НФ.4	НФ.4.2	All НФ
Поставщики услуг здравоохранения (ИЧА-НФ)	Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений	Схемы государственные	Схемы добровольных медицинских взносов	Схемы добровольного медицинского страхования	Схемы финансирования предприятий	Частные расходы домохозяйств	Международные схемы финансирования	Добровольные схемы для нерезидентов	Все финансовые схемы	
<b>НР.1</b>	<b>Больницы</b>	343,331	343,331	14,102		14,102	55,715	1,992	1,992	415,141
НР.1.1	Больницы общего профиля	173,140	173,140	14,102		14,102	55,715	1,992	1,992	244,949
НР.1.2	Психиатрические больницы	20,055	20,055							20,055
НР.1.3	Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц)	150,137	150,137							150,137
<b>НР.2</b>	<b>Учреждения длительного ухода</b>	3,511	3,511							3,511
НР.2.1	Учреждения длительного сестринского ухода	260	260							260
НР.2.9	Другие учреждения длительного ухода	3,251	3,251							3,251
<b>НР.3</b>	<b>Поставщики амбулаторных медицинских услуг</b>	242,386	242,386	33,398	15,826	17,572	140,660			416,444
НР.3.1	Лечебная практика	211,088	211,088	15,093	11,078	4,016	14,956			241,137
НР.3.2	Стоматологические поликлиники/кабинеты			1,942	1,425	517	96,485			98,428
НР.3.3	Кабинеты других специалистов	28,037	28,037	16,362	3,323	13,039	29,218			73,618
НР.3.4	Центры амбулаторного лечения	3,261	3,261							3,261
<b>НР.4</b>	<b>Поставщики вспомогательных услуг</b>	27,186	27,186				7,035			34,221
НР.4.1	Организации, предоставляющие услуги по транспортировке пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях	27,186	27,186				7,035			34,221
<b>НР.5</b>	<b>Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров</b>	49,575	49,575				281,177			330,752
НР.5.1	Аптеки	49,575	49,575				257,498			307,073
НР.5.2	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров длительного пользования и медицинских приборов						17,947			17,947
НР.5.9	Прочие поставщики фармацевтических или медицинских товаров						5,731			5,731
<b>НР.6</b>	<b>Поставщики профилактических услуг</b>	40,327	40,327							40,327
<b>НР.7</b>	<b>Организации управления здравоохранением</b>	2,521	2,521	3,841	3,841					6,362
НР.7.1	Государственные учреждения управления здравоохранением	2,521	2,521							2,521
НР.7.3	Учреждения управления организациями частного медицинского страхования			3,841	3,841					3,841
<b>НР.8</b>	<b>Прочие сектора экономики</b>	4,040	4,040							4,040
НР.8.2	Все прочие предприятия, вторичным видом деятельности которых является предоставление медицинской помощи	4,040	4,040							4,040
<b>НР.9</b>	<b>Остальной мир</b>	1,036	1,036							1,036
<b>НР.0</b>	<b>Организации, тип предоставляемых услуг которых не определен</b>	24,178	24,178					1,269	1,269	25,447
<b>All НФ</b>	<b>Все поставщики</b>	738,092	738,092	51,341	19,666	31,674	484,587	3,261	3,261	1,277,281

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)

Таблица 2А.4. Скорректированная таблица НФхФС, 2014

SHA 2011	Схемы финансирования здравоохранения (ИЧА-НФ)	Доходы схем финансирования здравоохранения (ИЧА-ФС)					All FS
		FS.1	FS.1.1	FS.5	FS.6	FS.7	
Схемы финансирования здравоохранения (ИЧА-НФ)	Миллионы тенге	Средства, выделяемые из государственных доходов	Средства из государственного бюджета	Добровольное страхование	Прочие национальные доходы	Прямые зарубежные трансферты	Все доходы схем финансирования здравоохранения
<b>НФ.1</b>	<b>Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений</b>	738,092	738,092				738,092
НФ.1.1	Государственные схемы	738,092	738,092				738,092
<b>НФ.2</b>	<b>Схемы добровольных медицинских взносов</b>			19,666	31,674		51,341
НФ.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования			19,666			19,666
НФ.2.3	Схемы финансирования предприятий				31,674		31,674
<b>НФ.3</b>	<b>Частные расходы домохозяйств</b>				484,587		484,587
<b>НФ.4</b>	<b>Международные схемы финансирования</b>					3,261	3,261
НФ.4.2	Добровольные схемы для нерезидентов					3,261	3,261
<b>All НФ</b>	<b>Все финансовые схемы</b>	738,092	738,092	19,666	516,261	3,261	1,277,281

Источник: Республиканский центр развития здравоохранения, Казахстан (с корректировкой)

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ

ОЭСР представляет собой уникальный форум, в рамках которого правительства совместно работают над решением экономических, социальных и экологических проблем, возникающих в условиях глобализации. ОЭСР также находится на переднем плане усилий, направленных на обеспечение понимания новых тенденций и оказание помощи правительствам в решении связанных с этим задач, таких как корпоративное управление, информационная экономика и проблемы стареющего населения. Организация предоставляет площадку, где правительства могут обмениваться своим опытом в области экономической политики, вести поиск решения схожих проблем, узнавать о положительном опыте других стран и координировать свою национальную и внешнюю политику.

К числу членов ОЭСР относятся Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Корея, Латвия, Люксембург, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Словацкая Республика, Словения, Соединенные Штаты Америки, Турция, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эстония и Япония. В работе ОЭСР также принимает участие Европейский Союз.

Издательство ОЭСР распространяет среди широкого круга пользователей статистическую информацию, собранную Организацией, и результаты исследований на экономические, социальные и экологические темы, а также конвенции, руководства и стандарты, принятые странами-членами.

# Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан

В настоящем отчете дается оценка мер, принимаемых Казахстаном в области разработки и применения национальной системы счетов здравоохранения, предлагаются рекомендации, направленные на повышение информирования о финансировании здравоохранения в стране. По мере достижения Казахстаном значительного экономического прогресса за последние десятилетия, здравоохранение заняло свое место в стратегической программе с учетом ряда реформ в секторе, введенных с целью модернизации системы и улучшения состояния здоровья населения. Информирование о стратегической программе и мониторинг достижения целей системы здравоохранения требуют точных, своевременных и всеобъемлющих данных о финансировании и расходах в здравоохранении. Четкое представление об ассигновании средств и факторах, влияющих на сектор здравоохранения, является необходимым условием для поддержания эффективности системы здравоохранения в Казахстане.

Данный Обзор можно прочитать онлайн по адресу: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264300859-ru>.

Данная работа опубликована в электронной библиотеке ОЭСР, на которой доступны все Публикации ОЭСР, а также периодические издания и статистические базы данных.

Дополнительная информация находится на сайте электронной библиотеки: [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org).

OECD publishing  
www.oecd.org/publishing



INTERNATIONAL  
EXCELLENCE  
Awards 2017  
IN PARTNERSHIP WITH THE PUBLISHERS  
ASSOCIATION



ISBN 978-92-64-30084-2  
81 2018 05 8 P



9 789264 300842