

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»



**Анализ частных расходов на здравоохранение в Казахстане и
предложения по их снижению**

Аналитический обзор для формирования политики (Policy Brief)

Нур-Султан, 2019 г.

Авторы:

Загидуллина Галина Наильевна – начальник отдела макроэкономических исследований Центра экономики и оценки технологий здравоохранения Республиканского центра развития здравоохранения.

Омирбаева Бибигуль Сериковна – главный аналитик отдела макроэкономических исследований Центра экономики и оценки технологий здравоохранения Республиканского центра развития здравоохранения.

Финансирование

Policy Brief разработан в рамках средств республиканского коммунального предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский Центр Развития Здравоохранения»

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии коммерческих интересов, имеющих отношение к данному аналитическому обзору.

Цитирование

Загидуллина Г.Н., Омирбаева Б.С. Анализ частных расходов на здравоохранение в Казахстане и предложения по их снижению. Аналитический обзор для формирования политики (Policy Brief), Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения, 2019. – 20 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
Резюме	4
КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
В чем заключается проблема?	4
ОСНОВНОЙ ОТЧЕТ	5
Введение.....	5
Описание проблемы.....	5
Масштабы проблемы	7
Факторы, лежащие в основе проблемы.....	14
ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ	15
ВНЕДРЕНИЕ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ	17
ИСТОЧНИКИ:	20

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КС МНЭ РК	Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан
АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГРЗ	Государственные расходы на здравоохранение
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
СМР	Средний медицинский персонал
СНС	Система национальных счетов
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
ЧРЗ	Частные расходы на здравоохранение

Резюме

Настоящая аналитическая справка включает в себя анализ структуры карманных расходов населения на услуги здравоохранения в Республике Казахстан с целью выработки рекомендаций по их снижению. В Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» поставлена стратегическая цель – войти в число 30-ти наиболее развитых стран мира. Для достижения этой цели следует преодолеть существующий разрыв в развитии между странами ОЭСР и Казахстаном во всех отраслях и сферах деятельности, в том числе здравоохранении. В этой связи был проведен сравнительный анализ карманных расходов на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР. Анализ проводился на основе данных из таблиц национальных счетов здравоохранения Казахстана за 2010-2018 гг. Были сопоставлены различия в расходах на здравоохранение на душу населения.

Кроме того, проанализирована структура карманных расходов в динамике, а также на основе индексов потребительских цен был сопоставлен рост потребления объемов медицинских услуг за счет средств домохозяйств. В результате исследования были предложены возможные варианты по снижению карманных расходов в условиях перехода Казахстана от бюджетной модели к страховой.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В чем заключается проблема?

Частные расходы являются частью системы финансирования здравоохранения во всех странах. Однако, катастрофически высокий уровень частных расходов может привести к финансовой неустойчивости всей системы здравоохранения, и национальной экономики в целом. Высокий уровень частных расходов на услуги здравоохранения говорит о том, что население предпочитает оплачивать медицинские услуги за счет собственных средств. А это значит, что выделяемые государственные средства недостаточно эффективно используются, до сих пор имеет место дефицит доступности медицинских услуг. Кроме того, нерегулируемый высокий уровень цен на медицинские услуги часто является препятствием для доступа к необходимой медицинской помощи, а также способствует росту карманных платежей, порождая собой проблемы финансовой защиты населения.

ОСНОВНОЙ ОТЧЕТ

Введение

Развитие здравоохранения, как экономической системы, происходит в закономерном соответствии с экономическими и социальными процессами, отражающими общие тенденции формирования рыночных отношений в Республике Казахстан. Однако, возникшее несоответствие между реальными потребностями системы здравоохранения и уровнем ее финансирования с объективной необходимостью требует поиска путей преодоления этого несоответствия с целью обеспечения равновесия между медицинской и экономической составляющими.

Описание проблемы

Всеобщий охват услугами здравоохранения (далее – ВОУЗ) признан одной из основных целей в области Устойчивого Развития. Достижение ВОУЗ рассматривается в качестве всеобъемлющей цели, которая измеряется с точки зрения показателей защиты населения от финансовых рисков, таких как высокие расходы на здравоохранение. Таким образом, обеспечение финансовой защиты путем сокращения прямых платежей населения за медицинское обслуживание является одной из целей ВОУЗ.

Карманные расходы – это любые прямые расходы домашних хозяйств, включая безвозмездные выплаты и натуральную плату практикующим врачам и поставщикам фармацевтических препаратов, терапевтических приборов и других товаров и услуг, основной целью которых является содействие восстановлению или улучшению состояния здоровья отдельных лиц или групп населения. Они являются частью частных расходов на здравоохранение [1].

Таким образом, карманные расходы зависят от платежеспособности населения. Если финансирование здравоохранения становится все более зависимым от наличных платежей, то теоретически бремя расходов перекладывается на тех, кто пользуется услугами больше. На практике многие страны проводят политику, направленную на защиту определенных групп населения от чрезмерных выплат из собственного кармана. Программы защиты заключаются в частичной или полной оплате медицинской помощи некоторым категориям, таким как пожилые люди или люди с хроническими заболеваниями или инвалидностью, и др.

В некоторых странах бремя расходов из собственного кармана может создавать барьеры для доступа к медицинской помощи. Домохозяйства, испытывающие трудности с оплатой медицинских счетов, могут откладывать или даже отказываться от необходимой медицинской помощи. В среднем по странам ОЭСР 19% расходов на здравоохранение оплачивается непосредственно пациентами [2].

В большинстве стран ОЭСР лечебная помощь (включая как стационарную, так и амбулаторную помощь) и фармацевтические препараты являются двумя основными статьями расходов домохозяйств (рисунок 1). В среднем на эти два компонента приходится две трети всех медицинских расходов домашних хозяйств, однако их значение в разных странах неодинаково. В Люксембурге, Бельгии и Швейцарии платежи домашних хозяйств за стационарную и амбулаторную лечебную помощь составляют около 50% от всех расходов домашних хозяйств на здравоохранение. В других странах, таких как Польша, Чешская Республика, Венгрия и Канада, половина наличных платежей или более приходится на фармацевтические препараты [3].

Оплата стоматологического лечения также играют значительную роль в расходах домашних хозяйств на медицинское обслуживание в странах ОЭСР, составляя 20% от всех фактических расходов в странах ОЭСР. В Эстонии, Норвегии, Дании и Испании этот показатель достигает 30% и более. Расходы на терапевтические приборы (очки, слуховые аппараты, контактные линзы и др.) в общем объеме медицинских расходов домашних хозяйств сильно различается, но в Нидерландах составляет целых 33%. Средний показатель по странам ОЭСР составил 13% [3].

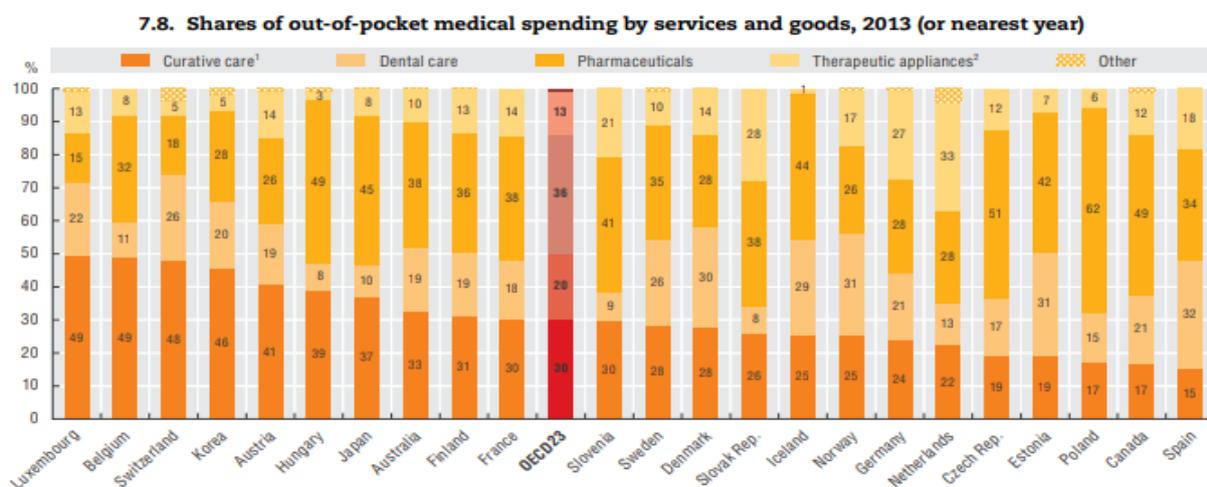


Рисунок 1 – Структура карманных расходов домохозяйств в странах ОЭСР, % [3]

Масштабы проблемы

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) от всех источников финансирования в 2018 году составили 1 885,4 млрд. тенге и показывают рост на 1% по сравнению с предыдущим годом (1 759 млрд. тенге), что составило 3% [4].

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) (без учета капитальных расходов) составили 1 765 млрд. тенге, по сравнению с 1 656,1 млрд тенге в 2017 году. Так ТРЗ в 2018 году составили 2,9% от ВВП [4].

Повышение текущих расходов на здравоохранение свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения и повысить его конкурентоспособность. Однако этот показатель значительно ниже, чем в странах ОЭСР, где расходы на здравоохранение в среднем составляют 8.8% от ВВП. По рекомендациям ВОЗ, для нормального функционирования медицины, минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах.

Здравоохранение в Казахстане финансируется из нескольких источников: государственные схемы, частные схемы финансирования и внешние источники.

Государственные схемы финансирования в 2018 году составили 1,085 трлн. тенге. Доля государственных расходов в ВВП составила 1,8%.

В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 61,5%, в то время как доля частных расходов составляет 38,5%.

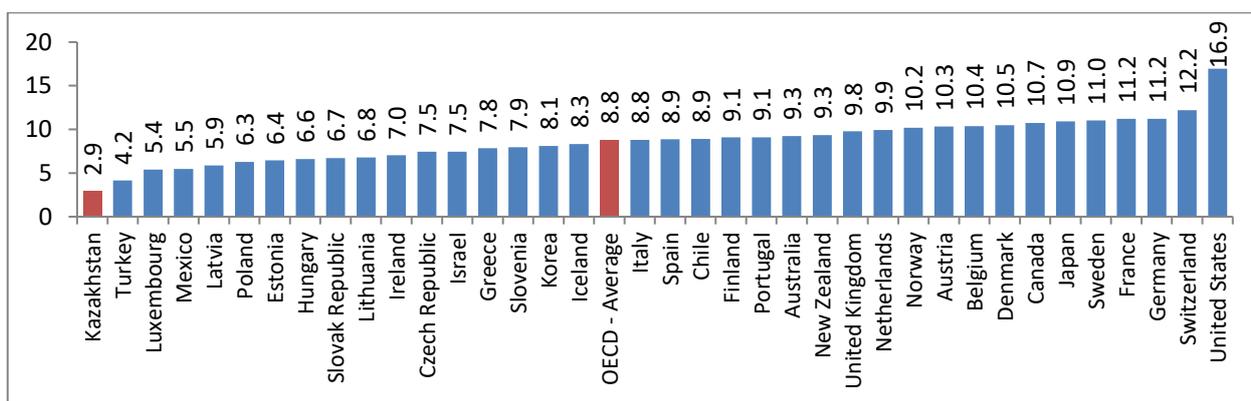


Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2018г. (в % к ВВП) [4]

Подушевые расходы на здравоохранение в 2018 году Казахстане

составили 95 986 тенге или 278,5 долл. США¹. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС.

Уровень подушевых текущих расходов в Казахстане составил 861,9 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (3992,3 долл. США по ППС).

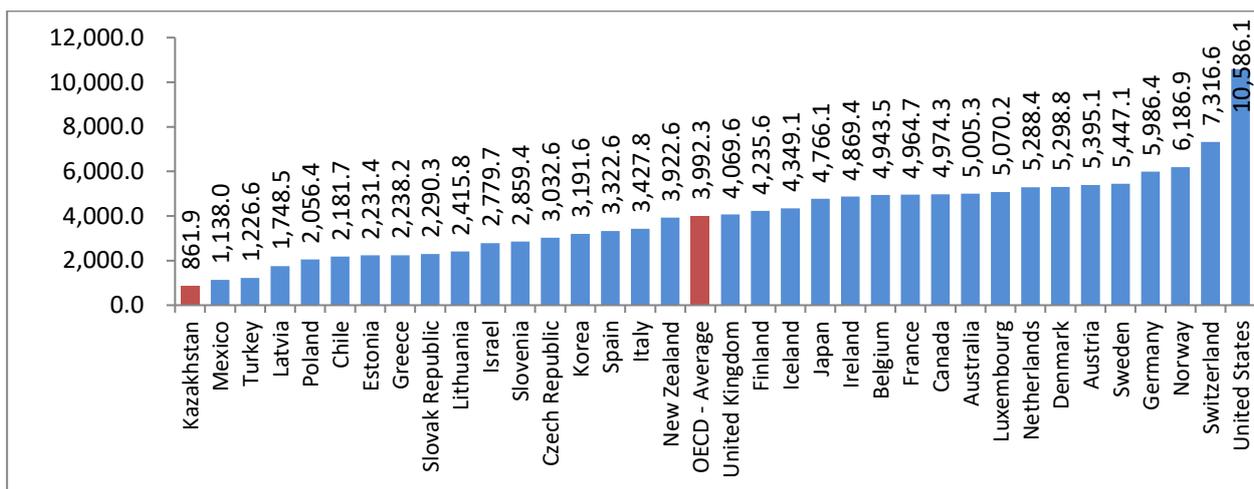


Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2018 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС [4]

Частные расходы на здравоохранение носят добровольный характер, и включают в себя личные (карманные) расходы населения на здравоохранение, расходы на добровольное медицинское страхование и финансирование предприятий.

В структуре частные расходы включают:

-  **прямые платежи населения** – 33% (583,05 млрд. тенге)
-  **расходы предприятий** – 4,4% (78,4 млрд. тенге)
-  **средства ДМС** – 1,1% (18,4 млрд.тенге)

Наличные платежи «из кармана» домохозяйств являются прямой платой за услуги из первичного дохода домохозяйств или их сбережений. При этом оплата производится в момент получения услуг. Эти расходы показывают непосредственное бремя медицинских расходов, лежащее на домохозяйствах.

домохозяйствах.

Частные расходы в 2018 году составили 679.5 млрд. тенге или 1.2% ВВП и 38,5% от текущих расходов на здравоохранение.

¹ Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2018 г. – 344,7 тенге



Рисунок 4 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане, 2010-2018 гг. [4]

Как показывает рисунок 4, частные расходы на здравоохранение начиная с 2010 года постоянно росли. Однако в 2017 году сократились, по сравнению с 2016 годом, на 2,8%. И хотя объем частных расходов сократился, он все еще остается на довольно высоком уровне, по сравнению со странами ОЭСР (рис 5), где средний показатель составляет 26,8%. Вместе с тем, в 2018 году частные расходы снова показали рост и составили 679,5 млрд. тенге, что составило 38,5% от ТРЗ.

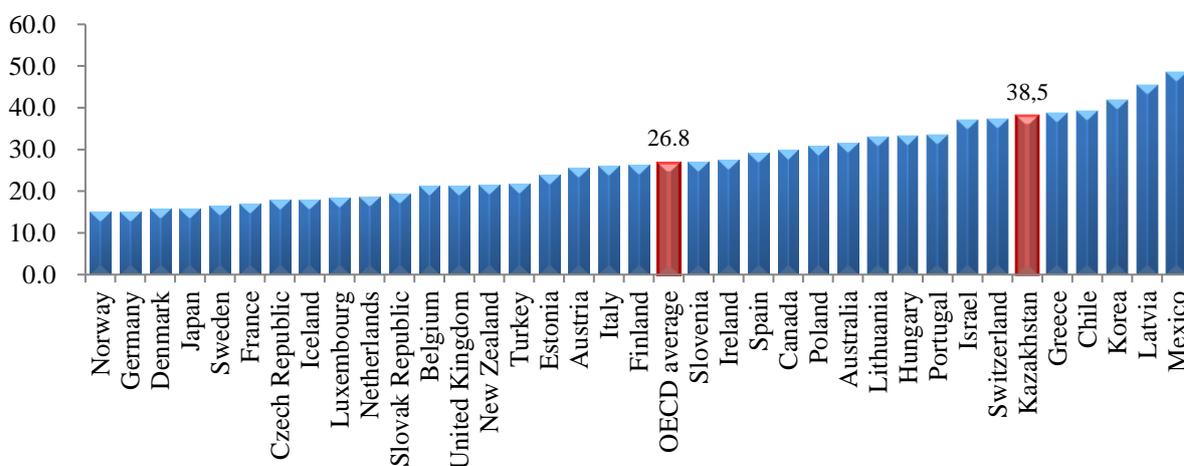


Рисунок 5 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР в 2018 году, в % от ТРЗ [4]

Согласно НСЗ прямые платежи домохозяйств на здравоохранение в 2018 году составили 585,05 млрд. тенге (33% от текущих расходов на здравоохранение). По сравнению с предыдущим годом (550 млрд тенге), данный показатель увеличился на 6,3%.

При этом в динамике этот показатель ежегодно растет. С 2013 года платежи населения из кармана возросли почти в 2 раза, на 83,8%.

Однако, важно отметить, что в 2017 году «карманные» платежи граждан сократились по сравнению с 2016 годом на 4,1%.

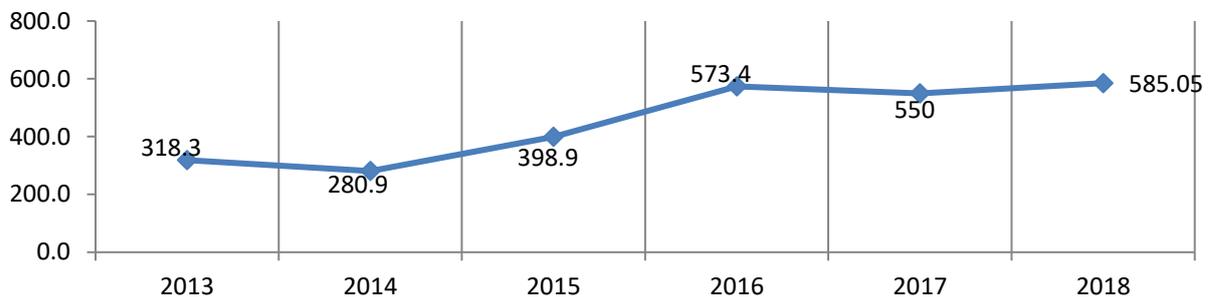


Рисунок 6 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение за период 2013-2018 гг. (млрд. тенге)

Сокращение расходов домохозяйств в 2017 году по сравнению с 2016 годом произошло во многом за счет снижения расходов на приобретение лекарственных средств. Объем расходов домохозяйств на лекарственные средства в 2017 году сократились на 13,4% по сравнению с 2016 годом. Однако в динамике, с 2010 года вырос более чем в 3 раза – со 108,7 млрд. тенге в 2010 г. до 353,7 млрд. тенге в 2018 г. Быстрый рост расходов на лекарства можно объяснить инфляцией и девальвацией национальной валюты. Также, отметим, расходы на амбулаторно-поликлиническое лечение выросли в 6 раз, а на услуги на стационарном уровне – в 2,6 раз за период с 2010 по 2018 гг.



Рисунок 7 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение в разрезе форм медицинской помощи в 2010-2018 гг. (млрд. тенге)

В структуре наличных расходов домохозяйств на услуги здравоохранения в 2018г. основная доля приходилась на приобретение лекарств и изделий медицинского назначения – 353,7 млрд. тенге или 60,7% всех расходов населения на здравоохранение.

Высокий уровень частных расходов обычно связывают с тем, что уровень государственного финансирования не обеспечивает достаточный объем спроса на бесплатной основе и населению приходится обращаться к частному сектору, который предоставляет платные медицинские услуги.

Также высокий уровень личных платежей граждан связывают с приобретением дорогостоящих препаратов, которые не покрываются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Перечень ГОБМП не пересматривался много лет, что привело к тому, что государство покрывало расходы на те услуги, которые не пользовались спросом среди населения. В этой связи в 2018 году перечень бесплатных медицинских услуг был пересмотрен с целью снижения уровня наличных расходов населения и предотвращения угрозы приближения к черте бедности.

Именно наличные платежи населения характеризуют достаточность финансирования здравоохранения в целом. А поскольку в Казахстане наблюдается тенденция к постоянному росту «карманных» платежей граждан, то здесь уже налицо недофинансирование отрасли.

Согласно структуре частных расходов домохозяйств в Казахстане в 2018 г. наблюдается существенное сокращение расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на 3 процентных пункта по сравнению с 2017 г. Однако при этом отмечается рост расходов на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь – на 0.2 процентных пункта и на 2.7 процентных пункта соответственно.

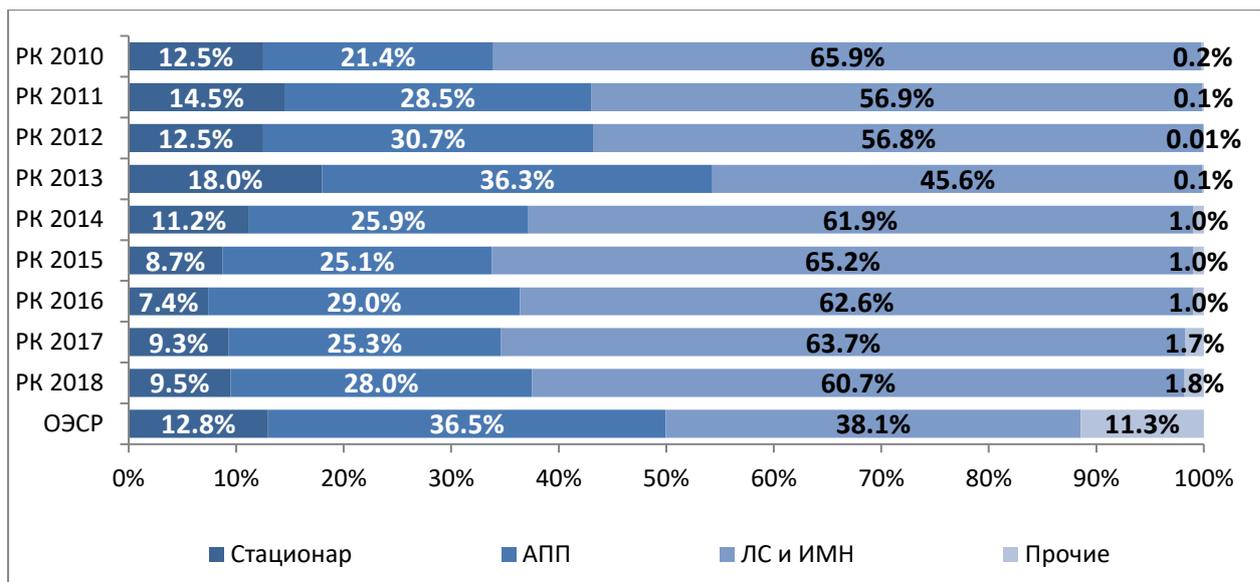


Рисунок 8 – Структура расходов домохозяйств на услуги здравоохранения (%) [4]

Несмотря на рост выделяемых средств на предоставление фармацевтических товаров со стороны государства, население продолжает приобретать лекарственные средства за счет собственных средств.

Однако, несмотря на номинальный рост расходов на фармацевтические товары и медицинские товары длительного пользования на 1% с 350,1 млрд. тенге в 2017г. до 353,7 млрд. тенге в 2018 г., их удельный вес в структуре расходов населения сокращается с 63,7% до 60,7%.

Кроме того, прирост расходов на фармацевтические товары составил 0,5% (с 247,2 млрд. тенге в 2017г. до 248,5 млрд. тенге в 2018 г.). Индекс цен на фармацевтические товары, согласно данным Комитета Статистики МНЭ РК в 2018 г. составил 107,1%, а это означает, что объем потребления сократился на 6,6%. В то же время, объем потребления медицинских товаров длительного пользования сократился на 4,6%.

Таким образом, рост расходов на лекарства и медицинские товары произошел именно за счет роста цен. Это означает, что проводимая государственная кампания по расширению перечня АЛО эффективна и работает, и привела к сокращению объемов потребления расходов на лекарственные средства.

Таблица 1 - Структура расходов населения на фармацевтические товары в 2017-2018 гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Предоставление медицинских товаров	350 163 300	353 765 243	1,0%	-5,6%
Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования	247 229 200	248 585 427	0,5%	-6,6%
Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования	102 934 100	105 179 816	2,2%	-4,6%

Рассмотрим структуру потребления амбулаторных услуг за счет средств населения. Наибольшая доля расходов населения приходится на парамедицинские услуги, которые включают в себя массаж, физиотерапию и т.д. – 54,93% (89,8 млрд. тенге). Далее следуют расходы на основные медицинские услуги на амбулаторном уровне – 18,2% (29,8 млрд. тенге). Расходы на стоматологическое лечение составляют 15,4% (25,2 млрд. тенге) от всех расходов на амбулаторном уровне. На консультационно-диагностические услуги (КДУ) приходится 11,4% (18,6 млрд. тенге).

Так, прирост потребления амбулаторных услуг в 2018 году в номинальном выражении составил 17%. Индекс цен на медицинские услуги, согласно данным Комитета Статистики МНЭ РК, в 2018/17 году составил 107,6%. Таким образом, прирост объема медицинских услуг составил 10%.

В структуре расходов на амбулаторные услуги наибольший прирост объемов отмечается у специализированного амбулаторного лечения, которое включает в себя консультации узких специалистов и клинико-диагностические услуги. Таким образом, самыми недоступными являются КДУ, объем потребления которых вырос 2018 году на 18% по сравнению с 2017г.

Прирост расходов на стоматологическое лечение в номинальном выражении составил 18%, при этом прирост на 7,5% произошел за счет роста цен (индекс цен на стоматологические услуги 107,5%), следовательно, прирост объема стоматологических услуг составил 11%.

Таблица 2 – Структура расходов населения на амбулаторные услуги в 2017-2018

гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Амбулаторное лечение, всего	139 206 983	163 500 483	17%	10%
Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне	25 528 016	29 826 206	17%	9%
Амбулаторное стоматологическое лечение	21 309 185	25 224 305	18%	11%
Специализированное амбулаторное лечение	14 852 186	18 633 092	25%	18%
Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно	77 517 596	89 816 880	16%	9%

Прирост расходов на стационарное и реабилитационное лечение составил 7,6% и 10,1% соответственно. Вместе с тем, как отмечалось выше, по данным Комитета Статистики МНЭ РК, индекс цен на медицинские услуги составил 107,6%. Таким образом, прироста объема потребления стационарных услуг не наблюдается в 2018 году, а потребление реабилитационных услуг увеличилось на 2,5%.

Таблица 3 – Структура расходов населения на прочие услуги лечения в 2017-2018

гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Медицинские услуги на стационарном уровне	51 221 663	55 129 445	7,6%	0,0%
Реабилитационное лечение в стационаре	9 005 642	9 916 144	10,1%	2,5%

Факторы, лежащие в основе проблемы

Таким образом, уровень личных платежей граждан продолжает оставаться на высоком уровне. Это связано с несколькими причинами, которые были выявлены в результате анализа:

- относительно низкий уровень финансирования отрасли в целом;

- высокий уровень расходов на фармацевтические товары, который связан с ростом цен на лекарственные средства;
- кадровый дефицит, в частности узких специалистов, в государственных медицинских учреждениях.

ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ

Рекомендации ВОЗ.

В последние годы все большее число стран приступило к реформированию политики финансирования здравоохранения и принятию мер по решению проблем, связанных с высоким уровнем выплат из собственных средств. И с помощью хорошо продуманной политики и стратегий по сокращению карманных платежей и их негативных последствий, многие страны могут добиться положительных результатов.

Основные стратегии по снижению наличных платежей граждан, используемые странами, включают в себя [5]:

- ✓ отмена платных услуг в государственных медицинских учреждениях;
- ✓ целевое назначение и освобождение от уплаты официальных платежей таких конкретных групп населения, как бедные и уязвимые слои населения, беременные женщины и дети;
- ✓ целевое назначение и освобождение ряда медицинских услуг, таких как ведение беременности, патронаж новорожденных и т.д., от официальных платежей и предоставление их бесплатно.

Эти стратегии нуждаются в политической поддержке, принятии решений и надлежащей подготовке. Отмена платы за пользование услугами и освобождение от нее могут оказать значительное влияние как на спрос, так и на предложение медицинских услуг. Они, вероятно, увеличивают спрос на услуги, что впоследствии сказывается на рабочей нагрузке медицинских работников.

В качестве предлагаемых мер по снижению карманных расходов в **Казахстане** могут рассматриваться:

➤ **увеличение всеобщего охвата населения медицинскими услугами [6].**

Для продвижения к всеобщему охвату необходимо укрепление системы здравоохранения. Ключевое значение имеют надежные

финансовые структуры. В условиях, когда основную часть расходов на ПМСП приходится оплачивать из собственных средств, лица с низким уровнем доходов часто не могут получить многие из необходимых им услуг. Даже граждане с доходами выше среднего могут испытывать финансовые трудности в случае тяжелой или длительной болезни. Объединенные фонды из обязательных источников финансирования (таких как обязательные страховые взносы) могут распределить финансовые риски, обусловленные болезнями, среди населения. Так, благодаря внедрению обязательного социального медицинского страхования расширяется всеобщий охват населения медицинскими услугами. Во многих странах это происходит за счет расширения перечня льготных категорий граждан. Некоторые страны увеличивают охват среди работающих групп населения со средним и высоким уровнем дохода путем расширения роли добровольного страхования (дополнительная модель).

Улучшение охвата услугами ПМСП и показателей здоровья зависит также от наличия и доступности работников здравоохранения и их способности оказывать качественную комплексную медицинскую помощь, ориентированную на пациента. Важнейшим условием обеспечения ВОУЗ во всем мире являются инвестиции в качественную первичную медико-санитарную помощь. Вложение средств в трудовые ресурсы на уровне первичной медико-санитарной помощи – наиболее эффективный с точки зрения затрат способ расширения доступа к основным медико-санитарным услугам.

➤ **увеличение общего объема текущих расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС [6].**

Это сразу решит 2 проблемы:

- ✓ Снижение уровня частных расходов на здравоохранение в структуре текущих расходов на здравоохранение;
- ✓ Доведение уровня текущих расходов до уровня международных стандартов.

➤ **пересмотр утвержденных тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС [5]**

➤ **установление предельного норматива при расчете тарифа на оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях [5].**

➤ **сдерживание расходов на приобретение лекарственных средств.**

Расходы на лекарственные средства составляют наибольшую долю карманных расходов. В этой связи одним из решений проблемы сокращения карманных расходов становится регулирование цен на рынке лекарственных средств. Установление предельных цен на лекарственные средства повлияет на снижение социальной напряженности путем равноправной экономической доступности граждан на использование лекарственных средств.

Кроме того, дальнейшее расширение перечня АЛО также позволит сократить расходы домохозяйств на лекарства. Этому будет способствовать новая модель ОСМС, по которой обеспечение бесплатными лекарствами увеличится в 2 раза, а пакет услуг гарантированного объема помощи увеличится в 5 раз.

ВНЕДРЕНИЕ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ

1. Увеличение всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Увеличения всеобщего охвата возможно достичь путем проведения активной информационно-разъяснительной работы среди населения о доступных для них услугах в рамках новой модели ГОБМП и ОСМС через все доступные средства массовой информации, телевидение, социальные сети и т.д. Кроме того, увеличить охват позволит дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования.

2. Увеличение общего объема текущих расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС.

С целью достижения поставленной задачи необходимо увеличить долю государственных расходов в рамках ГОБМП и ОСМС в общем объеме расходов на здравоохранение. Это приведет к росту текущих расходов на здравоохранение в целом и позволит довести их уровень до 5% ВВП согласно поручению Елбасы.

3. **Пересмотр утвержденных тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС** (внесение изменений в приказ Министра здравоохранения РК от 5 сентября 2018 г. № ҚР ДСМ-10 Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования).

Пересмотр тарифов необходим в сторону их увеличения. Это привлечет частые медицинские организации оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС, которые составят конкуренцию государственным медицинским организациям, что, в свою очередь, позволит решить проблему повышения качества и доступности медицинских услуг.

4. **Установление предельного норматива при расчете тарифа на оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях.**

Введение данной нормы необходимо для расширения охвата медицинскими услугами, не входящими в перечень гобмп и ОСМС (например, стоматология, пластическая хирургия и т.д.). А также повысит доступность медицинских услуг для незастрахованного населения.

5. **Сдерживание расходов на лекарственные средства.**

На данный момент рынок лекарственных средств уже регулируется в соответствии с Приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 19 апреля 2019 года № ҚР ДСМ-42 Об утверждении Правил регулирования цен на лекарственные средства. В рамках данного приказа для лекарственных средств, подлежащих оптовой и розничной реализации регулирование цен включает:

- регистрация цены или перерегистрация зарегистрированной цены для оптовой и розничной реализации на торговое наименование;
- установление оптовых наценок;
- расчет предельных цен на торговое наименование ЛС для оптовой реализации;
- утверждение предельных цен на торговое наименование для оптовой реализации;

- установление розничных наценок;
- расчет предельных цен на торговое наименование для розничной реализации;
- утверждение предельных цен на торговое наименование для розничной реализации;
- внесение предельных цен на торговое наименование для оптовой реализации в реестр цен;
- внесение предельных цен на торговое наименование для розничной реализации в реестр цен.

Такая мера позволит сдерживать рост карманных расходов на лекарственные средства.

Вместе с тем, необходимо проведение информационно-разъяснительной работы как среди населения, и так медицинского персонала о доступных лекарственных средствах, возмещаемых в рамках ГОБМП и ОСМС, в целях повышения грамотности и осведомленности о своих правах и обязанностях через все доступные средства массовой информации. Телевидение, электронные журналы, социальные сети и т.д.

ИСТОЧНИКИ:

1. Система счетов здравоохранения 2011 / World health organization – Geneva - 2012.
2. OECD, Eurostat, WHO, A system of Health Accounts, 2011;
3. OECD (2017), “Out-of-pocket medical expenditure”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
4. Аналитический отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2018 год, 2019;
5. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure – WHO, 2017/https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/
6. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers – WHO, 2015//
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192280/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf;jsessionid=BC2BE5E5C03B62FF3A42FB9F7531968B?sequence=1
7. Таблицы НСЗ РК 2010-2018 годы // <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz;>
8. Раздел «Цены и тарифы» сайта Комитета по статистике МНЭ РК <http://stat.gov.kz;>
9. Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения;
10. Данные базы данных ОЭСР // [https://stats.oecd.org/;](https://stats.oecd.org/)
11. Статистика базы данных ВОЗ// <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> ;
12. Пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения // Ресурсный центр PHRplus – USAID - 2016;
13. Сайт международных экономических показателей [https://tradingeconomics.com/;](https://tradingeconomics.com/)
14. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Xu K. et al. / World Health Report 2010 Background Paper. № 19. Режим доступа: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>;
15. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. Mou H. // Health Policy. 2013. Т. 113. № 3;

16. Sanwald A., Theurl E. What drives out-of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey/ University of Innsbruck. Working Papers in Economics and Statistics. 2014. № 4. Режим доступа: <http://eekon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>;