

## **Анализ структуры государственных расходов на здравоохранение в регионах Казахстана и пути их совершенствования**

*Раимбеков Ж.С., Сыздыкбаева Б.У.*

*Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, г.Астана, Казахстан*

2012.- №1. с.50-55. Мемлекеттік аудит-Государственный аудит

**Аннотация.** *В статье проводится анализ государственных расходов на здравоохранение по регионам Казахстана, определены тенденции в развитии финансирования системы здравоохранения республики, рассматриваются актуальные проблемы и пути улучшения финансирования системы здравоохранения.*

**Abstract.** *The article analyzes the fiscal capacity of the health system in regions of Kazakhstan, is considered the challenges and the key problem of financing health care systems.*

**Ключевые слова:** *бюджет на здравоохранения, государственные расходы на здравоохранения.*

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в Республике Казахстан являются средства республиканского бюджета и местных бюджетов; средства государственных и общественных организаций и предприятий; личные средства граждан; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования и т.п.

Несмотря на ежегодный рост расходов на здравоохранение, средств для полного обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в стране недостаточно. В этой связи вопрос перехода на бюджетно-страховую модель финансирования здравоохранения является для Казахстана актуальным. Медицинское страхование может позволить существенно увеличить ресурсное обеспечение здравоохранения. Сегодня в Казахстане приобретают медицинскую страховку для своих работников в основном крупные национальные компании. По данным Комитета по контролю и надзору финансового рынка финансовых организаций Национального банка Республики Казахстан, на 1 января 2012 года по классу страхования на случай болезни привлечено 12,4 млрд. тенге, что составляет всего лишь 1,97% от общего объема финансирования здравоохранения [1, 2].

В 2011 году расходы на финансирование здравоохранения выросли более чем в 10 раз по сравнению с 2001 годом и составили 640 млрд.тенге. Несмотря на ежегодный рост финансирования системы здравоохранения, улучшение основных медико-демографических показателей в целом по республике, система организации медицинской помощи в регионах имеет различия по ряду параметров: объему средств, выделяемых на душу населения, структуре бюджета области, способам и методам финансирования в зависимости от организационных форм медицинских учреждений. Сохраняется большой объем финансирования в сторону стационарной помощи по сравнению с первичной медико-санитарной и

скорой медицинской помощью. Материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, особенно в сельской местности, остается в неудовлетворительном состоянии.

В соответствии с законодательством Республики Казахстан, финансовое обеспечение организаций здравоохранения осуществляется за счет средств государственного бюджета, медицинского страхования, средств, полученных за оказание медицинских услуг на платной основе, и иных источников, не противоречащих законодательству [3].

Удельный вес государственных расходов из общей доли расходов на здравоохранение в 2005 году составил 62%, в 2009 году – 59,2% [4]. Таким образом, государство примерно на 60% обеспечивает финансирование здравоохранения в Казахстане. Остальные 40% - это частные расходы населения.

Однако, необходимо отметить, что ожидается рост государственных расходов на финансирование здравоохранения, что связано, в первую очередь, со старением населения и появлением новых медицинских технологий [4]. В этой связи проведение анализа финансирования системы здравоохранения и выработка рекомендаций по его совершенствованию представляет собой актуальную задачу.

При проведении анализа использованы математические формулы для оценки изменчивости расходов на финансирование здравоохранения по годам и областям, в зависимости от среднереспубликанского значения по следующим показателям, основанным на уравнениях математической статистики.

Дисперсия, характеризующая меру изменчивости доли расходов на финансирование по областям ( $x$ ), показывает меру разброса данной величины, то есть ее отклонения от среднего значения, и определяется по следующей формуле:

$$D^2_x = \frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1},$$

где  $x$  - значение доли расходов на финансирование из бюджетов областей;

$\bar{x}$  - среднее арифметическое значение доли расходов на финансирование по областям;

$n$  - количество областей (регионов).

Среднеквадратическое отклонение доли расходов на финансирование по областям ( $x$ ) является показателем рассеивания значений доли расходов на финансирование по областям относительно ее среднего значения и определяется извлечением корня квадратного из дисперсии этой величины:

$$\sigma_x = \sqrt{D_x}$$

Величина размаха доли расходов на финансирование по регионам

определяется по формуле:

$$R = x_{\max} - x_{\min} ,$$

где  $x_{\max}$  – максимальное значение доли расходов на финансирование по регионам;

$x_{\min}$  – минимальное значение доли расходов на финансирование по регионам.

В Таблице 1 представлены данные о динамике финансирования государственных расходов на здравоохранение (в разрезе регионов), включающих расходы республиканских и местных бюджетов, а также трансферты из республиканского бюджета.

Межбюджетные отношения в сфере здравоохранения (отношения между республиканским и местными бюджетами) регулируются в основном бюджетными трансфертами, причем, в большей степени, бюджетными изъятиями и субвенциями.

Как видно из Таблицы 1, основная нагрузка финансирования здравоохранения в Республике Казахстан приходится на бюджеты всех уровней, причем опережающими темпами растут расходы республиканского бюджета, что связано, прежде всего, с расширением программ оказания населению дорогостоящих высокотехнологичных видов медицинской помощи, целевых программ, а также с направлением средств на финансирование медицинской науки, образования и дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

**Таблица 1. Динамика государственных расходов на здравоохранение в Республике Казахстан, млн.тенге**

Год	Государственный бюджет	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Трансферты из республиканского бюджета	Итого государственные расходы	Темпы роста государственных расходов, %
2000	44990	6370	38620	0	44990	138,5
2001	62322	13892	48430	0	62322	99,9
2002	62238	13808	48430	0	62238	114,3
2003	71120	12018	59102	0	71120	131,0
2004	89757	19105	74087	3435	93192	221,7
2005	185456,2	56282,9	150316,4	21143,1	206599,3	128,7
2006	223372,6	80011,5	185783	42421,9	265794,5	136,8
2007	299380,5	100829,5	262851,5	64300,5	363681	120,0
2008	363209,9	115581,2	320762,2	73133,5	436343,4	129,1
2009	450892,5	176799,6	386553,4	112460,5	563353	123,8
2010	551325,7	367185,5	330351,9	146211,7	697537,4	105,4
2011	626309,9	376704	359016,1	109410,2	735720,1	

Отдельные мероприятия (закуп медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, противотуберкулезных препаратов и лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом и т.д.) реализованы на местном уровне за счет целевых трансфертов, выделяемых из средств республиканского бюджета [5, 6].

Тем не менее, объем государственного финансирования медицины по сравнению с передовыми странами чрезвычайно низок.

Государственные расходы на финансирование здравоохранения в Республике Казахстан за анализируемый период возросли с 1,91% до 3,1% от ВВП (см. Таблицу 2). Однако, несмотря на положительную динамику, объем государственного финансирования здравоохранения в стране пока остается на уровне, ниже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения – 5% от ВВП.

**Таблица 2. Государственные расходы на здравоохранение в Республике Казахстан**

Показатели	2000 год		2009 год		2010 год		2011 год	
	Исполнение, млрд. тенге	% от ВВП	Исполнение, млрд. тенге	% от ВВП	Исполнение, млрд. тенге	% от ВВП	Исполнение, млрд. тенге	% от ВВП
Объем ВВП РК	3 250,6		17007,6		21 815,5		23 451,7	
Объем государственных расходов на здравоохранение	62,3	1,91	563,3	3,3	697,5	3,2	735,7	3,1

Особое внимание следует обратить на распределение расходов по статье «Здравоохранение» по уровням бюджета (см. Таблицы 1 и 3).

Структура государственных расходов на здравоохранение в Республике Казахстан по регионам в зависимости от уровня бюджета показана в Таблице 3.

**Таблица 3. Динамика структуры государственных расходов на здравоохранение в Республике Казахстан (в разрезе по уровням бюджетов), %**

	1999 год	2000 год	2005 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	Рост в 2011 году, в % по сравнению с 1999 годом
Государственный бюджет	100	100	100	100	100	100	100	
Республиканский бюджет	19,1	14,2	27,2	31,8	39,2	52,6	51,2	2,6 раза
Всего местные бюджеты	80,9	85,8	72,8	68,2	60,8	47,4	48,8	60,3

Акмолинская область	5	5	5,6	5,2	5,1	2,6	2,3	46,0
Актюбинская область	3,1	3,3	4,3	3,9	4,3	3,3	2,8	90,3
Алматинская область	4,4	4	7,2	7,3	7,1	5,1	4,7	106,8
Атырауская область	3,6	8,2	3,3	3,4	3,6	2,2	1,5	41,6
Восточно-Казахстанская область	9,8	9,2	9,5	9,6	9,2	4,5	4,9	50,0
Жамбылская область	3,6	3,6	5,8	5,7	5,3	3,5	3,7	102,7
Западно-Казахстанская область	4,7	3,9	5	4,9	4,3	3,9	2,2	46,8
Карагандинская область	6,9	7,7	8,8	8,9	8,4	4,1	4,0	57,9
Кызылординская область	4,9	5,2	5,2	5,3	5,7	3,5	2,8	57,1
Костанайская область	5,2	4,4	5,8	5,5	5,2	3,5	2,8	53,8
Мангистауская область	3,1	4,5	3,4	3,3	3,2	2,4	1,8	58,0
Павлодарская область	4,5	4,1	5,6	5,6	5,3	2,1	2,4	53,3
Северо-Казахстанская область	4,7	3,6	5,1	5,2	4,6	2,1	2,0	42,5
Южно-Казахстанская область	6,4	8,9	11,8	11,6	14,0	7,4	7,4	115,6
г. Алматы	8,4	7,5	8,6	8,6	8,4	6,4	5,5	65,4
г. Астана	2,4	2,9	5	6	6,8	4,1	6,1	2,5 раза
Дисперсия	3,9	4,6	5,4	5,5	7,1	2,2	2,8	
Среднеквадратическое отклонение	2	2,2	2,3	2,3	2,7	1,5	1,7	
Величина размаха максимального значения к минимальному (раз)	4,1	3,2	3,5	3,5	4,5	3,5	4,9	
Примечание: Рассчитано по данным Министерства финансов Республики Казахстан // <a href="http://www.minfin.kz/index.php?">http://www.minfin.kz/index.php?</a>								

Расходы на здравоохранение разных областей в структуре государственного бюджета сильно варьируют. Особенно большая амплитуда данных отклонений была в 1999, 2009 и 2011 годах (отношения максимального значения расходов на здравоохранение к минимальному составили соответственно 4,1, 4,5 и 4,9 раза), в остальные годы постепенно наметилась тенденция к стабилизации уровней средних расходов по республике. Заметна тенденция снижения разброса отклонений от среднереспубликанского.

Как показывают расчеты, значения дисперсии и среднеквадратического отклонения структуры расходов в последние годы (2010 и 2011 годах) наметились к устойчивой стабилизации по отношению к уровню расходов относительно среднереспубликанского.

В структуре государственных расходов на здравоохранение (см. Рисунок 1) большую долю занимали расходы местных бюджетов, которые составили в 1999 году 80,9%, с постепенным снижением до 48,8% в 2011 году.

**Рисунок 1. Динамика структуры государственных расходов на здравоохранение в Республике Казахстан**



Тем не менее, разрыв между максимальным и минимальным значением все же велик, что указывает на наличие влияния других факторов на уровень бюджетного финансирования, среди которых наиболее важный – численность населения того или иного региона, а также особый статус регионов (например, в данном случае города Астаны) (см. Таблицу 4).

В Таблице 4 приведены данные о динамике расходов здравоохранения на душу населения в год по областям.

**Таблица 4. Динамика расходов здравоохранения на душу населения в год по областям, тыс.тенге**

Область	1999 год	2000 год	2005 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	Рост в 2011 году по сравнению с 1999 годом, раз
Акмолинская	2,7	3,4	11,3	13	17,3	19,6	19,6	7,2
Актюбинская	2	2,6	9,6	10,5	16,0	23,8	22,7	11,3
Алматинская	1,3	1,4	6,8	8,4	11,5	15,1	15,8	12,1

Атырауская	3,7	10,1	10,8	13,2	19,8	23,3	18,1	4,8
Восточно-Казахстанская	2,9	3,3	9,9	12,5	16,5	17,8	22,1	7,6
Жамбылская	1,7	2	8,8	10,7	13,8	18,7	22,5	13,2
Западно-Казахстанская	3,4	3,5	12,3	14,9	18,4	36,2	23,4	6,8
Карагандинская	2,2	3	9,9	12,4	16,5	16,6	18,6	8,4
Кызылординская	2,1	2,8	12,8	15,9	23,5	20,0	25,4	12,1
Костанайская	3,9	4	9,5	11,3	15,3	22,0	20,0	5,1
Мангистауская	4,4	7,8	14,1	16,4	21,1	25,8	22,3	5,0
Павлодарская	2,5	2,8	11,3	13,9	18,0	15,5	20,6	8,2
Северо-Казахстанская	2,9	2,8	11,4	14,6	17,9	19,9	21,3	7,3
Южно-Казахстанская	1,5	2,4	8,1	9,6	16	16,2	18,1	12,0
г. Алматы	3,3	3,6	10,7	12,8	17,0	25,0	24,3	7,3
г. Астана	3,4	4,1	14,2	25,5	38,1	33,4	54,8	16,1
Дисперсия	0,8	4,8	4,1	15,1	37,0	34,6	73,1	
Среднеквадратическое отклонение	0,9	2,2	2	3,9	6,0	6,1	8,8	
Величина размаха максимального значения к минимальному (раз)	5,3	7,3	2,1	3	3,4	2,3	4,6	
Примечание: Рассчитано по данным Министерства финансов РК ( <a href="http://www.minfin.kz/index.php?">http://www.minfin.kz/index.php?</a> )								

Анализируя данные Таблицы 4, можно видеть, что расходы на здравоохранение на душу населения по регионам до 2008 года был более равномерным.

С 2000 года наблюдается достаточно устойчивая тенденция к выравниванию бюджетного финансирования на душу населения регионов. Несмотря на невысокое значение дисперсии данных, амплитуда отклонений достаточно велика. Это указывает на то, что показатели основной группы областей имеют достаточно хорошие связи со среднереспубликанским уровнем расхода на здравоохранение, но есть области с ярко выраженным дефицитом и профицитом финансирования.

Начиная с 2009 года, произошел разрыв в финансировании здравоохранения на душу населения по областям от среднереспубликанского значения. Наибольший разброс достигнут в 2011 году, где значения коэффициента дисперсии и стандартного отклонения составили соответственно 73,1 тыс.тенге и 8,8 тыс.тенге.

Если до 2009 года к «неблагополучным» по показателю бюджетной обеспеченности на душу населения можно было отнести Южно-Казахстанскую, Алматинскую, Жамбылскую и Кызылординскую области, то, начиная с 2009 года, к ним можно отнести Алматинскую, Южно-Казахстанскую, Карагандинскую, Атыраускую области.

Первая группа – наиболее «благополучные» регионы – представлена городами Астана и Алматы, Кызылординской и Западно-Казахстанской областями. Вторая группа - относительно «благополучные» по показателю бюджетной обеспеченности области - Акмолинская, Павлодарская, Костанайская и Северо-Казахстанская. Третью группу составляют менее благополучные области – Актюбинская, Жамбылская, Мангистауская, Восточно-Казахстанская.

Первую группу составляют промышленно развитые области с высокой численностью населения. Вторую группу - области с небольшой численностью населения и аграрной направленностью. Третью группу представляют области с относительно невысокой численностью населения, имеющие достаточно высокий уровень развития экономики.

Заметим, что наиболее неблагоприятными в экологическом отношении являются области третьей группы. И, тем не менее, расходы на здравоохранение в расчете на душу населения представлены средним по республике уровнем. Это свидетельствует о существенном различии в бюджетном финансировании здравоохранения регионов. В самом ближайшем будущем государство должно провести работу по повышению эффективности работы механизма бюджетных изъятий и трансфертов.

Рассматривая проблемы обеспеченности бюджетов, важно не забыть о таком аспекте бюджетных отношений, как формирование бюджета.

Если мы обратим внимание на Таблицу 4, то заметим, что расходы ниже всего там, где низки доходы бюджета, невысоко благосостояние населения: это ряд южных областей Казахстана, - что требует от местных органов власти властей модернизации здравоохранения на местном уровне.

Государству следует отказаться от финансирования неэффективных, «ненужных» затрат и «ненужных» программ. В этой связи рекомендуется усилить отбор программ развития, включаемых в бюджет, разработать и внедрить систему оценки эффективности программ.

Система мер, направленных на решение проблем финансирования здравоохранения включает: изменение пропорций затрат на здравоохранение (поиск оптимального соотношения между республиканским и местными бюджетами); увеличение затрат на здравоохранение как республиканского, так и местных бюджетов; повышение эффективности затрат на здравоохранение.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время система финансирования здравоохранения в целом соответствует международным критериям эффективности по ряду ключевых параметров, таких как:

- источник финансирования (государственный бюджет, что гарантирует максимальную степень солидарности и равный доступ граждан к системе государственных гарантий),

- уровень консолидации бюджета и функций управления (областной уровень, что позволяет максимально эффективно управлять системой, создать конкурентную среду и реализовать право граждан на выбор поставщика),



- методы финансирования (клинико-затратные группы, тарификатор, подушевой норматив).

Между тем, недостаточная научная обоснованность вопросов управления и финансирования системы здравоохранения привели к проведению непоследовательных реформ казахстанского здравоохранения.

Первая попытка по внедрению обязательного медицинского страхования в Казахстане была предпринята еще в 1996 году, но неудачно. Был создан Фонд обязательного медицинского страхования, который должен был обеспечить население необходимой медицинской помощью. Однако в 1998 году обнаружилось большие финансовые нарушения, руководителя признали виновным в хищении крупных сумм и фонд уже не мог выполнять свои договорные обязательства перед поставщиками медицинских услуг [7].

На сегодня в Казахстане действует только добровольное страхование.

В настоящее время удельный вес добровольного медицинского страхования в финансировании медицинских услуг очень мал и составляет всего лишь 2% [8]. Это объясняется тем, что в республике добровольное медицинское страхование пока еще не приобрело популярность.

Таким образом, можно отметить основные задачи, требующие дальнейших усилий в их решении:

- бюджетная модель финансирования здравоохранения в силу недостаточности выделяемых денежных средств не покрывает потребности населения в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи, определенном законодательством республики;

- снизилась доступность медицинской помощи для большинства населения и качество предоставляемых услуг;

- присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми гражданам на платной основе;

- невозможность получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне места постоянного проживания.

В этой связи, в целях построения оптимальной организационной структуры и модели финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующей доступность и качество медицинского обслуживания, предлагаются три уровня финансирования:

- первый уровень - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета;

- второй уровень - обязательное медицинское страхование;

- третий уровень - добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования, а также платные услуги.

Проведенный анализ позволил выделить основные тенденции в развитии финансирования системы здравоохранения республики:

- 1) В первую очередь, отчетливо заметны тенденции к централизации

процесса планирования бюджета и составления бюджетной отчетности. Это проявляется в отвлеченности местных органов здравоохранения от процесса планирования, низкой степени их осведомленности. Причиной может выступить ряд факторов: низкий уровень квалификации местных служащих, слабая компетентность в вопросах планирования бюджета, отсутствие достаточных полномочий местных органов экономики и бюджетного планирования, здравоохранения.

2) При этом централизация бюджетного процесса способствует лучшему выравниванию бюджетной обеспеченности внутри региона.

3) Острой проблемой совершенствования системы финансового планирования и обеспечения системы здравоохранения является пассивная позиция местных исполнительных органов по отношению к процессу сбора и систематизации предложений, касающихся повышения эффективности планирования и финансового обеспечения системы здравоохранения.

4) При планировании бюджета здравоохранения необходимо строго соблюдать принципа равномерности распределения расходов на душу населения по всем областям.

Проведенный анализ также показал, что в Казахстане наблюдается устойчивая тенденция роста государственных расходов на финансирование здравоохранения, как на уровне страны в целом, так и в отдельных регионах.

Несмотря на наблюдающуюся положительную динамику роста расходов на здравоохранение относительно объемов ВВП, объем государственного финансирования этой сферы в нашей стране пока остается на уровне ниже, чем в экономически более развитых странах.

### **Резюме:**

В статье проводится анализ государственных расходов на здравоохранение по регионам Казахстана, определены тенденции в развитии финансирования системы здравоохранения республики, рассматриваются актуальные проблемы и пути улучшения финансирования системы здравоохранения.

### **Түйін:**

Мақалада Қазақстан өңірлерінде денсаулық сақтау жүйесін мемлекеттік қаржыландыруға талдаулар жасалынған, денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың өзекті мәселелері қарастырылып, оны шешудің жолдары көрсетілген.

### **Summary:**

The article analyzes the fiscal capacity of the health system in regions of Kazakhstan, is considered the challenges and the key problem of financing health care systems.

### **Литература:**

1. Официальный сайт Комитета по контролю и надзору финансового рынка финансовых организаций Национального банка Республики Казахстан // <http://www.afn.kz/ru/information-for-entities-of-financial-market/i>.
2. Официальный сайт Министерства финансов Республики Казахстан // <http://www.minfin.kz>.
3. Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 430-III «О системе здравоохранения» // Казахстанская правда. 5 июня 2003 года.
4. Внедрение механизмов солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за здоровье Республики Казахстан // [kaznmu.kz/rus/wp-content/uploads/.../Тулбаев\\_проект-МЗ-РК.ppt](http://kaznmu.kz/rus/wp-content/uploads/.../Тулбаев_проект-МЗ-РК.ppt).
5. Информация о ходе реализации первого этапа (2005-2007 годы) Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы // [www.mz.gov.kz](http://www.mz.gov.kz).
6. Аналитический отчет о реализации бюджетных программ (подпрограмм) по отчетным данным Министерства Финансов Республики Казахстан.
7. Теремов Е., Жаманкулова Ж. Казахстан: обзор государственных расходов и инвестиций (в системе образования и здравоохранения) // Экспертный клуб «Стратегическое видение». - Астана, 2005. – 81 с.
8. Комитет по контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций Национального банка Республики Казахстан // <http://www.afn.kz/ru/information-for-entities-of-financial-market/insurance-sector>.