

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі  
«Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды  
дамыту орталығы» ШЖҚ РМК**

**КЕЛІСЕМІН**

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
Стратегия және даму  
департаментінің директоры

\_\_\_\_\_ І. Бәкіров  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 ж.

**БЕКІТЕМІН**

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
«Салидат Қайырбекова атындағы  
Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды  
дамыту орталығының» ШЖҚ РМК  
Басқарма Төрағасы

\_\_\_\_\_ Г. Құлқаева  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 ж.

**2023 жылдың IV тоқсаны үшін  
«Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясатты  
қалыптастыру» 001 бағдарламасы, «Әлеуметтанушылық, талдамалық  
зерттеулер жүргізу және консалтингтік қызметтер көрсету» 103 кіші  
бағдарламасы 2023 жылғы 27 сәуірдегі № 29 шарты бойынша есеп**

**1 тармақ. « Ұлттық денсаулық сақтау шоттарын қалыптастыру үшін  
денсаулық сақтау жүйесіндегі қаржылық шығыстарды талдау»**

**Кіші тармағы:**

**1.5. 2022 жылғы Денсаулық сақтау шығындарын талдай отырып  
Орындаушының сайтында одан әрі жариялай отырып Ұлттық  
денсаулық сақтау шоттары бойынша есеп**

**Келісілген:**  
Басқарма Төрағасының  
орынбасары

\_\_\_\_\_ **З. Темекова**

**Астана қ., 2023 жыл**

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения  
имени Салидат Каирбековой»**

**СОГЛАСОВАНО**

Директор Департамента  
стратегии и развития  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ И. Бакиров  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Председатель правления  
РГП на ПХВ «Национальный научный  
центр развития здравоохранения имени  
Салидат Каирбековой»  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ Г. Кулкаева  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

**Отчет**

**по Договору № 29 от 27 апреля 2023 года  
программе 001 «Формирование государственной политики в области  
здравоохранения и социального развития»  
подпрограмме 103 «Проведение социологических, аналитических  
исследований и оказание консалтинговых услуг» за IV квартал 2023 года**

**Пункт 1. «Анализ финансовых расходов в системе здравоохранения для  
формирования Национальных счетов здравоохранения»**

**Подпункт:**

**1.5. Отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2022 год с  
анализом расходов на здравоохранение с дальнейшей публикацией на  
сайте исполнителя**

**Согласовано:**

Заместитель  
Председателя правления

\_\_\_\_\_ **З. Темекова**

**г. Астана, 2023 год**

**Келісу парағы**  
**Лист согласования**

к отчету по Договору № 29 от 27 апреля 2023 года за IV квартал 2023 года  
2023 жылғы 27 сәуірдегі № 29 шарт бойынша 2023 жылғы IV тоқсандағы  
есепке

**1 тармақ. « Ұлттық денсаулық сақтау шоттарын қалыптастыру үшін  
денсаулық сақтау жүйесіндегі қаржылық шығыстарды талдау»**  
**Пункт 1. «Анализ финансовых расходов в системе здравоохранения для  
формирования Национальных счетов здравоохранения»**

**Кіші тармағы:**

1.5. 2022 жылғы Денсаулық сақтау шығындарын талдай отырып  
Орындаушының сайтында одан әрі жариялай отырып Ұлттық денсаулық сақтау  
шоттарын бойынша есеп

**Подпункт:**

1.5. Отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2022 год с анализом  
расходов на здравоохранение с дальнейшей публикацией на сайте исполнителя

№	Ф.И.О	Должность	Дата	Подпись
	Министерство здравоохранения Республики Казахстан			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

## Список исполнителей

- |                                                                                         |         |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| 1. Заведующий Сектором<br>макроэкономических<br>исследований                            | <hr/>   | Б. Омирбаева  |
|                                                                                         | подпись |               |
| 2. Заведующий сектором<br>совершенствования<br>финансирования<br>здравоохранения        | <hr/>   | Н. Серикбаев  |
|                                                                                         | подпись |               |
| 3. Главный специалист<br>Сектора макроэкономических<br>исследований                     | <hr/>   | Д. Смадиярұлы |
|                                                                                         | подпись |               |
| 4. Главный специалист<br>Сектора совершенствования<br>финансирования<br>здравоохранения | <hr/>   | Н. Әшірбекова |
|                                                                                         | подпись |               |
| 5. Главный специалист<br>Сектора совершенствования<br>финансирования<br>здравоохранения | <hr/>   | Л. Шаженова   |
|                                                                                         | подпись |               |

	<b>Содержание</b>	
Список	сокращений	и 6
обозначений.....		
Введение.....		7
..		
<b>РАЗДЕЛ 1. Теоретические основы и методологические подходы к формированию таблиц национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан.....</b>		
		<b>9</b>
Опыт измерения расходов на здравоохранение: исторический экскурс....		9
Цели	и	задачи 1
НСЗ.....		2
Концепция	учета	при формировании 1
НСЗ.....		3
Система организации НСЗ в Республике Казахстан.....		1
		5
Источники		1
данных.....		7
<b>РАЗДЕЛ 2. Расходы на здравоохранение в 2022 году .....</b>		<b>2</b>
		<b>0</b>
2.1 Обзор макроэкономической ситуации в Казахстане.....		2
		0
2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2022 году.....		2
		3
Доходы	схем	финансирования 2
.....		6
Схемы финансирования		2
здравоохранения.....		7
Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам		3
поставщиков		услуг 0
здравоохранения.....		
Потребление медицинских услуг: обзор расходов по услугам		3
здравоохранения.....		9
.		
Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на		5
исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и		2
услуг		
здравоохранения.....		
.		
2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2018-2022 годы.....		5
		3
2.4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан.....		5
		9

Заключение	8
.....	6
Использованная	8
литература.....	8
Глоссарий	8
терминов.....	9

## Список сокращений и обозначений

АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
ВБ	Всемирный Банк
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врачи общей практики
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
КЗГ	Клинико-затратные группы
КПВЭД	Классификатор продукции по видам экономической деятельности
МВФ	Международный валютный фонд
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МГСЗ	Международная группа по счетам здравоохранения
МКСЗ	Международная классификация счетов здравоохранения
МНЭ РК	Министерство национальной экономики Республики Казахстан
МФ РК	Министерство финансов Республики Казахстан
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОКЭД	Общий классификатор видов экономической деятельности
ОГРЗ	Общие государственные расходы на здравоохранение
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
ЧРЗ	Частные расходы на здравоохранение
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
СНС	Система национальных счетов
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединённых наций
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
FS	Классификация доходов схем финансирования
HF	Классификация схем финансирования здравоохранения
HP	Классификация поставщиков услуг здравоохранения
HC	Классификация функции здравоохранения

## **Введение**

Система здравоохранения обеспечивает здоровое население, а, следовательно, и качество трудовых ресурсов, которые, в свою очередь, являются фундаментом для экономического развития страны. Поэтому инвестиции в здоровье создают не только экономические, но и социальные выгоды, так как здоровье нации определяет эффективность социальной политики государства.

В современных условиях во всех развитых странах здравоохранение рассматривают как одну из важнейших отраслей в развитии экономики.

В этой связи, подчеркивая важность отрасли здравоохранения для экономики стран, необходимо постоянно модернизировать систему здравоохранения, внедрять комплекс современных механизмов, осуществлять структурные преобразования.

Наиболее эффективным инструментом оценки с точки зрения эффективности расходов на здравоохранение на страновом уровне выступают Национальные счета здравоохранения (далее – НСЗ), разработанные с использованием методологии системы счетов здравоохранения – System of Health Accounts 2011 (SHA 2011).

Национальные счета здравоохранения (далее – НСЗ) представляют собой систему регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. НСЗ играют значительную роль в разработке и реализации политики в сфере здравоохранения, поскольку позволяют определить приоритеты государственной политики. На международном уровне НСЗ являются основным инструментом измерения и сопоставления расходов на здравоохранение среди стран со схожими уровнями социально-экономического развития, демографическими и эпидемиологическими параметрами.

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

Эксперты в сфере здравоохранения используют НСЗ, разработанные для решения конкретных вопросов относительно состояния системы здравоохранения. С их помощью обеспечиваются систематические расчеты и представление данных о расходах на здравоохранение. Они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.

НСЗ являются широко признанным в мировой практике методом суммирования, описания и анализа финансирования национальных систем

здравоохранения, что важно при использовании финансовой информации для улучшения деятельности системы здравоохранения.

Информация НСЗ полезна для процесса принятия решений, поскольку дает возможность провести оценку использования ресурсов на текущий момент и может использоваться для сравнительного анализа конкретной системы здравоохранения с системами других стран. Это особенно ценно для постановки задач и определения целей. При регулярном использовании НСЗ могут отслеживать тенденции затрат, что важно для мониторинга и оценки системы здравоохранения. Методология НСЗ может использоваться для прогнозирования финансовых потребностей сектора здравоохранения страны. Информация НСЗ в сочетании с нефинансовыми данными как, например, уровнем заболеваемости и уровнем потребления ресурсов поставщиками медицинских услуг, позволяет политикам принимать обоснованные стратегические решения и избегать потенциально неблагоприятные. Несмотря на сравнительную новизну концепции НСЗ, результаты применения этого метода уже начинают оказывать влияние на политику сектора здравоохранения во всем мире.

Настоящий обзор состоит из 2 основных разделов, первый раздел полностью посвящен методологическим аспектам формирования НСЗ, в свою очередь раздел 2 содержит аналитическую информацию.

## **РАЗДЕЛ 1. Теоретические основы и методологические подходы к формированию таблиц национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан**

### **Опыт измерения расходов на здравоохранение: исторический экскурс**

Обзор литературы по практике сбора данных и проведению анализа расходов на здравоохранение позволяет определить следующие основные вехи в развитии счетов здравоохранения. Так, первые усилия, направленные на отслеживание расходов на здравоохранение, были предприняты в 1926 году по результатам конференции Американской медицинской ассоциации, на которой обсуждались вопросы расширения доступа к медицинской помощи для американцев. Комитет по затратам на медицинские услуги (основанный в 1927 году) опубликовал финальный отчет с первыми систематизированными расчетами затрат на медицинские услуги в США, выраженные в виде соотношения к доходу страны. Также, были рассчитаны сравнительные значения четырех основных групп плательщиков – население, правительство, благотворительные организации и филантропы, а также предприятия. Эти расчеты легли в основу последующего анализа трех основных вопросов:

Какую долю национального дохода население тратит на здравоохранение?

Кто платит за услуги здравоохранения?

Какие услуги покупаются?

В 1960-е годы в рамках проектов ВОЗ, Абдел-Смит и др. (Abdel-Smith) провели серию исследований в 29 странах для измерения расходов на здравоохранение. Это были первые систематизированные исследования, проведенные в развивающихся странах. Результаты исследования показали, что чем выше уровень жизни в стране, тем больше ресурсов расходуется на медицинские услуги. При этом, в странах, где на здравоохранение расходуется значительная доля национального дохода, средства на медицинские услуги аккумулируются из нескольких различных источников финансирования.

В связи с экономическим кризисом 1970-х годов, появилась потребность в изучении основных тенденций в расходах на здравоохранение, увеличился спрос на более детальную и точную информацию о средствах, выделяемых на национальном уровне. Так, страны ОЭСР на регулярной основе начали вести учет расходов на здравоохранение, представлявшие собой относительно агрегированные данные о государственных и частных средствах.

Анализ данных о расходах на здравоохранение в развивающихся странах проводился в рамках исследований, инициированных экспертами ВОЗ и Института здравоохранения Sandoz в Женеве (страны Африки), ЮСАИД и Панамериканской организации здравоохранения (страны Латинской Америки) во второй половине 1970-х годов.

Первые шаги по гармонизации основных терминов, определений и подходов для составления единой системы счетов были инициированы

Европейским Сообществом и ОЭСР в 1980-х годах. Однако значительные различия в устройствах систем здравоохранения европейских стран явились основным препятствием для стандартизации подходов. Тем не менее, в начале 2000-х годов были опубликованы 2 основных документа, которые систематизировали сбор данных о финансовых потоках, связанных со здравоохранением:

- в 2000 году ОЭСР опубликовала пособие «Система счетов здравоохранения»;
- в 2003 году совместными усилиями ВОЗ, Всемирного банка и ЮСАИД было издано «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения».

Данные работы стали первыми стандартами для формирования счетов здравоохранения на мировом уровне, что позволило получить сопоставимые данные. Указанные пособия стимулировали процесс формирования НСЗ в различных странах.

В 2007 году группа экспертов ОЭСР, Евростат и ВОЗ, также известных как Международная группа по счетам здравоохранения, приступила к разработке новой версии Системы счетов здравоохранения. Результатом работы стала публикация Системы счетов здравоохранения 2011 года.

ССЗ 2011 оказывает методологическую поддержку и руководство в разработке счетов здравоохранения. В частности, цели Системы счетов здравоохранения 2011 заключаются в следующем:

Предоставить структуру основных совокупных показателей, имеющих отношение к международному сопоставлению расходов здравоохранения и анализу систем здравоохранения;

Предоставить инструмент, который может быть расширен отдельными странами и который позволит получить практические данные по мониторингу и анализу систем здравоохранения;

Определить согласованные на международном уровне границы здравоохранения для отслеживания расходов на потребление.

Для достижения этих целей ССЗ 2011 предоставляет основу для сбора данных, занесения в таблицы НСЗ и оценивания всех денежных потоков, связанных с расходами на здравоохранение.

Система счетов здравоохранения берет начало и полагается на учет расходов, связанных со здравоохранением, организаций и домашних хозяйств, а также на определенные совокупные показатели, собираемые в рамках национальных счетов.

Особенностью ССЗ 2011 является:

- возможность сопоставления данных между странами с различными моделями финансирования;
- возможность прослеживания финансовых потоков в системе здравоохранения, с использованием новой классификации схем финансирования;
- более полная классификация функций здравоохранения и др.

Разработка НСЗ в Республике Казахстан началась в 2004–2005 годах МЗ РК при поддержке Всемирного Банка. В эти годы был проведен анализ источников данных, изучены бизнес-процессы сбора и обработки данных, а также разработана концепция формирования НСЗ, основанная на сплошном сборе данных от каждого поставщика услуг, относящихся к сфере здравоохранения. Стандартом для разработки НСЗ РК выступило «Руководство по разработке национальных счетов здравоохранения» ВОЗ. В соответствии с этой методологией были разработаны отчеты о расходах на здравоохранение за 2010 и 2011 годы.

В рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в качестве консультанта была привлечена компания Oxford Policy Management. Совместно с консультантом, МЗ РК и ННЦРЗ был разработан новый подход по формированию НСЗ, основанный на снижении административной нагрузки на респондентов и сборе данных из существующих стабильных и регулярных источников информации.

Начиная с 2013 года, в связи с углублением сотрудничества Казахстана с ОЭСР, МЗ РК приняло решение о внедрении ССЗ 2011 года.

Далее, в период 2016-2018 гг. ОЭСР проводила обзор и анализ национальных счетов здравоохранения National Health Accounts of Kazakhstan в рамках соответствующего межправительственного Соглашения (Постановление Правительства РК №350 от 27 апреля 2015 г. О подписании Соглашения между Правительством Республики Казахстан и Организацией экономического сотрудничества и развития о проектах «Обзор системы здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития для Казахстана» и «Обзор национальных счетов здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития для Казахстана»). ОЭСР дала оценку мерам, принимаемым в Казахстане в области разработки и применения национальной системы счетов здравоохранения. В рамках данной работы было проанализировано управление, обобщение и использование данных учета в здравоохранении. По результатам анализа системы здравоохранения РК были даны рекомендации, направленные на повышение эффективности предоставления информации в целях принятия решений.

Кроме того, данный Отчет ОЭСР послужил основанием закрепить национальные счета здравоохранения в Кодексе о здоровье народа и системе здравоохранения РК (далее – Кодекс), который предполагает ежегодное формирование НСЗ. Далее был утвержден Приказ Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения № КР ДСМ-173/2020 от 30 октября 2020 г.

### **Цели и задачи НСЗ**

Согласно методологии, ССЗ 2011 предусматривает стандарт для классификации расходов на здравоохранение в соответствии с предоставлением, потреблением и финансированием медицинских услуг и

оказывает методологическую поддержку в разработке счетов здравоохранения.

В этой связи, целью НСЗ является мониторинг и отслеживание расходов на здравоохранение в Республике Казахстан.

Таким образом, НСЗ способствует:

- предоставлению структуры основных совокупных показателей, имеющих отношение к международному сопоставлению расходов здравоохранения и анализу систем здравоохранения;
- информации для мониторинга и анализа системы здравоохранения;
- определению агрегированных показателей финансирования здравоохранения для международного сравнения расходов на здравоохранение и анализа систем здравоохранения.

Для достижения этих целей, ССЗ 2011 предоставляет собой основу для сбора, занесения в каталог и оценивания всех денежных потоков, связанных с расходами на здравоохранение.

## Концепция учета при формировании НСЗ

Центральным понятием в НСЗ является потребление медицинских товаров и услуг.<sup>1</sup>

Существуют два различных вида потребления: промежуточное и конечное потребление.

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

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

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

В целях улучшения международной сопоставимости показателей финансирования здравоохранения применяются такие агрегированные показатели, как текущие расходы на здравоохранение, валовое капиталообразование, общие расходы на здравоохранение.

Так, к **текущим расходам здравоохранения** относятся средства, направленные в первую очередь на приобретение услуг, необходимых для сохранения и улучшения здоровья людей (услуги лечения, приобретение рецептурных лекарств, профилактические услуги, администрирование системы здравоохранения и др.), потребляемые в течение одного года.

Средства на **валовое капиталообразование** или **капитальные расходы здравоохранения** предназначены для приобретения физических объектов, срок эксплуатации которых превышает 1 год.

Агрегированный показатель **общие расходы на здравоохранение** включает текущие расходы на здравоохранение и расходы на валовое капиталообразование.

Объектом оценки в счетах здравоохранения являются расходы на здравоохранение. Счета здравоохранения (СЗ) страны оценивают расходы за

---

<sup>1</sup> Organization for Economic Cooperation and Development, Eurostat, World Health Organization. (2011). A System of Health Accounts 2011 Edition. OECD Publishing

определенный период времени, и они представляются в наборе таблиц, где отражены разнообразные аспекты национальных расходов на здравоохранение.

Сами таблицы являются средством для отражения финансовых потоков, связанных с потреблением товаров и услуг здравоохранения страны. Содержащиеся в них данные предназначены для использования аналитиками и национальными разработчиками политики для оценки системы здравоохранения страны. Отчетные и расчетные данные позволяют проводить сравнительную оценку между странами и, таким образом, полезны для целей международного сравнения.

## Система организации НСЗ в Республике Казахстан

Национальные счета здравоохранения РК включают в себя информацию о расходах по всей Республике по 4 главным показателям: услугам здравоохранения, поставщикам медицинских услуг, схемам финансирования здравоохранения и доходам схем финансирования.

*Источники финансирования (HF):* учреждения или другие единицы, выделяющие средства для их использования в системе получателями финансирования.

Цель системы учета финансирования здравоохранения заключается в предоставлении четкой и ясной картины ключевых транзакций (потоков) в стране и структуры ее системы финансирования здравоохранения;

*Поставщики здравоохранения (HP):* единицы, получающие деньги в обмен на результаты деятельности или за осуществление деятельности, учитываемой в рамках счетов здравоохранения.

Поставщики медицинских услуг охватывают организации и субъекты деятельности, которые предоставляют товары и услуги здравоохранения в качестве основного вида деятельности, а также тех, для которых предоставление медицинских услуг является лишь одним из видов деятельности. Они отличаются по своим правовым, учетным, организационным и операционным структурам;

*Услуги здравоохранения (HC):* виды предоставленных товаров и услуг и выполненной деятельности, учитываемые в рамках счетов здравоохранения.

Товары и услуги здравоохранения одного и того же вида могут потребляться у разных поставщиков и в то же время оплачиваться в рамках различных схем финансирования. Однако для достижения трехмерной концепции (потребление - предоставление - финансирование) отправной точкой является измерение потребления товаров и услуг.

*Доходы схем финансирования (FS):* факторы или средства, используемые поставщиками при производстве товаров или оказании потребленных услуг либо осуществлении деятельности, учитываемой в системе;

Доход – это увеличение денежных средств схем финансирования здравоохранения посредством конкретных механизмов уплаты взносов. Категориями классификации являются определенные типы транзакций, посредством которых схемы финансирования получают свои доходы

В основе НСЗ лежит трехмерная взаимосвязь анализа расходов на здравоохранение – то есть, все, что было потреблено, было предоставлено и профинансировано.



**Рисунок 1 – Базовая структура учета ССЗ 2011**

Базовая структура учета согласно ССЗ 2011 образована вокруг трехмерной системы для учета расходов на здравоохранение, а именно вокруг классификаций функций здравоохранения предоставления медицинских услуг и схем финансирования здравоохранения, как показано на рисунке 1. Эти три базовые классификации отвечают на три основных вопроса:

- Какие виды товаров и услуг здравоохранения потребляются?
- Какие поставщики медицинских услуг предоставляют эти товары и услуги?
- Какая схема финансирования оплачивает эти товары и услуги?

Конечная цель анализа НСЗ заключается в том, чтобы ответить на эти три вопроса относительно каждой операции, которая подразумевает расходы на здравоохранение – иными словами, использовать эти три измерения ССЗ, а именно, функция, поставщик и финансирование, для описания каждого финансового потока в секторе здравоохранения.

Таким образом, НСЗ РК состоят из следующих перекрестных таблиц:

- трех основных таблиц (HFxHC, HFxHP, HCxHP);
- таблицы доходов схем финансирования здравоохранения (FSxHF).

## Источники данных для Национальных счетов здравоохранения

Для построения Национальных счетов здравоохранения на республиканском уровне используются данные из разных источников согласно источникам финансирования. В Таблице 1 представлены категории расходов и источники информации, используемые для мониторинга расходов на здравоохранение в рамках НСЗ.

**Таблица 1 – Источники данных**

<b>Категория расходов</b>	<b>Источники информации</b>
Государственные расходы и обязательные схемы финансирования	Отчет об исполнении республиканского и местного бюджетов по 5 функциональной группе «Здравоохранение»; Отчет об исполнении плана закупок медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС; Информация по расходам на лекарственное обеспечение
Карманные расходы и расходы предприятий	Статистические бюллетени Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, формируемые на регулярной основе: «Об объеме оказанных услуг в области здравоохранения и предоставления социальных услуг», «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан» «Объем розничной торговли по отдельным товарным группам»
Добровольное медицинское страхование	Отчет о страховых премиях и выплатах, формируемый Финансовым надзором Национального Банка РК
Внешние источники финансирования	Данные о средствах доноров, публикуемые в базе данных «Система отчетности кредиторов» Комитета содействия развитию Организации экономического сотрудничества и развития, и отражающие средства, выделенные на цели здравоохранения членами Комитета содействию развития (29 стран), международными организациями (например, Глобальный Фонд, ЮНИСЕФ и др.) и странами, не являющимися членом указанного Комитета (например, ОАЭ, Кувейт и др.).

**Таблица 2 – График сбора данных**

<b>№</b>	<b>Ведомство</b>	<b>Наименование источника данных</b>	<b>Дата выпуска</b>
1.	МФ РК	Отчет об исполнении республиканского и местного бюджета РК	30 января
2.	Бюро национальной статистики РК	Статистическая форма «Финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения в РК»	30 июня
3.		Статистическая форма «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения РК»	1 марта

4.		Обследование домашних хозяйств «Расходы и доходы домашних хозяйств РК»	15 апреля
5.		Статистическая форма «Розничная и оптовая торговля в РК» по регионам	15 июля
6.		Динамика основных социально-экономических показателей РК	30 июня
7.	Национальный Банк РК	Сводный отчет о страховых выплатах по страховым (перестраховочным) организациям РК	30 января
8.		Сводный отчет о страховых премиях по страховым (перестраховочным) организациям РК	30 января
9.	НАО «ФСМС» РК	Исполнение плана закупок медицинских услуг	1 марта
10.	ТОО «СК-Фармация»	Информация о расходах на лекарственное обеспечение	1 февраля
11.	Управления Здравоохранения	Информация о расходах на здравоохранение, осуществляемых за счет местных бюджетов, в разрезе бюджетных программ, медицинских организаций, услуг	30 апреля
12.		Информация о расходах местных бюджетов в рамках 039 бюджетной программы в разрезе форм помощи	
13.		Информация о расходах местных бюджетов в рамках 041 бюджетной программы в разрезе форм помощи	
14.	Комитет содействия развитию ОЭСР	Данные о средствах доноров, публикуемые в базе данных «Система отчетности кредиторов»	1 декабря

## **РАЗДЕЛ 2. Расходы на здравоохранение в 2022 году**

### **2.1 Обзор макроэкономической ситуации в Казахстане**

2022 год принес множество экономических и социальных вызовов для целого ряда государств, включая Казахстан. Мировая экономика, столкнувшись с последствиями COVID-19 в виде нарушения цепочек поставок, производственных и торговых связей на фоне геополитической напряженности привело к падению деловой активности и способствовало инфляции.

Тем не менее, какими бы сложными не были эти потрясения, они лишь показали, что мировая экономическая конструкция, построенная за последние 100 лет, гибка и достаточно прочна, и способна противостоять непредсказуемым крупномасштабным обстоятельствам.

Военные действия на Украине привели к тому, что из мирового рынка энергетических ресурсов выпал достаточно крупный игрок – Россия. Многие эксперты сходились во мнении, что очень скоро может настать мировой энергетический кризис. Но Мировая экономика очень быстро приспособилась – в начале года произошел сильный рост цен на нефть марки Brent (в марте 2022 года цены выросли на пике до 123 долларов за баррель), далее изменения цен сменились более умеренной динамикой, и по итогам 2022 года цены вернулись к довоенным уровням.

Экономическая активность в Китае снизилась из-за многочисленных вспышек COVID в Пекине и других густонаселенных районах, и достаточно жесткими мерами реагирования со стороны местных властей. Несмотря на то, что правительство продолжало смягчать денежно-кредитную и налогово-бюджетную политику, предпринимая меры по реализации проектов в сфере недвижимости, темпы роста ВВП Китая составили по итогам 3%, что впервые за более чем 40 лет опустило его ниже среднемирового уровня.

По оценкам МВФ, темпы роста мировой экономики в 2022 году составили 3,4%. Ожидается, что мировой рост замедлится до 2,9% в 2023 году, а затем восстановится до 3,1% в 2024 году, что ниже исторического среднегодового показателя на 3,8% за последние 20 лет.

Факторами слабого роста в 2023 году выступает продолжение конфликта в Украине и повышение ставок центральных банков для борьбы с инфляцией, особенно в странах с развитой экономикой. По прогнозам, рост международной торговли упадет до 2,4% в 2023 году, следуя траектории глобального спроса.

Так, по итогам 2022 года, несмотря на внешние негативные факторы, темпы роста ВВП Казахстана составили 3,1%. Производство товаров увеличилось на 3,2%, а объем предоставления услуг - на 2,5%.

Основными драйверами роста стали отрасли:

- сельского хозяйства (+9,1%);
- строительство (+9,4%);
- сектор информации и связи (+8,0%);

- торговля (+5%);
- отрасль транспорта и складирования (+4%);
- обрабатывающая промышленность (3,4%)

Отраслями, ограничивающими рост промышленного сектора, являются отрасль добычи полезных ископаемых (-1%), энергосектор (-0,5%) и водоснабжение (-1,8%).

Внешний товарооборот вырос на 34% до \$111 млрд, экспорт – на 45%, в том числе по обработанным товарам – на 35%. Положительный торговый баланс увеличился в 2 раза и достиг \$31 млрд.

Экспорт увеличился на 42,4% и составил 77,6 млрд. долларов США. Рост произошел за счет благоприятных цен на нефть и роста экспорта продовольственных товаров, машин и оборудования, металлов и химической продукции.

Импорт товаров вырос на 20,1% и составил 44,6 млрд. долларов США. Этому поспособствовало удорожание стоимостного объема импортируемых товаров.

В пользу мировой экономики сыграл рост частного потребления. Во многих странах по мере восстановления экономической активности увеличили свои расходы домашние хозяйства для удовлетворения отложенного спроса. Особенно данные тенденции наблюдались в услугах, отчасти за счет сокращения своих сбережений. Как следствие, для удовлетворения возросшего спроса выросла инвестиционная активность бизнеса.

Годовая инфляция в 2022 году достигла уровня 20,3%. Напомним, что в прошлом году данный показатель составил 8,4%.

Главными факторами усиления инфляционного давления выступает перестройка цепочек поставок, повышение цен на ГСМ (+15,7% на дизель), рост объема импортируемых товаров (+20,1%), увеличение потребительского кредитования (+25,2%) и высокие инфляционные ожидания населения (24% за 12 месяцев), рост государственных расходов и геополитическая неопределенности конфликта на Украине.

Одной из самых острых проблем, возникших в 2022 году, стал рост цен на продукты питания. Это явление так или иначе затронуло большинство стран мира, причем не только развивающиеся экономики, вроде Казахстана, но и, казалось бы, такие наиболее устойчивые экономические зоны, как Евросоюз, США и Юго-Восточная Азия.

Так, в 2022 года рост инфляции в США достиг 7,1%, а рост цен на продовольствие – 10,6%. В ЕС инфляция достигла 11,1%, а цены на продукты поднялись на 17,9%. В Казахстане же рост стоимости социально-значимых продовольственных товаров установился на отметке 20,3%.

Кроме того, в 2022 году были увеличены ставки налога на добычу полезных ископаемых, исключены льготы по дивидендам, повышены ставки за цифровой майнинг, а для микро- и малого бизнеса – введен единый платеж с фонда оплаты труда со снижением суммарной нагрузки с 35% до 20%.

В целом налогово-бюджетная политика в республике направлена на снижение ненефтяного дефицита до 5% к 2030 году, а также рост активов Нацфонда до 100 млрд долларов. Планируется также внедрение новых подходов в налогообложении предметов роскоши.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы бюджета в 2022 году достигли 21,5 трлн.тенге, увеличившись на 20% в сравнении с 2021 годом.

В структуре бюджетных расходов 2022 года 21% приходится на образование (4,52 трлн.тенге), 20,9% - на социальную помощь и социальное обеспечение (4,5 трлн тенге), 9,8% - на здравоохранение (2,1 трлн. тенге).

## 2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2022 году

По итогам 2022 года размер внутреннего валового продукта в Республике Казахстан<sup>2</sup> составил 103 трлн. 766 млрд. тенге (+23,6% по сравнению с 2021 годом) или 5,3 млн. тенге на 1 жителя (11 414 долл. США).

**Таблица 3 – Структура расходов на здравоохранение в 2020-2022 годы (в млрд. тенге)**

	2020			2021			2022		
	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ	млрд. тг.	В % от ТРЗ	В % от ОРЗ
<b>ОРЗ</b>	2 794			3 450			4 043		
<i>ОРЗ в % от ВВП</i>	4,0%	-	-	4,1%	-		3,9%		
<b>ТРЗ</b>	2 651	-	-	3 295	-		3 872		
<i>ТРЗ в % от ВВП</i>	3,7%	-	-	3,9%	-		3,7%		
<b>Гос. расх.</b>	1 745	66%	62%	2 190	67%	64%	2 389	62 %	59%
<i>Гос.расх. в % от ВВП</i>	2,5%			2,6%			2,3%		
<b>Частн. расх.</b>	906	34%	32%	1 102	33%	32%	1 483	38%	36%
<i>Частн.расх. в % от ВВП</i>	1,3%			1,3%			1,4%		

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) в 2022 году составили 4 043 млрд. тенге и показывают рост на 17% по сравнению с предыдущим годом (3 450 млрд. тенге).

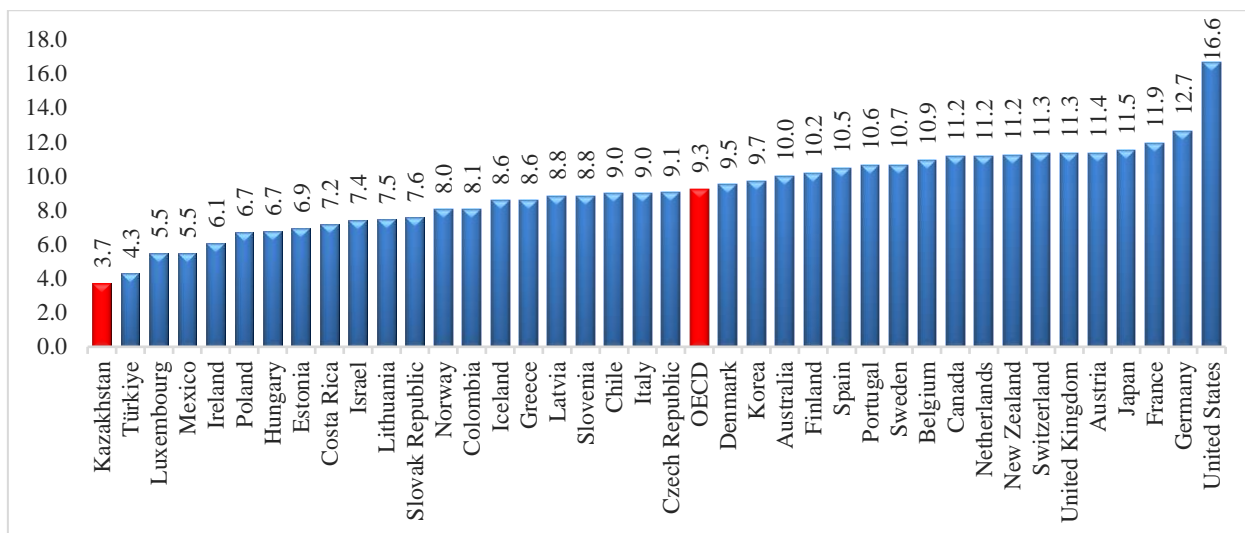
Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в 2022 году (без учета капитальных расходов) составили 3 872 млрд. тенге (8 371 433 долл. США<sup>3</sup>), или 3,7% от ВВП, что почти в 2,5 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2022 году - 9,3%<sup>4</sup> (рис.2).

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.

<sup>2</sup> Данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК.

<sup>3</sup> Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2022 г. – 460,5 тенге

<sup>4</sup> [www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)

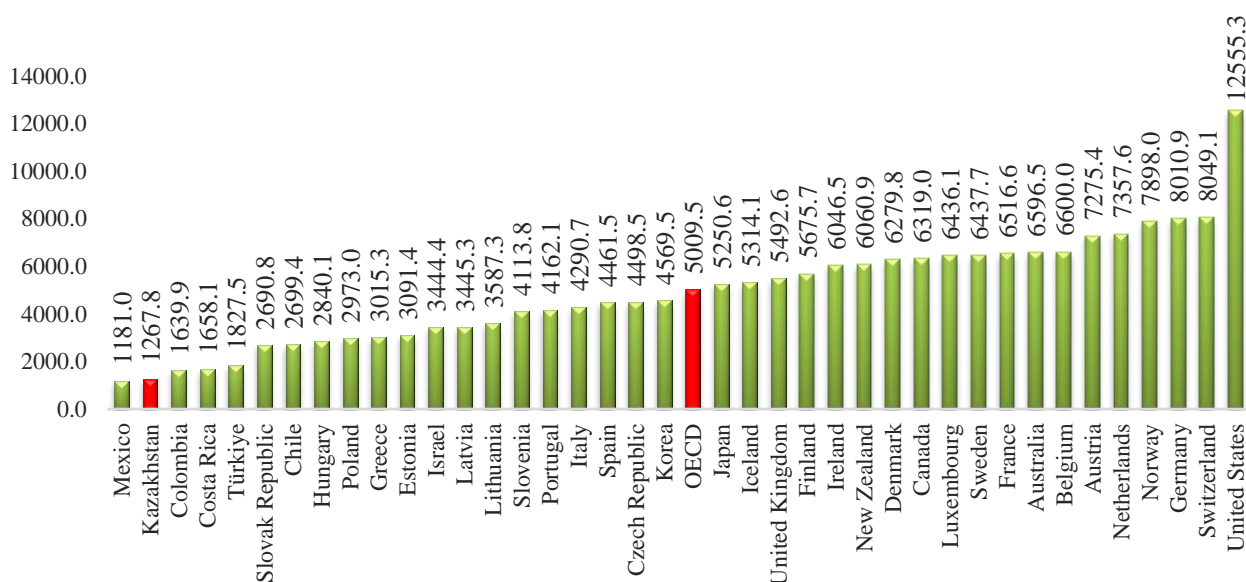


**Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2022г. (в % к ВВП)**

В структуре текущих расходов на здравоохранение государственные расходы составляют 62%, в то время как доля частных расходов составляет 38%.

Подушечные расходы на здравоохранение в 2022 году Казахстане составили 196 128,4 тенге или 425,9 долл. США<sup>5</sup>.

Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС. Уровень подушечных текущих расходов в Казахстане составил 1 273,3 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушечных расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (5 009,5 долл. США по ППС).



**Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2022 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС**

<sup>5</sup>Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2022 г. – 460,5тенге

Паритет покупательской способности – это термин, которым обозначают соотношение цен на одинаковый набор товаров и услуг в разных странах, но эмитированный в различных валютах.

Другими словами, это сравнение валют по их способности к приобретению однотипной корзины товаров и услуг. В его основе лежит Закон единой цены (LOOP), предполагающий, что цены конкретного товара в разных странах при условии отсутствия транзакционных издержек и торговых барьеров должны стремиться к равенству.

## Доходы схем финансирования

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

Доходы схем финансирования – это основные источники финансирования здравоохранения.

Структура расходов показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения являются государственные средства – 40,3% (1,5% к ВВП).

**Таблица 4 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2022 году**

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
<b>FS.1</b>	<b>Трансферты из государственных доходов</b>	<b>2 166 941 656</b>	<b>56,0%</b>
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	1 553 036 771	40,1%
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	1 418 040 396	36,6%
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	134 996 376	3,5%
FS.1.2	Государственные трансферты за определённые группы населения	613 904 885	15,9%
<b>FS.2</b>	<b>Трансферты, выделенные государством из доходов иностранного происхождения</b>	-	-
<b>FS.3</b>	<b>Взносы на социальное страхование</b>	<b>222 069 174</b>	<b>5,7%</b>
<b>FS.5</b>	<b>Добровольное страхование</b>	<b>38 780 541</b>	<b>1,0%</b>
<b>FS.6</b>	<b>Прочие национальные доходы</b>	<b>1 444 037 825</b>	<b>37,3%</b>
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств	1 198 253 717	30,9%
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	228 999 860	5,9%
FS.6.3	Прочие поступления от НКООДХ	16 784 248	0,4%
<b>FS.7</b>	<b>Прямые зарубежные трансферты</b>		
<b>Итого</b>		<b>3 871 829 196</b>	<b>100%</b>

## Схемы финансирования здравоохранения

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

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 36,8%;
- государственные схемы финансирования местного уровня – 3,5%;
- схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов/ОСМС – 21,7%.

**Таблица 5– Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования**

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение	
		тыс.тенге	% к ТРЗ
<b>HF.1</b>	<b>Схемы государственного финансирования и финансирования на основе обязательных отчислений</b>	<b>2 389 010 830</b>	<b>61,70%</b>
HF.1.1	Государственные схемы	1 553 036 771	40,11%
HF.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	1 418 040 396	36,62%
HF.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	134 996 376	3,49%
HF.1.1.3	Схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов/ОСМС	835 974 059	21,59%
<b>HF.2</b>	<b>Схемы добровольных медицинских взносов</b>	<b>284 564 649</b>	<b>7,35%</b>
HF.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования	38 780 541	1,00%
HF.2.2	Схемы финансирования некоммерческих организаций	16 784 248	0,43%
HF.2.3	Схемы финансирования предприятий	228 999 860	5,91%
<b>HF.3</b>	<b>Частные расходы домохозяйств</b>	<b>1 198 253 717</b>	<b>30,95%</b>
<b>HF.4</b>	<b>Международные схемы финансирования</b>		
	<b>Итого</b>	<b>3 871 829 196</b>	<b>100%</b>

Декомпозиция государственных схем финансирования (HF.1.1) показала следующее.

Государственные схемы финансирования республиканского уровня (HF.1.1.1) представлены Министерством здравоохранения (97,5%), Управлением делами Президента (1,6%), Министерством внутренних дел (0,4%), Министерством обороны (0,4%), Министерством по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан (0,1%) и Министерством просвещения Республики Казахстан (0,1%).

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) включают управление здравоохранения области (50,118%), управление

общественного здравоохранения города республиканского значения, столицы (21,898%), управление строительства, архитектуры и градостроительства области (9,878%), управление общественного здоровья области (7,706%), управление строительства области (4,782%), управление здравоохранения города республиканского значения, столицы (3,732%), управление строительства города республиканского значения, столицы (1,885%) и аппарат акима города районного значения, села, поселка, сельского округа (0,001%).

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

Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет доходов, поступающих от предприятий, в том числе средства на добровольное медицинское страхование граждан на случай болезни, а также от некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства (НКООДХ) (7% от текущих расходов на здравоохранение).

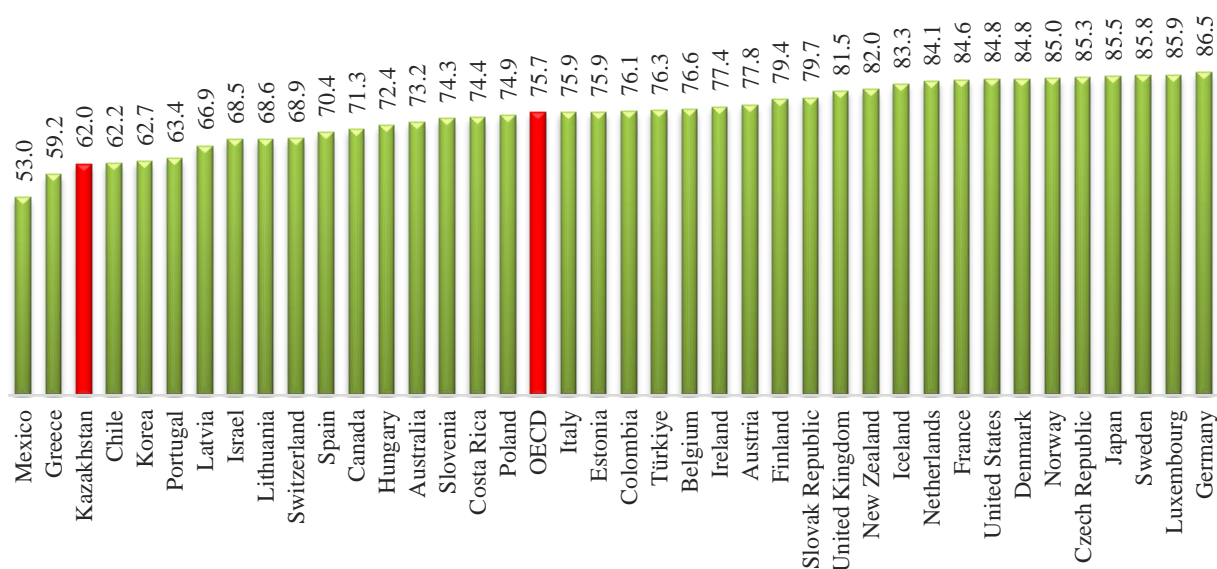
#### *HF.3 Частные расходы домохозяйств*

Схема частных расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 31% от текущих расходов здравоохранения.

#### *HF.4 Международные схемы финансирования*

Международные схемы финансирования формируются за счет прямых зарубежных трансфертов на цели здравоохранения.

Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре текущих расходов на здравоохранение в Казахстане в 2022 году составил 62,0%. Данный показатель ниже среднего значения стран-членов ОЭСР на 13,7%.



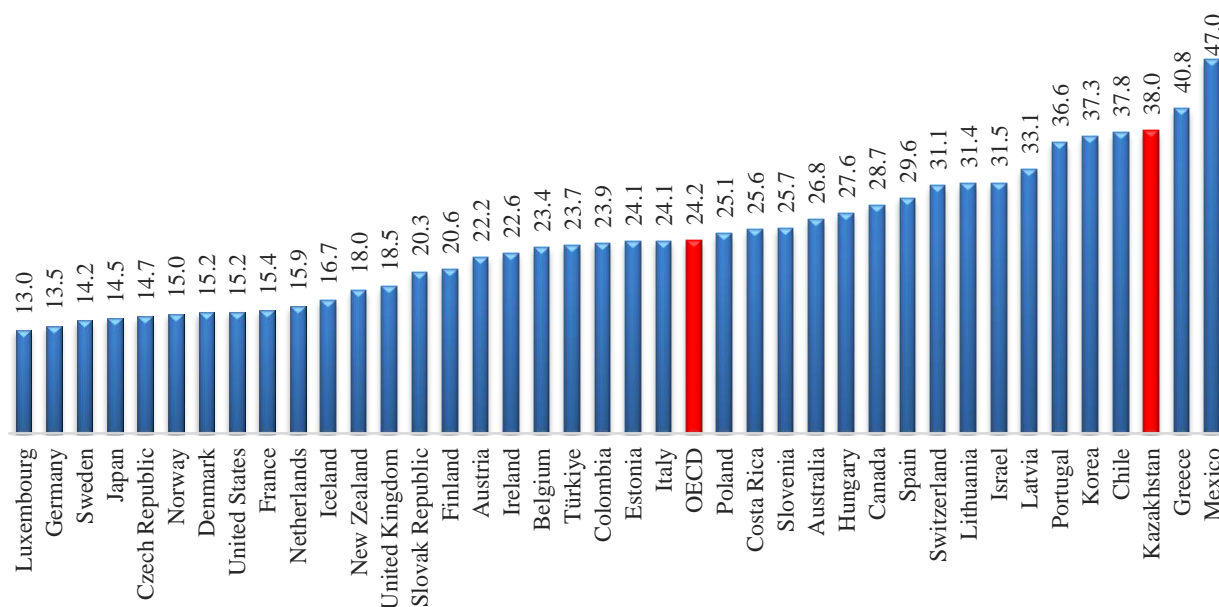
**Рисунок 4 – Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в ТРЗ в Казахстане и странах ОЭСР в 2022 году, %**

Второе ранговое место в структуре текущих расходов на здравоохранение приходится на средства частного сектора. Схемы HF.2

Схемы добровольных медицинских взносов и НФ.3 Расходы домохозяйств в совокупности дают объем частных расходов на здравоохранение.

Таким образом, частные расходы на здравоохранение в 2022 году составили 1 466 034 118,0 тыс. тенге, или 38,0% от ТРЗ.

Данный показатель выше среднего значения показателя стран-членов ОЭСР, где уровень частных расходов составляет 24,2%.



**Рисунок 5 – Удельный вес частных расходов на здравоохранение в ТРЗ в Казахстане и в странах ОЭСР в 2022г., %**

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

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

По итогам 2022 года можно выделить три основные группы поставщиков услуг всех форм собственности:

- больничные организации – 38,6%;
- поставщики амбулаторных услуг – 29,0%.
- поставщики и розничные продавцы фармацевтических препаратов и медицинских товаров – 23,9%.



**Рисунок 6 – Структура расходов на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг (в % от текущих расходов на здравоохранение, все формы собственности)**

Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 10 основных категорий статей расходов здравоохранения. Категории поставщиков представлены ниже в Таблице 9.

**Таблица 6 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования (в тыс. тенге, в %)**

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Зарубежные трансферты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НР.1	Больницы	1 295 971 900	196 888 427	-	1 492 860 328	38,56%
НР.2	Учреждения длительного ухода	1 121 967	2 070 395	-	3 192 362	0,08%
НР.3	Поставщики амбулаторных медицинских услуг	564 418 139	557 897 312	-	1 122 315 450	28,99%
НР.4	Организации, предоставляющие дополнительные услуги	101 536 302	-	-	101 536 302	2,62%
НР.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	229 330 756	697 379 700	-	926 710 456	23,93%
НР.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	112 672 974	-	-	112 672 974	2,91%
НР.7	Организации управления здравоохранением	36 979 707	28 308 343	-	65 288 050	1,69%
НР.8	Прочие сектора экономики	17 133 284	-	-	17 133 284	0,44%
НР.9	Остальной мир	-	274 189	-	274 189	0,01%
НР.0	Неустановленные провайдеры медицинских услуг	29 845 801	-	-	29 845 801	0,77%
<b>Итого</b>		<b>2 389 010 830</b>	<b>1 482 818 366</b>	<b>-</b>	<b>3 871 829 196</b>	<b>100%</b>

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

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь

у больниц. Поставщики, оказывающие профилактические услуги и предоставляющие дополнительные услуги (скорая помощь и санитарная авиация) находятся в полной зависимости от государственных средств.

В свою очередь, схемы финансирования частного сектора ориентируются на поставщиков фармацевтической продукции, организации амбулаторно-поликлинической помощи и больниц общего профиля.

### ***НР.1 Больницы***

К поставщикам данной категории относятся лицензированные учреждения, занимающиеся, главным образом, предоставлением медицинских, диагностических и лечебных услуг стационарным пациентам, включая услуги врачей, медсестер и прочие медицинские услуги, а также специализированные услуги по размещению, необходимые для стационарных пациентов.

***Таблица 7 – Структура распределения категории НР.1 Больничные организации (в тыс. тенге)***

<b>НР.1 Больницы общего профиля</b>	<b>Схемы государствен ного финансирова ния</b>	<b>Схемы негосударст венного финансиро вания</b>	<b>Зарубе жные транс ферты</b>	<b>В % от суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.1.1 Больницы общего профиля	952 001 071	181 398 691	-	76%	29,27%
НР.1.2 Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	49 740 661	1 573 448	-	3%	1,33%
НР.1.3 Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	294 230 169	13 916 288	-	21%	7,96%
<b>Итого</b>	<b>1 295 971 900</b>	<b>196 888 427</b>		<b>100%</b>	<b>38,56%</b>

В данной категории преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуются 76% от всей суммы стационарных услуг, и 29,27% от ТРЗ.

### ***НР.2 Учреждения длительного ухода***

К поставщикам данной категории относят учреждения, предоставляющие долгосрочный уход: сестринский уход, паллиативная помощь.

**Таблица 8 – Структура распределения категории НР.2 Учреждения длительного ухода (в тыс. тенге)**

<b>НР.2 Учреждения длительного ухода</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.2.1 Учреждения длительного сестринского ухода	1 121 967	1 273 810	2 395 777	75%	0,06%
НР.2.2 Учреждения для душевнобольных и наркозависимых	-	796 585	796 585	25%	0,02%
НР.2.9 Другие учреждения длительного ухода	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>1 121 967</b>	<b>2 070 395</b>	<b>3 192 362</b>		<b>0,08%</b>

### **НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг**

Данная категория охватывает учреждения, занимающиеся, в основном, предоставлением медицинских услуг амбулаторным пациентам напрямую, которые не нуждаются в стационарной помощи. Сюда входят кабинеты врачей общей практики и специалистов узкого профиля, а также учреждения, специализирующиеся на лечении дневных случаев.

**Таблица 9 – Структура распределения категории НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг (в тыс. тенге)**

<b>НР.3 Поставщики амбулаторных медицинских услуг</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.3.1 Лечебная практика	335 631 371	116 234 011	451 865 382	40,26%	11,67%
НР.3.2 Стоматологические поликлиники/кабинеты	-	153 214 874	153 214 874	13,65%	3,96%
НР.3.3 Кабинеты других специалистов	43 351 875	221 315 018	264 666 893	23,58%	6,84%
НР.3.4 Центры амбулаторного лечения	185 434 893	66 827 907	252 262 800	22,48%	6,52%
НР.3.5 Поставщики медицинских услуг на дому	0	305 502	305 502	0,03%	0,01%
<b>Итого</b>	<b>564 418 139</b>	<b>557 897 312</b>	<b>1 122 315 450</b>	<b>100%</b>	<b>28,99%</b>

### **НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги**

Данная категория включает учреждения, которые предоставляют специфические вспомогательные услуги амбулаторным пациентам напрямую

под наблюдением медработников. Эти услуги не входят в эпизод лечения, предоставляемого стационарами, учреждениями сестринского ухода, поставщиками амбулаторной медицинской помощи или иными поставщиками. Включаются поставщики услуг транспортировки пациентов и спасению в чрезвычайной ситуации.

**Таблица 10 – Структура распределения категории НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги (в тыс. тенге)**

<b>НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.4.1 Организации, предоставляющие услуги по транспортировке пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях	88 850 691	-	88 850 691	88%	2,29%
НР.4.2 Медицинские и диагностические лаборатории	12 685 611	-	12 685 611	12%	0,33%
НР.4.9 Прочие поставщики вспомогательных услуг	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>101 536 302</b>	<b>-</b>	<b>101 536 302</b>	<b>100%</b>	<b>2,62%</b>

#### **НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров**

Данная категория включает специализированные учреждения, основной деятельностью которых является розничная продажа медицинских изделий населению для целей индивидуального и семейного потребления и пользования. Сюда также входят учреждения, чья основная деятельность заключается в производстве медицинских изделий, таких как изготовление линз, ортопедических приспособлений или протезов, для прямого сбыта широкой общественности в целях индивидуального пользования или пользования домохозяйствами.

**Таблица 11 – Структура распределения категории НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров (в тыс. тенге)**

<b>НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.5.1 Аптеки	229 330 756	697 379 700	926 710 456	100%	23,93%
НР.5.2 Организации розничных продаж и прочие поставщики	-	-	-	-	-

<b>НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
медицинских товаров длительного пользования и медицинских приборов					
НР.5.9 Все прочие незначительные продавцы и иные поставщики	-	-	-	-	-
лекарственных средств и товаров медицинского назначения					
<b>Итого</b>	<b>229 330 756</b>	<b>697 379 700</b>	<b>926 710 456</b>	<b>100%</b>	<b>23,93%</b>

#### ***НР.6 Поставщики профилактической помощи***

Данная категория охватывает организации, такие как организации по укреплению и охране здоровья или институты общественного здравоохранения, предоставляющие, главным образом, коллективные профилактические программы и кампании, а также специализированные учреждения, оказывающие первичную профилактику в качестве основного вида деятельности.

***Таблица 12 – Структура распределения категории НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги (в тыс. тенге)***

<b>НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.6 Организации, оказывающие профилактические услуги	112 672 974	-	112 672 974	100%	2,91%
<b>Итого</b>	<b>112 672 974</b>	<b>-</b>	<b>112 672 974</b>	<b>100%</b>	<b>2,91%</b>

#### ***НР.7 Организации управления здравоохранением***

Данный пункт охватывает учреждения, занимающиеся, главным образом, регулированием деятельности организаций, предоставляющих медицинскую помощь, и общим руководством сектором здравоохранения, включая администрирование финансирования здравоохранения. Первое касается деятельности правительства и государственных органов в руководстве и управлении системой здравоохранения в целом, тогда как последнее отражает администрирование в области сбора средств и закупки товаров и услуг здравоохранения государственными и частными агентами.

**Таблица 13 – Структура распределения категории НР.7 Организации управления здравоохранением (в тыс. тенге)**

<b>НР.7 Организации управления здравоохранением</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.7.1 Государственные учреждения управления здравоохранением	36 206 085	16 122 789	52 328 874	80%	1,35%
НР.7.2 Агенства социального медицинского страхования	773 622	-	773 622	1%	0,02%
НР.7.3 Управление частного страхования здравоохранения	-	12 185 554	12 185 554	19%	0,31%
НР.7.9 Прочие административные органы здравоохранения	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>36 979 707</b>	<b>28 308 343</b>	<b>65 288 050</b>	<b>100%</b>	<b>1,69%</b>

#### **НР.8 Прочие сектора экономики**

К поставщикам категории «НР.8 Прочие сектора экономики» предлагающие медицинскую помощь главным образом в качестве второстепенного вида деятельности, например, услуги по гигиене труда, оказываемые на предприятиях, поставщики социальной помощи с нерегулярными медицинскими услугами или услуги по транспортировке пациентов, предоставляемые таксистами. Эта подкатегория второстепенных поставщиков сильно различается по странам, в зависимости от правил аккредитации и лицензирования. В этих учреждениях предоставление товаров и услуг здравоохранения составляет, как правило, малую долю объема производства. Эта подкатегория охватывает все другие организации и отрасли, занимающиеся предоставлением товаров и услуг здравоохранения в качестве второстепенного вида деятельности, не учтенного ранее.

Показательные примеры:

- ✓ Услуги по гигиене труда, оказываемые на рабочем месте, а не предоставляемые учреждениями здравоохранения;
- ✓ Такси, обеспечивающие транспортировку пациентов под наблюдением медицинского персонала;
- ✓ Медицинское обслуживание в тюрьмах, не предоставляемое независимыми/отдельными учреждениями здравоохранения;
- ✓ Оптовые торговцы, предоставляющие также медицинские изделия напрямую потребителям;
- ✓ Школы с нанятыми медицинскими работниками для, например, лечения больных детей или предоставления санитарного просвещения;

- ✓ Учреждения социального ухода, оказывающие в некоторой степени услуги, связанные с медицинской помощью и долгосрочным сестринским уходом.

В Казахстане к поставщикам подобного типа относятся медицинские университеты.

**Таблица 14 – Структура распределения категории НР.8 Прочие сектора экономики (в тыс. тенге)**

<b>НР.8 Прочие сектора экономики</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.8.1 Домохозяйства как поставщики медицинских услуг на дому	-	-	-	-	-
НР.8.2 Все прочие предприятия как организации, предоставляющие вторичную медицинскую помощь	17 133 284	-	17 133 284	100%	0,44%
НР.8.9 Прочие предприятия	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>17 133 284</b>	<b>-</b>	<b>17 133 284</b>	<b>100%</b>	<b>0,44%</b>

#### **НР.9 Остальной мир**

Данный пункт охватывает все нерезидентные единицы, предоставляющие товары и услуги здравоохранения или осуществляющие деятельность, связанную со здравоохранением.

**Таблица 15 – Структура распределения категории НР.9 Остальной мир (в тыс. тенге)**

<b>НР.9 Остальной мир</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.9 Остальной мир	29 845 801	-	29 845 801	100%	0,77%
<b>Итого</b>	<b>29 845 801</b>	<b>-</b>	<b>29 845 801</b>	<b>100%</b>	<b>0,77%</b>

#### **НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг**

Данный пункт включает все прочие медицинские услуги, не вошедшие ни в одну из категорий с НР.1 до НР.9 и соответствует категории услуг здравоохранения «НС.0 Прочие медицинские услуги»

**Таблица 16 – Структура распределения категории НР.0  
Неустановленные провайдеры медицинских услуг (в тыс. тенге)**

<b>НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.0 Неустановленные провайдеры медицинских услуг	29 845 801	-	29 845 801	100%	0,77%
<b>Итого</b>	<b>29 845 801</b>	<b>-</b>	<b>29 845 801</b>	<b>100%</b>	<b>0,77%</b>

## Потребление медицинских услуг: обзор расходов по услугам здравоохранения

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

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

По итогам 2022 года 64,6% всех средств на здравоохранение было использовано для финансирования медицинской помощи, т.е. предоставления услуг лечения (НС.1 – стационарная, амбулаторно-поликлиническая помощь и услуги дневного стационара).



**Рисунок 7 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе функций здравоохранения (все формы собственности, % от текущих расходов на здравоохранение)**

Расходы на предоставление медицинских товаров (НС.5) составили 24,7%. На профилактические услуги (НС.6) было направлено 2,6% расходов

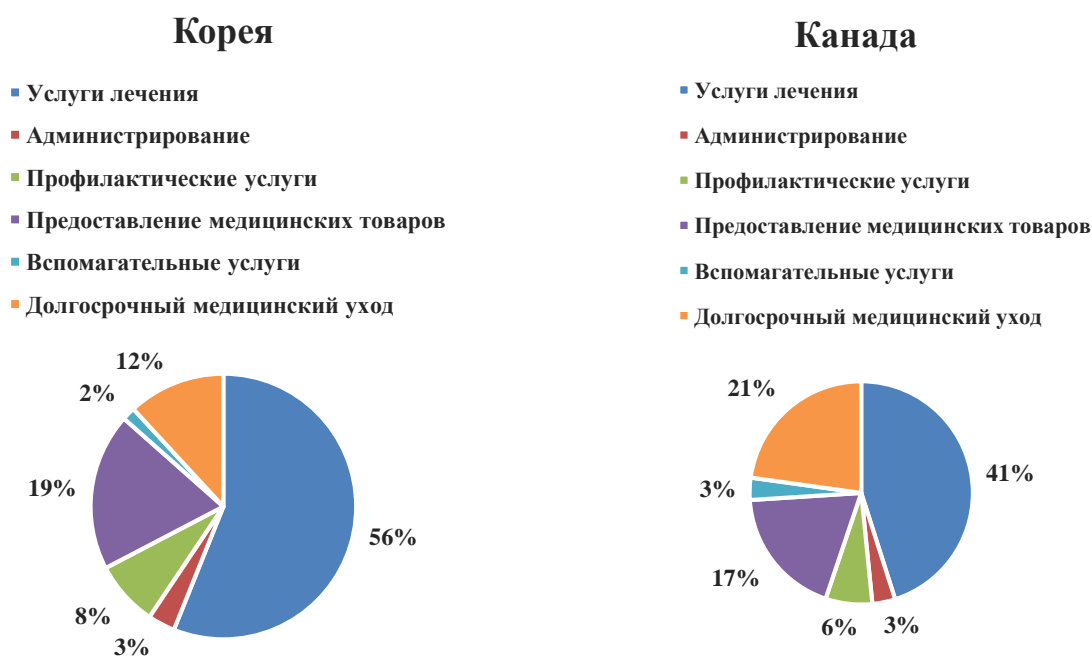
здравоохранения. Эта категория включает в себя программы иммунизации, скрининг, информационная поддержка, программы по борьбе с инфекционными заболеваниями.

На вспомогательные услуги (НС.4) израсходовано 3,4% текущих расходов на здравоохранение. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, оказание скорой медицинской помощи, услуги по обеспечению донорской кровью, и прочее.

На администрирование системы здравоохранения (НС.7) было направлено 1,3%, на оказание реабилитационной помощи (НС.2) в 2022 году израсходовано 2,4% текущих расходов.

Расходы на прочие виды услуг (НС.0) составили 0,8%. Сюда входят услуги, связанные со здравоохранением, такие как, судебно-медицинская экспертиза, хранение ценностей исторического наследия в области здравоохранения, создание и сопровождение информационных систем здравоохранения.

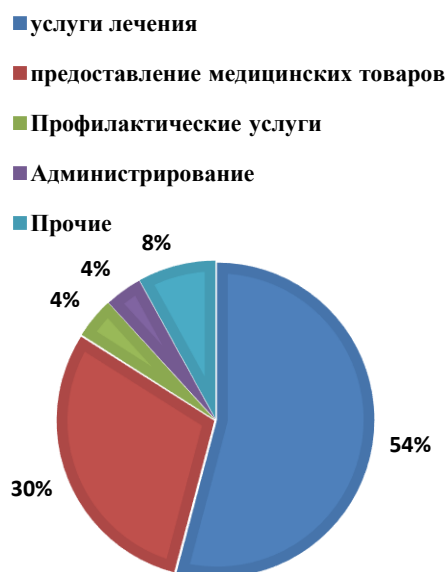
Для сравнения, в таких странах ОЭСР, как Корея и Канада, данная картина выглядит следующим образом.



## Республика Беларусь



## Кыргызстан



**Рисунок 8 – Распределение расходов по услугам за 2022 год (в % долях от ТРЗ) в разных странах**

Опыт стран показывает, что больше половины средств на здравоохранение идут на услуги лечения, и менее четверти идут на предоставление медицинских товаров. Стоит отметить, что в Казахстане последнее составляет 64,9% от текущих расходов на здравоохранение, что является достаточно высоким показателем. Также явным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный медицинский уход, который в Корее занимает 12% от ТРЗ, а в Канаде – 21%. Для сравнения в Казахстане данный показатель в 2022 году достиг 0,2%.

**Таблица 17 – Финансирование услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в 2022 году (в тыс. тенге, в %)**

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Зарубежные трансферты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НС.1	Услуги лечения	1 776 565 323	724 560 292		2 501 125 615	64,6%
НС.2	Реабилитационное лечение	61 581 931	30 194 134		91 776 065	2,4%
НС.3	Долгосрочный медицинский уход	5 985 953	2 375 897		8 361 850	0,2%
НС.4	Вспомогательные услуги	132 859 622	-		132 859 622	3,4%

Код	Наименование категорий	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Зарубежные трансферты	ВСЕГО	% от ТРЗ
НС.5	Предоставление медицинских товаров	243 734 381	713 502 489		957 236 869	24,7%
НС.6	Профилактические услуги	101 652 752	-		101 652 752	2,6%
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	36 785 069	12 185 554		48 970 623	1,3%
НС.0	Прочие медицинские услуги	29 845 801	-		29 845 801	0,8%
	<b>Итого</b>	<b>2 389 010 830</b>	<b>1 482 818 366</b>		<b>3 871 829 196</b>	<b>100%</b>

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

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

Средства предприятий и домашних хозяйств являются основными покупателями услуг лечения, фармацевтических товаров, а также реабилитационного лечения и долгосрочного ухода.

### ***НС 1. Услуги лечения***

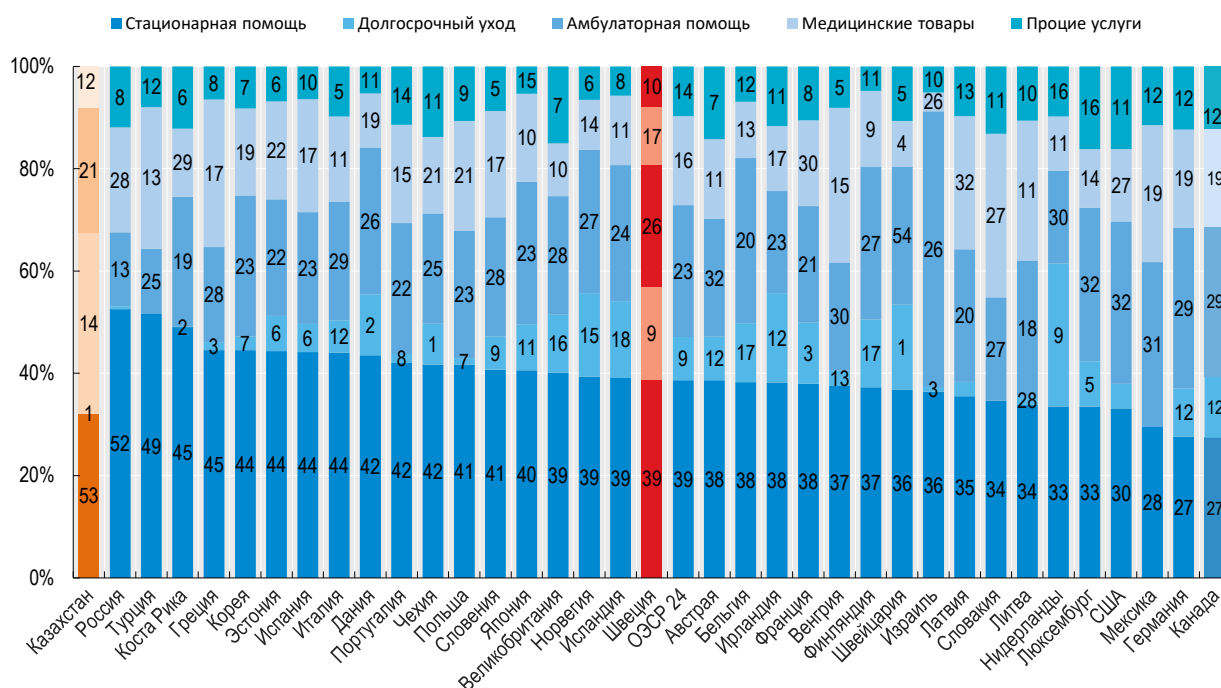
Категория статей расходов «НС 1. Услуги лечения» состоит из медицинских услуг, основным намерением которых является облегчение симптомов заболевания или травмы, уменьшение тяжести заболевания или травмы или защита от обострения и/или осложнения заболевания и/или травмы, которые могут угрожать жизни или нормальной жизнедеятельности индивидуума. Данная категория включает: все компоненты лечения заболевания или травмы; выполненные хирургические вмешательства, диагностические и терапевтические процедуры, и акушерские услуги.

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

**Таблица 18 – Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.) в 2022 году (тыс. тенге)**

НС 1.	Услуги лечения	Схемы государств енного финансиро вания	Схемы негосударс твенного финансиро вания	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.1.1	Медицинские услуги на стационарном уровне	922 499 330	166 968 482	1 089 467 813	43,56%	28,14%
НС.1.2	Лечение в дневном стационаре	65 719 584	-	65 719 584	2,63%	1,70%
НС.1.3	Амбулаторное лечение	788 185 549	557 591 810	1 345 777 359	53,81%	34,76%
НС.1.3.1	Основные услуги на амбулаторном уровне	463 394 731	116 234 011	579 628 742	23,17%	14,97%
НС.1.3.2	Амбулаторное стоматологическое лечение	-	153 214 874	153 214 874	6,13%	3,96%
НС.1.3.3	Специализированное амбулаторное лечение	322 492 894	66 827 907	389 320 801	15,57%	10,06%
НС.1.3.9	Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно	2 297 924	221 315 018	223 612 942	8,94%	5,78%
НС. 1.4	Домашний лечебный уход	160 859	-	0	0,01%	0,004%
<b>Итого</b>		<b>1 776 565 323</b>	<b>724 560 292</b>	<b>2 501 125 615</b>	<b>100%</b>	<b>64,60%</b>

По итогам 2022 года 28,14% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 34,76% ТРЗ, что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В странах ОЭСР в среднем 26% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 39% на стационарные услуги.



**Рисунок 9 – Распределение расходов по видам услуг здравоохранения от ТРЗ в странах ОЭСР в 2021 году<sup>6</sup>**

В структуре расходов на услуги лечения (НС.1) у государственных схем финансирования преобладают услуги стационарной помощи, на которые было направлено 51,93% этих средств. Расходы на амбулаторное лечение составили 44,37% государственных средств, из них основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичная медико-санитарная помощь у государственных схем финансирования – 26,08%, на специализированное амбулаторное лечение было направлено 18,15% средств, прочие виды амбулаторных услуг – 0,13%. На лечение в дневном стационаре государство потратило 3,7% средств.

У частных схем финансирования преобладают расходы на оказание амбулаторную помощь – 77%.

## **НС.2 Реабилитационное лечение**

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

Реабилитационные услуги стабилизируют, улучшают или восстанавливают пострадавшие физические функции и части тела,

<sup>6</sup> Последние доступные данные в базе данных ОЭСР <https://stats.oecd.org/>

компенсируют отсутствие или потерю физических функций и частей тела, улучшают жизнедеятельность и участие, и предотвращают ухудшение состояния, медицинские осложнения и риски.

Тем не менее, в Казахстане очень мало внимания уделяется данному виду услуг, и согласно учету НСЗ, в 2022 году расходы на реабилитационные услуги составили всего 2,37% от текущих расходов, направленных на здравоохранение. Данный факт может стать одной из причин дефицита финансирования здравоохранения, так как реабилитационные услуги, как и превентивные услуги, предотвращают ухудшение состояния человека, тем самым предотвращая повторные обращения и лечения осложнений.

**Таблица 19 – Структура расходов по реабилитационной помощи (НС.2) в 2022 году (тыс. тенге)**

НС.2	Реабилитационное лечение	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.2.1	Реабилитационное лечение в стационаре	45 479 652	30 194 134	75 673 786	82,5%	1,95%
НС.2.2	Дневная реабилитационная помощь	8 282 606	-	8 282 606	9,0%	0,21%
НС.2.3	Амбулаторная реабилитационная помощь	7 819 672	-	7 819 672	8,5%	0,20%
НС.2.4	Реабилитационная помощь на дому	-	-	-	-	-
	<b>Итого</b>	<b>61 581 931</b>	<b>30 194 134</b>	<b>91 776 065</b>	<b>100%</b>	<b>2,37%</b>

### **НС.3 Долгосрочный медицинский уход**

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

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

В 2022 году в Казахстане потребление услуг долгосрочного медицинского ухода составило 0,22%. В среднем по странам-членам ОЭСР

данный показатель в 2022 году составил 9% от ТРЗ. Учитывая важность данных услуг, для достижения уровня показателя стран ОЭСР необходимо увеличить количество организаций в РК, оказывающих услуги долгосрочного ухода. Учитывая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни в РК увеличивается ежегодно, стареющему населению необходим длительный уход.

**Таблица 20 – Структура категории статей расходов «Долгосрочный медицинский уход» за 2022 год (в тыс. тенге)**

НС. 3	Долгосрочный медицинский уход	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС.3.1	Стационарная долгосрочная помощь (медицинская)	5 360 110	2 070 395	7 430 505	89%	0,19%
НС.3.2	Дневные случаи долгосрочной помощи (медицинские)	-	-	-	-	-
НС.3.3	Амбулаторная долгосрочная помощь (медицинская)	-	-	-	-	-
НС.3.4	Долгосрочная помощь (медицинская) на дому	625 843	305 502	931 345	11%	0,02%
<b>Итого</b>		<b>5 985 953</b>	<b>2 375 897</b>	<b>8 361 850</b>	<b>100%</b>	<b>0,22%</b>

#### **НС.4 Вспомогательные услуги**

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

В 2022 году среди вспомогательных услуг использовались услуги по транспортировке пациентов. К услугам по транспортировке пациентов относится санитарная авиация, предназначенная для оказания экстренной медицинской помощи в условиях плохой транспортной доступности или большой удалённости от медицинских учреждений, услуги скорой медицинской помощи, а также обеспечение граждан бесплатным или льготным проездом за пределы населенного пункта на лечение за счет средств государственного бюджета.

На финансирование данного вида услуг в 2022 году было направлено 3,43% от всех средств, расходованных на здравоохранение. Для сравнения по

последним данным, в странах ОЭСР данный показатель в 2021 году составлял 4,8%.

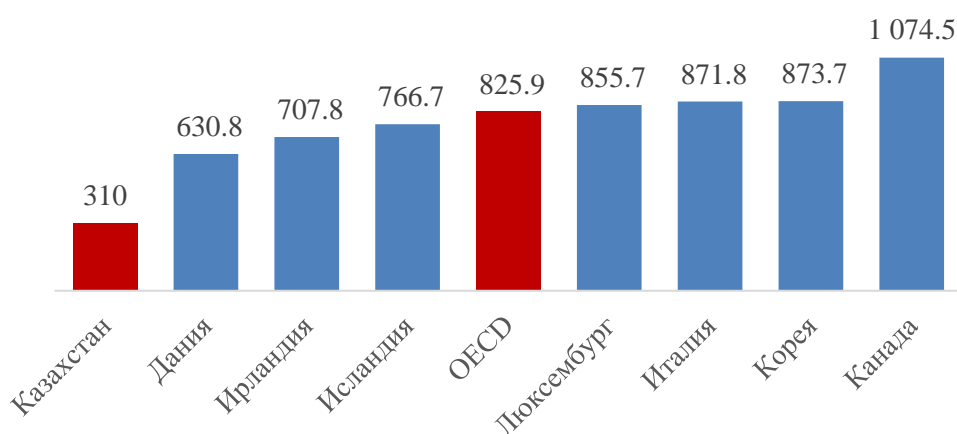
**Таблица 21 – Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги» за 2022 год (в тыс. тенге)**

НС. 4	Вспомогательные услуги	Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
НС 4.1	Лабораторные услуги	1 534 019	-	1 534 019	1%	0,04%
НС 4.2	Диагностические услуги	42 474 911	-	42 474 911	32%	1,10%
НС 4.3	Транспортировка пациентов	88 850 691	-	88 850 691	67%	2,29%
	<b>Итого</b>	<b>132 859 622</b>		<b>132 859 622</b>	<b>100%</b>	<b>3,43%</b>

#### **НС.5 Предоставление медицинских товаров**

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

В 2022 году расходы на ЛС и МИ на душу населения составили 48 431 тенге, 105 долл. США или 314 долл. по ППС. В сравнении со странами ОЭСР Казахстан тратит намного меньше на приобретение медицинских товаров, отстает от среднего показателя ОЭСР в 2,6 раза. Больше всех на приобретение медицинских товаров тратит Канада – 1 074 долл. по ППС, в Дании - самый низкий показатель по данному индикатору среди стран-членов ОЭСР – 630,8 долл. по ППС, что в 2 раза выше, чем в РК.



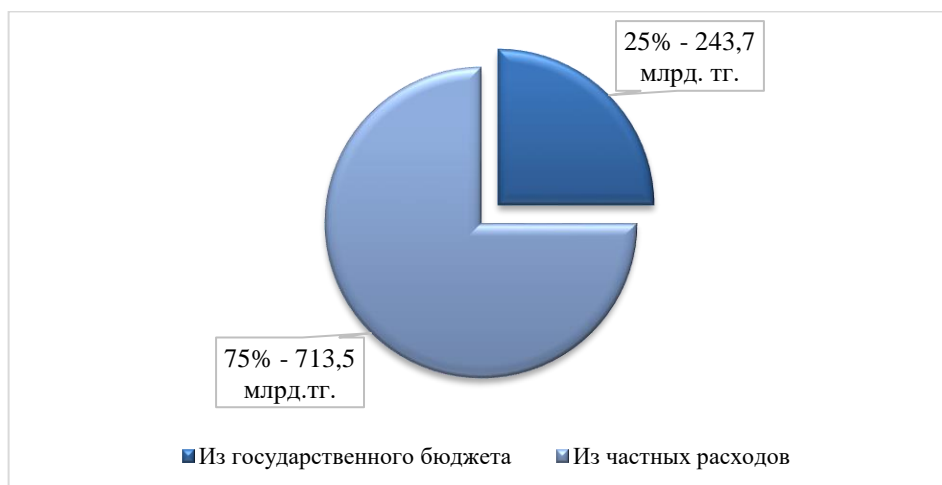
**Рисунок 10 – Расходы на ЛС и МИ по последним доступным данным на душу населения в странах ОЭСР и Казахстане в 2022 г. (в долл. ППС)**

Анализ структуры расходов на ЛС и МИ показывает, что в 2022 году из государственных средств расходовалось в 2,9 раз меньше, чем из частных средств населения и предприятий. При этом из частных расходов около 35%

население расходовало на терапевтические приборы и другие товары длительного пользования.

**Таблица 22 – Структура категории статей расходов «Предоставление медицинских товаров» за 2022 год (в тыс. тенге)**

НС. 5	Предоставление медицинских товаров	Схемы	Схемы	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
		государственного финансирования	негосударственного финансирования			
НС 5.1	Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования	243 734 381	466 439 986	710 174 367	74%	18,34%
НС 5.2	Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования	-	247 062 503	247 062 503	26%	6,38%
<b>Итого</b>		<b>243 734 381</b>	<b>713 502 489</b>	<b>957 236 869</b>	<b>100%</b>	<b>24,72%</b>



**Рисунок 11 – Структура расходов на ЛС и МИ в 2022 году (в тыс. тенге)**

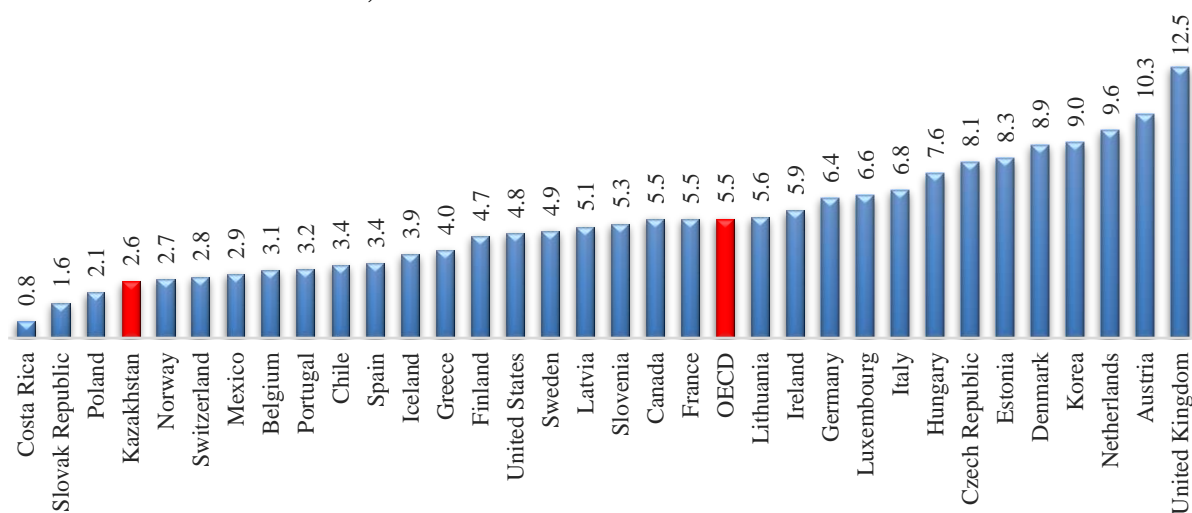
### **НС.6 Профилактические услуги**

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

покрываются большим многообразием вмешательств, организованных на первичном, вторичном и третичном уровнях профилактики.

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

В 2022 году на данный вид услуг было направлено 101,6 млрд. тенге, что составило 2,6% от всех расходов. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2021 году на профилактические услуги в среднем по странам-членам ОЭСР было расходовано 5,5% от ТРЗ, среди которых самый высокий показатель в Великобритании – 12,5% и самый низкий в Коста-Рике – 0,8 %.



**Рисунок 12 – Расходы на профилактику в странах ОЭСР и Казахстане в 2021 г. (в % от ТРЗ)**

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

**Таблица 23 – Структура категории статей расходов «Профилактические услуги» за 2022год (в тыс. тенге)**

НС 6	Профилактические услуги	Гос. средства	% от суммы	% от ТРЗ
НС 6.1	Информационная, образовательная и консультационная программы	3 895 597	3,8%	0,10%
НС 6.2	Программы иммунизации	59 175 228	58,2%	1,53%
НС 6.3	Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	8 537 078	8,4%	0,22%

НС 6	Профилактические услуги	Гос. средства	% от суммы	% от ТРЗ
НС 6.4	Программа мониторинга состояния здоровья	5 236 743	5,2%	0,14%
НС 6.5	Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	24 613 468	24,2%	0,64%
НС 6.6	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации	194 638	0,2%	0,01%
<b>Итого</b>		<b>101 652 752</b>	<b>100%</b>	<b>2,63%</b>

### ***НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование***

Эти услуги концентрируются на системе здравоохранения, а не на самой медицинской помощи и считаются коллективными, так как они не предоставляются отдельным лицам, а приносят выгоду всем пользователям системы здравоохранения. Они контролируют и поддерживают функционирование системы здравоохранения. Эти услуги подразумевают поддержание и повышение эффективности и действенности системы здравоохранения и возможность повышения справедливости в здравоохранении.

Согласно ССЗ 2011 к статье расходов «НС.7.1 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» относятся услуги по планированию, формированию политики и информационному анализу всей системы здравоохранения.

В НСЗ РК в 2022 году в данной статье расположились расходы за счет средств государственного бюджета, а именно услуги по реформированию системы здравоохранения, социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников, направленных для работы в сельскую местность, информационно-аналитические услуги в области здравоохранения, услуги по реализации государственной политики на местном уровне в области здравоохранения.

Статья «НС.7.2 Администрирование финансирования здравоохранения» подразумевает подкомпонент, специфичный для финансирования здравоохранения, независимо от его частного или государственного происхождения и частного или государственного предоставления. В него входит управление сбором средств и администрирование, мониторинг и оценка этих ресурсов, также администрирование частного медицинского страхования, что означает службу медицинского страхования и затраты на ее обслуживание. Сюда входят расходы на продажу, зачисление и обслуживание

полисов, рассмотрение исков, службы правового сопровождения, инвестиционные функции, корпоративные накладные расходы и начисления за риск.

**Таблица 24 – Структура категории статей расходов «Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» за 2022 год (в тыс. тенге)**

<b>НС.7 Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
<b>НС.7.1</b>					
Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	35 784 382	-	35 784 382	97,3%	0,92%
<b>НС.7.2</b>					
Администрирование финансирования здравоохранения	1 000 687	12 185 554	13 186 241	2,7%	0,34%
<b>Итого</b>	<b>36 785 069</b>	<b>12 185 554</b>	<b>48 970 623</b>	<b>100%</b>	<b>1,26%</b>

В НСЗ РК в 2022 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

#### **НС.0 Прочие медицинские услуги**

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

В НСЗ РК в прочие услуги вошли следующие мероприятия: прикладные научные исследования в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализация мероприятий технической помощи в рамках содействия устойчивому развитию и росту Республики Казахстан, погашение кредиторской задолженности по обязательствам организаций здравоохранения, консультативное сопровождение проектов государственно-частного партнерства и концессионных проектов. Следует отметить, что расходы на вышеперечисленные мероприятия финансировались за счет средств государственного бюджета. Так, в данную статью было направлено 0,77% от всех расходов.

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

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

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

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

**Таблица 25 – Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг (в тыс. тенге)**

Коды по ССЗ 2011		Наименование расходов	2022 г.,тыс.тг
<b>FP. 1</b>		<b>Компенсационные расходы работникам</b>	<b>1 679 226 379</b>
	FP. 1.1	Заработная плата	1 527 733 353
	FP. 1.2	Социальные выплаты	145 001 532
	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	6 491 494
<b>FP. 3</b>		<b>Материалы и услуги</b>	<b>1 019 016 089</b>
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	480 402 084
	FP. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	360 399 848
	FP. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	178 214 157
<b>FP. 4</b>	<b>FP. 4</b>	<b>Потребление основного капитала</b>	<b>153 064 856</b>
<b>FP. 5</b>		<b>Прочие расходы, затраченные на "входы"</b>	<b>174 662 505</b>
	FP. 5.1	Налоги	13 510 505
	FP. 5.2	Прочие расходы	161 152 000
<b>Итого</b>			<b>3 025 969 829</b>

## 2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2018-2022 годы

В течение последних лет отмечается рост благосостояния государства, так размер ВВП в номинальном выражении с 2018 года увеличился почти в 2 раза, общие затраты из государственного бюджета выросли также в 2 раза. Рост общих расходов на здравоохранение в 2022 году по сравнению с 2018 годом составил 119%.

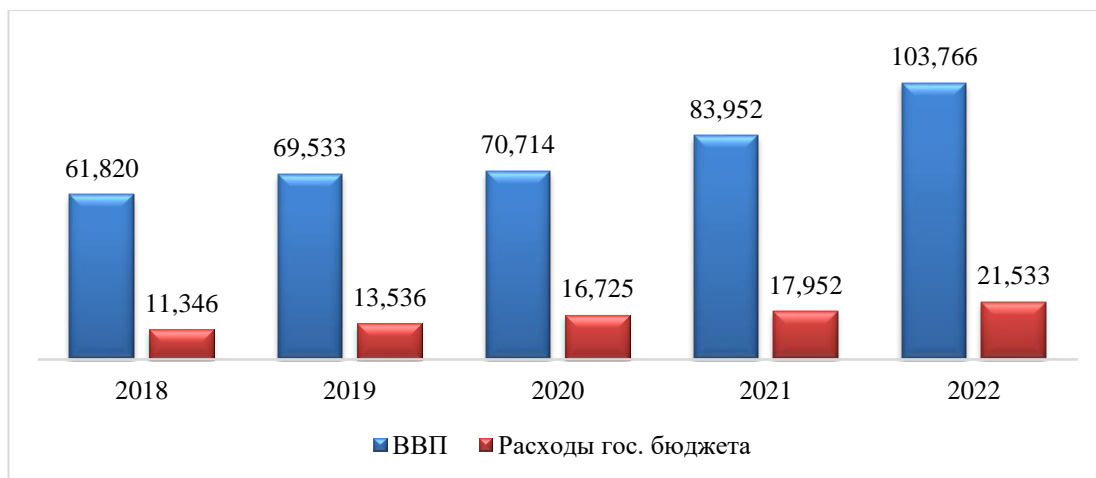
Несмотря на постоянный рост расходов на протяжении всего исследуемого периода, существует стойкий разрыв между государственными и частными расходами на здравоохранение в размере в среднем до 1% к ВВП.

**Таблица 26 – Макроэкономические показатели в 2018-2022 гг.**

Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2018	2019	2020	2021	2022
ВВП	61 820	69 533	70 714	83 952	103 766
Расходы гос. бюджета	11 346	13 536	16 725	17 952	21 533
ОРЗ	1 841,5	2 052,2	2 794,4	3 450,1	4 042,8
ТРЗ	1 741,1	1 940,2	2 651,5	3 294,8	3 871,8
Капитальные расходы	100,3	112,0	143,0	155,3	170,9
Гос. расходы	1 060,6	1 163,3	1 744,8	2 189,9	2 389,0
Частн. расходы	679,5	776,5	905,9	1 101,8	1 466,0
Прямые платежи населения	583,0	656,3	735,6	824,7	1 198,3
Схемы финансирования некоммерческих организаций (донорские расходы)	1,0	0,5	0,9	3,0	16,8
<b>Показатели расходов на здравоохранение, процент</b>					
ОРЗ, % от ВВП	3,0%	3,0%	4,0%	4,1%	3,9%
ТРЗ, % от ВВП	2,8%	2,8%	3,7%	3,9%	3,7%
Гос. расх., % от ВВП	1,7%	1,7%	2,5%	2,6%	2,3%
Гос. расх., % от ОРЗ	57,6%	56,7%	62,4%	63,5%	59,1%
Гос. расх., % от ТРЗ	60,9%	60,0%	65,8%	66,5%	62%
Част.расх. % от ВВП	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%	1,4%
Част.расх. % от ОРЗ	36,9%	37,8%	32,4%	31,9%	36,3%
Част.расх. % от ТРЗ	39,0%	40,0%	34,2%	33,4%	38%
Прямые платежи населения, % от ТРЗ	33,5%	33,8%	27,7%	25,0%	31%
<b>Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя</b>					
ОРЗ на душу, тенге	100 104	110 144	148 014	180 422	204 789
ОРЗ на душу, долл. США	290,40	287,77	351,65	423,50	444,73
ТРЗ на душу, тенге	94 650	104 134	140 441	172 298	196,128
ТРЗ на душу, долл. США	274,58	272,07	333,66	404,43	425,92

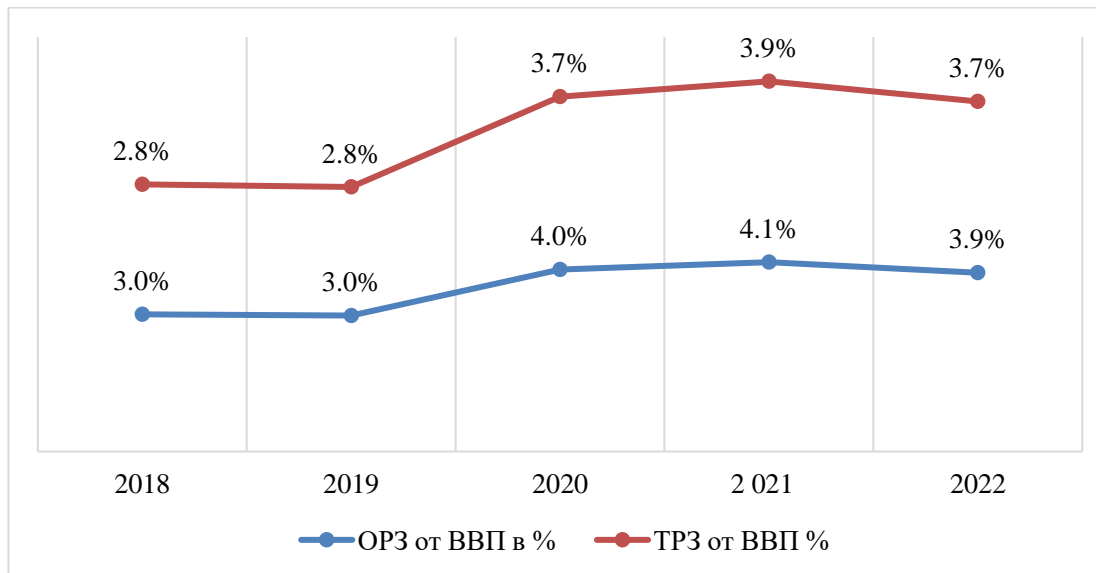
Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных подушевых расходов на здравоохранение в период с 2018 по 2022 годы составил всего 2 раза, а размер накопленной инфляции составил 40%.

Как мы видим, за рассматриваемый период отмечается рост ВВП и расходов государственного бюджета. Вместе с тем, в 2022 году отмечается повышение расходов государственного бюджета на 24%.



**Рисунок 13 – Динамика ВВП и расходов государственного бюджета за 2018-2022 гг (в млрд. тенге)**

Кроме того, несмотря на рост номинальных текущих расходов на здравоохранение, соотношение расходов на здравоохранение к ВВП снизился с 3,9% в 2021 году до 3,7% в 2022 году. Это связано с более высоким темпом роста ВВП и более низким темпом роста расходов на здравоохранение.

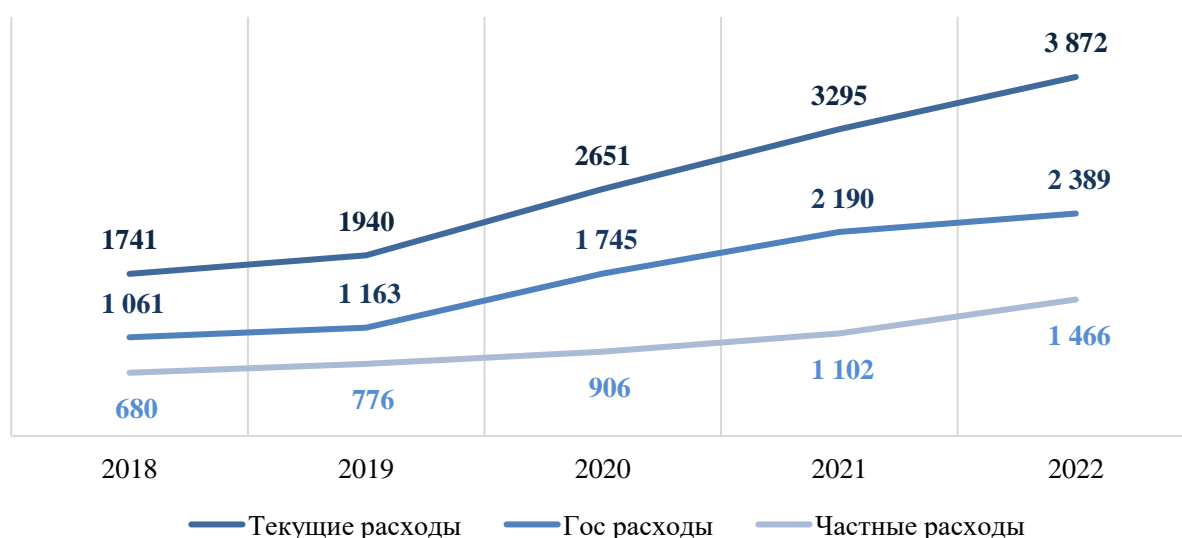


**Рисунок 14 – Динамика процентных соотношений ТРЗ и ОПЗ от ВВП (в %)**

В период 2018-2022 гг. частные расходы колебались вокруг значения в 1,1-1,4% от ВВП, или 33-40% от текущих расходов на здравоохранение. Средний ежегодный прирост номинальных частных расходов составлял 21%. В 2022 году наблюдается рост частных расходов на 33% по сравнению с 2021 годом (Рисунок 14). Данное явление обуславливается ростом потребления медицинских товаров, а также увеличением показателей неформальных

расходов за этот год. Вместе с тем, поскольку адекватного замещения частных расходов государственными не происходит, приходится говорить о дефиците финансовой доступности услуг здравоохранения. Ежегодное повышение частных расходов на здравоохранение говорит о предпочтении населением оплачивать медицинские услуги из собственных доходов, а не за счёт государственного финансирования. Тем самым, отмечается неэффективное использование средств государственного бюджета, а также недостаточное финансирование системы здравоохранения.

Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования показывает, что наибольшая доля расходов приходится на государственный сектор – 62%. Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение составляют 38%.



**Рисунок 15 – Динамика текущих, государственных и частных расходов на здравоохранение в 2018-2022 годы (в млрд. тенге)**

Анализ структуры государственных расходов показал, что преобладают расходы на оказание лечебной и реабилитационной помощи в условиях стационара (43,6% в 2022 году). В странах ОЭСР расходы аналогичный показатель составляют 22,4%.

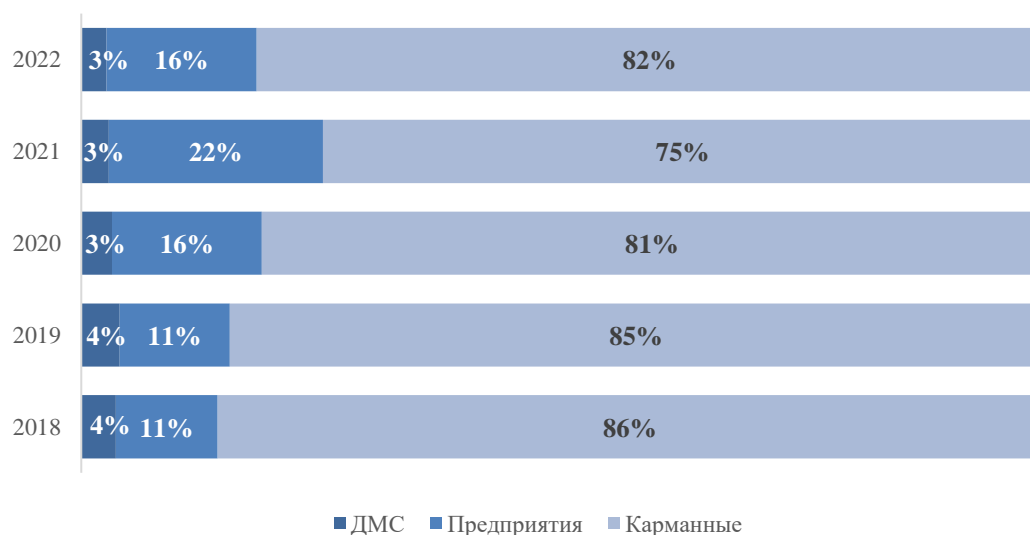
Расходы на оказание лечебной и реабилитационной помощи в амбулаторных условиях в структуре государственных расходов в 2022 году составили 33,3%. Также в странах ОЭСР расходы на амбулаторно-реабилитационной помощи составляют 18,7% (рис.16).



**Рисунок 16 – Структура государственных расходов на здравоохранение в 2018-2022гг. в Казахстане и странах ОЭСР**

Частные расходы на здравоохранение показывают рост на 33%. Вместе с тем, в структуре частных расходов преобладают карманные расходы.

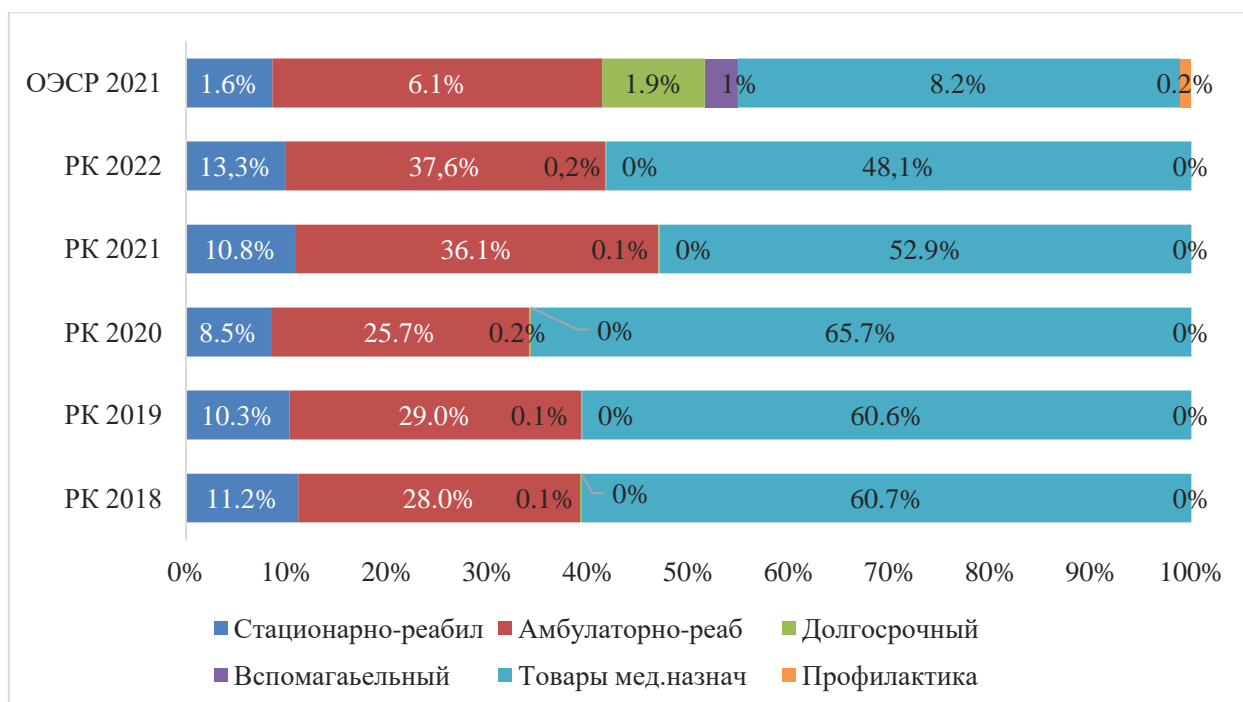
Так, в 2022 году карманные расходы в структуре частных расходов составляют 82%. Также, снизился удельный вес расходов предприятий с 22% в 2021 году до 16% в 2022г. Вместе с тем наблюдается повышение удельного веса карманных расходов с 75% в 2021 г. до 82% в 2022г.



**Рисунок 17 – Структура частных расходов на здравоохранение в 2018-2022 гг. в Казахстане.**

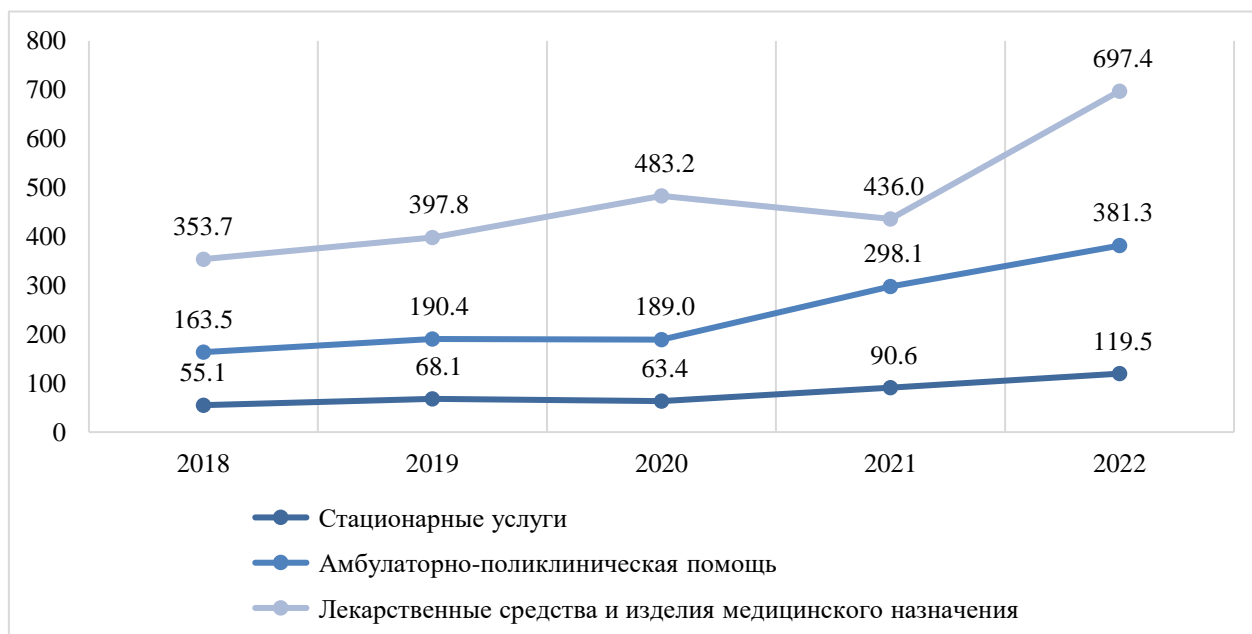
В структуре карманных расходов на здравоохранение преобладают расходы на товары медицинского назначения – 48,1% в 2022 году. Расходы на амбулаторное лечение составили 37,6% карманных расходов. Стационарная

помощь и реабилитация в стационарных условиях в структуре карманных расходов заняли – 13,3%.



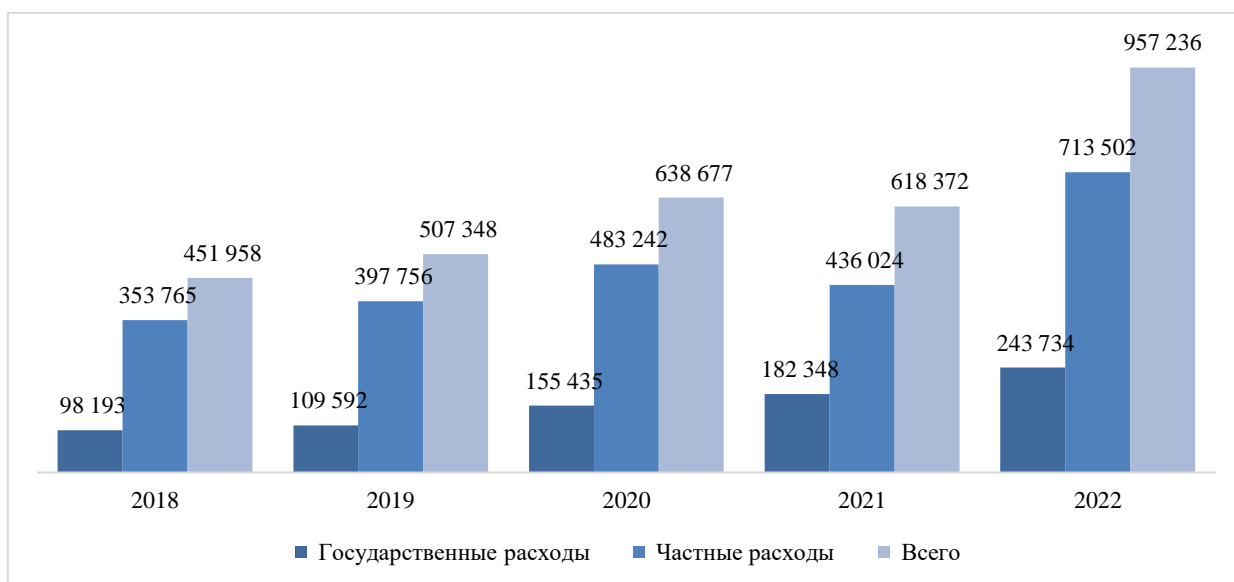
**Рисунок 18 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2018-2022 гг. в Казахстане и странах ОЭСР.**

В 2022 году карманные расходы показывают рост на 33% по сравнению с предыдущим годом. Отмечается рост по всем статьям расходов в структуре карманных расходов (стационарная, реабилитационная и амбулаторная помощь, расходы на лекарства).



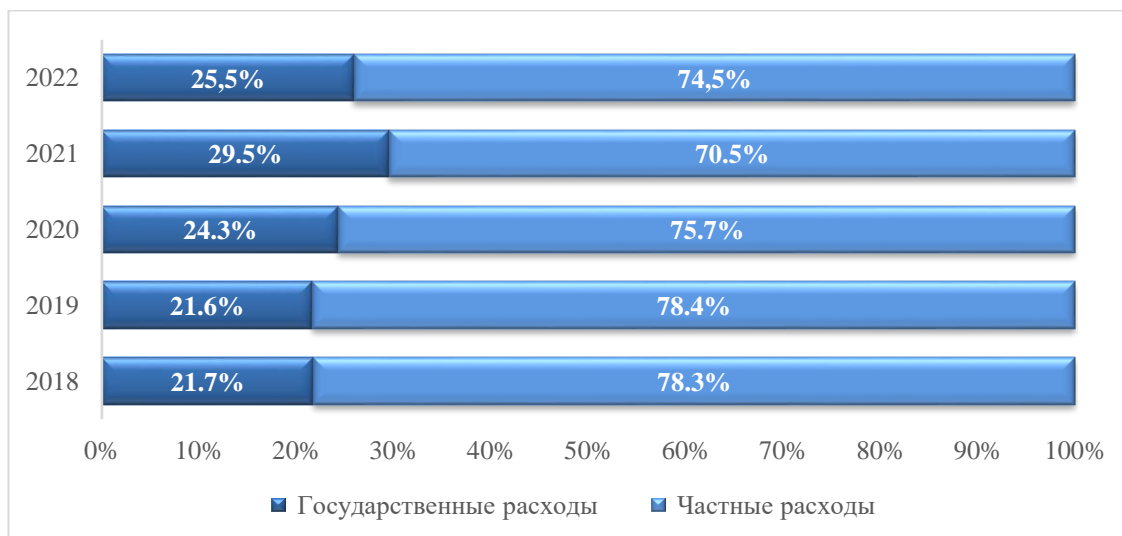
**Рисунок 19 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2018-2022 гг. в Казахстане**

Если рассматривать динамику расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, то отмечается их ежегодный рост, как и от государственных средств, так и от частных. Как показывает Рисунок 19, расходы населения на лекарства ежегодно увеличивались с 2018 года, но исключение составил 2021 год, когда данный показатель снизился на 47,2 млрд. тенге по сравнению с 2020 годом. За последние пять лет частные расходы, направляемые на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения повысился в среднем на 21%, (Рисунок 20).



**Рисунок 20 – Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2018-2022 годы (в млн. тенге)**

Как показывает анализ структуры расходов на ЛС и ИМН, то здесь преобладают расходы населения. Так, за 2018-2021 годы, государственные расходы составляли в среднем 25,5% всех расходов на приобретение медицинских товаров. Остальные 74,5% расходов покрывались непосредственно средства из карманов населения. (Рисунок 21).

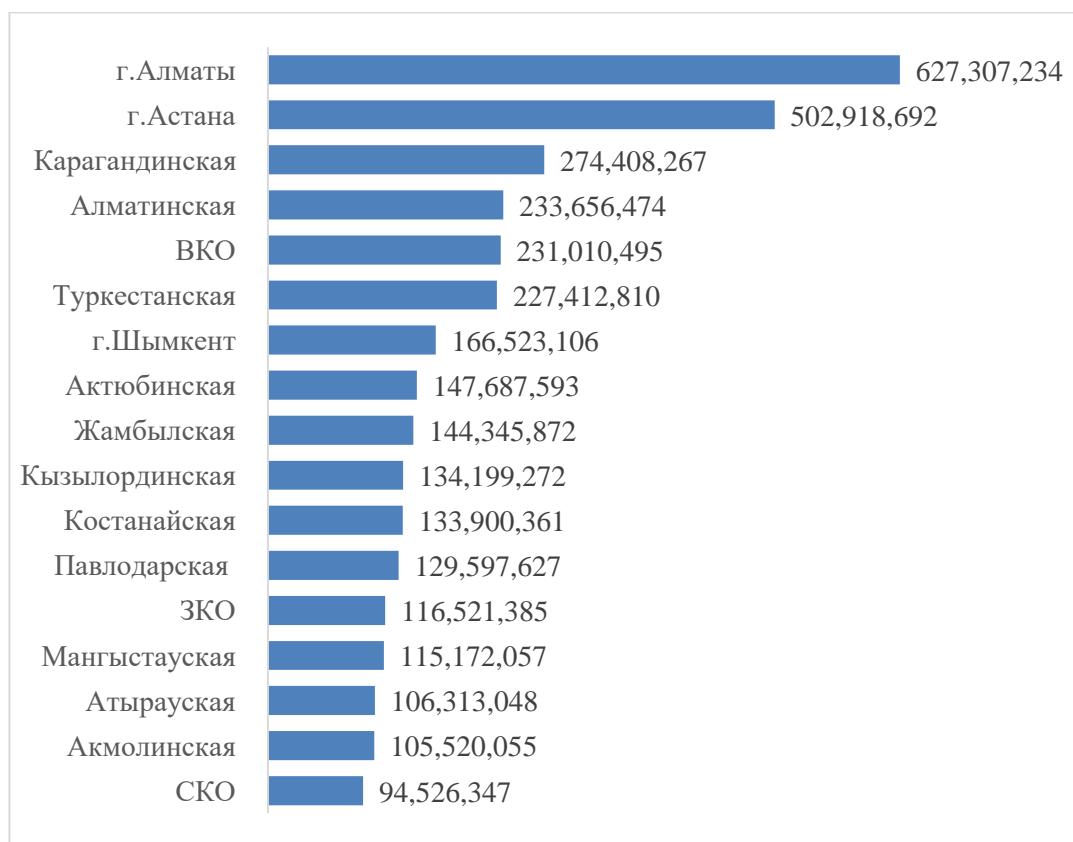


**Рисунок 21 – Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2018-2022 годы (в %)**

## 2.4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан

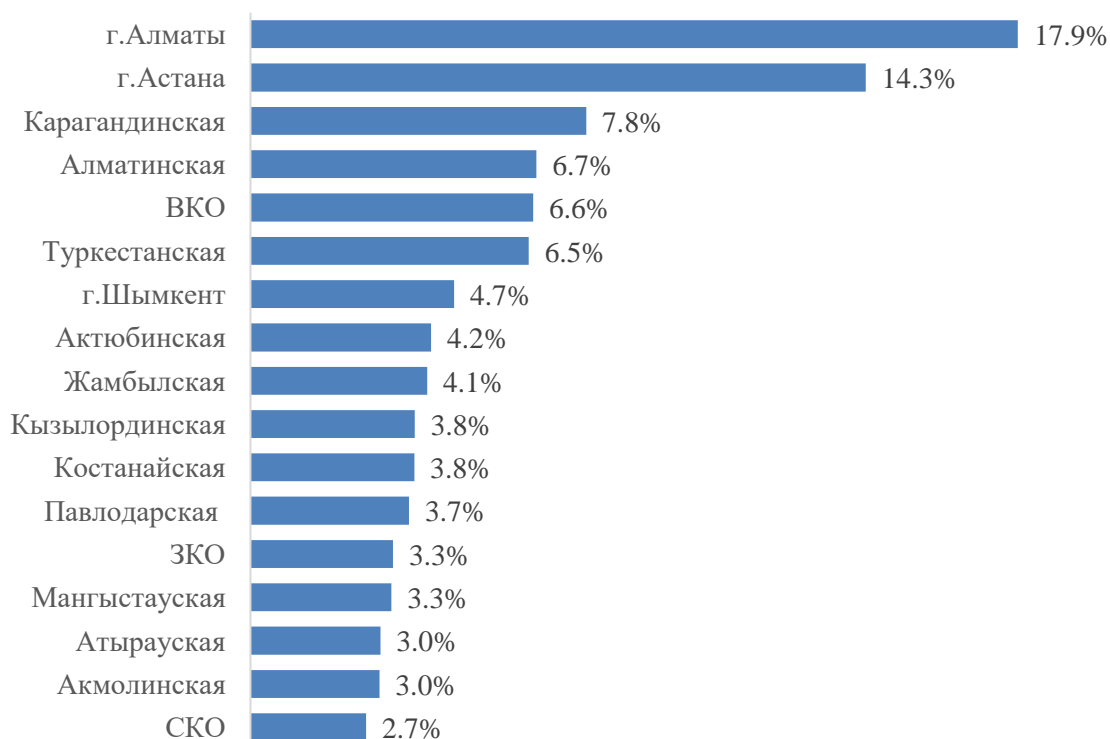
Региональные счета здравоохранения формируются в рамках формирования НСЗ РК в целях анализа регионального распределения расходов на здравоохранение. В целях возможности анализа расходов на здравоохранение на региональном уровне были построены таблицы НСЗ для каждого региона и городов республиканского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

Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2022 года показал, что наибольший объем расходов наблюдается в г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 627 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Северо-Казахстанской области, где затраты на здравоохранения составили 94 млрд. тенге.



**Рисунок 22 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2022 году, тыс. тенге.**

В процентном соотношении по итогам 2022 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в г. Алматы затраты на здравоохранения составили 17,97% к текущим расходам на здравоохранение страны. Удельный вес расходов в г.Астана и Карагандинской области составили 14,4% и 7,9%, соответственно. Удельный вес расходов на здравоохранение в Северо-Казахстанской и Акмолинских областях составили 2,7% и 3,02%, соответственно.



**Рисунок 23 – Распределение текущих расходов на здравоохранение по регионам РК в 2022 году, % к итогу**

Отметим, что ВВП – это главный показатель уровня экономического развития страны, который рассчитывается как сумма стоимости произведенных в стране товаров и услуг за определенный промежуток времени, и показывает уровень развития страны.

В свою очередь, ВРП (валовой региональный продукт) – это аналогичный показатель, только рассчитанный для определенного региона, и показывает экономическое состояние данного региона.

В сравнении с ВВП, ВРП учитывает специфику региона и социально-экономические различия между регионами. Одной из мер по повышению ВРП является развитие инфраструктуры, туризма, сельского хозяйства, здравоохранения и образования. Так, ВРП может помочь правительствам и инвесторам проводить сравнения между различными регионами для принятия стратегических решений о приоритетах инвестирования и экономической политики.

Таким образом, ВВП и ВРП играют важную роль в экономике страны, помогают определить возможности и потенциал развития, способствуют принятию управленческих и финансовых решений на разных уровнях.

Именно поэтому, если общие страновые показатели расходов на здравоохранение рассматриваются с точки зрения сравнения с ВВП, то региональные расходы на здравоохранение необходимо рассматривать в контексте сравнения с ВРП, как основного показателя уровня благосостояния и развития региона.

Так, в процентном соотношении по итогам 2022 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в Туркестанской области затраты на здравоохранение составили 6,5% от ВРП, в Кызылординской области – 5,6% от ВРП, в Жамбылской 5,4% от ВРП.



**Рисунок 24 – Текущие расходы на здравоохранение в % от ВРП по регионам РК в 2022 году**

Среднее страновое значение ТРЗ от ВВП составляет 3,7%. Отметим регионы, которые имеют показатели ниже среднего:

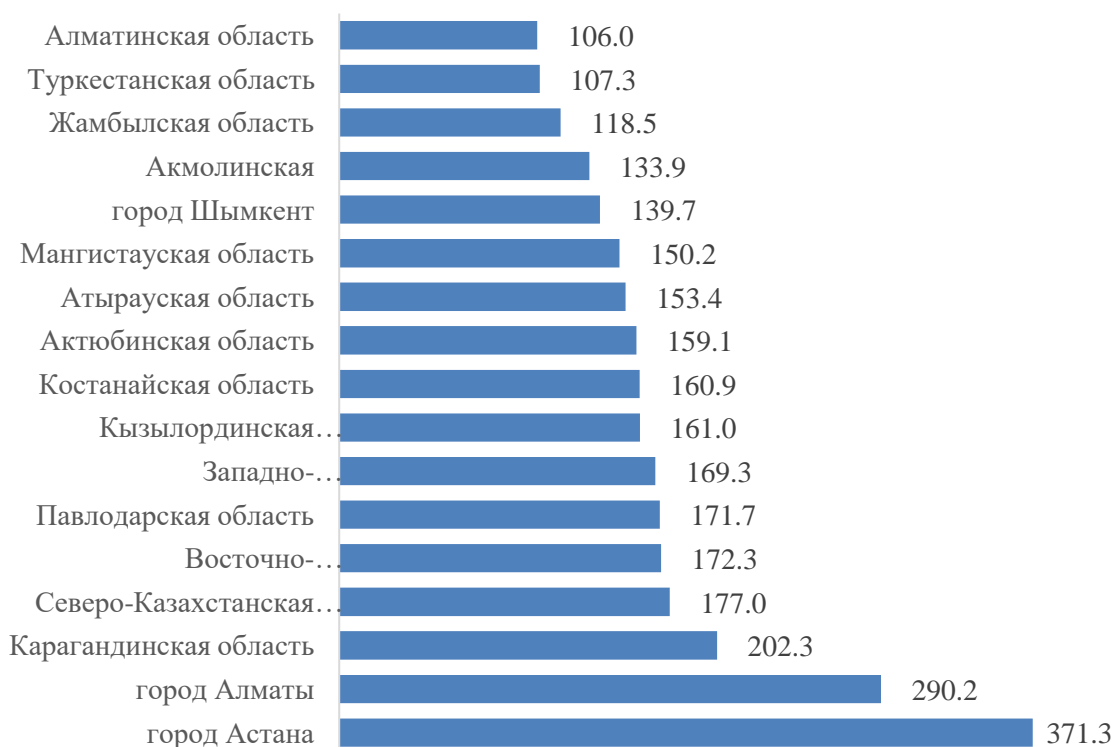
Атырауская область – 0,8% от ВРП, далее с большим отрывом идут Западно-Казахстанская и Мангыстауская области – по 2,6% от ВРП.

Вместе с тем показатели абсолютных и относительных значений расходов по регионам являются мало информативными и зависят от многих факторов, в том числе от численности населения в том или ином регионе. В этой связи используется показатель на душу населения. Этот показатель часто используется для сравнительного анализа между регионами с разной численностью населения. Так, например, ВВП на душу населения показывает уровень экономической активности и качество жизни людей. Чем выше этот показатель, тем больше и продуктивнее работают граждане и, соответственно, выше их уровень благосостояния. Информация на душу населения является срединной информацией, которая дает более четкую картину при принятии решений.

Так, самый высокий показатель ТРЗ на душу населения наблюдается в городах Астана и Алматы 371 тыс тенге и 290 тыс. тенге соответственно. Наименьший уровень расходов на душу населения отмечается в

Туркестанской и Алматинской областях – 107 тыс.тенге и 109 тыс.тенге соответственно.

Отметим что средний показатель расходов на здравоохранение по республике составил 195 тыс.тенге на каждого жителя.



**Рисунок 25 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге.**

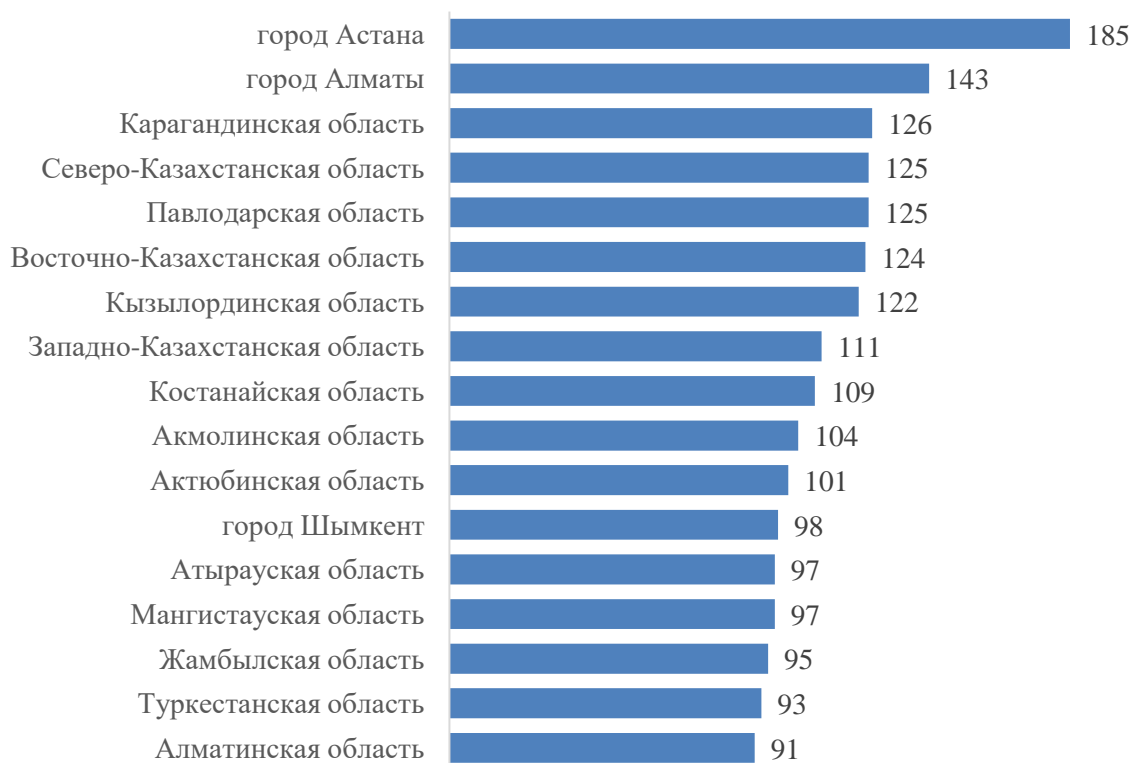
Таким образом, как видно из рисунка, можно отметить лишь 3 региона в Республике, где показатели текущих расходов на здравоохранение выше среднего показателя по стране – это Карагандинская область и города Астана и Алматы. Остальные регионы значительно отстают от среднего странового значения.

Для более детального анализа рассмотрим структуру текущих расходов здравоохранения на душу населения, которые включают в себя государственные и частные расходы на здравоохранение.

Отметим, что средние значения по стране государственных и частных расходов составляют – 121 тыс.тенге и 74 тыс тенге соответственно.

Так, наиболее высокий уровень государственных расходов на душу населения отмечается в следующих регионах:

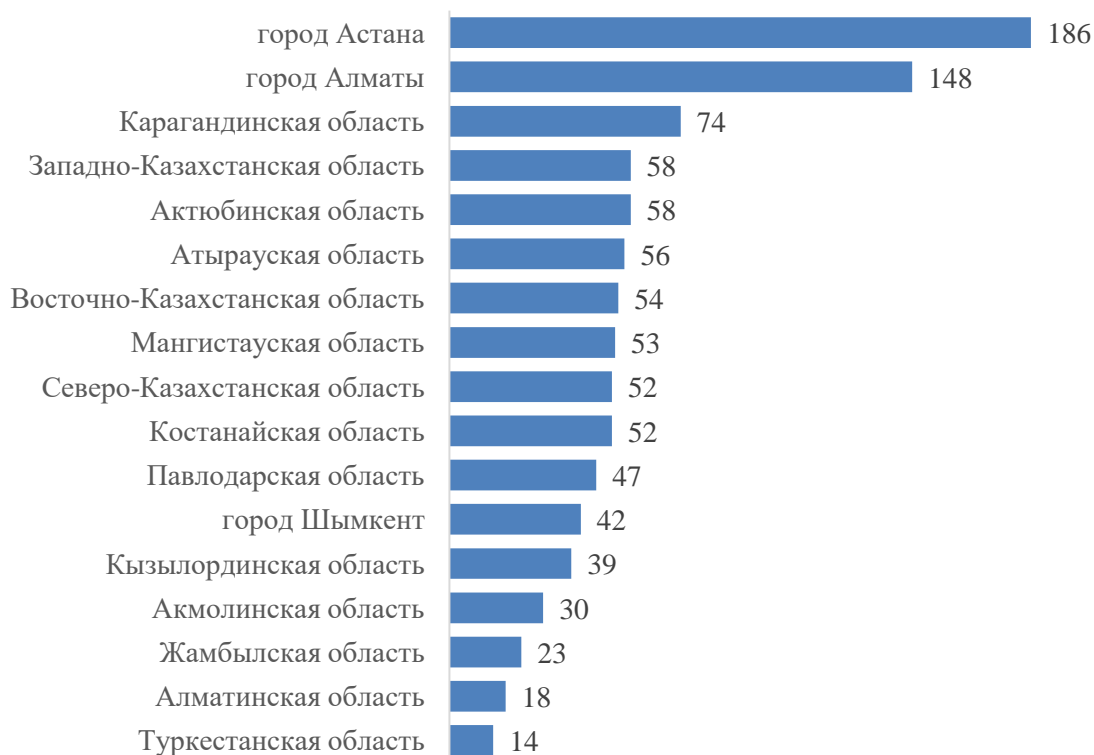
- Г. Астана – 185 тыс.тнеге,
- Г. Алматы – 143 тыс.тенге,
- Карагандинская область – 126 тыс.тенге
- Павлодарская и Северо-Казахстанская области – по 125 тыс.тенге,
- Восточно-Казахстанская область – 124 тыс.тенге,
- Кызылординская область – 122 тыс.тенге.



**Рисунок 26 – Государственные расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге.**

В остальных регионах государственные расходы на душу населения оказались ниже среднего странового значения. Так, самый низкий уровень государственных расходов на здравоохранение отмечается в Алматинской области – 91 тыс.тенге на душу населения.

По частным расходам на душу населения лидирует город Астана – 186 тыс.тенге и Алматы – 148 тыс.тенге на одного жителя. Отметим, что это выше среднего значения по стране (74 тыс.тенге) более чем в 2 раза. Также, размер подушевых государственных расходов на здравоохранение в указанных регионах равен частным подушевым расходам. Это может быть связано с высоким уровнем расходов на добровольное медицинское страхование, которое сильно развито в гг.Астана и Алматы.



**Рисунок 27 – Частные расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге.**

В остальных регионах отмечается более низкий уровень частных расходов на душу населения, чем среднее страновое значение. Самый низкий уровень частных расходов отмечается в Туркестанской области – 14 тыс.тенге на одного жителя.

В целях увеличения текущих расходов на душу населения в этих регионах необходимо развивать ДМС, который окажет серьезную поддержку государству в разделении бремени расходов, что, в свою очередь, позволит сократить карманные расходы.

**Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования** по регионам представлена следующим образом:

По итогам 2022 года можно отметить, что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Алматинской области – 57,8%, Карагандинской области – 51,6% и в г. Шымкент – 56,1%. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в Жамбылской области – 30,4%.

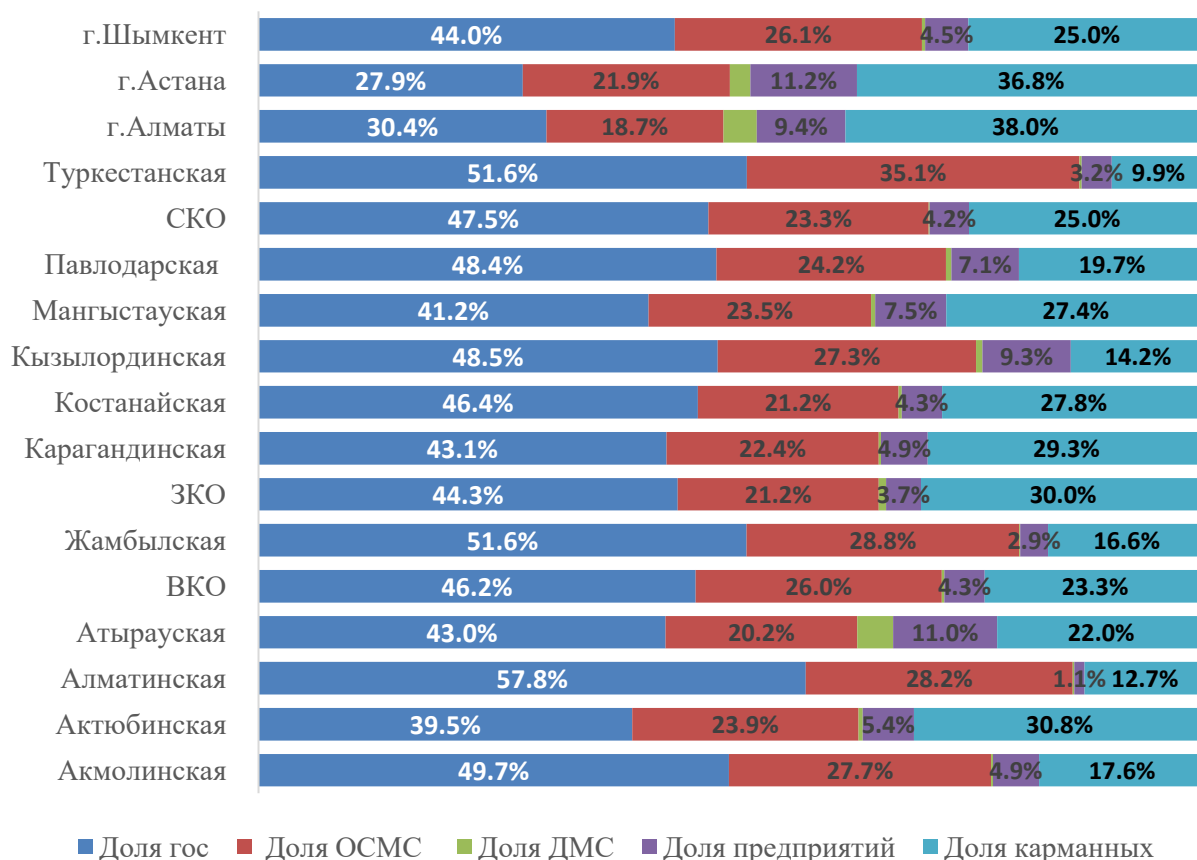
В процентном соотношении наибольшая доля ОСМС в г. Шымкент – 35,1%, а наименьший показатель в Жамбылской области составил – 18,7%.

Наибольшая доля расходов ДМС отмечается в Атырауской области – 3,8%. Наименьший удельный вес расходов наблюдается в г. Астана области и составляет 0,09%.

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в Атырауской области составил 11%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Жамбылская область –

9,4%. Наименьший удельный вес расходов наблюдается в Карагандинской области и составляет 2,9%.

Наибольшая доля карманных расходов показала в Жамбылской и Костанайских областях – 38,0% и 37,99%, Наименьший показатель отмечен в г. Шымкент – 9,9%.



**Рисунок 28 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу**

Анализ расходов по регионам также показывает, что города Астана и Алматы являются лидерами по уровню частных расходов, как в абсолютных, так и относительных значениях. В г. Астана частные расходы на здравоохранение составили 252,6 млрд. тенге (или 50,2% от ТРЗ), в г.Алматы – 319,2 млрд. тенге (или 50,9% от ТРЗ). Совокупный уровень частных расходов по республике составил 1 466 034 118 тыс. тенге, или 38% от ТРЗ.

В остальных регионах показатель частных расходов зафиксирован ниже среднего республиканского значения и колеблется от 13,3% в Туркестанской области до 36,8% в Атырауской области.

Напомним, что частные расходы являются суммой расходов на ДМС, расходов предприятий и карманных расходов. Так, самый высокий уровень карманных расходов зафиксирован в г.Алматы и составил 38% от ТРЗ. В г. Астана доля карманных расходов составила 36,8% от ТРЗ. Самый низкий показатель по карманным расходам демонстрирует Туркестанская область – 9,9%.

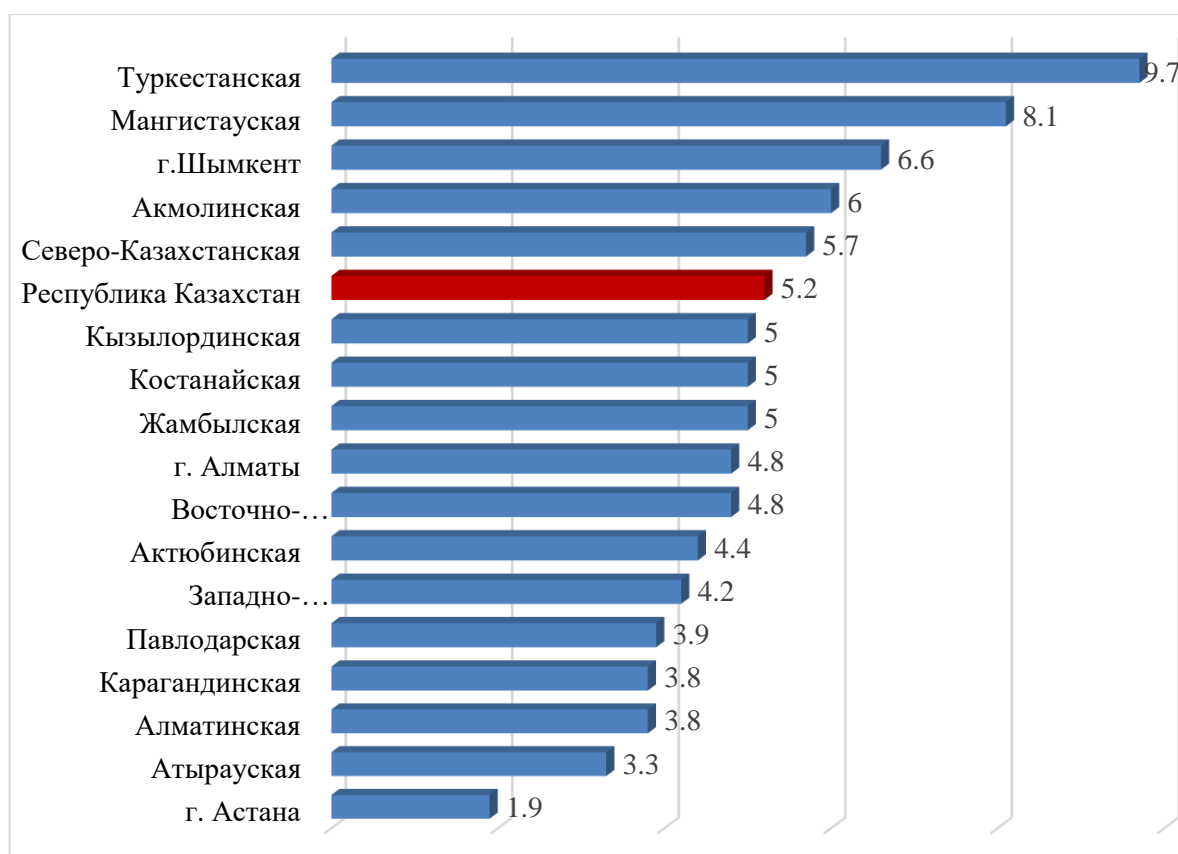
Прежде чем делать выводы об уровне финансирования и карманных расходах населения, проведем анализ уровней доходов регионов.

Ввиду отсутствия единого обобщающего показателя, характеризующего уровень жизни населения, для его анализа используются несколько показателей. Так, например, в Республике Казахстан для официальной оценки уровня бедности принята концепция абсолютной бедности, которая основана на соответствии уровня дохода (или потребления) установленному минимуму средств существования. Критерием оценки выступает величина прожиточного минимума (далее - ВПМ).

Уровень бедности (доля населения с доходами, использованными на потребление, ниже прожиточного минимума) определяется отношением численности населения, имеющего доходы, ниже ВПМ к общей численности населения в процентах.

Так, по данным обследования домашних хозяйств (Бюро национальной статистики) доля населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума в 2022 году, составила 5,2% в Республике Казахстан.

Наиболее высокие значения уровня бедности в разрезе регионов в 2022 году зафиксированы в Туркестанской (9,7%) и Мангистауской (8,1%) областях, наименьшее – в г. Астана (1,9%).



*Рисунок 29 – Доля населения РК, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума*

Также рассмотрим показатель среднедушевых номинальных денежных доходов. Номинальные денежные доходы населения – это денежные средства,

направляемые населением на текущее потребление, производственную деятельность и накопление.



*Рисунок 30 – Среднедушевые номинальные доходы населения*

Самый высокий показатель среднедушевых номинальных доходов населения в 2022 году отмечается в Атырауской области – 308 848 тенге. В г. Алматы – 211 270 тенге, г. Астана – 207 666 тенге.

Самые низкие среднедушевые номинальные доходы зафиксированы в Туркестанской области – 79 987 тенге, г. Шымкент – 90 660 тенге, Жамбылской области – 104 326 тенге.

Таким образом, относительно низкий показатель карманных расходов в Туркестанской области не означает достаточный уровень государственного финансирования и отсутствие необходимости в дополнительных карманных расходах на здравоохранение. Показатели среднедушевых номинальных расходов и уровня бедности подчеркивают, что в Туркестанской области население не располагает дополнительными средствами для оплаты медицинских услуг.

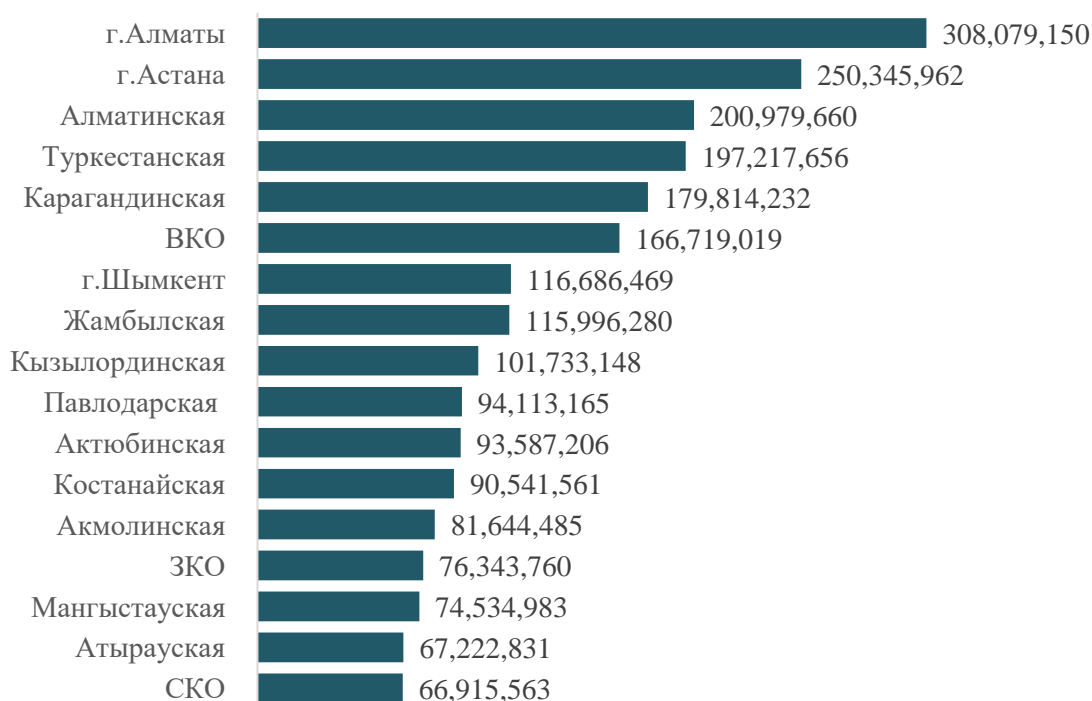
Кроме того, анализ половозрастной структуры по регионам показал, что наибольшее количество нетрудоспособного населения (в возрасте до 18 лет и старше 63 лет) отмечается в Туркестанской области – 50% от всего населения области. Поскольку основными потребителями медицинских услуг являются дети и пенсионеры, то это объясняет относительно высокий уровень государственных расходов.

В регионах с высоким уровнем карманных расходов – гг.Астана и Алматы – высокие показатели ВРП и среднедушевые номинальные доходы, а также низкий уровень бедности. Таким образом, в этих регионах население склонно

приобретать медицинские услуги за счет собственных средств не потому, что государственное финансирование отрасли низкое, а потому, что они в состоянии оплатить услуги, получить дополнительный сервис и не тратить время на ожидание (получение услуги день в день).

Вместе с тем это может говорить о недоступности государственных медицинских услуг. А значит правительству необходимо повышать доступность медицинской помощи путем расширения сети медицинских организаций, улучшения инфраструктуры, совершенствования материально-технического оснащения, увеличения количества врачей и показателя обеспеченности врачами путем поднятия статуса врача, увеличения его заработной платы и т.д.

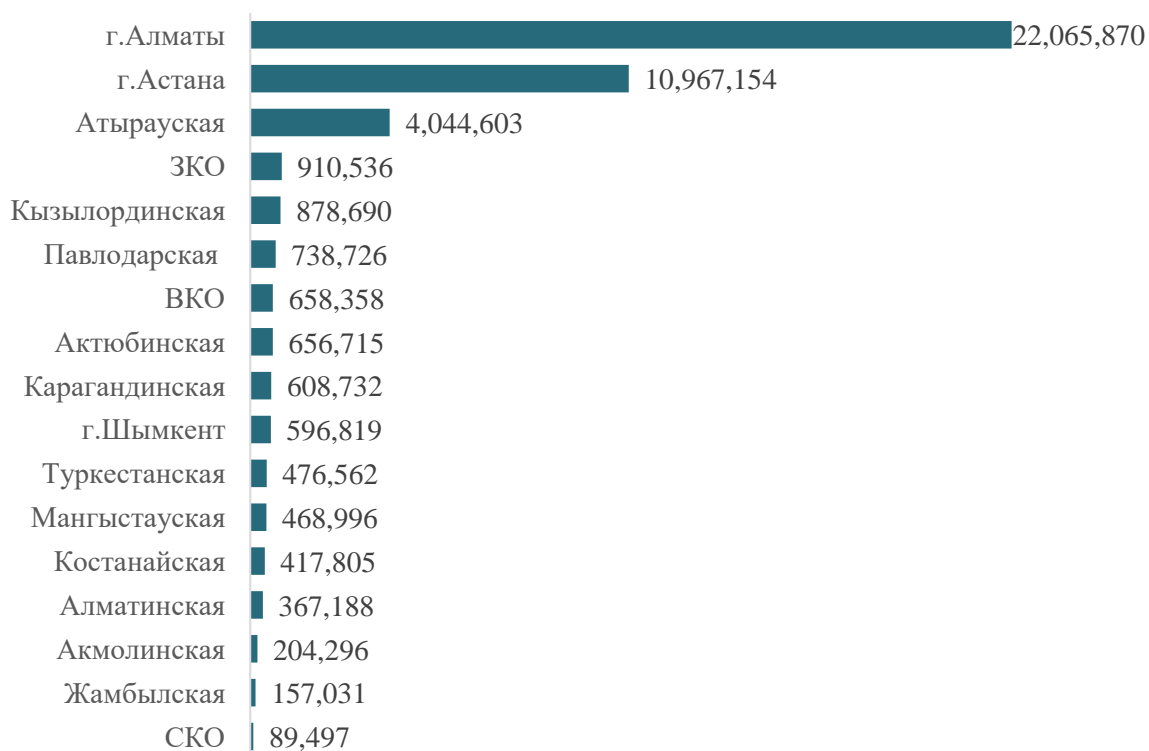
По итогам 2022 г. наибольший объем государственных текущих затрат на здравоохранение в абсолютном выражении приходится на Карагандинскую область – 215,7 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на ЗКО и Павлодарскую области – 56,3 млрд. тенге и 44,4 млрд. тенге соответственно.



**Рисунок 31 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2022 г. (тыс. тенге)**

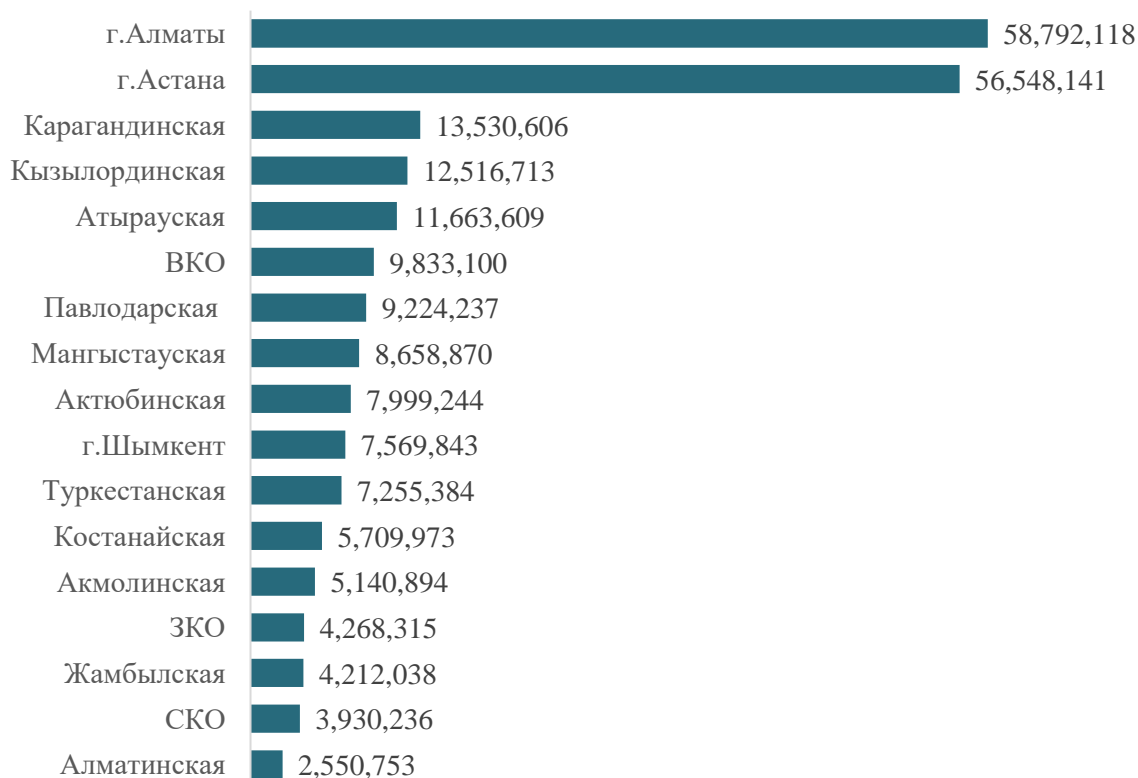
Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет средств ДМС и доходов, поступающих от предприятий. Поступления за счет средств ДМС и от предприятий показаны на Рисунках ниже.

Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы – 22,1 млрд. тенге, далее г. Астана – 10,9 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Северо-Казахстанской области – 89,5 млн. тенге.



**Рисунок 32 – Схемы медицинских взносов, поступающих в рамках добровольного медицинского страхования, в 2022 г. (тыс. тенге)**

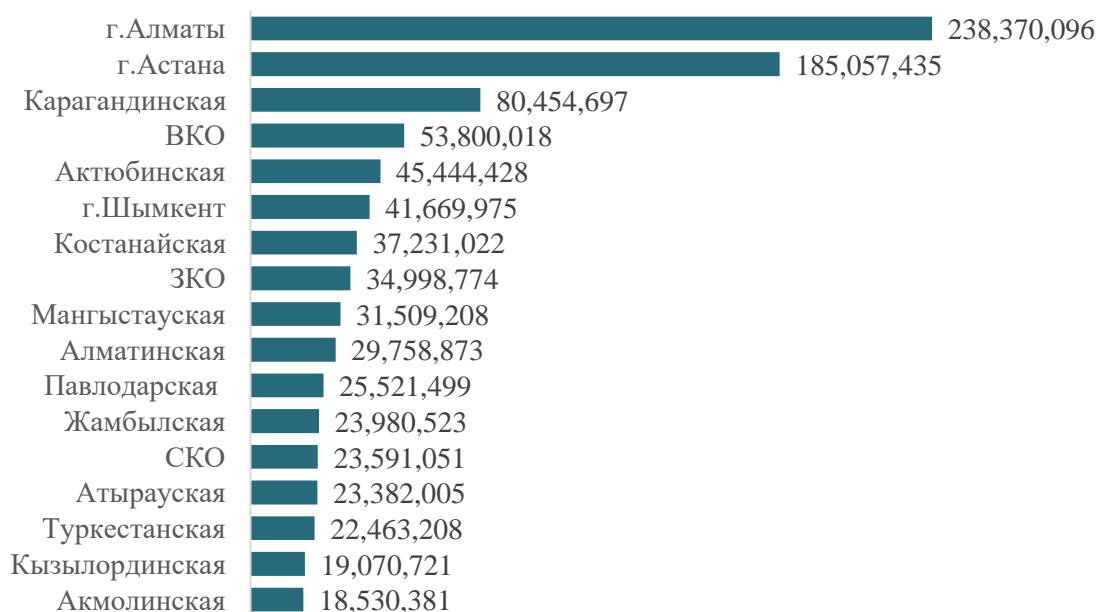
Что касается расходов предприятий, то наибольший объем показал г. Алматы – 58,8 млрд. тенге, далее г. Астана – 56,5 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Алматинской области – 2,5 млрд. тенге.



**Рисунок 33 – Схемы медицинских взносов, поступающих от предприятий (тыс. тенге)**

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 31,1% от текущих расходов на здравоохранение. Карманные расходы домохозяйств в разрезе регионов показаны на рисунке ниже.

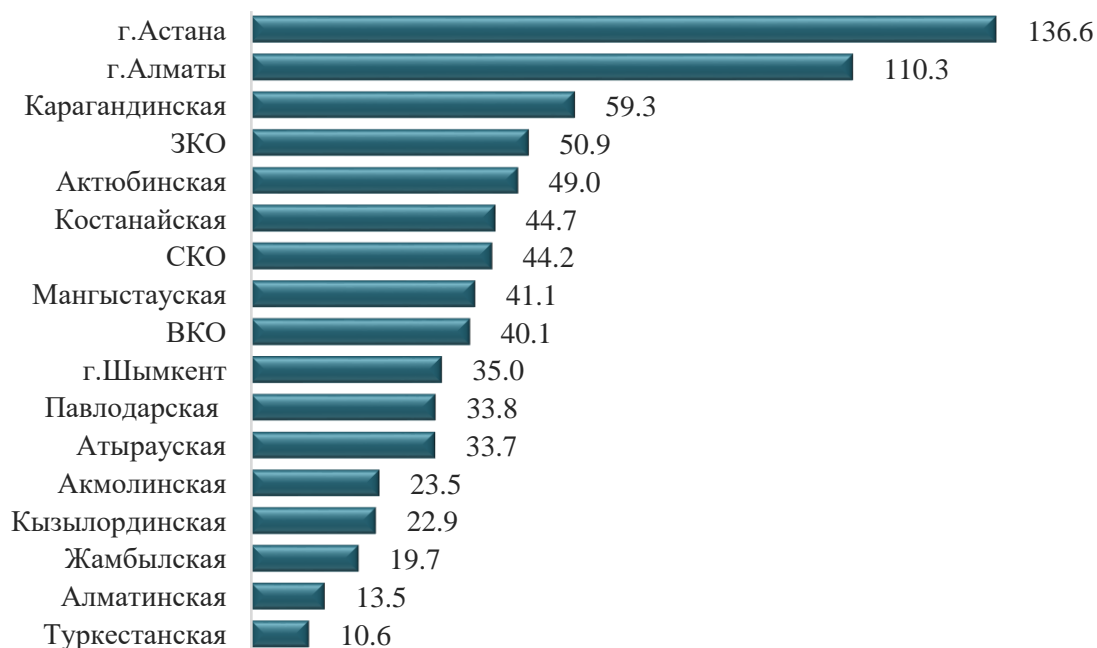
Наибольший объем расходов показывает г. Алматы – 238,4 млрд. тенге. За ним следует г. Астана – 185,1 млрд. тенге. Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в Акмолинской области 18,5 млрд. тенге.



**Рисунок 34 – Карманные расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2022г. (тыс. тенге)**

Расходы на одного жителя в городах Астана и Алматы в 4-5 раз выше по сравнению с другими городами. Так, наибольший размер карманных подушевых расходов отмечается в г. Астана и составили в 2022 году 136,6 тыс. тенге. Далее следует г. Алматы – 110,3 тыс. тенге.

Наименьшие подушевые карманные расходы наблюдаются в Туркестанской области – 10,6 тыс. тенге.



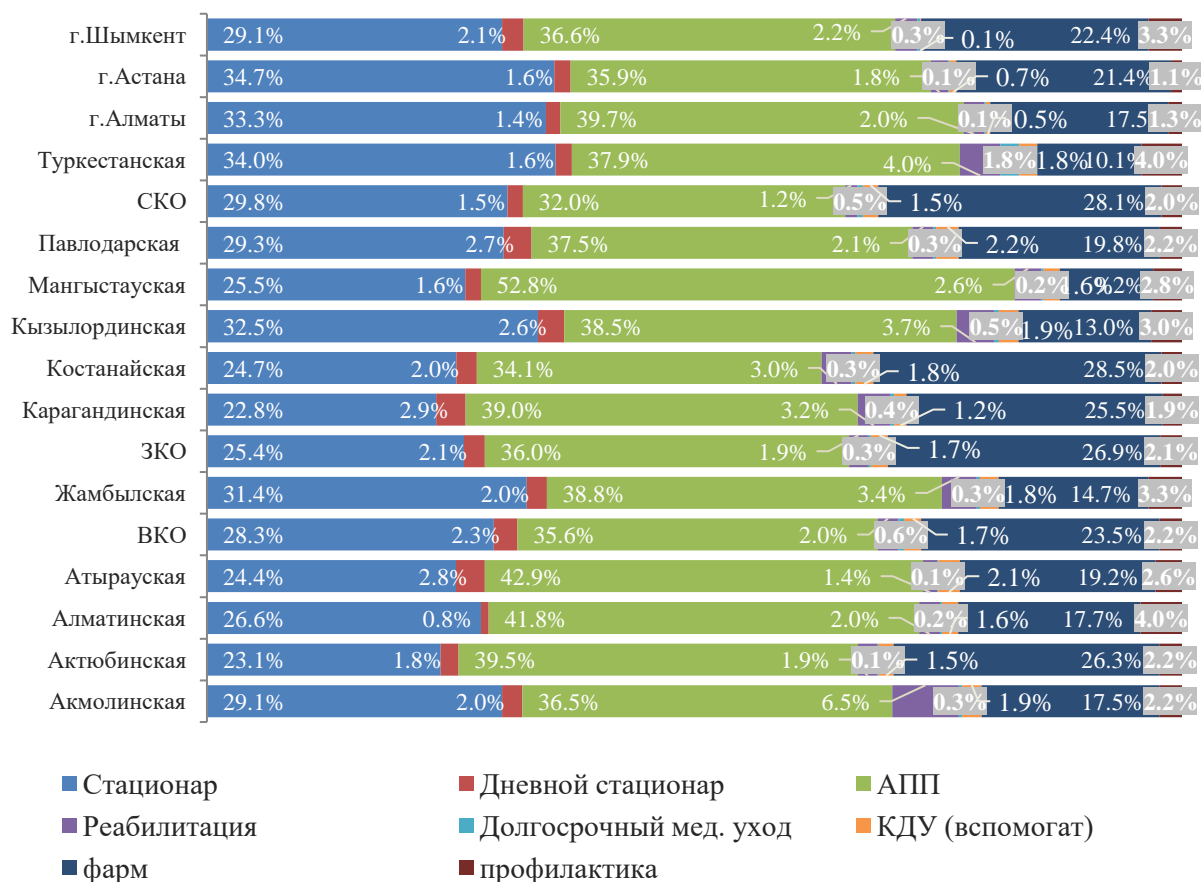
**Рисунок 35 – Карманные расходы на одного жителя в разрезе регионов (тыс.тенге)**

Согласно структуре расходов в разрезе услуг здравоохранения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 22,8% до 34,7% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2022г. являлся г. Астана (34,7%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Карагандинской области (22,8%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2022г. было направлено от 32,0% до 52,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Мангистауской области (52,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской области (32,0%).

На лечение в дневном стационаре в 2022г. было направлено от 0,8% до 2,9% всех расходов на медицинские услуги. Так, 0,8% расходов услуг лечения было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 2,9% - Карагандинской области.

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги – от 1,2% до 6,5% всех расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечают регионы, в которых приличная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область – 6,5%, Туркестанская область – 6,0%, Кызылординская область – 3,7%. (Рисунок 36).



**Рисунок 36 – Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам РК в 2022 году, в % к сумме**

Расходы на КДУ (вспомогательные услуги) колеблются от 0,1% до 2,2% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например в городе Шымкент на КДУ было израсходовано 0,1%, а в Павлодарской области – 2,2%.

В абсолютном выражении распределение расходов на стационарную помощь выглядит следующим образом:

**По государственным расходам на стационарную медицинскую помощь (СМП)** на душу населения лидирует г. Астана – 110 тыс.тенге. (рис.37) Минимальная сумма государственных расходов на оказание стационарной помощи на 1 жителя составила 16 тыс.тенге в Атырауской области.

По частным расходам на СМП на 1 жителя в лидерах также города республиканского значения:

- г. Алматы – 28 тыс. тенге.
- Г. Астана – 33 тыс.. тенге.

Далее частные расходы на СМП распределились равномерно по регионам – от 1 до 7 тыс.тенге на одного жителя.



**Рисунок 37 – Расходы на медицинские услуги на стационарном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге**

**Амбулаторное лечение** включает в себя основные медицинские услуги на амбулаторном уровне (КПН, СКПН), специализированное амбулаторное лечение (КДУ вне КПН), иные виды амбулаторных лечебных услуг (расходы местного бюджета – 039БП – услуги call-центров).

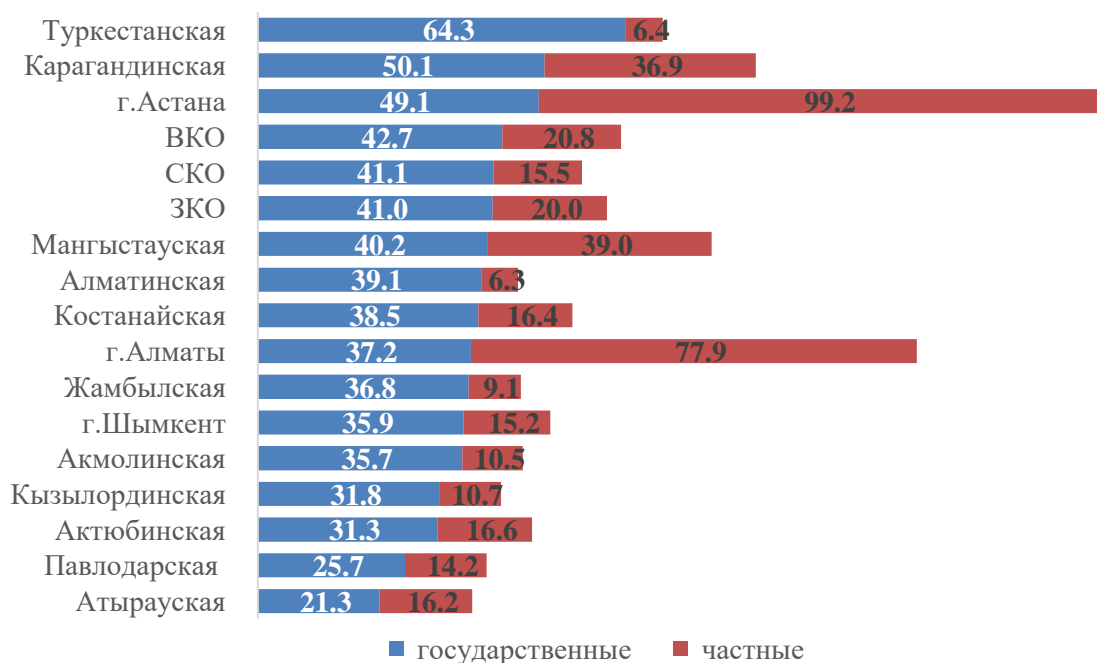
Так, наиболее высокий показатель **государственных расходов на амбулаторное лечение на 1 жителя** отмечается в следующих регионах по убыванию (рис.38):

- Туркестанская область – 64,3 тыс.тенге,
- Карагандинская область – 50,1 тыс.тенге,
- Г.Астана – 49,1 тыс.тенге.

Наименьший уровень государственных расходов на амбулаторную помощь показывает Атырауская область – 21,3 тыс.тенге.

Наибольший уровень **частных расходов на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя** отмечается в городах Алматы и Астана - 77,9 тыс.тенге и 99,2 тыс.тенге соответственно.

Наименьший показатель по частным расходам на амбулаторную помощь на душу населения наблюдается в Алматинской и Туркестанской областях – 6,3 тыс.тенге и 6,4 тыс.тенге соответственно.



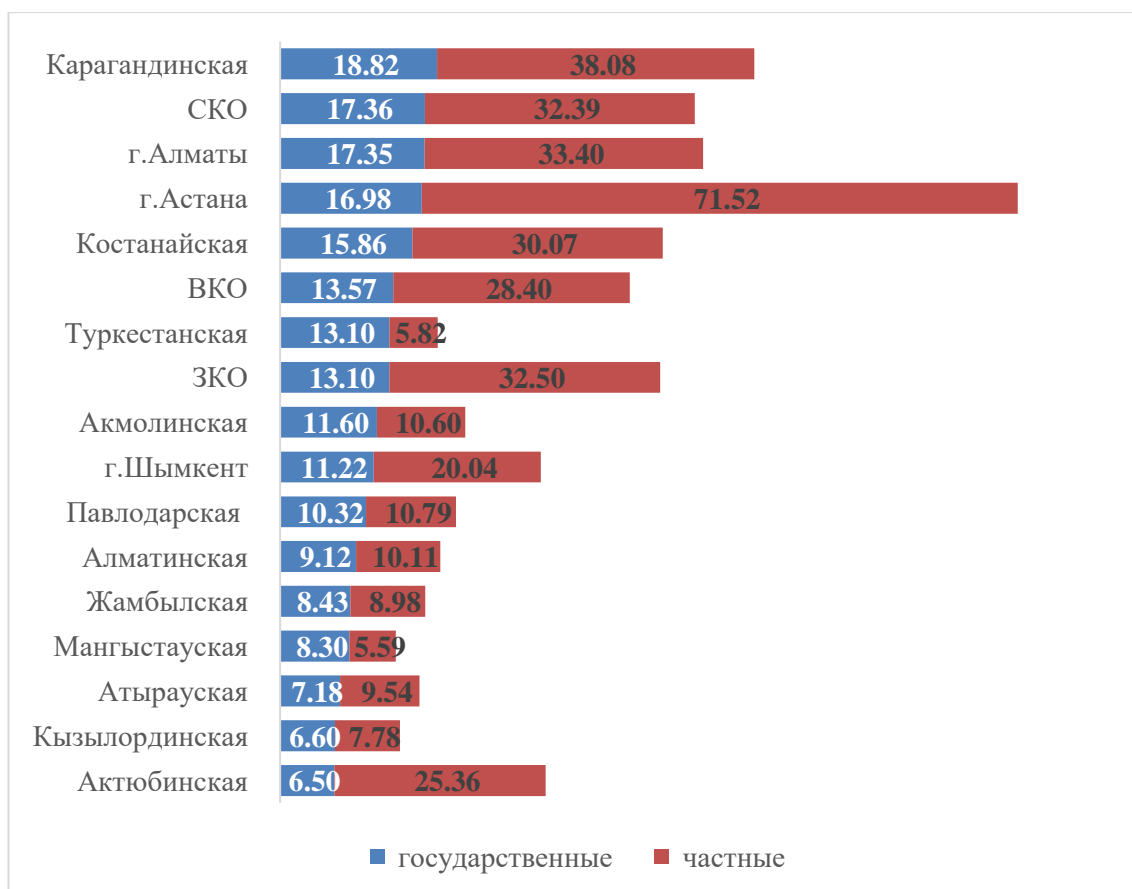
**Рисунок 38 – Расходы на медицинские услуги на амбулаторном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге**

Государственные расходы **на фармацевтические препараты** включают в себя расходы по предоставлению лекарств в рамках АЛО, а также АРВ-препараты и противотуберкулезные лекарства.

Самый высокий показатель подушевых государственных расходов на лекарства составляет 18,8 тыс.тенге и приходится на Карагандинскую область (рис.39). В СКО и г.Алматы подушевые государственные расходы на лекарства составили 17,3 тыс.тенге. Самый низкий уровень расходов по этому показателю отмечен в Актюбинской области и составил 6,5 тыс.тенге.

Наибольший объем частных расходов на приобретение фарм препаратов приходится также на город Астана – 71,5 тыс.тенге.

Следующим по значению стоит Карагандинская область – 38,1 тыс. тенге, что почти в 2 раза ниже, чем в г. Астане.



**Рисунок 39 – Расходы на предоставление мед.товаров на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге**

Далее рассмотрим услуги здравоохранения, которые предоставляются за счет средств государства, без участия частных схем финансирования.

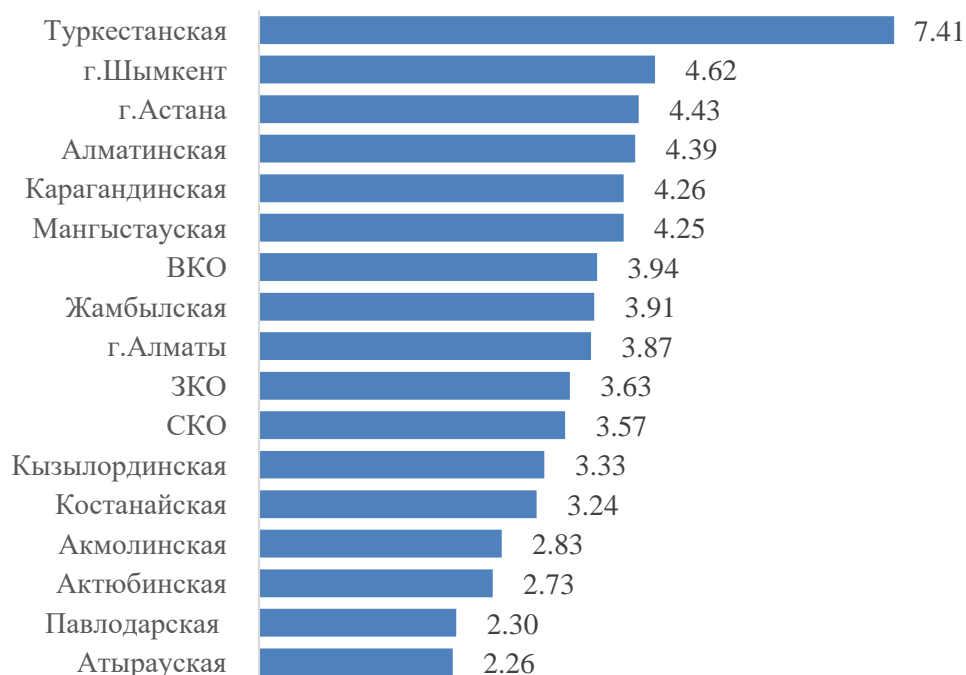
Оказание **профилактических услуг** включает в себя следующее:

- ✓ Информационная, образовательная и консультационная программы;
- ✓ Программы иммунизации;
- ✓ Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг;
- ✓ Программа мониторинга состояния здоровья;
- ✓ Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья;
- ✓ Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации.

Так, государственные расходы на профилактические услуги на душу населения распределились следующим образом (рис.40):

- Туркестанская область 7,41 тыс. тг.
- Г.Шымкент – 4,62 тыс. тг.

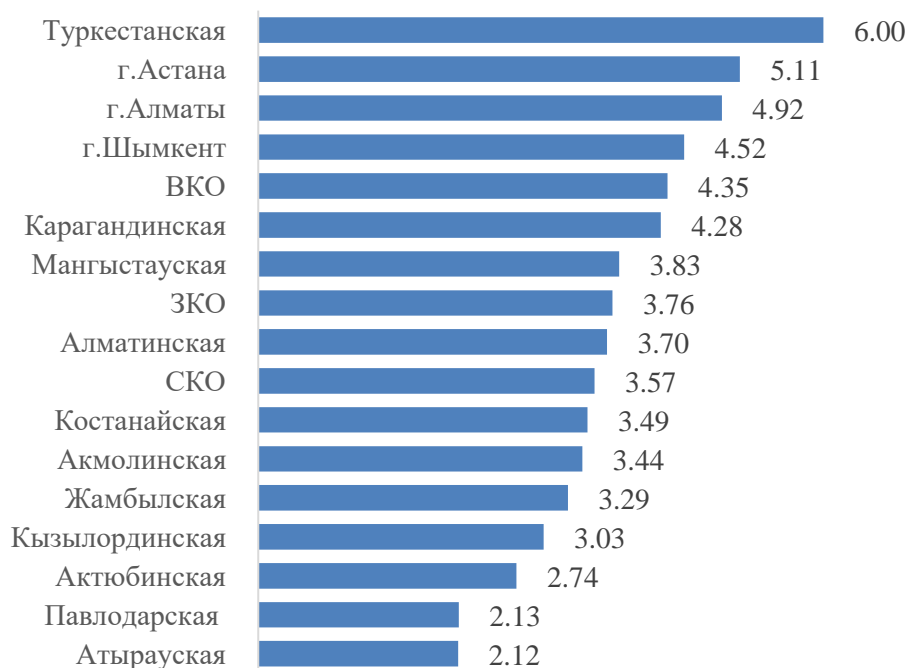
Наименьший размер государственных расходов на профилактические услуги отмечается в Атырауской области и составляют 2,26 тыс. тг. На одного жителя.



**Рисунок 40 – Расходы на профилактику на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге**

**Оказание скорой медицинской помощи** включает в себя расходы на предоставление скорая медицинской помощи, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом.

Так, самый высокий показатель государственных расходов на скорую медицинскую помощь отмечается в Туркестанской области – 6 тыс.тенге на 1 жителя в 2022 году. Самый низкий в Атырауской области – 2,1 тыс.тенге на душу населения. (рис.41)

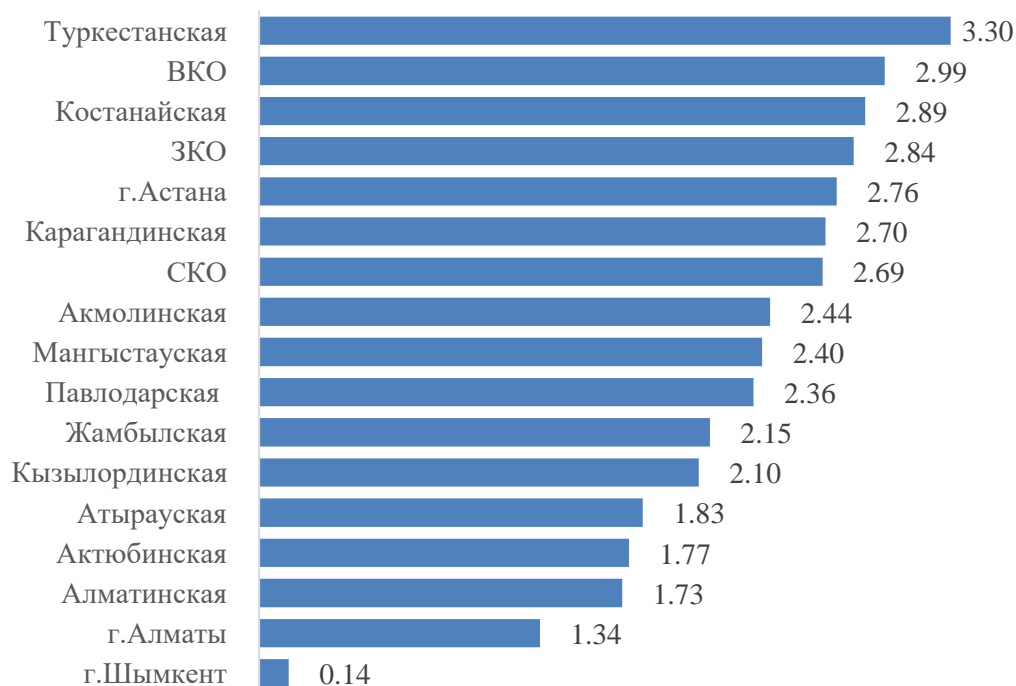


**Рисунок 41 – Расходы на оказание скорой медицинской помощи на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге**

**Вспомогательные услуги КДУ** включают в себя диагностические и лабораторные услуги патолого-анатомического бюро, прижизненная пат диагностика, обследование на туберкулез, компьютерная томография.

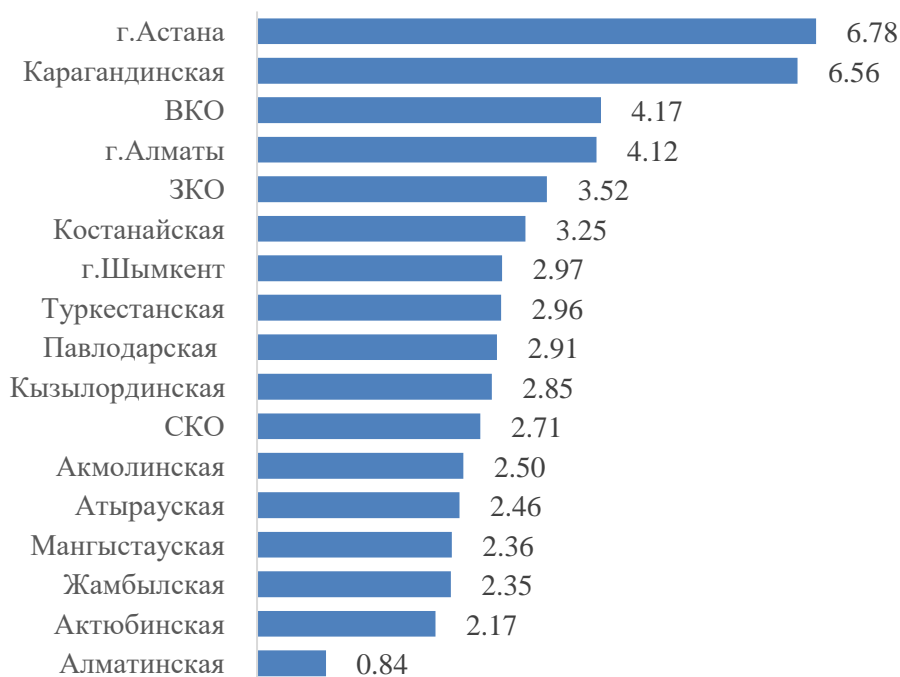
Так, самый высокий показатель расходов на диагностические услуги приходится на Туркестанскую область – 3,3 тыс.тенге на 1 жителя (рис.42).

Наименьший показатель отмечается в городе Шымкент – 0,14 тыс.тенге на одного жителя. Это объясняется тем, что Шымкент и Туркестанская область делят один фтизиопульмонологический центр, который находится в Туркестанской области. В остальных регионах подушевые расходы на вспомогательные услуги составляют от 1,34 тыс.тенге до 3 тыс.тенге на одного жителя.



**Рисунок 42 – Расходы на диагностические и лабораторные услуги на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге**

**По государственным расходам на стационарозамещающую помощь на 1 жителя** в первой тройке лидеров г. Астана – 6,78 тыс.тенге, Карагандинская область – 6,56 тыс.тенге, ВКО – 4,17 тыс.тенге. На самом последнем месте Алматинская область – 0,84 тыс.тенге на душу населения.

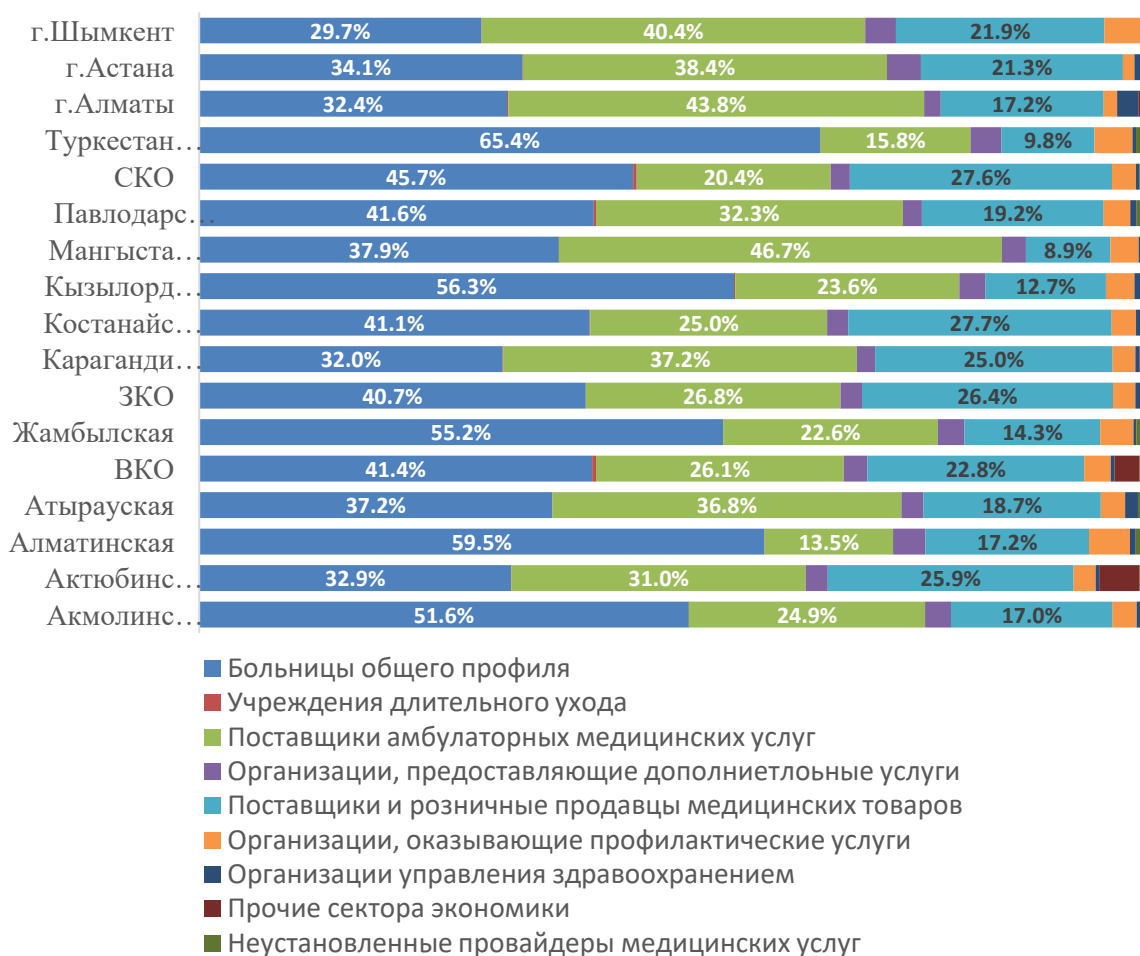


**Рисунок 43 – Расходы на медицинские услуги в условиях дневного стационара на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге**

**Структура расходов в разрезе поставщиков услуг здравоохранения** показывает следующее:

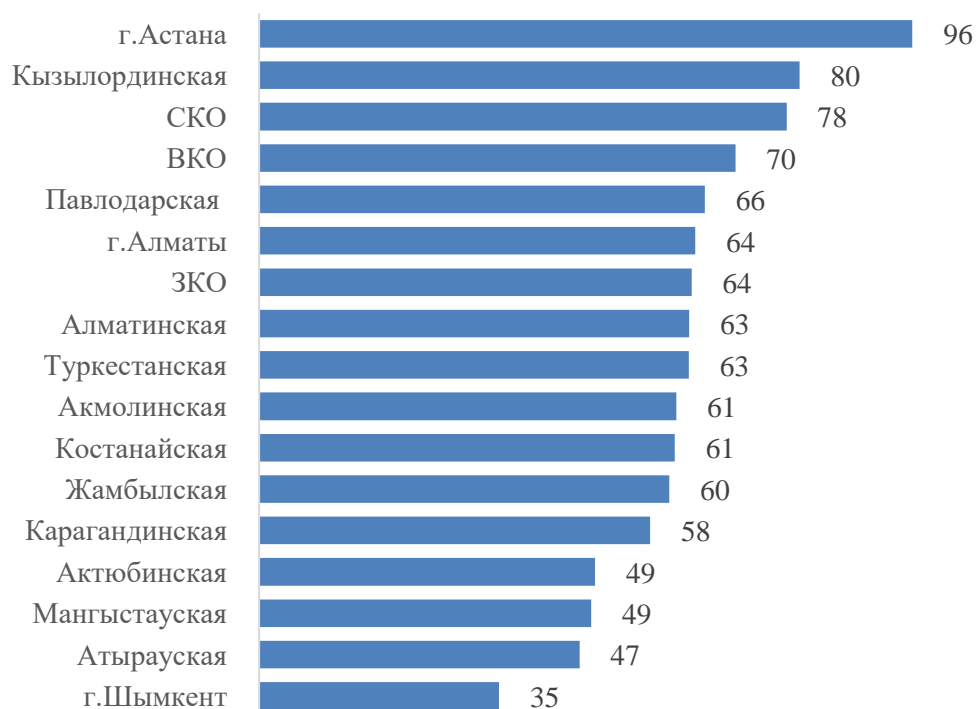
В больницы общего профиля направляются от 29,7% до 65,4% всех расходов здравоохранение. Учреждения длительного ухода потребляют до 0,4% всех расходов на здравоохранение.

Поставщики амбулаторных услуг расходуют от 13,5% в Алматинской области до 46,7% в Мангыстауской области всех расходов на здравоохранение. На организации, предоставляющие дополнительные услуги, направляются от 1,7% до 3,6% от ТРЗ. Поставщики медицинских товаров расходуют от 9,8% до 27,7% от ТРЗ.



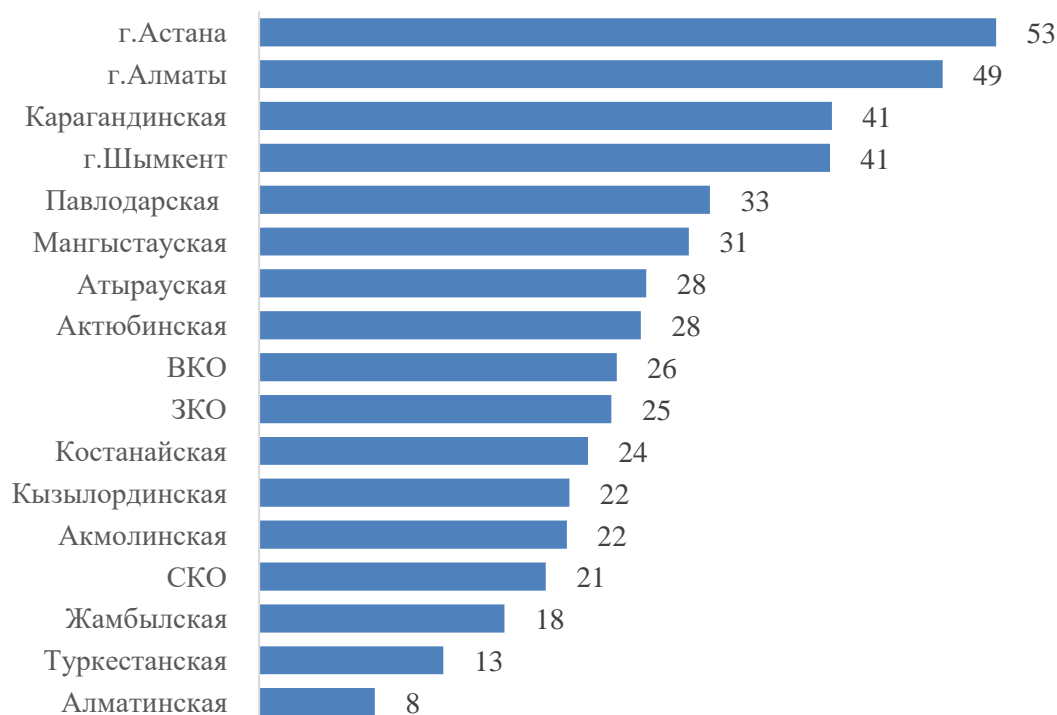
**Рисунок 44 – Структура текущих расходов в разрезе поставщиков здравоохранения по регионам РК в 2022 году, в % к сумме**

Государственные схемы финансирования являются основными покупателями у поставщиков услуг медицинской помощи и в первую очередь амбулаторной и стационарной помощи. При этом в расчете на 1 жителя максимальный объем доходов поставщиков услуг больниц общего профиля приходится на г.Астана – 96 тыс. тенге, минимальный в г.Шымкент – 35 тыс.тенге на 1 жителя. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет 2,7 раза (Рисунок 45).



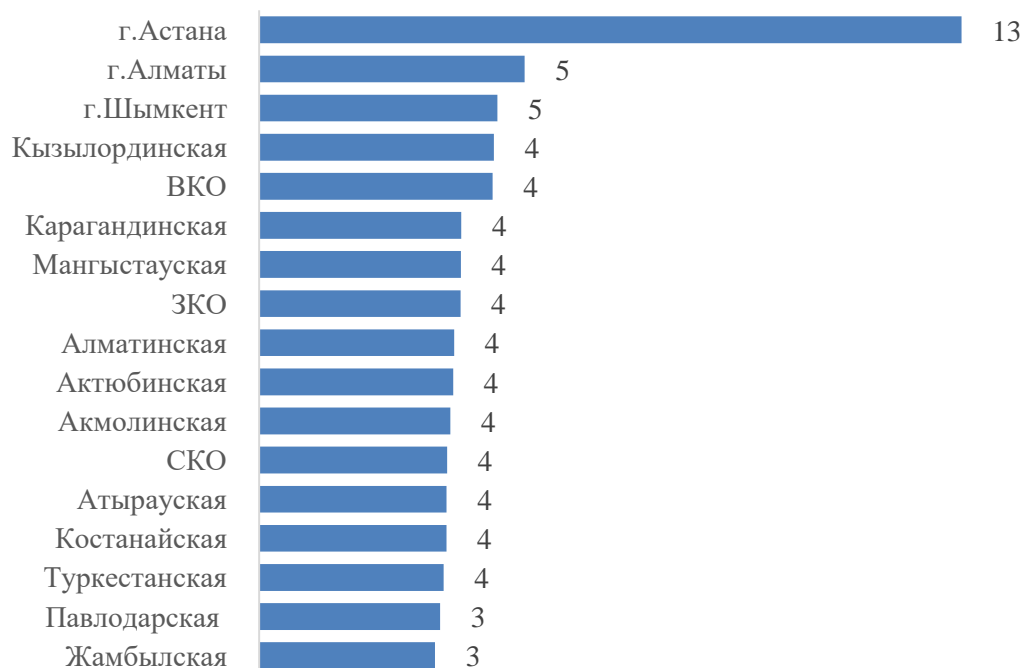
**Рисунок 45 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тыс. тенге.**

Доходы поставщиков амбулаторных услуг в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования показывают минимальный объем в Алматинской области – 8 тыс.тенге и максимальный объем в городе Астана – 53 тыс.тенге (Рисунок 46).



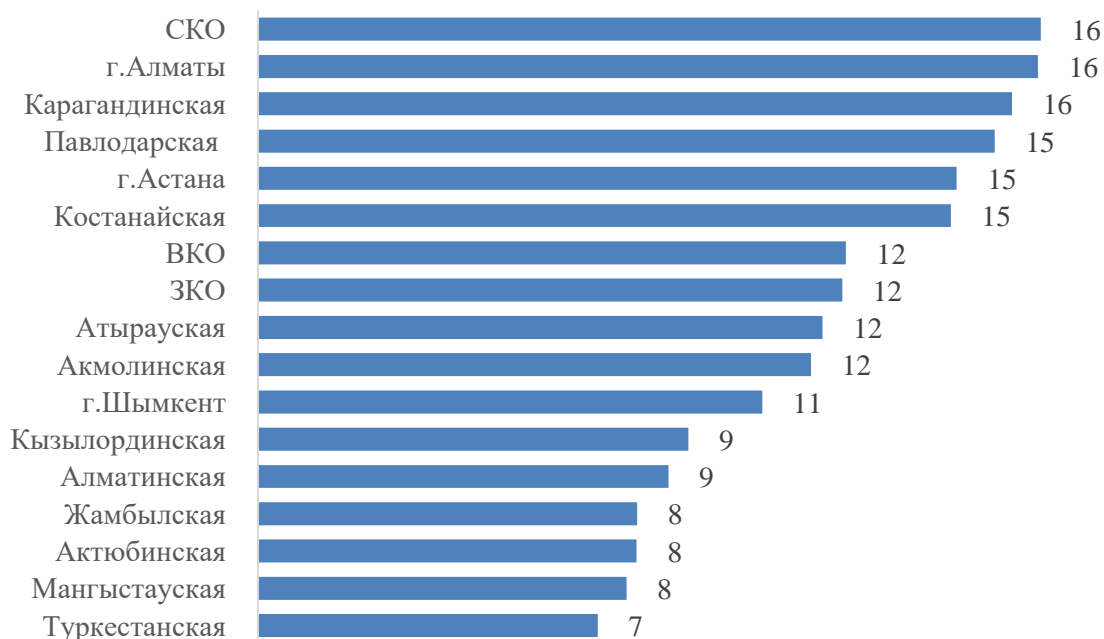
**Рисунок 46 – Доходы поставщиков амбулаторных услуг на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.**

Финансирование организаций, предоставляющих дополнительные услуги, в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в целом распределился равномерно по республике – от 3 до 5 тыс.тенге на 1 жителя, за исключением г.Астана, где отмечается максимальный уровень расходов – 13 тыс.тенге на 1 жителя. (Рисунок 47).



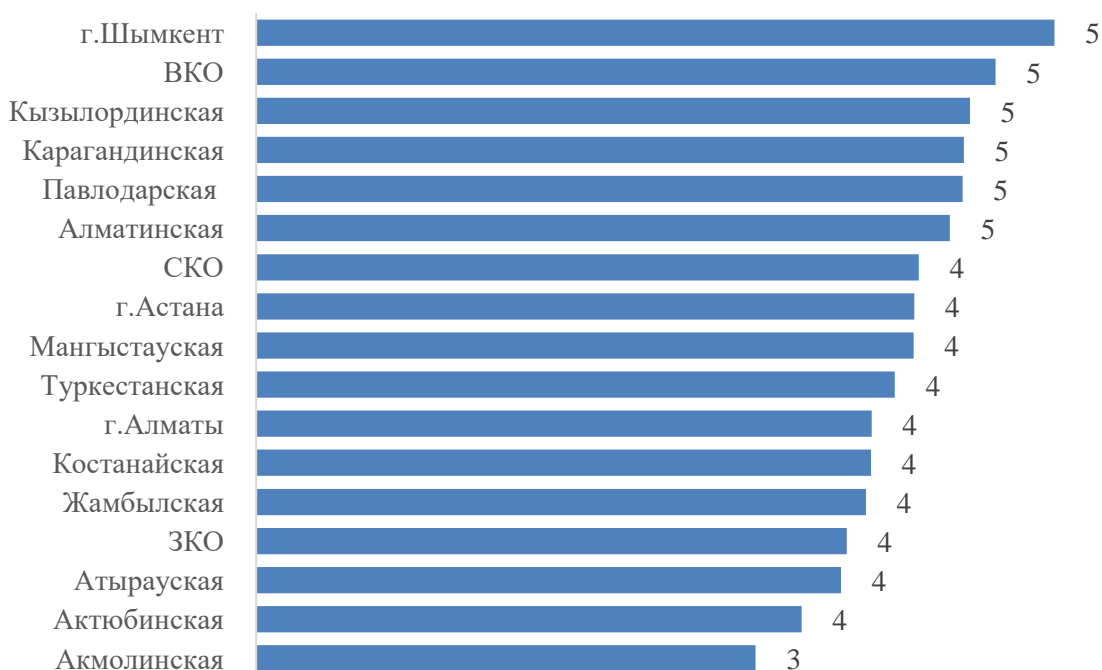
**Рисунок 47 – Доходы организаций, предоставляющие дополнительные услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге.**

Минимальный объем доходов поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования отмечается в Туркестанской области – 7 тыс. тенге на 1 жителя, максимальный объем в СКО, г.Алматы и Карагандинской области – по 16 тыс. тенге. (Рисунок 48).



**Рисунок 48 – Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге**

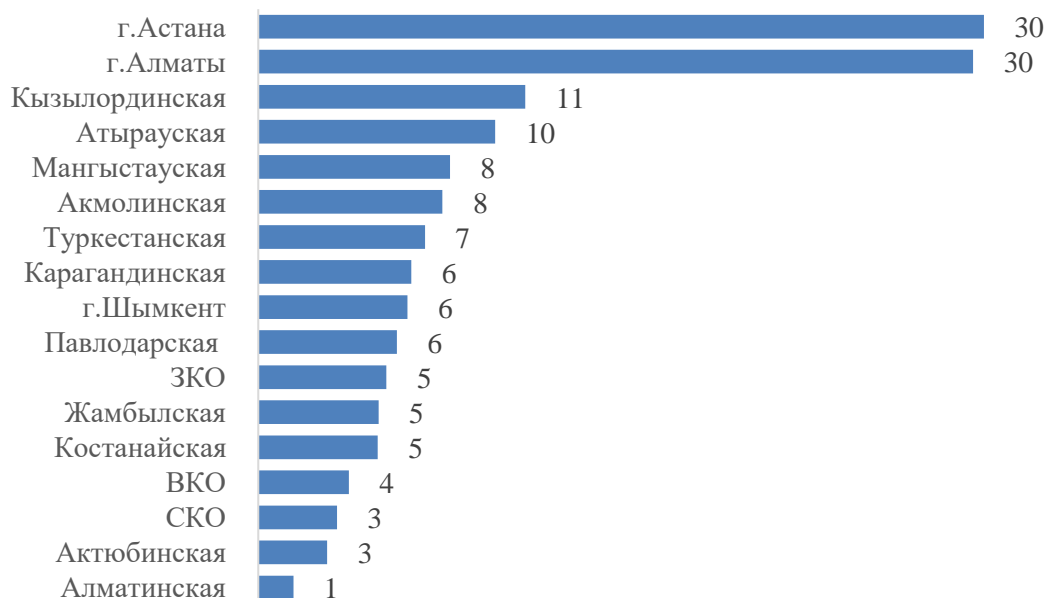
Финансирование организаций, оказывающие профилактические услуги в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования является равномерным по регионам – от 3 до 5 тыс. тенге на 1 жителя. (Рисунок 49).



**Рисунок 49 – Доходы организации, оказывающие профилактические услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге**

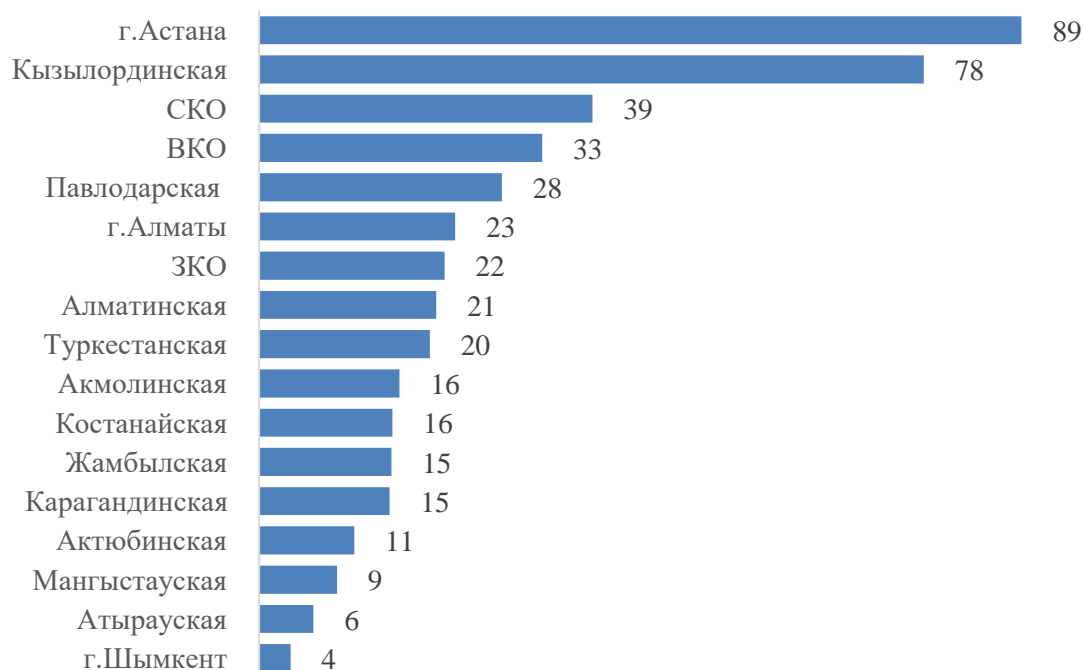
Частные схемы финансирования также ориентируются на поставщиков амбулаторной и стационарной помощи.

Доходы больниц общего профиля в расчете на 1 жителя за счет частного сектора финансирования распределились следующим образом: минимальный объем в Алматинской области 1 тыс. тенге на 1 жителя, максимальный объем в городах Астана и Алматы – по 30 тыс.тенге на 1 жителя. (Рисунок 50).



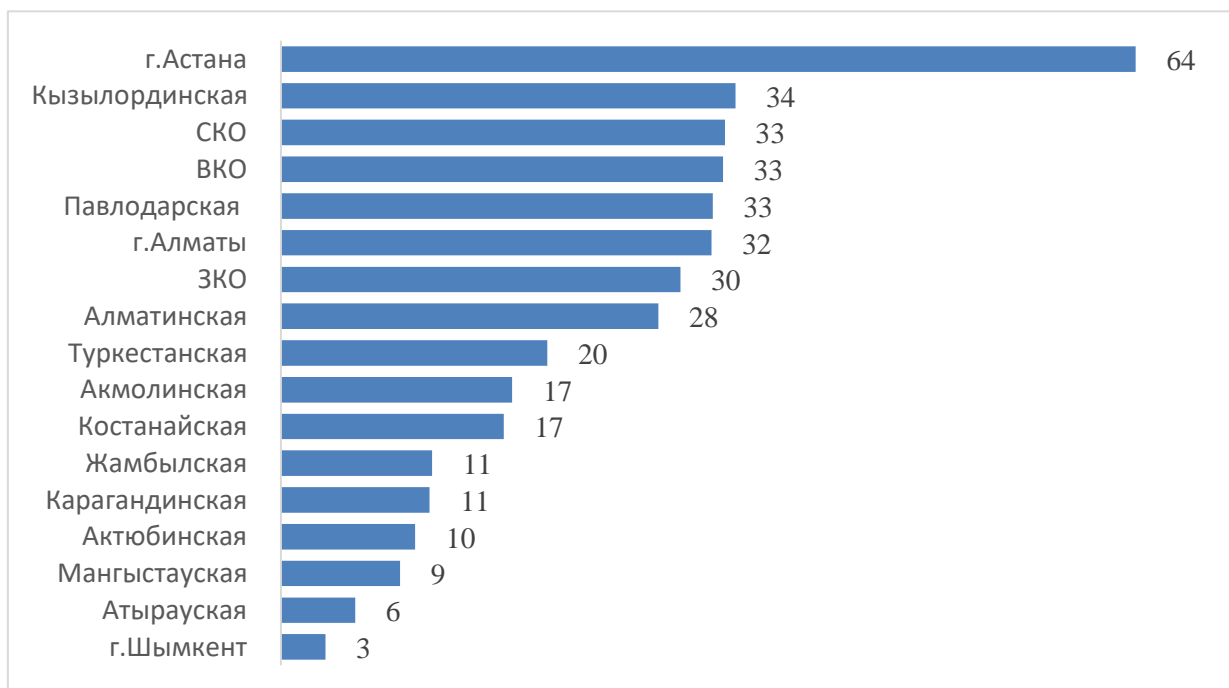
**Рисунок 50 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет частного сектора финансирования в разрезе регионов, в тыс. тенге.**

Минимальный объем доходов поставщиков амбулаторных медицинских услуг в расчете на 1 жителя за счет частных схем финансирования отмечается в г.Шымкент – 4 тыс.тенге на 1 жителя, максимальный объем в городе Астана – 89 тыс.тенге на душу населения. (Рисунок 51).

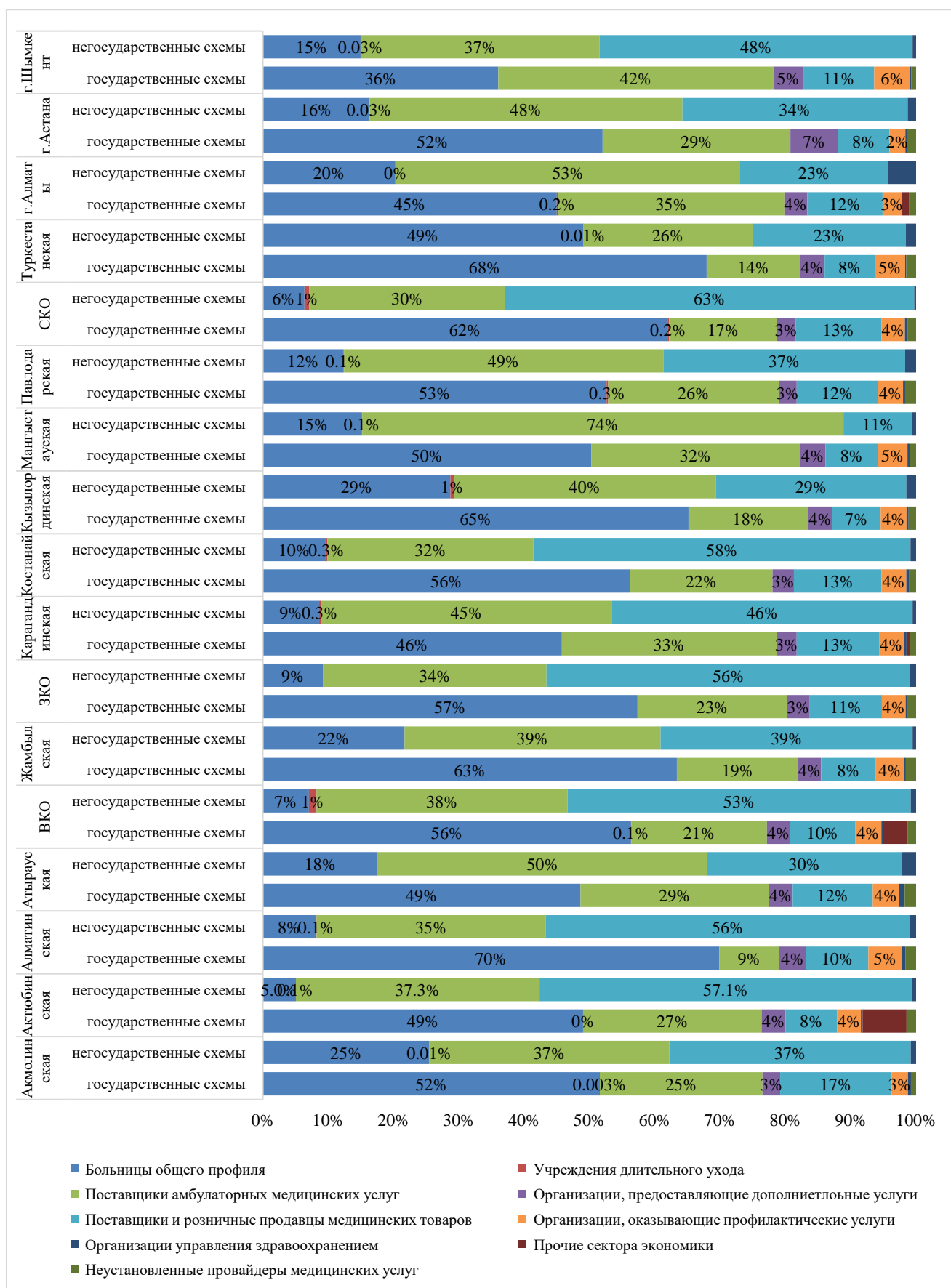


**Рисунок 51 – Доходы поставщиков амбулаторных медицинских услуг на 1 жителя за счет частных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.**

Минимальный объем финансирования поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет частного сектора финансирования отмечается в г.Шымкент – 3 тыс.тенге на душу населения, максимальный – в г.Астана – 64 тыс.тенге. (Рисунок 52).



**Рисунок 52 – Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет частных схем финансирования в разрезе регионов, в тыс. тенге.**



**Рисунок 53 – Доходы поставщиков услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в разрезе регионов**

## **Заключение**

По итогам 2022 года инфляция сложилась на уровне 20,3%. Рост ВВП в 2022 году по данным бюро национальной статистики составил 3,2%.

Производство товаров увеличилось на 3,2%, а объем предоставления услуг - на 2,5%.

Основными драйверами роста стали отрасли:

- сельского хозяйства (+9,1%);
- строительство (+9,4%);
- сектор информации и связи (+8,0%);
- торговля (+5%);
- отрасль транспорта и складирования (+4%);
- обрабатывающая промышленность (3,4%)

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2018 по 2022 годы показывает рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился в 1,67 раза.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы бюджета в 2022 году увеличились на 19,9% в сравнении с 2021 годом и составили 21,5 трлн. тенге. В структуре бюджетных расходов 2022 года 21% приходятся на социальную помощь и обеспечение (4,52 трлн тенге), на образование – 20,9% (4,5 трлн тенге) и 9,8% на здравоохранение (2,1 трлн тенге).

В целях улучшения международной сопоставимости показателей финансирования здравоохранения применяются такие агрегированные показатели, как текущие расходы на здравоохранение, капитальные расходы на здравоохранение, общие расходы на здравоохранение.

**Общие расходы** на здравоохранение включают в себя текущие расходы на здравоохранение, которые связаны с предоставлением медицинской помощи, и капитальные расходы на здравоохранение.

**Текущие расходы** на здравоохранение включают в себя обязательные схемы финансирования и добровольные схемы финансирования, которые далее распределяются по функциям здравоохранения.

Схемы финансирования являются основными «составляющими» системы финансирования здравоохранения в стране – это основные виды финансовых схем, с помощью которых осуществляется оплата услуг в сфере здравоохранения и получение последних населением.

Обязательные схемы финансирования включают в себя расходы государственного бюджета, а также расходы в системе ОСМС.

В свою очередь, добровольные схемы финансирования, или частные расходы, являются суммой расходов на добровольное медицинское страхование, расходов корпораций, и выплат из кармана (расходы домохозяйств).

Далее расходы распределяются по функциям здравоохранения. Функции здравоохранения рассматриваются как категории потребляемых товаров и услуг и включают стационарное обслуживание, амбулаторное обслуживание,

меры по охране здоровья граждан, реабилитационные услуги, скорую медицинскую помощь, предоставление медицинских товаров, расходы на администрирование системы здравоохранения и т. д.

Так, согласно данным национальных счетов здравоохранения РК общие расходы на здравоохранение в 2022 году составили 4 трлн. 42 млрд тенге, или 3,9% от ВВП.

Текущие расходы на здравоохранение в 2022 году составили 3 трлн. 871 млрд тенге, или 3,7% от ВВП. Капитальные расходы – 171 млрд. тенге, или 0,2% от ВВП.

Для сравнения, в странах ОЭСР средний показатель по уровню текущих расходов на здравоохранение составляет 9,3% от ВВП. Вместе с тем, для поддержания финансовой устойчивости систем здравоохранения и эффективного функционирования медицины для стран с развивающейся экономикой ВОЗ рекомендует поддерживать уровень расходов на здравоохранение не менее 5% от ВВП.

Обязательные схемы финансирования здравоохранения составили 2,39 трлн. тенге, или 2,3% от ВВП в 2022 году. Из них расходы в системе ОСМС – 835 млрд тенге, 0,8% от ВВП.

Добровольные схемы финансирования составили 1,48 трлн. тенге, или 1,4% от ВВП. Из них: расходы ДМС – 38,8 млрд тенге, расходы предприятий – 229 млрд тенге, расходы некоммерческих организаций – 16,8 млрд тенге (фонд «Қазақстан халқына»), выплаты из кармана – 1,19 трлн. тенге.

Вместе с тем, в структуре текущих расходов на здравоохранение на обязательные схемы финансирования приходится 62% от ТРЗ. Частные расходы составляют 38% от ТРЗ, в том числе выплаты из кармана – 31%. Отметим, что в странах ОЭСР обязательные схемы финансирования составляет 77,2% от ТРЗ, а выплат из кармана – 16,9% от ТРЗ.

Подушевые расходы на здравоохранение в 2022 году Казахстане составили 196 128 тенге или 426 долл. США. 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 1 273 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 3,7 раза (5 009 долл. США по ППС).

В целом, анализ показывает положительную динамику расходов на здравоохранение в стране. Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов на душу населения с 2018 года, который к 2022 году вырос в 2,1 раза, инфляционные процессы оказали существенное влияние и рост реальных расходов на здравоохранение на 1 жителя в период с 2018 по 2022 годы составил всего 40% (в ценах 2018 года).

Вместе с тем, несмотря на положительную динамику роста общих расходов на здравоохранение, необходимо постоянное их увеличение для нормального функционирования системы здравоохранения и устойчивости его финансирования. В этой связи Главой Государства было дано поручение

по доведению расходов на здравоохранение до 5% от ВВП к 2027 году в рамках предвыборной программы Президента Республики Казахстан «Справедливый Казахстан – для всех и для каждого. Сейчас и навсегда» «Принятие мер по созданию устойчивой модели развития здравоохранения с доведением уровня финансирования отрасли в 2027 году не менее 5% от ВВП». При этом, важно учитывать, что расходы на здравоохранение необходимо увеличивать за счет государственных расходов, тем самым постепенно снижая зависимость от частных источников финансирования. Так, для доведения расходов на здравоохранение до 5% от ВВП рекомендуем следующее:

- ❖ Совершенствование тарифов:
  - ✓ приведение в соответствие со стандартами оказания медпомощи;
  - ✓ включение расходов на обновление ОС;
  - ✓ включение расходов на инфляцию;
  - ✓ включение расходов на страхование профессиональной ответственности медицинских работников;
  - ✓ повышение квалификации и обучение, в том числе за рубежом;
  - ✓ повышение заработной платы по приоритетным службам (родовспоможение, реанимация, неонатология, инфекции, психиатрия и др.);
- ❖ Модернизация сельского здравоохранения:
  - ✓ повышения заработной платы медицинским работникам в селе
  - ✓ цифровизация сельского здравоохранения
- ❖ Расширение перечня лекарственных средств;
- ❖ Внедрение сооплаты на приобретение лекарственных средств для сокращения карманных расходов;
- ❖ Формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни (повышение грамотности населения по вопросам здоровья);

## Использованная литература:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-173/2020 Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения
3. A system of health accounts / 2011 Edition. Режим доступа: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts\\_9789264116016-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en).
4. Всемирная организация здравоохранения. (2022). Система счетов здравоохранения 2011 г.: исправленное издание: сокращенная версия. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/361852>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
5. Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>
6. Статистика Национального Банка [nationalbank.kz](http://nationalbank.kz);
7. Отчет об исполнении бюджета МФ РК;
8. Статистика Бюро национальной статистики;
9. Статистика базы данных ОЭСР <http://stats.oecd.org/>;
10. Статистика базы данных ВОЗ <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>;
11. Таблицы НСЗ РК 2018-2022 годы;
12. Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go? Berchet C., Lafortune G., OECD, 2016.
13. Health 2020: targets and indicators, WHO, 2016. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1)
14. OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
15. OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

## Глоссарий терминов

**Счета здравоохранения** – это инструмент для обеспечения систематического обобщения расходов на здравоохранение. Они прослеживают, сколько, куда и на что тратятся средства, а также что изменилось с течением времени и можно ли сравнить данные показатели другими странами аналогичного уровня социально-экономического, демографического и эпидемиологического развития.

**Доходы схем финансирования** – это источники финансирования системы здравоохранения.

**Государственные средства** – это средства из государственного бюджета и прочих государственных доходов. Государственный бюджет, в свою очередь, состоит из республиканского и местного бюджетов.

**Частные средства** – часть общих расходов на здравоохранение из частных негосударственных источников финансирования. Эти расходы включают неформальные расходы из кармана, средства на добровольное медицинское страхование, и прочие средства.

**Добровольное страхование граждан** – это средства на добровольное личное страхование на случай болезни.

**Поступления от домашних хозяйств** – это средства населения за оказанные услуги в области здравоохранения.

**Поступления от корпораций** – это средства, выделяемые физическими и юридическими лицами на цели улучшения здоровья собственных работников.

**Государственный займ** – это средства, полученные правительством страны посредством внешних займов.

**Средства доноров** (зарубежные прямые трансферты) – гранты международных организаций и агентств, иностранных правительств или донации зарубежных НПО и граждан для целей здравоохранения.

**Схемы финансирования** – это модели финансирования посредством которых потребители получают услуги здравоохранения.

**Схемы государственного финансирования** – механизмы финансирования здравоохранения из государственного бюджета.

**Государственные схемы финансирования республиканского уровня** – механизмы финансирования из республиканского бюджета, где администраторами бюджетных программ являются центральные органы государственной власти, например, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Министерство обороны РК, т.д.

**Государственные схемы финансирования местного уровня** – механизмы финансирования из местного бюджета, где администраторами бюджетных программ являются местные органы государственной власти, например, управления здравоохранения областей и городов республиканского значения.

**Схемы добровольного медицинского страхования** – схемы финансирования посредством добровольных вложений населения с целью добровольного личного страхования на случай болезни

**Схемы финансирования предприятий** – механизмы финансирования, на что физические и юридические лица выделяют средства для улучшения здоровья собственных работников.

**Расходы домашних хозяйств** – схемы финансирования населения на приобретение товаров и услуг здравоохранения.

**Поставщики услуг здравоохранения** – организации и лица, предоставляющие товары и услуги здравоохранения.

**Больницы** – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь. Данная категория включает организации имеющие лицензию, чьей первостепенной задачей является оказание медицинских, диагностических услуг и услуг лечения, а также штат врачей и СМР, оказывающих услуги стационарным больным и услуги по размещению стационарных больных.

**Больницы восстановительного лечения и реабилитационные центры** – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию (санаторий, профилакторий, реабилитационные центры).

**Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной и наркотической зависимости** – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, которые включают психиатрические и наркологические диспансеры, центры медико-социальной реабилитации.

**Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц и больниц для лечения алкогольной и наркотической зависимости)** – организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь, которые включают инфекционные, туберкулезные больницы, лепрозорий, кожно-венерологический, онкологический, эндокринологический диспансеры, противотуберкулезный санаторий, специализированные клиники национальных центров и научно-исследовательских институтов.

**Учреждения длительного ухода** – организации, предоставляющие услуги длительного ухода, и комбинированные услуги в области здравоохранения и социальной помощи, например, дома ребенка.

**Поставщики амбулаторных медицинских услуг** – организации, основными видами, деятельности которых является предоставление медицинской помощи амбулаторным больным, не требующимся госпитализация в больницы.

**Лечебная (медицинская) практика** – врачи общего профиля, и медицинские специалисты (кроме стоматологов).

**Стоматологические поликлиники (кабинеты)** – организации, основными видами, деятельности которых является предоставление стоматологических услуг.

**Кабинеты других специалистов** – группа парамедиков и других специалистов (кроме ВОП, стоматологов и узких специалистов). Например, специалисты по физлечению, психотерапевты и другие.

**Центры амбулаторного лечения** – организации, которые предоставляют широкий спектр амбулаторных услуг, в штат которых входят медицинский и парамедицинский персонал, СМР и ММР. Данная категория включает центры гемодиализа, все прочие амбулаторные организации по месту жительства, женская консультация и другие.

**Организации, предоставляющие дополнительные услуги** – организации, которые предоставляют специфичные дополнительные услуги амбулаторным больным, такие, например, как транспортировка больных, аварийно-спасательная помощь, услуги диагностических лабораторий и другие.

**Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров** – специализированные организации, первостепенная деятельность которых является розничная продажа медицинских товаров населения для индивидуального и коллективного потребления. Категория включают аптеки, организации, изготавливающие и реализующие контактные линзы, очки, ортопедические товары и другие.

**Организации, оказывающие профилактические услуги** – организации, осуществляющие профилактические и превентивные программы как для всего, так и для определенных групп населения. Категория включает, например, продвижение ЗОЖ в организациях образования отдельными специалистами или специальными организациями.

**Организации управления здравоохранения** - организации, основными видами деятельности которых является регулирование деятельности организаций, которые непосредственно предоставляют услуги здравоохранения, а также общее администрирование сектора здравоохранения. В данную категорию входят государственные учреждения управления здравоохранения (центральные и местные органы управления здравоохранения) и организации, предоставляющие частное медицинское страхование.

**Остальной мир** – все не резиденты, предоставляющие товары и услуги здравоохранения.

**Функции здравоохранения** - услуги и мероприятия в сфере здравоохранения, обеспечиваемые поставщиками за счет полученных средств.

**Услуги лечения** – услуги, предоставляемые поставщиками здравоохранения с целью облечения симптомов заболевания или травм, защита от осложнений заболевания, что может угрожать жизнедеятельности людей.

**Медицинские услуги на стационарном уровне** - форма предоставления квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением.

**Лечение в дневном стационаре** – предоставление стационарозамещающей медицинской помощи.

**Амбулаторное лечение** – форма предоставления первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов.

**Реабилитационное лечение** – в данную категорию входят услуги восстановительного лечения и медицинская реабилитация.

**Долгосрочный медицинский уход** предполагает меры медицинской помощи и персонального ухода, который потребляется с целью облегчения боли и уменьшения и/или управления ухудшением состояния здоровья больных.

**Вспомогательные услуги** – услуги, предоставляемые с целью содействия в диагностировании и лечения. В данную категорию входят транспортировка пациентов, услуги лабораторий и другие.

**Предоставление медицинских товаров** – предоставление фармацевтических препаратов и медицинские товары недлительного пользования (пластырь, шприцы для подкожных инъекций, контрацептивные товары, аптечки первой помощи и т.д.), терапевтические приборы (корректирующие очки, контактные линзы, ортопедическая обувь, протезы, инвалидные кресла и другие).

**Профилактические услуги** – услуги, основной целью которых является уничтожение или снижение количества заболеваний, их распространение и осложнение. Данная категория включает информационную, образовательную и консультационную деятельность, иммунизация (вакцинация) и т.д.

**Администрирование, система здравоохранения** – услуги, нацеленные на управление системой здравоохранения в целом. Данная категория включает расходы на обеспечение деятельности центрального и местных органов управления в системе здравоохранения.

**Профилактические услуги и услуги общественного здравоохранения** – широкий спектр услуг здравоохранения, предоставляемые с целью профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, перинатальное и постнатальное медицинское наблюдение, скрининги в школах и предприятиях.

**Неформальные расходы** – расходы населения на приобретение товаров и услуг здравоохранения из собственного кармана.

**Текущие расходы на здравоохранение** – конечное потребление товаров и услуг здравоохранения резидентами. Иными словами, общие текущие расходы на здравоохранение это сумма расходов на индивидуальные (НС.1-5) и коллективные (НС.6-7) услуги здравоохранения.

**Индивидуальные услуги здравоохранения** включают такие товары и услуги, которые прямо назначаются пациентам (населению).

**Коллективные услуги** включают расходы, затраченные на профилактические услуги, услуги в области общественного здравоохранения, а также администрирование системы здравоохранения и социальное медицинское страхование.

**Валовое капиталообразование** – общая стоимость активов, которые были приобретены поставщиками услуг здравоохранения в отчетный период и используются сроком более одного года.

**Общие расходы на здравоохранение** – сумма расходов за услуги, которые путем применения медицинских, пара медицинских, и других знаний и технологий нацелены на укрепление здоровья населения, профилактику и лечению заболеваний, уход за людьми с хроническими заболеваниями и нарушениями, связанными со здоровьем, администрирование общественного здравоохранения, программ здравоохранения медицинского страхования. Таким образом, общие расходы на здравоохранение включают текущие расходы на здравоохранение (НС.1-9) и расходы на валовое капиталообразование (НС.R.1).