

**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 директорының м. а.

\_\_\_\_\_ А. Дарбаев  
«\_\_\_» 2024 ж.

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

\_\_\_\_\_ Г. Құлқаева  
«\_\_\_» 2024 ж.

**2024 жылдың IV тоқсаны үшін  
«Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясатты  
қалыптастыру» 001 бағдарламасы, «Әлеуметтанушылық, талдамалық  
зерттеулер жүргізу және консалтингтік қызметтер көрсету» 103 кіші  
бағдарламасы 2024 жылғы 19 ақпандығы № 23 шарты бойынша есеп**

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

**Кіші тармағы:**

1.1.5 «Денсаулық сақтау шығыстарын талдаумен 2023 жылғы ұлттық  
денсаулық сақтау шоттары туралы есеп»

**Келісілген:**

Басқарма Төрайымының  
орынбасарының м. а.  
Ж. Сейткалиева

**Астана қ., 2024 жыл**

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

**СОГЛАСОВАНО**

И.о. Директора Департамента  
стратегии и развития  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Дарбаев  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

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

\_\_\_\_\_ Г. Кулкаева  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

**Отчет  
по Договору № 23 от 19 февраля 2024 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 2024 года**

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

**Подпункт:**

1.1.5 «Отчет по национальным счетам здравоохранения за 2023 год с анализом  
расходов на здравоохранение»

**Согласовано:**

И.о. Заместителя Председателя  
Правления  
\_\_\_\_\_ Ж. Сейткалиева

**г. Астана, 2024 год**

Лист согласования

к отчету по Договору № 23 от 19 февраля 2024 года за IV квартал 2024  
года

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

Подпункт:

1.1.5 «Отчет по национальным счетам здравоохранения за 2023 год с  
анализом расходов на здравоохранение»

№	Ф.И.О	Должность	Дата	Подпись
Министерство здравоохранения Республики Казахстан				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
16				

## Список исполнителей

1. Руководитель  
Центра экономических  
исследований

---

подпись

Омирбаева Б.

2. Главный специалист  
Центра экономических  
исследований

---

подпись

Әшірбекова Н.

3. Главный специалист  
Центра экономических  
исследований

---

подпись

Бисембаев А.

4. Главный специалист  
Центра экономических  
исследований

---

подпись

Мурзагалиев А.

## **Содержание**

Список сокращений и обозначений.....	6
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 НСЗ.....	12
Концепция учета при формировании НСЗ.....	13
Система организации НСЗ в Республике Казахстан.....	15
Источники данных.....	17
<b>РАЗДЕЛ 2. Расходы на здравоохранение в 2023 году .....</b>	<b>20</b>
2.1 Обзор макроэкономической ситуации в Казахстане.....	20
2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2023 году.....	22
Доходы схем финансирования .....	25
Схемы финансирования здравоохранения.....	27
Предоставление медицинских услуг: обзор расходов по видам поставщиков услуг здравоохранения.....	31
Потребление медицинских услуг: обзор расходов по услугам здравоохранения.....	41
Факторы предоставления медицинских услуг: расходы на исходные ресурсы, необходимые для производства товаров и услуг здравоохранения.....	56
2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2019-2023 годы.....	58
2.4 Расходы на здравоохранение в регионах Республики Казахстан.....	65
<b>Заключение .....</b>	<b>96</b>
<b>Использованная литература.....</b>	<b>101</b>
<b>Глоссарий терминов.....</b>	<b>102</b>

## **Список сокращений и обозначений**

АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
ВБ	Всемирный Банк
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врачи общей практики
ГОБМП	Гарантизованный 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 функций здравоохранения

## **Введение**

Национальные счета здравоохранения (далее – НСЗ) представляют собой систематическое описание финансовых потоков, связанных с потреблением товаров и услуг здравоохранения. Их целью является описание системы здравоохранения с точки зрения расходов. Они могут облегчить мониторинг использования финансовых ресурсов и использоваться как инструмент для оценки распределения и мобилизации ресурсов здравоохранения, отслеживания движения финансовых потоков от одного участника системы к другому, выявления слабых областей для пересмотра эффективности финансирования.

НСЗ позволяет определить, сколько средств идет из различных источников на здравоохранение, каким образом происходит движение этих средств от одного участника системы к другому. Используя НСЗ можно определить объем затраченных средств частным сектором, что позволит оценить объемы солидарных инвестиций, а также выработать решения в вопросах софинансирования и государственно-частного партнерства.

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.

В рамках формирования НСЗ в 4 квартале 2024 года Центром экономических исследований (далее – ЦЭИ) Национального научного центра развития здравоохранения (далее – ННЦРЗ) была проделана работа в части подготовки аналитического отчета по Национальным счетам здравоохранения за 2023 год. Принцип составления НСЗ предполагает формирование отчета по НСЗ в полной детализации в конце 4 квартала года, следующего за отчетным, что обусловлено сроками формирования статистики, используемой в построении счетов. Данный отчет является результатом работы ЦЭИ над

национальными счетами здравоохранения в течение всего года. В течение года для формирования отчета по НСЗ за 2023 год были собраны необходимые данные с различных источников, сформированы таблицы НСЗ на национальном, а также на региональном уровне.

Таким образом, в аналитический отчет по НСЗ за 2023 год вошел анализ всех финансовых потоков в системе здравоохранения за указанный период в разрезе основных измерений – источников финансирования, поставщиков медицинских услуг и функций здравоохранения, анализ динамики расходов на здравоохранение в 2019-2023 г., а также обзор счетов здравоохранения на региональном уровне.

### ***Нормативно-правовая база***

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-173/2020 «Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения».

## **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 расходуются 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 капитaloобразование, 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 капитaloобразование** 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 капитaloобразование.

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 закупа 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 представляет собой информацию о ведомствах, наименованиях предоставляемой статистической отчетности и сроках предоставления информации, необходимой для формирования НСЗ.

**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 закупа 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

<b>№</b>	<b>Ведомство</b>	<b>Наименование источника данных</b>	<b>Дата выпуска</b>
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 2023 году**

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

В 2023 году мировая экономика продолжила адаптироваться к внешним шокам и геополитической обстановке. Согласно данным МВФ, рост глобальной экономики замедлился до 3,2% по сравнению с 3,5% в 2022 году, а инфляция в развитых странах сохранялась на высоких уровнях. Среднегодовая цена на нефть марки Brent снизилась на 17% и составила 82,2 доллара за баррель, что отразилось на доходах и курсе валют стран-экспортеров.

Несмотря на глобальное замедление, экономика Казахстана в 2023 году выросла на 5,1%, что значительно выше уровня 2022 года (3,2%). Драйверами роста стали такие отрасли, как строительство (+13,3%), торговля и ремонт автомобилей (+11,3%), сектор информации и связи (+7,1%) и транспорт и складирование (+7,1%). В то же время сектор сельского хозяйства продемонстрировал спад на 7,7%.

В 2023 году инфляция в Казахстане сократилась до 9,8% с 20,3% в 2022 году благодаря сдерживающей монетарной политике Национального Банка и замедлению роста мировых цен на продовольствие. Основные компоненты инфляции показали умеренный рост: продовольственные товары подорожали на 8,5%, непродовольственные товары — на 9,1%, платные услуги — на 12,4%.

Объем инвестиций в основной капитал увеличился на 13,7% и составил 18 трлн тенге. Наибольшая доля инвестиций была направлена в горнодобывающий сектор, операции с недвижимостью и транспорт. Тем не менее, темпы роста инвестиций относительно ВВП остаются ниже экономического роста, что указывает на необходимость усиления капитальных вложений для дальнейшего развития.

Внешний товарооборот страны продолжил расти благодаря высоким ценам на экспортные товары, однако импорт также увеличился. Среднегодовой курс тенге к доллару оставался стабильным на уровне 456,28 тенге, что помогло снизить волатильность валютного рынка.

Реальные доходы населения восстановились, показав рост на 3,7% в четвертом квартале 2023 года. Однако, расходы домохозяйств росли медленными темпами, отражая склонность населения к сбережениям на фоне сдерживающей монетарной политики и высоких инфляционных ожиданий.

В 2023 году в стране было собрано 23,5 трлн тенге налогов (+10%), что в основном было обеспечено перевыполнением плана по НДС на ТВП (265 млрд тенге) и импортным таможенным пошлинам (142 млрд тенге).

Тем не менее, план по налоговым сборам на 2023 год (25,8 трлн тенге) был выполнен всего на 91%, в сравнении со 117% годом ранее, за счет неисполнения по корпоративному подоходному налогу (1,1 трлн тенге), налогу на добавленную стоимость на импорт (415 млрд тенге), налогу на добычу полезных ископаемых (209 млрд тенге) и экспортной таможенной пошлине на сырую нефть (118 млрд тенге).

Поддержку доходной части бюджета в прошлом году оказали неналоговые поступления (1,9 трлн тенге), увеличившиеся в 3,2 раза по сравнению с 2022 годом, главным образом из-за роста объема выплат по дивидендам на госпакеты акций (до 1,1 трлн тенге).

Рост затрат бюджета произошел в том числе из-за увеличения расходов на обслуживание и погашение долга (+41% по сравнению с 2022 годом), что могло одновременно быть связано как с увеличением объема долга, так и с ростом процентных ставок.

Наиболее значимую долю расходов бюджета исторически занимают социальные расходы, включая образование и соцобеспечение, тогда как затраты на здравоохранение в 2023 году на 35% покрываются за счет ФСМС. Эксперты отметили, что до 2029 года возможно увеличение расходных статей бюджета вследствие реализации Национального плана инфраструктурного развития.

Так, расходы на здравоохранение в 2023 году составили 2,9 трлн тенге, что эквивалентно 11% от общего бюджета. По сравнению с 2022 годом, когда на здравоохранение было выделено 2,4 трлн тенге, но это также составляло 11% от общего государственного бюджета.

Таким образом, 2023 год показал, что экономика Казахстана сохранила стабильность и адаптировалась к внешним вызовам. Ожидается, что в 2024 году экономический рост продолжится, несмотря на прогнозируемое замедление темпов роста мировой экономики.

## 2.2 Финансирование: обзор расходов здравоохранения в 2022 году

По итогам 2023 года размер внутреннего валового продукта в Республике Казахстан<sup>2</sup> составил 119 трлн. 823 млрд. тенге (+14,9% по сравнению с 2022 годом) или 6,03 млн. тенге на 1 жителя (12 183 долл. США).

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

	2021			2022			2023		
	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>	3 450			4 043			4 787		
<i>ОРЗ в % от ВВП</i>	4,1%	-	-	3,9%			4%		
<b>ТРЗ</b>	3 295	-	-	3 872			4 533		
<i>ТРЗ в % от ВВП</i>	3,9%	-	-	3,7%			3,8%		
<b>Гос. расх.</b>	2 190	67%	64%	2 389	62 %	59%	2 991	66%	62%
<i>Гос.расх .в % от ВВП</i>	2,6%			2,3%			2,5%		
<b>Частн. расх.</b>	1 102	33%	32%	1 483	38%	36%	1 542	34%	32%
<i>Частн.расх.в % от ВВП</i>	1,3%			1,4%			1,3%		

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) в 2023 году составили 4 787 млрд. тенге и показывают рост на 18,4% по сравнению с предыдущим годом (4 043 млрд. тенге).

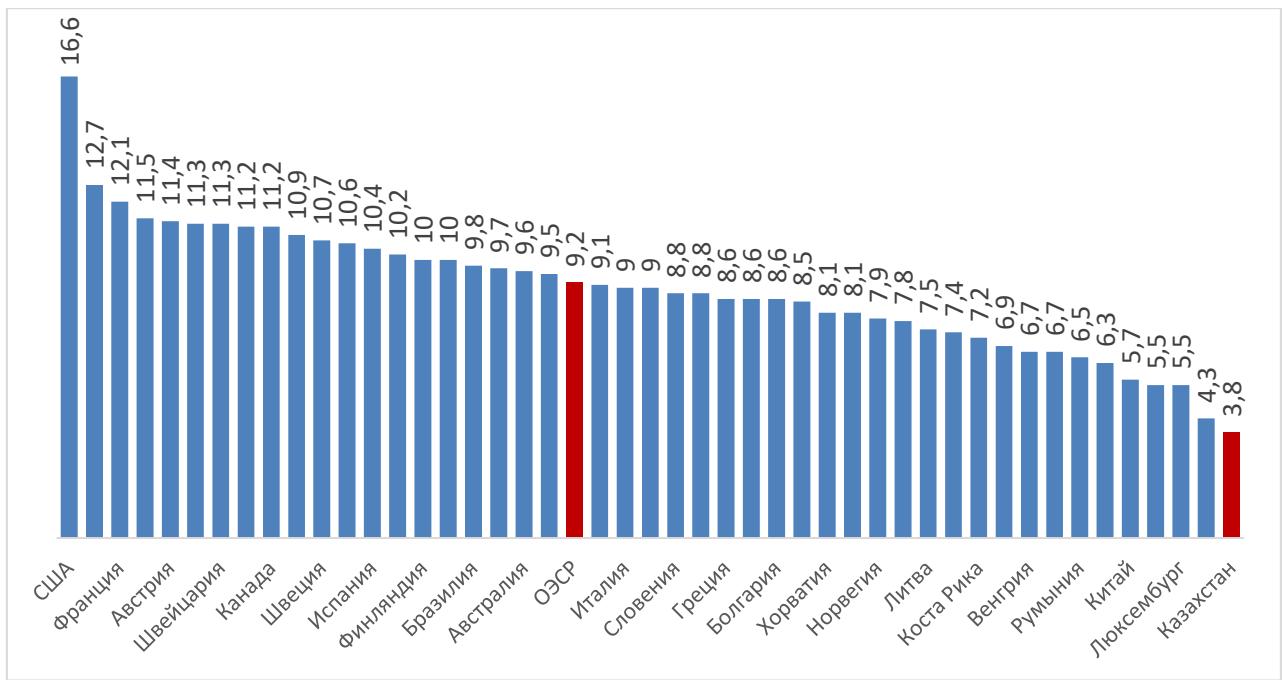
Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в 2023 году (без учета капитальных расходов) составили 4 533 млрд. тенге (9 934 540 долл. США<sup>3</sup>), или 3,8% от ВВП, что почти в 2,5 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2023 году - 8,75%<sup>4</sup> (рис.2).

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 2023 г. – 456 тенге

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

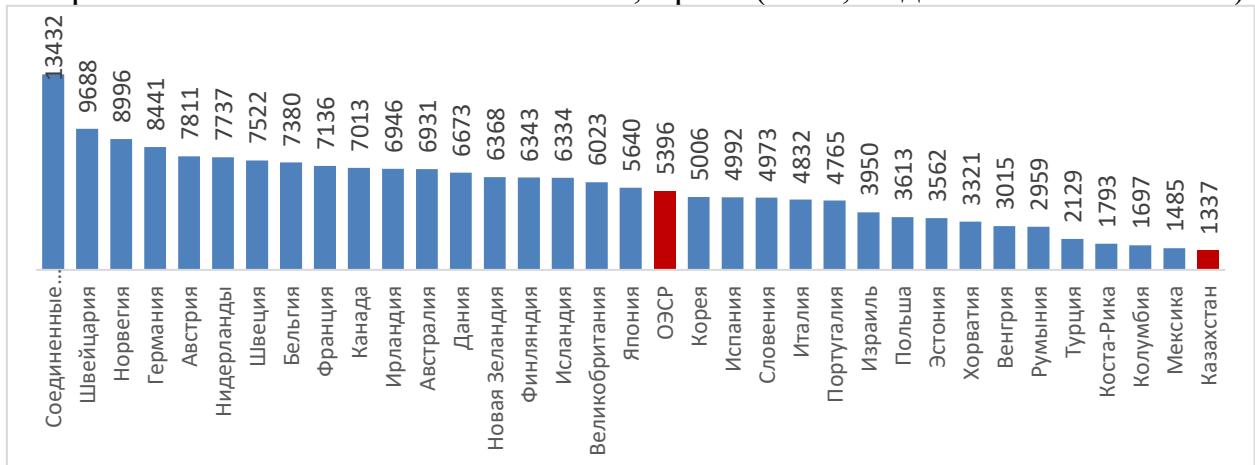


**Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2023г. (в % к ВВП)**

В структуре текущих расходов на здравоохранение государственные расходы составляют 66%, в то время как доля частных расходов составляет 34%.

Подушевые расходы на здравоохранение в 2023 году Казахстане составили 229 335 тенге или 503 долл. США<sup>5</sup>.

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 1 337 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 3,5 раза (4747,11 долл. США по ППС).



**Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2023 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС**

<sup>5</sup>Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2023 г. – 456 тенге

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 трансакционных издержек и торговых барьеров должны стремиться к равенству.

## Доходы схем финансирования

Доходы схем финансирования (FS) — это основные источники финансирования здравоохранения. Данная категория определяет «откуда» схемы финансирования мобилизуют средства для приобретения товаров и услуг здравоохранения. Основными категориями данной классификации являются транзакции, посредством которых схемы финансирования получают свои доходы. К примеру, средства из государственного бюджета, поступления от домашних хозяйств, прямые зарубежные трансферты (средства, выделенные международными организациями, иностранными правительствами и другие).

Значимость данной категории для политики здравоохранения заключается в предоставлении следующей информации:

- откуда потоки финансирования происходят (из каких институциональных единиц экономики были собраны доходы);
- куда эти потоки направляются;
- какова природа этих потоков.

Структура расходов показывает, что основным источником финансирования системы здравоохранения является государственные средства – 51,09% (1,9% к ВВП).

***Таблица 4 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в 2023 году***

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение тыс.тенге	% к ТРЗ
FS.1	<b>Трансферты из государственных доходов</b>	<b>2 316 251 426</b>	<b>51,09%</b>
FS.1.1	Средства из государственного бюджета	1 992 546 313	43,95%
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	1 866 231 246	41,17%
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	126 315 067	2,78%
FS.1.2	Государственные трансферты за определённые группы населения	<b>323 705 113</b>	7,14%
FS.2	<b>Трансферты, выделенные государством из доходов иностранного происхождения</b>	-	-
FS.3	<b>Взносы на социальное страхование</b>	<b>674 521 559</b>	<b>14,88%</b>
FS.5	<b>Добровольное страхование</b>	<b>53 034 890</b>	<b>1,17%</b>

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение тыс.тенге	% к ТРЗ
<b>FS.6</b>	<b>Прочие национальные доходы</b>	<b>1 489 422 303</b>	<b>32,86%</b>
FS.6.1	Прочие поступления от домохозяйств	1 255 389 378	27,69%
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	234 032 925	5,17%
FS.6.3	Прочие поступления от НКООДХ		0,00%
<b>FS.7</b>	<b>Прямые зарубежные трансферты</b>		
<b>Итого</b>		<b>4 533 230 178</b>	<b>100%</b>

## **Схемы финансирования здравоохранения**

Схемы финансирования (HF) отражают модели финансирования системы здравоохранения, посредством которых потребители получают услуги здравоохранения. Включают в себя государственные, частные расходы и внешние источники. Преимуществом данной категории является:

- способность идентифицировать источники схем финансирования. Например, государственное субсидирование обязательного социального страхования, солидарные взносы населения на обязательное страхование, трансферты бюджета центрального уровня на нижестоящие уровни бюджетной системы;
- оценка распространенности различных систем финансирования здравоохранения (бюджетная, социальное страхование, накопительные счета и др.);
- возможность сравнения монетарной емкости различных систем финансирования здравоохранения на международном уровне.

Следует отметить, что на уровне отдельно взятой страны категория «схемы финансирования» становится информативно полезной при наличии различных моделей финансирования здравоохранения.

В условиях Республики Казахстан информационная ценность этого измерения дает возможность оценки объема межбюджетных трансфертов и распределения финансовой ответственности между работодателями и населением при оплате услуг здравоохранения.

Так, распределение государственных средств выглядит следующим образом:

- государственные схемы финансирования республиканского уровня – 41,17%;
- государственные схемы финансирования местного уровня – 2,79%;
- схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов/ОСМС – 22,02%.

***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>2 990 772 985</b>	<b>65,97%</b>
HF.1.1	Государственные схемы	1 992 546 313	43,95%
HF.1.1.1	Схемы финансирования республиканского уровня	1 866 231 246	41,17%

Код ССЗ	Наименование категорий	Расходы на здравоохранение тыс.тенге	% к ТРЗ
HF.1.1.2	Схемы финансирования местного уровня	126 315 067	2,79%
HF.1.1.3	Схемы обязательного медицинского страхования на основе взносов/ОСМС	998 226 672	22,02%
<b>HF.2</b>	<b>Схемы добровольных медицинских взносов</b>	<b>287 067 815</b>	<b>6,33%</b>
HF.2.1	Схемы добровольного медицинского страхования	53 034 890	1,17%
HF.2.2	Схемы финансирования некоммерческих организаций	0	0,00%
HF.2.3	Схемы финансирования предприятий	234 032 925	5,16%
<b>HF.3</b>	<b>Частные расходы домохозяйств</b>	<b>1 255 389 378</b>	<b>27,70%</b>
<b>HF.4</b>	<b>Международные схемы финансирования</b>		
	<b>Итого</b>	<b>4 533 230 178</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 (98,8%), Министерством внутренних дел (0,4%), Министерством обороны (0,5%), Министерством по чрезвычайным ситуациям Республики Казахстан (0,2%) и Министерством просвещения Республики Казахстан (0,1%).

Государственные схемы финансирования местного уровня (HF.1.1.2) включают управление здравоохранения области (62,72%), управление общественного здравоохранения города республиканского значения, столицы (16,86%), управление строительства, архитектуры и градостроительства области (20,41%) 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, поступаемых от предприятий, в том числе средства на добровольное медицинское страхование граждан на случай болезни, а также от некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства (НКООДХ).

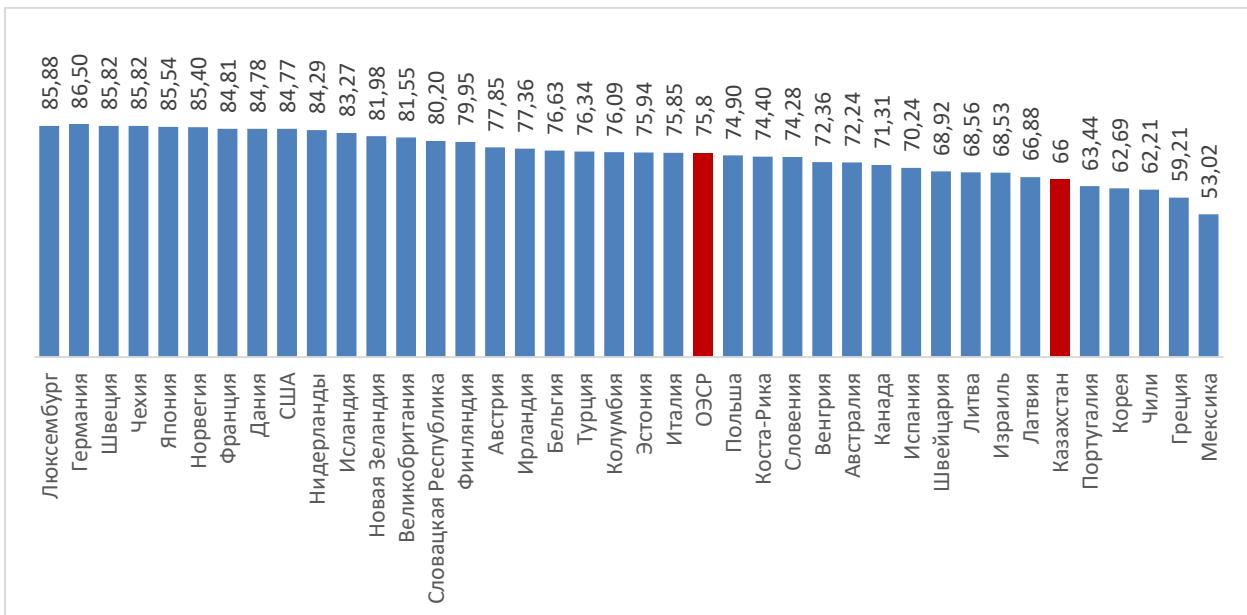
#### *HF.3 Частные расходы домохозяйств*

Схема частных расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют 27,7% 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 2023 году составил 66,0%. Данный показатель ниже среднего значения стран-членов ОЭСР на 9,4%.

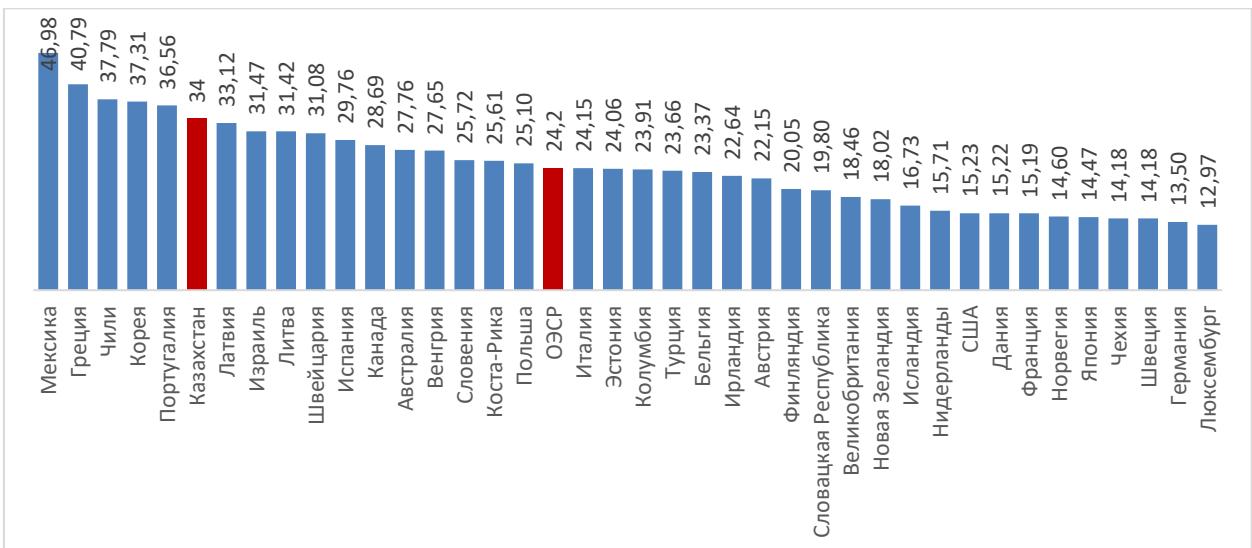


*Рисунок 4 – Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в ТРЗ в Казахстане и странах ОЭСР в 2023 году, %*

Второе ранговое место в структуре текущих расходов на здравоохранение приходится на средства частного сектора. Схемы HF.2 Схемы добровольных медицинских взносов и HF.3 Расходы домохозяйств в совокупности дают объем частных расходов на здравоохранение.

Таким образом, частные расходы на здравоохранение в 2023 году составили 1 542 457 193,0 тыс. тенге, или 34,0% 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 2023 г., %**

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

Поставщики медицинских услуг (НР) – это организации и прочие субъекты, которые предоставляют товары и услуги здравоохранения. Классификация поставщиков здравоохранения используется для группировки всех организаций, которые вносят свой вклад в предоставление товаров и услуг здравоохранения, и формируют специфичные для отдельной страны виды поставщиков в общие, применимые на международном уровне категории.

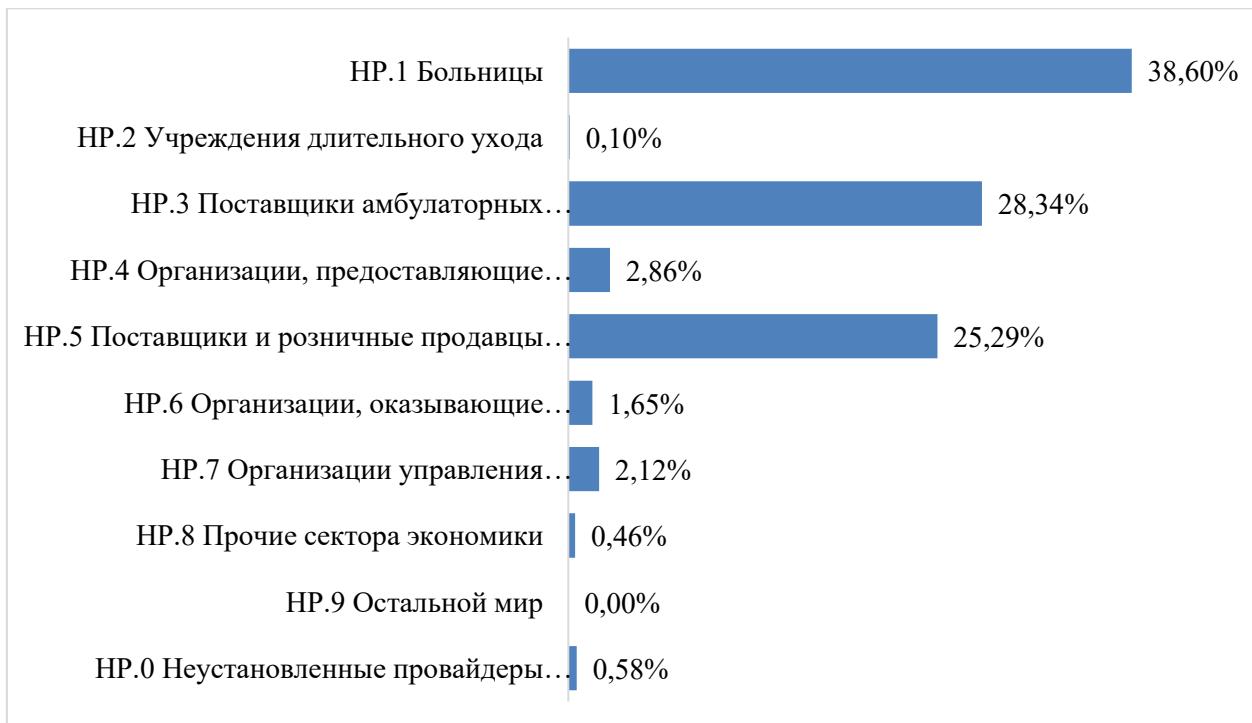
Основными источниками данных о государственных расходах в разрезе поставщиков услуг здравоохранения являются Отчет об исполнении государственного бюджета МФ РК, информация ФСМС по исполнению договоров закупа в рамках ГОБМП и ОСМС, а также информация о расходах местных органов управления здравоохранения.

Для определения поставщиков услуг здравоохранения, финансируемых из средств населения, используются данные статистических форм «Расходы и доходы домашних хозяйств на здравоохранение», «Об объеме оказанных услуг в области здравоохранения и социальных услуг», «Розничная торговля по отдельным товарным группам».

Информация о расходах предприятий представлена в статистической форме «Об объеме оказанных услуг в области здравоохранения и социальных услуг».

Данные о расходах на добровольное медицинское страхование (ДМС) представлены в отчетах Национального Банка РК по страховому сектору («страхование на случай болезни»). По итогам 2023 года можно выделить три основные группы поставщиков услуг всех форм собственности:

- больничные организации – 38,6%;
- поставщики амбулаторных услуг – 28,34%.
- поставщики и розничные продавцы фармацевтических препаратов и медицинских товаров – 25,29%.



**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 6.

**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		ВСЕГО	% от ТРЗ
		финансирова	ния	финансирова	ния		
НР.1	Больницы	1 519 825 783	229 856 156	1 749 681 939	38,60%		
НР.2	Учреждения длительного ухода	1 201 527	3 396 891	4 598 418	0,10%		
	Поставщики						
НР.3	амбулаторных медицинских услуг	668 331 124	616 421 055	1 284 752 180	28,34%		
	Организации, предоставляющие дополнительные услуги						
НР.4	дополнительные услуги	129 700 619	-	129 700 619	2,86%		

Код	Наименование категории	Схемы	Схемы	ВСЕГО	% от ТРЗ
		государствен ного финансирова ния	негосударств енного финансирова ния		
HP.5	Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	471 364 780	675 268 100	1 146 632 880	25,29%
HP.6	Организации, оказывающие профилактические услуги	75 022 516	-	75 022 516	1,65%
HP.7	Организации управления здравоохранением	78 323 705	17 514 991	95 838 696	2,12%
HP.8	Прочие сектора экономики	20 718 089	-	20 718 089	0,46%
HP.9	Остальной мир	-	-	-	0,00%
HP.0	Неустановленные провайдеры медицинских услуг	26 284 841	-	26 284 841	0,58%
<b>Итого</b>		<b>2 990 772 985</b>	<b>1 542 457 193</b>	<b>4 533 230 178</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.

### **HP.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 государственного финансирования</b>	<b>Схемы негосударственного финансирования</b>	<b>В % от суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
НР.1.1 Больницы общего профиля	1 080 780 384	210 745 068	73,8%	28,49%
НР.1.2 Психиатрические больницы и больницы для лечения алкогольной или наркотической зависимости	58 518 869	2 891 556	3,51%	1,35%
НР.1.3 Специализированные больницы (кроме психиатрических больниц для лечения алкогольной или наркотической зависимости)	380 526 531	16 219 532	22,68%	8,75%
<b>Итого</b>	<b>1 519 825 783</b>	<b>229 856 156</b>	<b>100%</b>	<b>38,6%</b>

В данной категории преобладают услуги больниц общего профиля, на которые расходуются 73,8% от всей суммы стационарных услуг, и 28,49% 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	1 201 527	2 049 744	3 251 271	71%	0,07%
НР.2.2 Учреждения для душевнобольных и наркозависимых	-	1 347 147	1 347 147	29%	0,03%

<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.2.9 Другие учреждения длительного ухода	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>1 201 527</b>	<b>3 396 891</b>	<b>4 598 418</b>		<b>0,1%</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	366 698 528	141 877 056	508 575 584	39,59%	11,22%
НР.3.2 Стоматологические поликлиники/кабинеты	18 959 588	119 549 992	138 509 580	10,78%	3,06%
НР.3.3 Кабинеты других специалистов	58 264 824	278 140 491	336 405 315	26,18%	7,42%
НР.3.4 Центры амбулаторного лечения	224 408 184	76 401 358	300 809 542	23,41%	6,64%
НР.3.5 Поставщики медицинских услуг на дому	0	452 158	452 158	0,04%	0,01%
<b>Итого</b>	<b>668 331 124</b>	<b>616 421 055</b>	<b>1 284 752 179</b>	<b>100%</b>	<b>28,34%</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)**

НР.4 Организации, предоставляющие дополнительные услуги	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.4.1 Организации, предоставляющие услуги по транспортировке пациентов и спасению жизни пациента в чрезвычайных ситуациях	115 558 787	-	115 558 787	89%	2,55%
НР.4.2 Медицинские и диагностические лаборатории	14 141 832	-	14 141 832	11%	0,003%
НР.4.9 Прочие поставщики вспомогательных услуг	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>129 700 619</b>	-	<b>129 700 619</b>	<b>100%</b>	<b>2,553%</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)**

НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.5.1 Аптеки	33 760 122	675 268 100	709 028 222	61,84%	15,64%
НР.5.2 Организации розничных продаж	-	-	-	-	-

<b>НР.5 Поставщики и розничные продавцы медицинских товаров</b>	<b>Гос. средства</b>	<b>Частные средства</b>	<b>Всего</b>	<b>% от Сумм</b>	<b>% от ТРЗ</b>
и прочие поставщики медицинских товаров длительного пользования и медицинских приборов					
НР.5.9 Все прочие незначительные продавцы и иные поставщики лекарственных средств и товаров медицинского назначения	437 604 658	-	437 604 658	38,16%	9,65%
<b>Итого</b>	<b>471 364 78 0</b>	<b>675 268 100</b>	<b>1 146 632 880</b>	<b>100%</b>	<b>25,23%</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	75 022 516	-	75 022 516	100%	1,65%
<b>Итого</b>	<b>75 022 516</b>	<b>-</b>	<b>75 022 516</b>	<b>100%</b>	<b>1,65%</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 Сумм</b>	<b>% от ТРЗ ы</b>
НР.7.1 Государственные учреждения здравоохранением	77 686 656	-	77 686 656	81,06%	1,71%
НР.7.2 Агентства социального медицинского страхования	637 049	-	637 049	0,66%	0,01%
НР.7.3 Управление частного страхования здравоохранения	-	17 514 991	17 514 991	18,22%	0,39%
НР.7.9 Прочие административные органы здравоохранения	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>78 323 705</b>	<b>17 514 991</b>	<b>95 838 696</b>	<b>100%</b>	<b>2,11%</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)**

НР.8 Прочие сектора экономики	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Суммы	% от ТРЗ
НР.8.1 Домохозяйства как поставщики медицинских услуг на дому	-	-	-	-	-
НР.8.2 Все прочие предприятия как организации, предоставляющие вторичную медицинскую помощь	20 718 089	-	20 718 089	100%	0,46%
НР.8.9 Прочие предприятия	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>20 718 089</b>	<b>-</b>	<b>20 718 089</b>	<b>100%</b>	<b>0,46%</b>

### **НР.9 Остальной мир**

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

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

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

**Таблица 15 – Структура распределения категории HP.0  
Неустановленные провайдеры медицинских услуг (в тыс. тенге)**

HP.0 Неустановленные проводьдеры медицинских услуг	Гос. средства	Частные средства	Всего	% от Сумм	% от ТРЗ
HP.0 Неустановленные проводьдеры медицинских услуг	26 284 841	-	26 284 841	100%	0,58%
<b>Итого</b>	<b>26 284 841</b>	<b>-</b>	<b>26 284 841</b>	<b>100%</b>	<b>0,58%</b>

## **Потребление медицинских услуг: обзор расходов по услугам здравоохранения**

Функции здравоохранения (НС) – это товары и услуги, предоставляемые поставщиками здравоохранения за счет полученных средств по схемам финансирования. Информация этого уровня отвечает на вопрос: «Какой именно вид услуги, продукта или мероприятия был фактически обеспечен?» В качестве примеров можно привести услуги лечения, реабилитационную помощь, предоставление медицинских товаров, администрирование здравоохранения и другие функции.

В структуре учета расходов в области здравоохранения основополагающий принцип можно сформулировать как «что потреблено, какие товары и услуги предоставлены и профинансираны». Не существует однозначной взаимосвязи между функциями здравоохранения, категориями предоставления товаров и услуг и финансированием 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.

Основным источником данных о государственных расходах в разрезе функций здравоохранения является Отчет об исполнении государственного бюджета МФ РК, информация ФСМС и МЗ РК по финансированию медицинских услуг, оказываемых в рамках ГОБМП и ОСМС.

Для определения функций здравоохранения, которые финансируются из средств населения, используются данные по отдельным видам товаров и услуг на основе таблицы «Расходы домашних хозяйств на здравоохранение» (бюллетень «Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан»).

Информация о расходах предприятий представлена в бюллетенях «Объем услуг, оказанных организациями здравоохранения Республики Казахстан» (таблица «Объем оказанных услуг в области здравоохранения и предоставления социальных услуг»).

Данные о расходах на добровольное медицинское страхование (ДМС) представлены в отчетах Национального Банка РК по страховому сектору («страхование на случай болезни»). Согласно классификации услуг здравоохранения НСЗ РК по ССЗ 2011 и рекомендациям экспертов ОЭСР существует 8 основных категорий статей расходов здравоохранения.

По итогам 2023 года 63,3% 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 25,5%. На профилактические услуги (НС.6) было направлено 2,2% расходов здравоохранения. Эта категория включает в себя программы иммунизации, скрининг, информационная поддержка, программы по борьбе с инфекционными заболеваниями.

На вспомогательные услуги (НС.4) израсходовано 3,6% текущих расходов на здравоохранение. Данная категория включает услуги по транспортировке пациентов, оказание скорой медицинской помощи, услуги по обеспечению донорской кровью, и прочее.

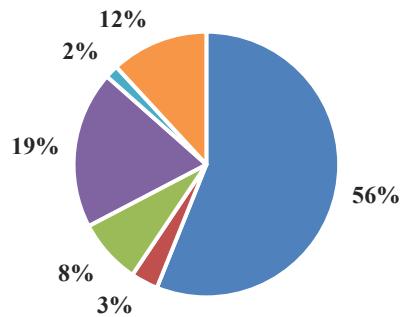
На администрирование системы здравоохранения (НС.7) было направлено 2,1%, на оказание реабилитационной помощи (НС.2) в 2023 году израсходовано 2,5% текущих расходов.

Расходы на прочие виды услуг (НС.0) составили 0,6%. 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.

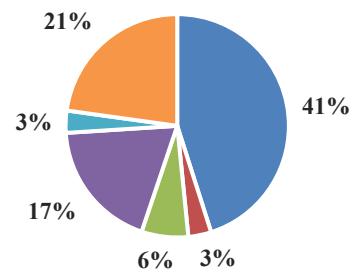
## Корея

- Услуги лечения
- Администрирование
- Профилактические услуги
- Предоставление медицинских товаров
- Вспомогательные услуги
- Долгосрочный медицинский уход



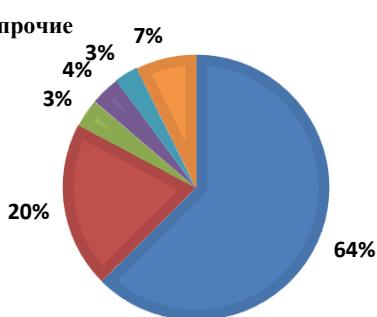
## Канада

- Услуги лечения
- Администрирование
- Профилактические услуги
- Предоставление медицинских товаров
- Вспомогательные услуги
- Долгосрочный медицинский уход



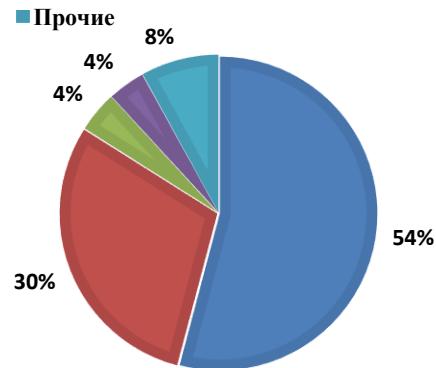
## Республика Беларусь

- услуги лечения
- предоставление медицинских товаров
- Профилактические услуги
- долгосрочная мед. помощь и реабилитация
- вспомогательные услуги
- прочие



## Кыргызстан

- услуги лечения
- предоставление медицинских товаров
- Профилактические услуги
- Администрирование
- Прочие



*Рисунок 8 – Распределение расходов по услугам (в % долях от ТРЗ) в разных странах<sup>6</sup>*

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 63,3% от текущих расходов на здравоохранение, что является достаточно высоким показателем. Также явным отличием в странах-членах ОЭСР является большие расходы, направленные на долгосрочный

<sup>6</sup> По последним доступным данным

медицинский уход, который в Корее занимает 12% от ТРЗ, а в Канаде – 21%. Для сравнения в Казахстане данный показатель в 2023 году достиг 0,2%.

**Таблица 16 – Финансирование услуг здравоохранения в зависимости от схем финансирования в 2023 году (в тыс. тенге, в %)**

Код	Наименование категорий	Схемы	Схемы	ВСЕГО	% от ТРЗ
		государственного финансирования	негосударственного финансирования		
НС.1	Услуги лечения	2 063 906 764	807 627 047	2 871 533 811	63,3 %
НС.2	Реабилитационное лечение	74 551 493	38 198 006	122 749 499	2,5%
НС.3	Долгосрочный медицинский уход	7 341 803	3 849 049	11 190 852	0,2%
НС.4	Вспомогательные услуги	161 278 369	-	161 278 369	3,6%
НС.5	Предоставление медицинских товаров	480 715 825	675 268 100	1 155 983 925	25,5 %
НС.6	Профилактические услуги	98 540 316	-	98 540 316	2,2%
НС.7	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	78 153 573	17 514 991	95 668 564	2,1%
НС.0	Прочие медицинские услуги	26 284 841	-	26 284 841	0,6%
<b>Итого</b>		<b>2 990 772 985</b>	<b>1 542 457 193</b>	<b>4 533 230 178</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 администрации 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.

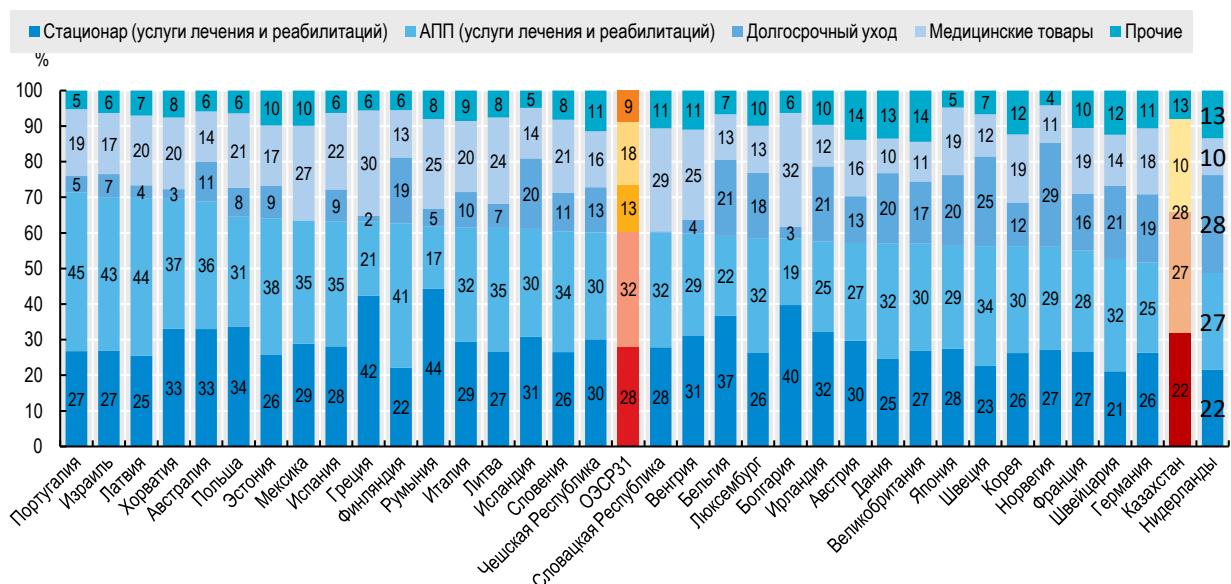
Услуги лечения по видам предоставления помощи разделяются на стационарный уход, дневной уход (дневной стационар) и амбулаторный уход.

**Таблица 17 – Структура расходов по видам услуг лечения (НС.1.) в 2023 году (тыс. тенге)**

<b>НС 1. Услуги лечения</b>	<b>Схемы государственного финансирования</b>		<b>Схемы негосударственного финансирования</b>		<b>Всего</b>	<b>% от суммы</b>	<b>% от ТРЗ</b>
	<b>государство</b>	<b>негосударственное</b>	<b>финансировани</b>	<b>финансиро</b>			
Медицинские услуги на стационарном уровне							
НС.1.1	1 073 763 631		191 658 150		1 265 421 781	44,07%	27,9%
Лечение в дневном стационаре							
НС.1.2	74 050 443		-		74 050 443	2,58%	1,6%
Амбулаторное лечение							
НС.1.3	916 092 690		615 968 897		1 532 061 587	53,35%	33,8%
Основные услуги на амбулаторном уровне							
НС.1.3.1	568 444 789		141 877 056		710 321 935	24,74%	15,7%
Амбулаторное стоматологическое лечение							
НС.1.3.2	31 433 637		119 549 992		150 983 629	5,26%	3,3%
Специализированное амбулаторное лечение							
НС.1.3.3	306 448 835		76 401 358		382 850 193	13,33%	8,4%
Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно							
НС.1.3.9	9 765 339		278 140 491		287 905 830	10,03%	6,4%

НС 1. Услуги лечения	Схемы государства	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
	финансирова	финансиро			
НС. 1.4 Домашний лечебный уход	-	-	-	0,00%	0,000%
<b>Итого</b>	<b>2 063 906 764</b>	<b>807 627 047</b>	<b>2 871 533 811</b>	<b>100%</b>	<b>63,3%</b>

По итогам 2023 года 27,9% от текущих расходов на здравоохранение было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 33,8% ТРЗ, что говорит о преобладании амбулаторных услуг в структуре финансирования здравоохранения. В странах ОЭСР в среднем 32% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги.



**Рисунок 9 – Распределение расходов по видам услуг здравоохранения от ТРЗ в странах ОЭСР в 2023 году<sup>7</sup>**

В структуре расходов на услуги лечения (НС.1) у государственных схем финансирования преобладают услуги стационарной помощи, на которые было направлено 52,03% этих средств. Расходы на амбулаторное лечение составили 44,39% государственных средств, из них основные медицинские услуги на амбулаторном уровне, т.е. первичная медико-санитарная помощь у государственных схем финансирования – 27,54%, на специализированное амбулаторное лечение было направлено 14,85% средств, прочие виды амбулаторных услуг – 0,47%. На лечение в дневном стационаре государство потратило 3,59% средств.

<sup>7</sup> Последние доступные данные в базе данных ОЭСР <https://stats.oecd.org/>

У частных схем финансирования преобладают расходы на оказание амбулаторную помощь – 76,27%.

### ***НС.2 Реабилитационное лечение***

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

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

Тем не менее, в Казахстане очень мало внимания уделяется данному виду услуг, и согласно учету НСЗ, в 2023 году расходы на реабилитационные услуги составили всего 2,5% 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 18 – Структура расходов по реабилитационной помощи (НС.2) в 2023 году (тыс. тенге)***

НС.2	Реабилитационное лечение	Sхемы	Sхемы	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
		государственного финансирования	негосударственного финансирования			
HC.2.1	Реабилитационное лечение в стационаре	54 022 880	38 198 006	92 220 886	81,79%	2,03%
HC.2.2	Дневная реабилитационная помощь	9 086 295	-	9 086 295	8,06%	0,2%
HC.2.3	Амбулаторная реабилитационная помощь	11 442 318	-	11 442 318	10,15%	0,25%
HC.2.4	Реабилитационная помощь на дому	-	-	-	-	-
<b>Итого</b>		<b>74 551 493</b>	<b>38 198 006</b>	<b>112 749 499</b>	<b>100%</b>	<b>2,48%</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 2023 году в Казахстане потребление услуг долгосрочного медицинского ухода составило 0,2%. В среднем по странам-членам ОЭСР данный показатель в 2023 году составил 2,48% 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 19 – 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
		Схемы государственного финансирования	Схемы негосударственного финансирования	Всего	% от суммы			
НС.3.1	Стационарная долгосрочная помощь (медицинская)	6 483 314	3 396 891	9 880 201	88%	0,22%		
НС.3.2	Дневные случаи долгосрочной помощи (медицинские)	-	-	-	-	-	-	-
НС.3.3	Амбулаторная долгосрочная помощь (медицинская)	-	-	-	-	-	-	-
НС.3.4	Долгосрочная помощь (медицинская) на дому	858 489	452 158	931 345	12%	0,03%		

НС. 3	Долгосрочный медицинский уход	Схемы	Схемы	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
		государстве нного финансиро вания	негосударст венного финансиров ания			
	Итого	7 341 803	3 849 049	11 190 852	100%	0,25 %

#### *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 2023 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 2023 году было направлено 3,56% от всех средств, расходованных на здравоохранение.

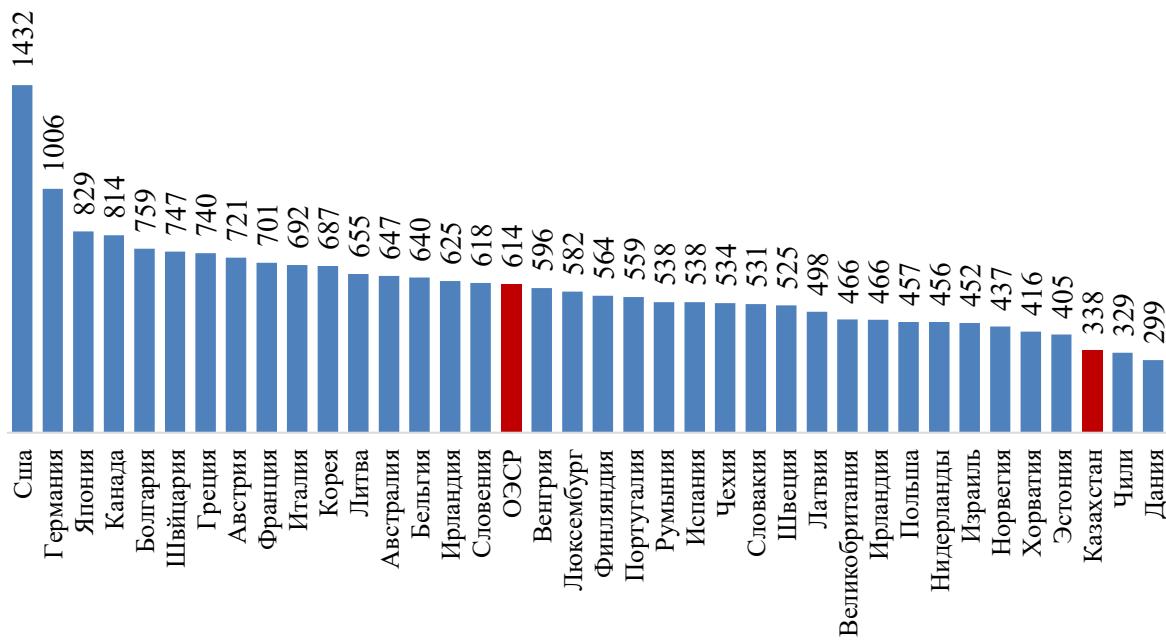
**Таблица 20 – Структура категории статей расходов «Вспомогательные услуги» за 2022 год (в тыс. тенге)**

НС. 4	Вспомогательн ые услуги	Схемы	Схемы	Всего	% от сумм ы	% от ТРЗ
		государстве нного финансиро вания	негосударст венного финансиров ания			
НС 4.1	Лабораторные услуги	1 873 717	-	1 873 717	1,16%	0,04%
НС 4.2	Диагностические услуги	43 845 866	-	43 845 866	27,19 %	0,97%
НС 4.3	Транспортировка пациентов	115 558 787	-	115 558 787	71,65 %	2,55%
	Итого	161 278 369		161 278 369	100%	3,56 %

#### *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 2023 году расходы на ЛС и МИ на душу населения составили 58 481 тенге, 128 долл. США или 338 долл. по ППС. В сравнении со странами ОЭСР Казахстан тратит намного меньше на приобретение медицинских товаров, отстает от среднего показателя ОЭСР в 2 раза. Больше всех на приобретение медицинских товаров тратит США – 1 432 долл. по ППС, в Дании - самый низкий показатель по данному индикатору среди стран-членов ОЭСР – 299 долл. по ППС, что схоже с показателями РК.



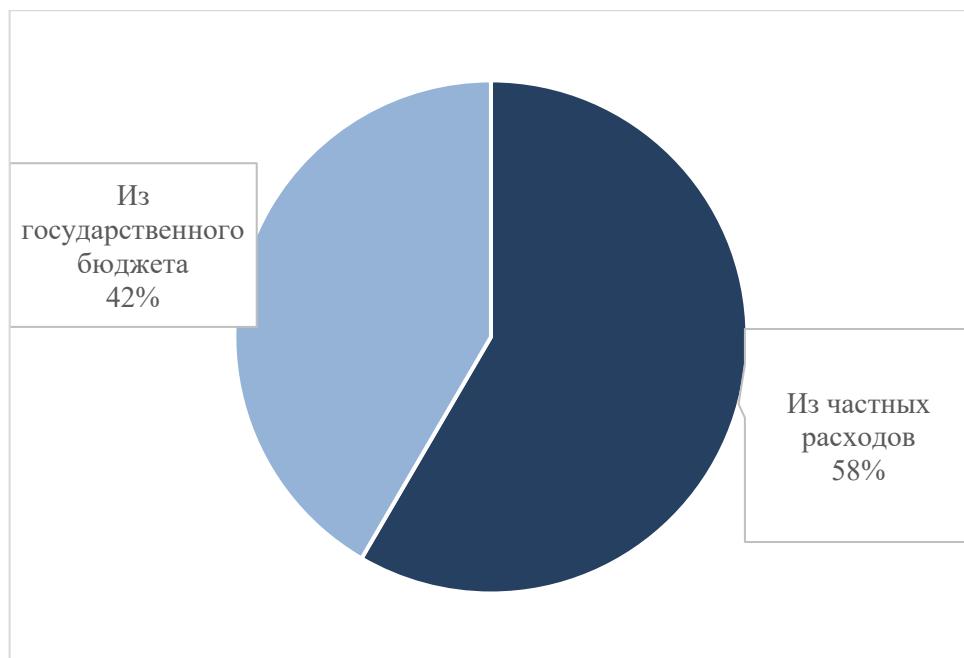
**Рисунок 10 – Расходы на ЛС и МИ по последним доступным данным на душу населения в странах ОЭСР и Казахстане в 2023 г. (в долл. ППС)**

Анализ структуры расходов на ЛС и МИ показывает, что в 2023 году из государственных средств расходовалось в 1,4 раза меньше, чем из частных средств населения и предприятий. При этом из частных расходов около 29% населения расходовало на терапевтические приборы и другие товары длительного пользования.

**Таблица 21 – Структура категории статей расходов «Предоставление медицинских товаров» за 2023 год (в тыс. тенге)**

НС. 5	Предоставление медицинских товаров	Схемы государства		Схемы негосударственного финансирования		Всего	% от суммы	% от ТРЗ
		финансиро-	финансиру-	вания	вания			
НС 5.1	Фармацевтические и прочие медицинские товары	480 715 825	478 295 600	959 011 425		83%	21,16%	

НС. 5	Предоставлени е медицинских товаров	Схемы государств енного финансиро вания	Схемы негосударст венного финансиров ания	Всего	% от суммы	% от ТРЗ
	недлительного пользования					
	Терапевтически е приборы и прочие					
НС 5.2	медицинские товары длительного пользования	-	196 972 500	247 062 503	17%	4,35%
	<b>Итого</b>	<b>480 715 825</b>	<b>675 268 100</b>	<b>1 155 983 925</b>	<b>100%</b>	<b>25,51 %</b>



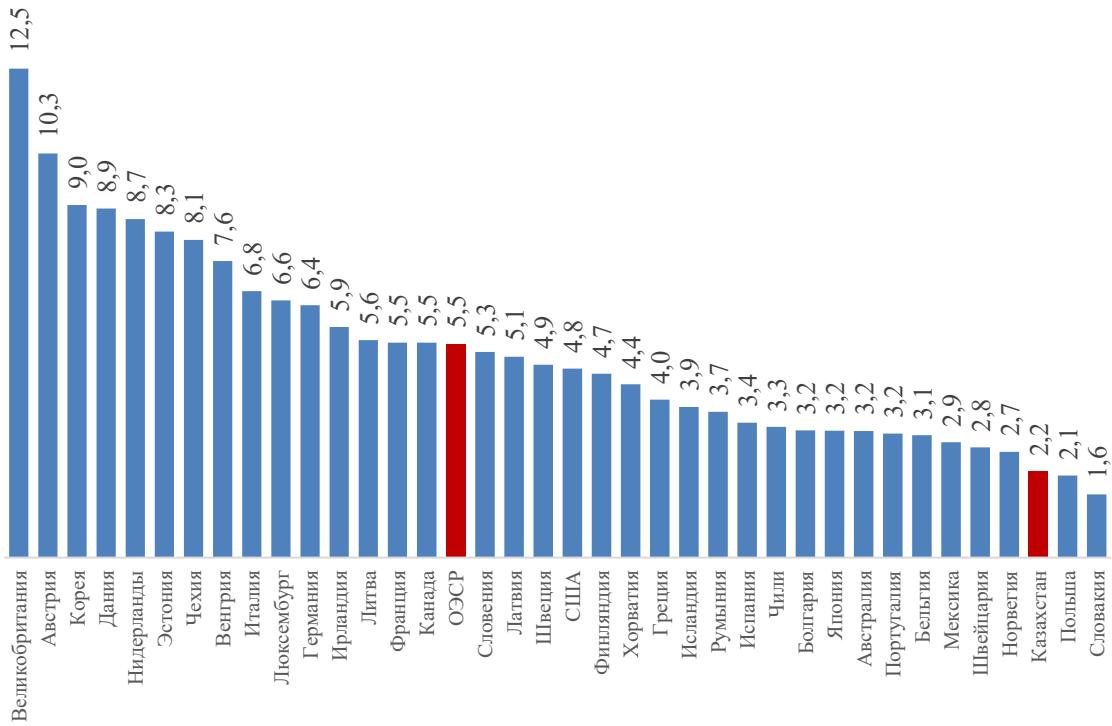
*Рисунок 11 – Структура расходов на ЛС и МИ в 2023 году (в % к итогу)*

### **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 2023 году на данный вид услуг было направлено 98 млрд. тенге, что составило 2,2% от всех расходов. Данный показатель является довольно высоким, учитывая тот факт, что в 2023 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 Словакии – 1,6 %.



**Рисунок 12 – Расходы на профилактику в странах ОЭСР и Казахстане в 2023 г. (в % от ТРЗ)**

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

**Таблица 22 – Структура категории статей расходов «Профилактические услуги» за 2023год (в тыс. тенге)**

НС 6	Профилактические услуги	Гос. средства	% от суммы	% от ТРЗ
НС 6.1	Информационная, образовательная и консультационная программы	4 885 159	4,96%	0,11%
НС 6.2	Программы иммунизации	41 192 557	41,80%	0,91%
НС 6.3	Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг	45 579 538	46,25%	1,01%
НС 6.4	Программа мониторинга состояния здоровья	6 712 930	6,81	0,15%
НС 6.5	Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием на среду здоровья	-	-	0%
НС 6.6	Программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвычайные ситуации	170 132	0,17%	0,004%
<b>Итого</b>		<b>98 540 316</b>	<b>100%</b>	<b>2,174 %</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 2023 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.

В НСЗ РК в 2023 году данную статью вошли административные расходы, относящиеся к частному страхованию здоровья («полученные нетто премии» минус «нетто расходы по страховым платежам»).

**Таблица 23 – Структура категории статей расходов «Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование» за 2023 год (в тыс. тенге)**

<b>НС.7</b>	<b>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>
НС.7.1	Администрирование, система здравоохранения и финансовое администрирование	77 153	573	-	77 153 753	81% 1,71%
НС.7.2	Администрирование финансирования здравоохранения	637 049	17 514 991	18 152 040	19%	0,4%
<b>Итого</b>		<b>78 153 753</b>	<b>17 514 991</b>	<b>95 668 564</b>	<b>100%</b>	<b>2,11%</b>

## ***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 НС3 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 0,6% 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 медицинской 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 24 – Структура расходов по факторам предоставления медицинских услуг (в тыс. тенге)**

<b>Коды по ССЗ 2011</b>		<b>Наименование расходов</b>	<b>2023 г.,тыс.тг</b>
<b>FP. 1</b>		<b>Компенсационные расходы работникам</b>	<b>1 976 691 579</b>
	FP. 1.1	Заработка плата	1 796 095 004
	FP. 1.2	Социальные выплаты	172 456 846
846	FP. 1.3	Все прочие расходы, связанные с работниками	8 139 729
<b>FP. 3</b>		<b>Материалы и услуги</b>	<b>1 166 955 431</b>
	FP. 3.2	Товары здравоохранения	554 863 704
	FP. 3.3	Услуги не связанные со здравоохранением	428 202 971
	FP. 3.4	Товары не связанные со здравоохранением	183 888 756
<b>FP. 4</b>	<b>FP. 4</b>	<b>Потребление основного капитала</b>	<b>177 215 442</b>

<b>Коды по ССЗ 2011</b>		<b>Наименование расходов</b>	<b>2023 г.,тыс.тг</b>
<b>FP. 5</b>		<b>Прочие расходы, затраченные на "входы"</b>	<b>200 538 936</b>
	FP. 5.1	Налоги	15 634 209
	FP. 5.2	Прочие расходы	184 904 727
<b>Итого</b>			<b>3 521 401 388</b>

## 2.3 Динамика расходов на здравоохранение за 2019-2023 годы

В течение последних лет отмечается рост благосостояния государства, так размер ВВП в номинальном выражении с 2019 года увеличился почти в 2 раза, общие затраты из государственного бюджета выросли также в 2 раза. Рост общих расходов на здравоохранение в 2023 году по сравнению с 2019 годом составил 133%.

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.

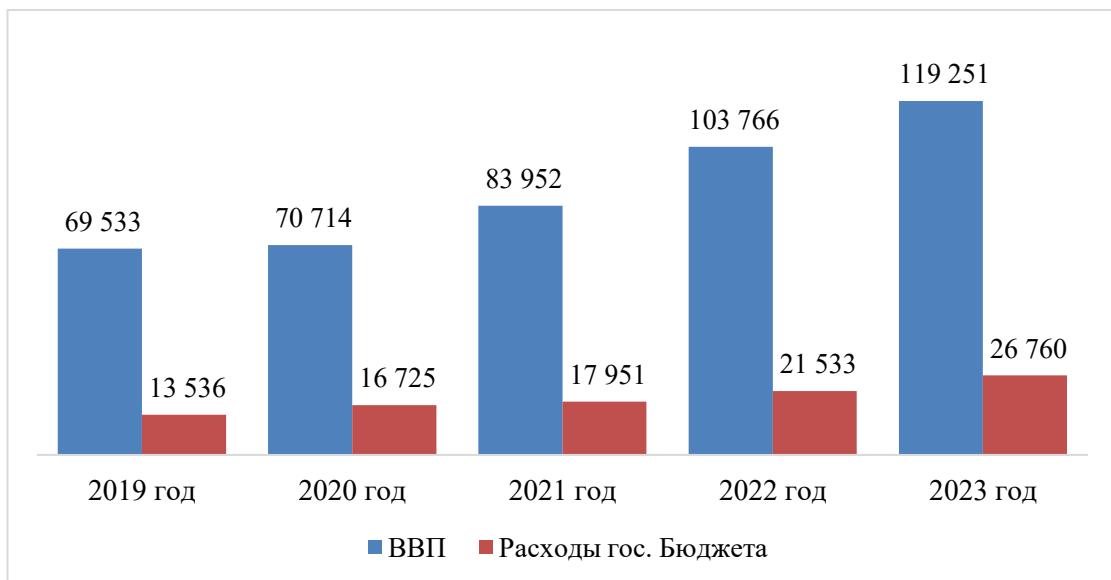
**Таблица 25 – Макроэкономические показатели в 2019-2023 гг.**

Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2019	2020	2021	2022	2023	Динамика 2023/2019
ВВП	69 533	70 714	83 952	103 766	119 251	72%
Расходы гос. бюджета	13 536	16 725	17 952	21 533	26 760	98%
ОРЗ	2 052,2	2 794,4	3 450,1	4 042,8	4 786	133%
TPЗ	1 940,2	2 651,5	3 294,8	3 871,8	4 533	134%
Капитальные расходы	112,0	143,0	155,3	170,9	253,8	127%
Гос. расходы	1 163,3	1 744,8	2 189,9	2 389,0	2 990,8	157%
Частн. расходы	776,5	905,9	1 101,8	1 466,0	1 542,5	99%
Прямые платежи населения	656,3	735,6	824,7	1 198,3	1 255,4	91%
Схемы финансирования некоммерческих организаций (донорские расходы)	0,5	0,9	3,0	16,8	-	
<b>Показатели расходов на здравоохранение, процент</b>						
ОРЗ, % от ВВП	3,0%	4,0%	4,1%	3,9%	4%	
TPЗ, % от ВВП	2,8%	3,7%	3,9%	3,7%	3,8%	
Гос. расх., % от ВВП	1,7%	2,5%	2,6%	2,3%	2,5%	
Гос. расх., % от ОРЗ	56,7%	62,4%	63,5%	59,1%	62,5%	
Гос. расх., % от ТРЗ	60,0%	65,8%	66,5%	62%	66%	
Част.расх. % от ВВП	1,1%	1,3%	1,3%	1,4%	1,3%	
Част.расх. % от ОРЗ	37,8%	32,4%	31,9%	36,3%	32,2%	
Част.расх. % от ТРЗ	40,0%	34,2%	33,4%	38%	34%	
Прямые платежи населения, % от ТРЗ	33,8%	27,7%	25,0%	31%	28%	
<b>Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя</b>						
ОРЗ на душу, тенге	110 144	148 014	180 422	204 789	242 173	120%
ОРЗ на душу, долл. США	287,77	351,65	423,50	444,73	531	84%
TPЗ на душу, тенге	104 134	140 441	172 298	196 128	229 335	120%
TPЗ на душу, долл. США	272,07	333,66	404,43	425,92	503	85%

Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных подушевых

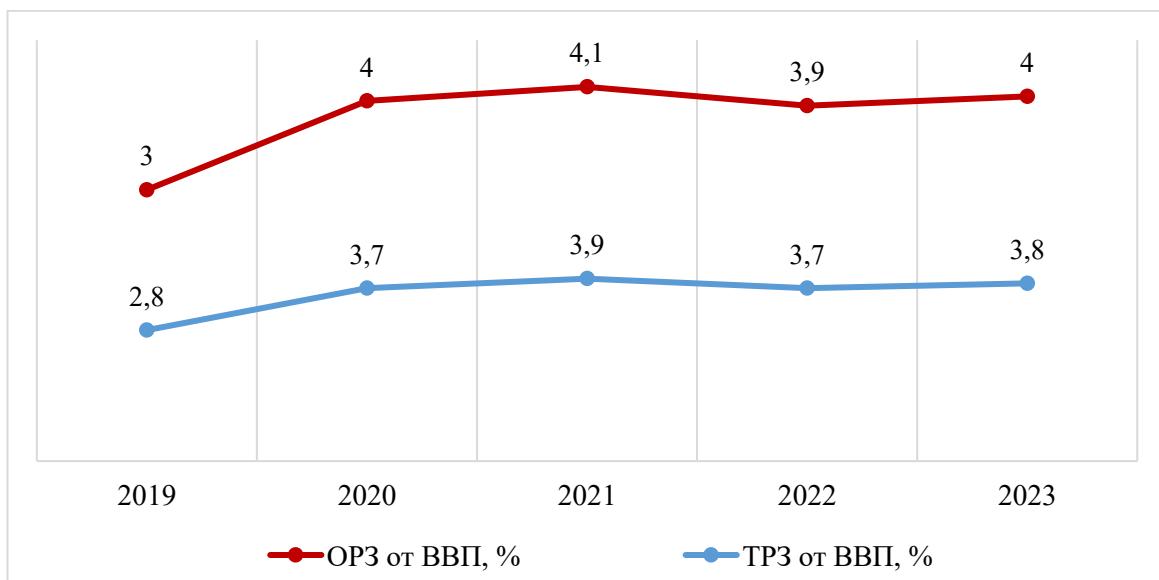
расходов на здравоохранение в период с 2019 по 2023 годы составил всего 2 раза, а размер накопленной инфляции составил 51%.

Как мы видим, за рассматриваемый период отмечается рост ВВП и расходов государственного бюджета. Вместе с тем, в 2023 году отмечается повышение расходов государственного бюджета на 24%.



**Рисунок 13 – Динамика ВВП и расходов государственного бюджета за 2019-2023 гг (в млрд. тенге)**

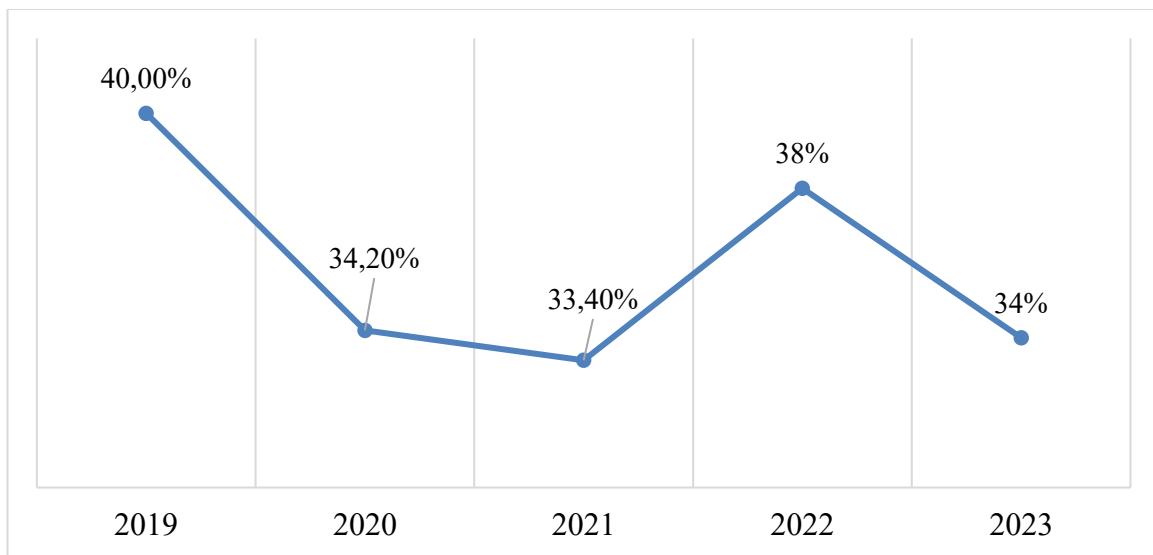
Так, вместе с ростом номинальных текущих расходов на здравоохранение, соотношение расходов на здравоохранение к ВВП также растет и в 2023 году достигает значения в 3,8% от ВВП.



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

В период 2019-2023 гг. частные расходы колебались вокруг значения в 1,1-1,4% от ВВП, или 33-40% от текущих расходов на здравоохранение.

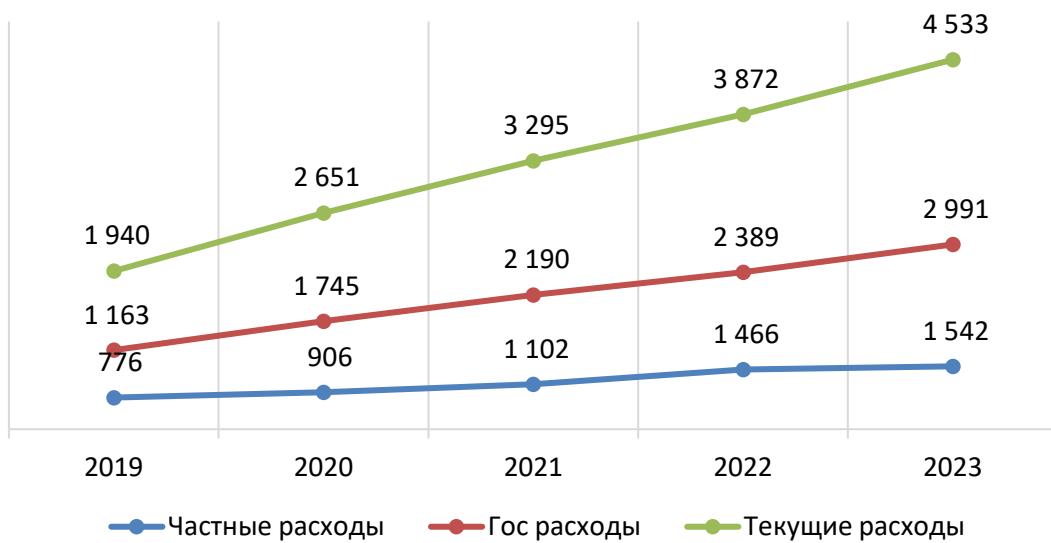
Средний ежегодный прирост номинальных частных расходов составлял 19%. В 2023 году наблюдается снижение частных расходов до 34% по сравнению с 2022 годом (Рисунок 15).



**Рисунок 15 – Динамика частных расходов, % от ТРЗ**

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.

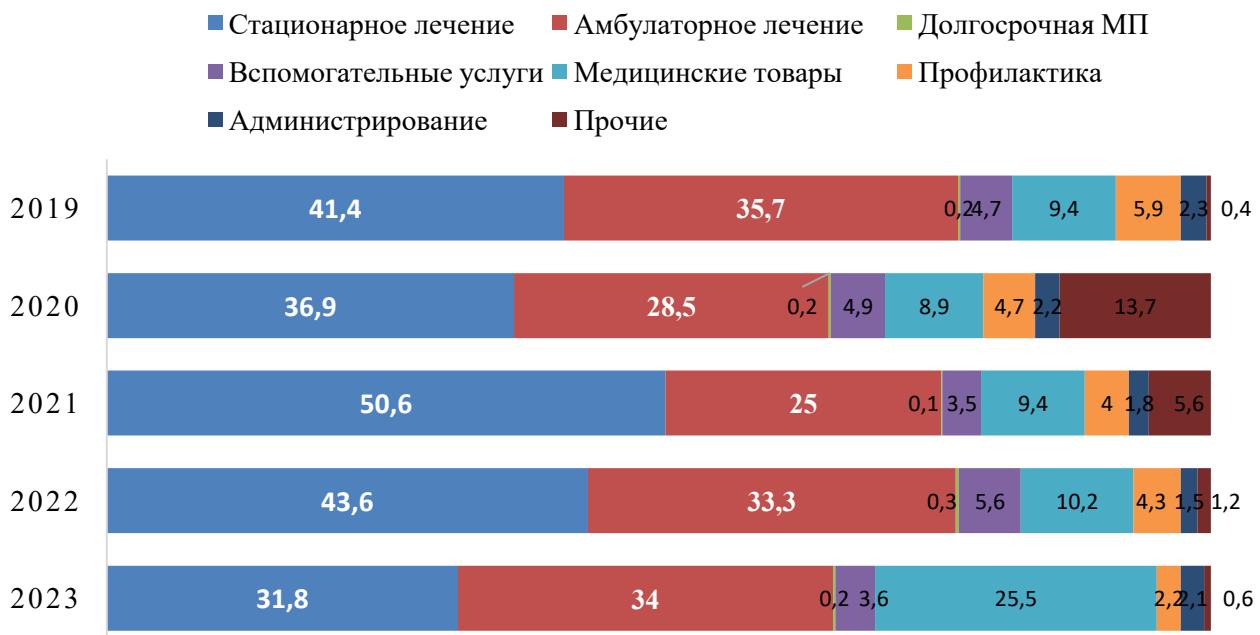
Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования показывает, что наибольшая доля расходов приходится на государственный сектор – 66%. Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение составляют 34%.



**Рисунок 16 – Динамика текущих, государственных и частных расходов на здравоохранение в 2019-2023 годы (в млрд. тенге)**

Анализ структуры государственных расходов показал, что преобладают расходы на оказание лечебной и реабилитационной помощи в условиях стационара (31,8% в 2023 году). В странах ОЭСР расходы аналогичный показатель составляют 22,4%.

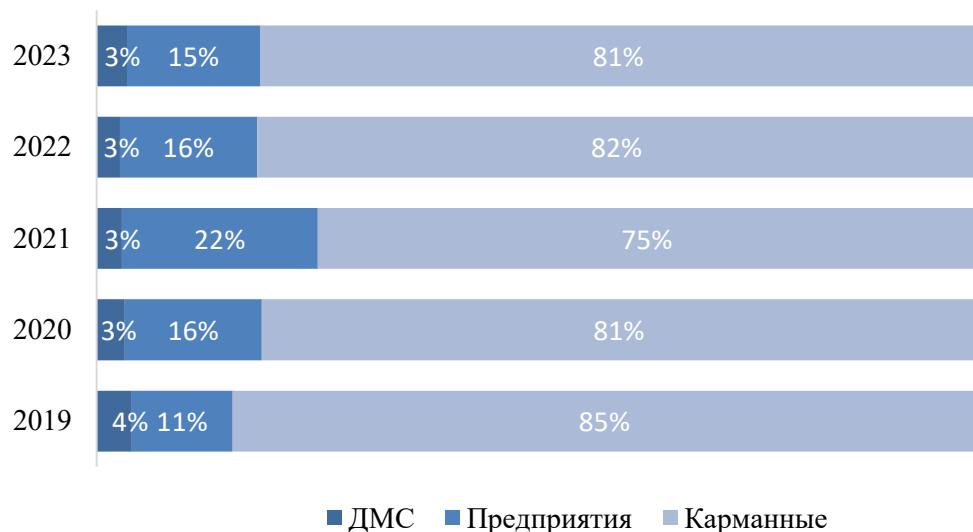
Расходы на оказание лечебной и реабилитационной помощи в амбулаторных условиях в структуре государственных расходов в 2023 году составили 34% (рис.17).



**Рисунок 17 – Структура государственных расходов на здравоохранение в 2019-2023 гг. в Казахстане**

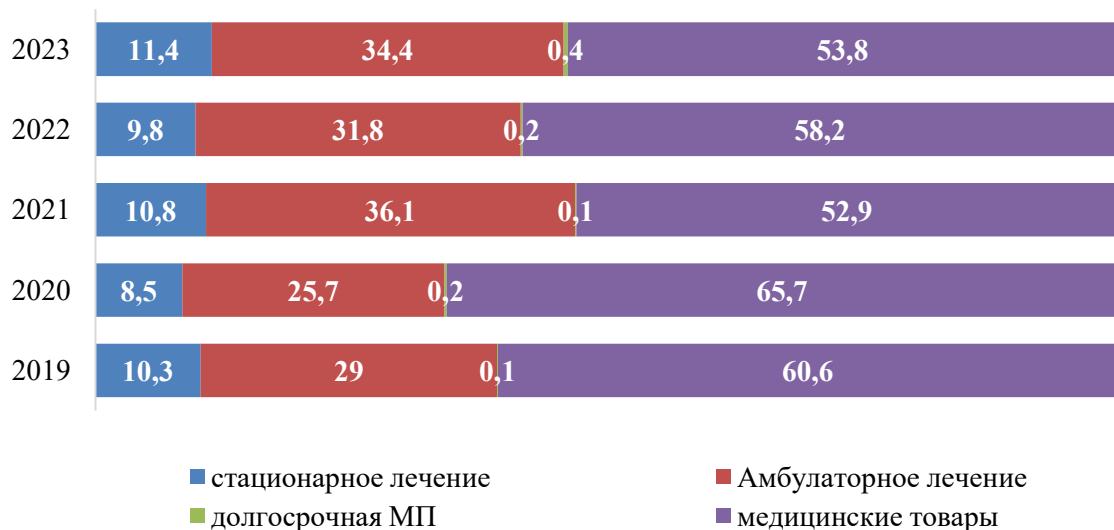
Частные расходы на здравоохранение показывают рост на 98%. Вместе с тем, в структуре частных расходов преобладают карманные расходы.

Так, в 2023 году карманные расходы в структуре частных расходов составляют 81%. Удельный вес расходов предприятий снизился незначительно с 16% в 2022 году до 15% в 2023 году. 22% Доля расходов ДМС не изменилась и осталась на уровне 3%.



*Рисунок 18 – Структура частных расходов на здравоохранение в 2019-2023 гг. в Казахстане.*

В структуре карманных расходов на здравоохранение преобладают расходы на товары медицинского назначения – 53,8% в 2023 году. Расходы на амбулаторное лечение составили 34,4% карманных расходов. Стационарная помощь и реабилитация в стационарных условиях в структуре карманных расходов заняли – 11,4%.



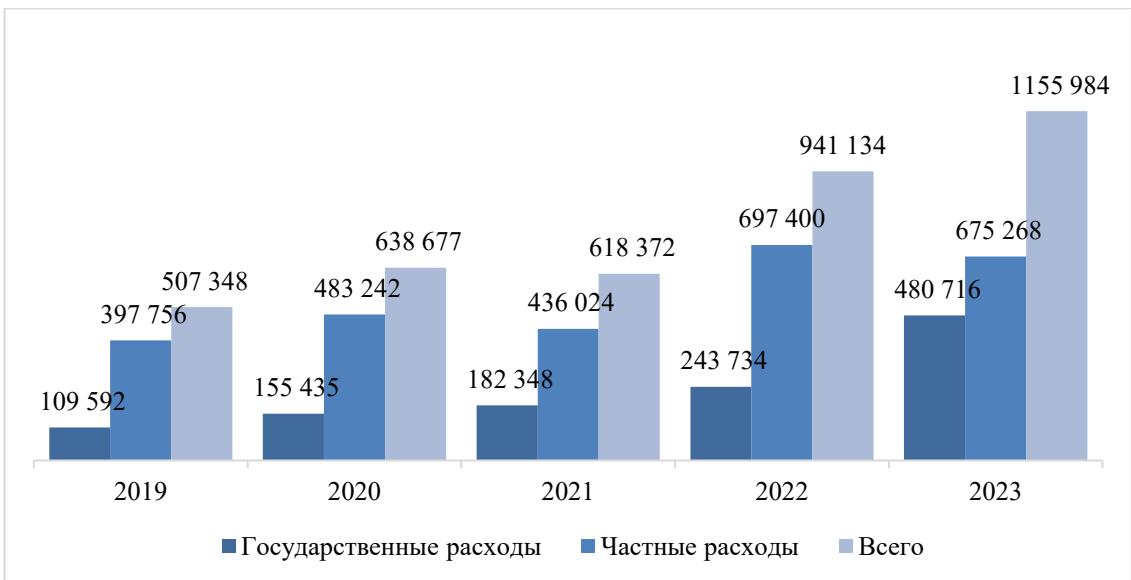
*Рисунок 19 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2019-2023 гг. в Казахстане*

В 2023 году карманные расходы показывают рост на 98% по сравнению с предыдущим годом. Отмечается рост по всем статьям расходов в структуре карманных расходов (стационарная, реабилитационная и амбулаторная помощь, расходы на лекарства).



**Рисунок 20 – Структура карманных расходов на здравоохранение в 2019-2023 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 20, расходы населения на лекарства ежегодно увеличивались с 2019 года, но исключение составили 2021 год, когда данный показатель снизился на 47,2 млрд. тенге по сравнению с 2020 годом и 2023 год, показатель которого меньше на 22млрд. тенге, чем 2022 год. За последние пять лет частные расходы, направляемые на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения повысился на 70%, (Рисунок 21).



**Рисунок 21 – Расходы на ЛС и МИ в динамике за 2019-2023 годы (в млн. тенге)**

Как показывает анализ структуры расходов на ЛС и ИМН, то здесь преобладают расходы населения. Так, за 2019-2023 годы, государственные расходы составляли в среднем 25,2% всех расходов на приобретение медицинских товаров. Остальные 74,8% расходов покрывались непосредственно средствами из карманов населения. (Рисунок 21).

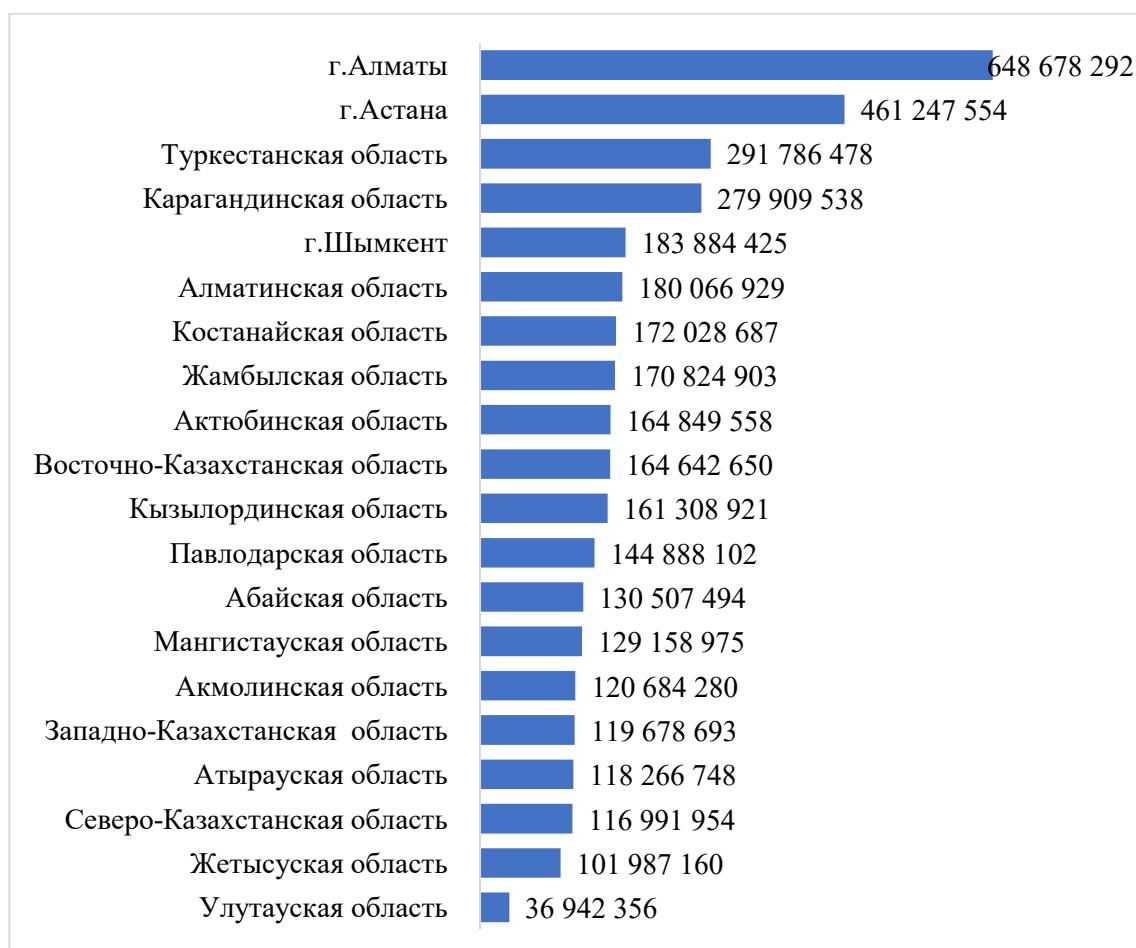


**Рисунок 22 – Расходы на ЛС и ИМН в динамике за 2019-2023 годы (в %)**

## 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.

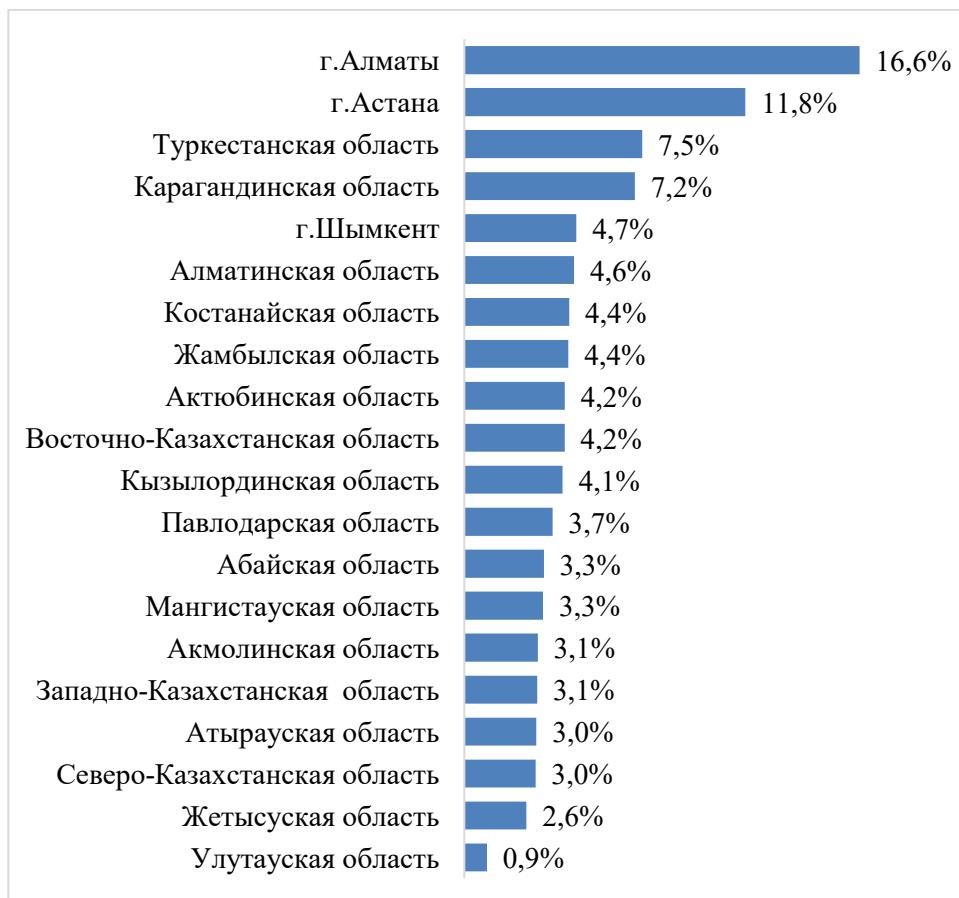
Анализ региональных счетов НСЗ по итогам 2023 года показал, что наибольший объем расходов наблюдается г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 648 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечается в Улутауской области, где затраты на здравоохранения составили 37 млрд. тенге.



*Рисунок 23 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2023 году, тыс. тенге.*

В процентном соотношении по итогам 2023 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом. Наибольший объем расходов на здравоохранение отмечается в г. Алматы – 648 млрд. тенге, г. Астана – 461 млрд. тенге, Туркестанская область – 291 млрд. тенге.

Структура расходов на здравоохранение в разрезе регионов выглядит следующим образом: в г. Алматы затраты на здравоохранение составили 16,6% к текущим расходам на здравоохранение страны. Удельный вес расходов в г.Астана и Туркестанской области составили 11,8% и 7,5%, соответственно. Наименьший удельный вес в структуре распределения текущих расходов на здравоохранение страны отмечается в области Жетису – 2,6% и Улытауской области – 0,9%.



**Рисунок 24 – Распределение текущих расходов на здравоохранение по регионам РК в 2023 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 (валовый региональный продукт) – это аналогичный показатель, только рассчитанный для определенного региона, и показывает экономическое состояние данного региона.

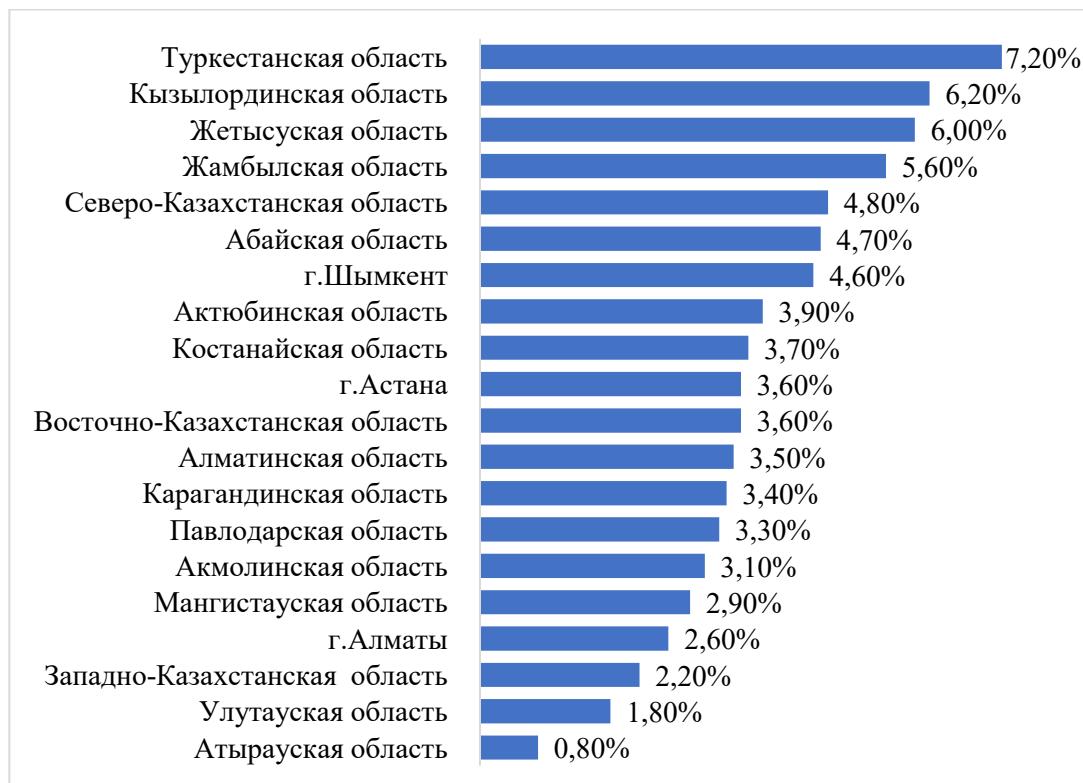
В сравнении с ВВП, ВРП учитывает специфику региона и социально-экономические различия между регионами. Одной из мер по повышению ВРП является развитие инфраструктуры, туризма, сельского хозяйства, здравоохранения и образования. Так, ВРП может помочь правительствам и инвесторам проводить сравнения между 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 2023 года текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в Туркестанской области затраты на здравоохранение составили 7,2% от ВРП, в Кызылординской области – 6,2%, в области Жетису – 6% от ВРП.



**Рисунок 25 – Текущие расходы на здравоохранение в % от ВРП по регионам РК в 2023 году**

Среднее страновое значение ТРЗ от ВВП составляет 3,8%. Отметим регионы, которые имеют показатели ниже среднего:

Атырауская область – 0,8% от ВРП,

Ульятауская область – 1,8% от ВРП,

Западно-Казахстанская область – 2,2% 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 340,5 тыс тенге и 300 тыс. тенге соответственно. Наименьший уровень расходов на душу населения отмечается в Туркестанской и Алматинской областях – 137,7 тыс.тенге и 119,6 тыс.тенге соответственно.

Отметим что средний показатель расходов на здравоохранение по республике составил 229 тыс.тенге на каждого жителя.



*Рисунок 26 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2023 году, на 1 жителя, тыс. тенге.*

Таким образом, как видно из рисунка, можно отметить лишь 3 региона в Республике, где показатели подушевых 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 – 151 тыс.тенге и 78 тыс.тенге соответственно.

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

- Г. Астана – 225,5 тыс.тенге,
- Г. Алматы – 182,1 тыс.тенге,
- Абайская область – 165,6 тыс.тенге
- Карагандинская область – 162,9 тыс.тенге
- Северо-Казахстанская область – 158,4 тыс.тенге,
- Павлодарская и Кызылординская области – по 157 тыс.тенге.



*Рисунок 27 – Государственные расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2023 году, на 1 жителя, тыс. тенге.*

В остальных регионах государственные расходы на душу населения оказались ниже среднего странового значения. Так, самые низкий уровень государственных расходов на здравоохранение отмечается в Алматинской области – 104,9 тыс.тенге на душу населения.

По частным расходам на душу населения лидирует город Алматы – 118 тыс. тенге и город Астана – 115 тыс.тенге на одного жителя. Отметим, что это выше среднего значения по стране (78 тыс.тенге) более чем в 1,5 раза.



**Рисунок 28 – Частные расходы на здравоохранение в разрезе регионов РК в 2023 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 Жетысуской области – 10 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.

Анализ структуры расходов по схемам финансирования покажет нам, от каких схем зависит финансирование здравоохранения того или иного региона. **Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования** по регионам представлена следующим образом:

Наибольший удельный вес обязательных схем финансирования отмечается в области Жетысу – 93,04% от ТРЗ (в том числе государственные расходы – 62,52%, ОСМС – 30,52%). Далее следуют Туркестанская область – 87,93% от ТРЗ (в том числе государственные расходы – 54,37%, ОСМС – 33,56%), и Алматинская область – 87,73% от ТРЗ (в том числе государственные расходы – 62,21%, ОСМС – 25,52%).

Можно отметить, что высокие показатели по объему расходов за счет средств государственного бюджета в Ульяновской области – 64,7%, Жетысусской области – 62,52% и в Алматинской области – 62,21%. Наименьшая доля расходов из государственного бюджета отмечается в Карагандинской области – 43%.

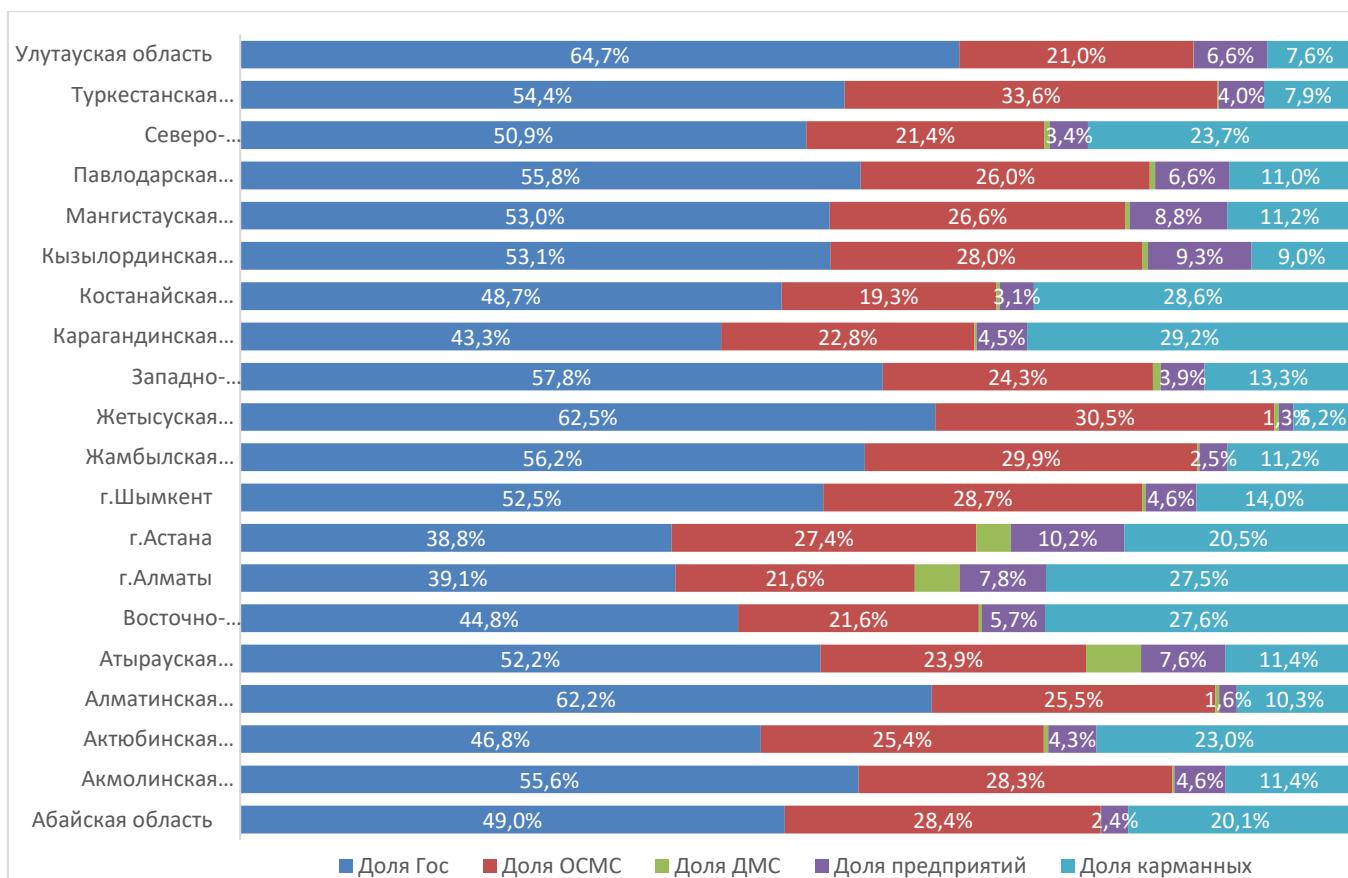
В процентном соотношении наибольшая доля ОСМС в Туркестанской области – 34%, а наименьший показатель в Костанайской области составил – 20%.

Анализ расходов по регионам также показывает, что города Астана и Алматы являются лидерами по уровню частных расходов на здравоохранение. В г. Астана они составили 155,82 млрд. тенге (или 33,78% от ТРЗ), в г. Алматы – 254,97 млрд. тенге (или 39,31% от ТРЗ).

Наибольшая доля расходов ДМС отмечается в Атырауской области – 4,9%. Наименьший удельный вес расходов наблюдается в Абайской области и составляет 0,04%.

Удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение в г. Астана составил 10,22%. Это максимальный показатель по республике. Далее по объему следует Кызылординская область – 9,3%. Наименьший удельный вес расходов наблюдается в Жетысуской области и составляет 1,3%.

Наибольшая доля карманных расходов отмечается в Карагандинской и Костанайских областях – 29,21% и 28,59%, Наименьший показатель отмечен в Жетысуской области – 7,6%.



**Рисунок 29 – Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе доходов схем финансирования в регионах РК, в % к итогу**

Анализ расходов по регионам также показывает, что города Алматы и Астана являются лидерами по уровню частных расходов, как в абсолютных,

так и относительных значениях. В г. Алматы частные расходы на здравоохранение составили 255 млрд. тенге (или 34% от ТРЗ), в г. Астана – 155,8 млрд. тенге (или 39% от ТРЗ). Совокупный уровень частных расходов по республике составил 1 542 457 193 тыс. тенге, или 34% от ТРЗ.

В 13 регионах показатель частных расходов зафиксирован ниже республиканского значения и колеблется от 6,96% в области Жетысу до 23,90% в Атырауской области.

Напомним, что частные расходы являются суммой расходов на ДМС, расходов предприятий и карманных расходов. Самый высокий уровень карманных расходов зафиксирован в Карагандинской и Костанайской областях составляя около 29% от ТРЗ. За ними следует Восточно-Казахстанская область и г. Алматы (27,58% и 27,50% соответственно). В г. Астана доля карманных расходов составила 20,46% от ТРЗ. Самый низкий показатель по карманным расходам демонстрирует область Жетысу – 5,24%

**Таблица 26 – Частные расходы на здравоохранение в разрезе регионов (в % от ТРЗ).**

Регионы	ДМС	Предприятия	Карманные
Карагандинская	0,21%	4,54%	29,21%
Костанайская	0,32%	3,15%	28,59%
г.Алматы	4,02%	7,55%	27,73%
ВКО	0,30%	5,67%	27,58%
СКО	0,51%	3,44%	23,73%
Актюбинская	0,41%	4,35%	22,96%
г.Астана	3,10%	10,22%	20,46%
Абай	0,04%	2,43%	20,11%
г.Шымкент	0,30%	4,59%	13,97%
ЗКО	0,70%	3,94%	13,26%
Атырауская	4,94%	7,57%	11,39%
Акмолинская	0,18%	4,60%	11,36%
Мангистауская	0,40%	8,79%	11,20%
Жамбылская	0,19%	2,53%	11,19%
Павлодарская	0,51%	6,63%	11,05%
Алматинская	0,34%	1,59%	10,34%
Кызылординская	0,54%	9,31%	9,03%
Туркестанская	0,13%	4,05%	7,90%
Ульятау	0,05%	6,62%	7,60%
Жетысу	0,38%	1,35%	5,24%

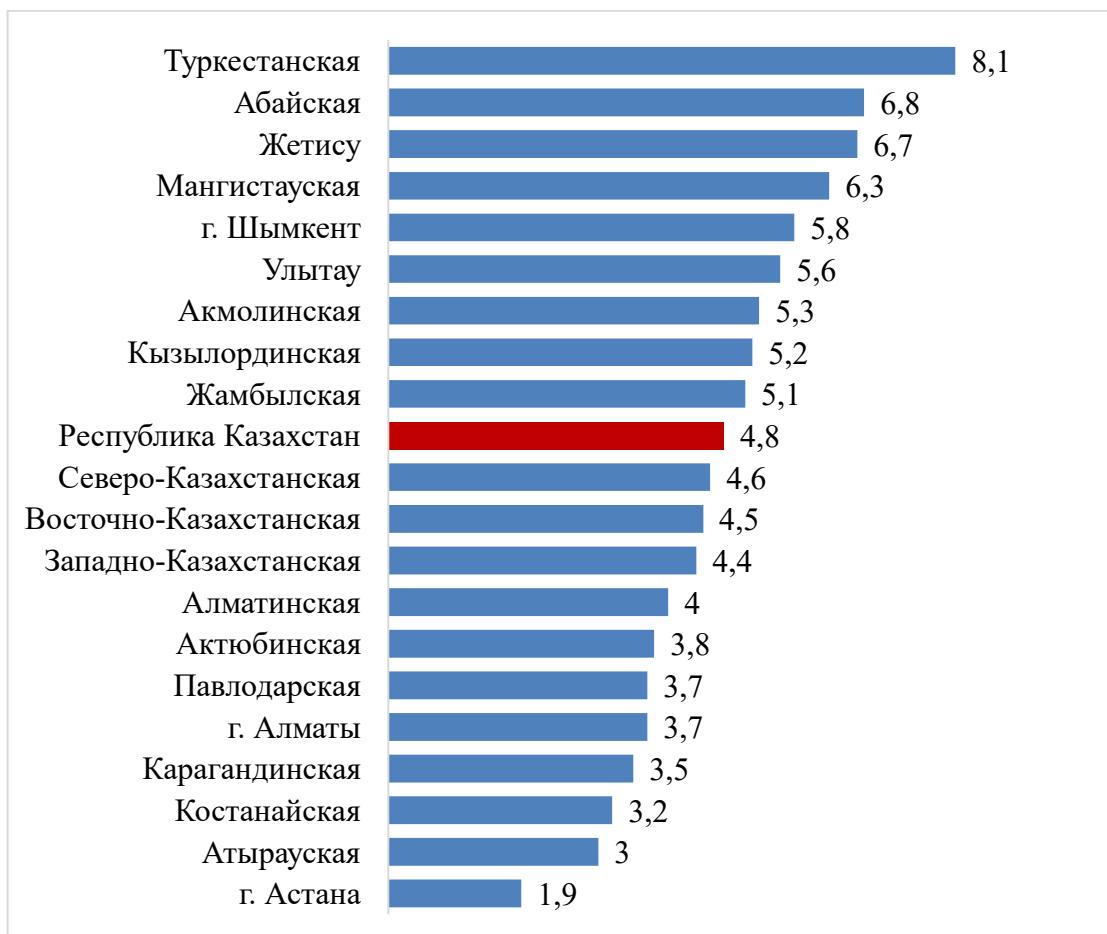
Прежде чем делать выводы об уровне финансирования и карманных расходах населения, проведем анализ уровней доходов регионов.

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.

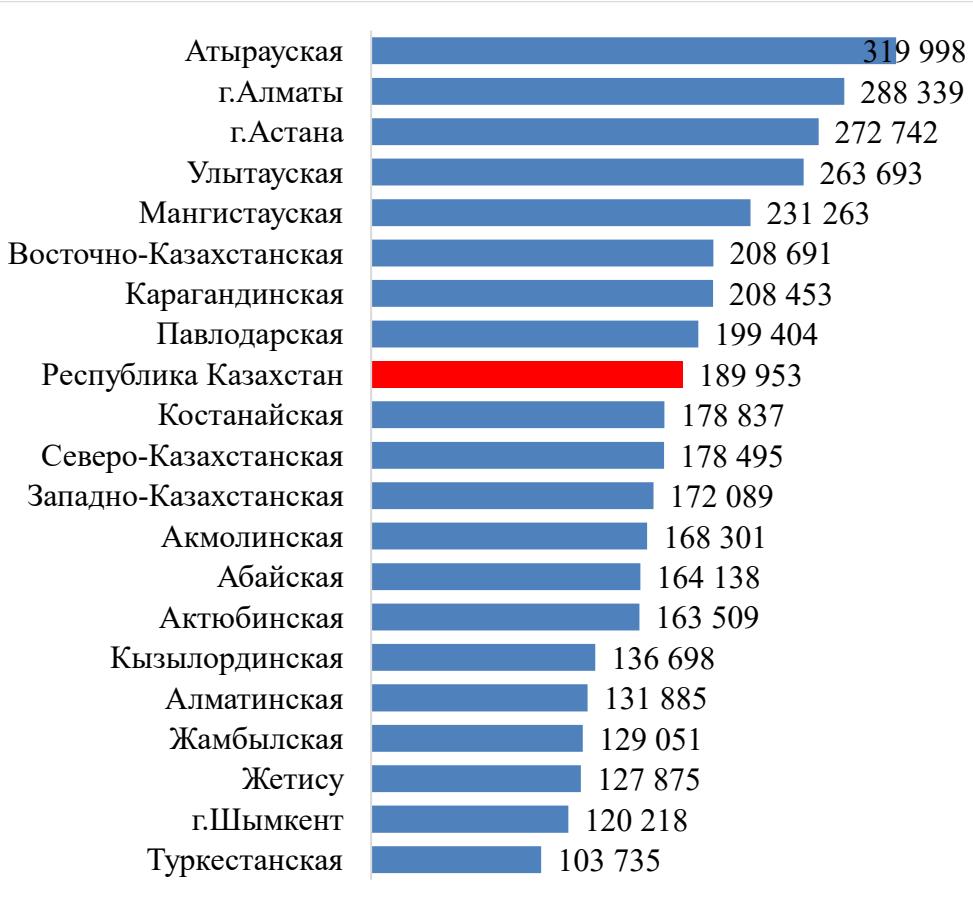
Так, по данным обследования домашних хозяйств (Бюро национальной статистики) доля населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума в 2023 году, составила 4,8% в Республике Казахстан.

Наиболее высокие значения уровня бедности в разрезе регионов в 2023 году зафиксированы в Туркестанской (8,1%), наименьшее – в г. Астана (1,9%).



**Рисунок 30 – 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 31 – Среднедушевые номинальные доходы населения*

Самый высокий показатель среднедушевых номинальных доходов населения в 2023 году отмечается в Атырауской области – почти 320 тыс. тенге. В г. Алматы – 288 тыс. тенге, г. Астана – 272 тыс. тенге.

Самые низкие среднедушевые номинальные доходы зафиксированы в Туркестанской области – 103 тыс. тенге, г. Шымкент – 120 тыс. тенге, Жетысу – 127 тыс. тенге, Жамбылской области – 129 тыс. 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.

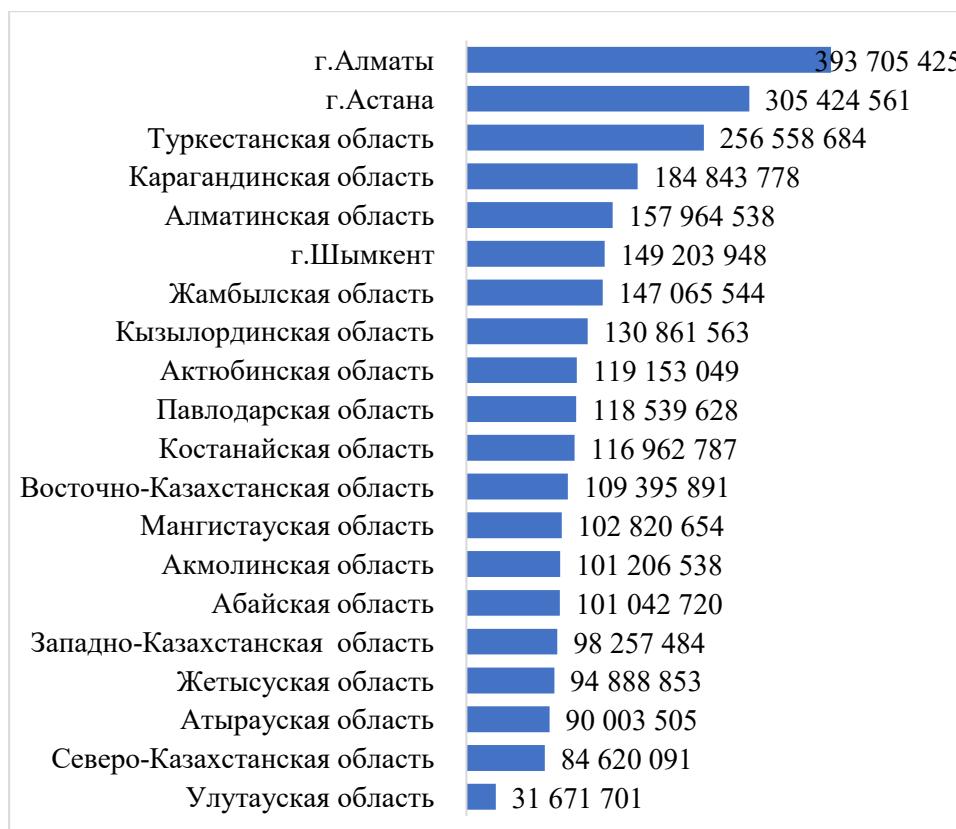
Кроме того, анализ половозрастной структуры по регионам показал, что наибольшее количество нетрудоспособного населения (в возрасте до 18 лет и старше 63 лет) отмечается в Туркестанской области – 47<sup>8</sup>% от всего населения области. Поскольку основными потребителями медицинских услуг являются дети и пенсионеры, то это объясняет относительно высокий уровень государственных расходов.

<sup>8</sup> Данные БНС

В регионах с высоким уровнем карманных расходов – гг. Астана и Алматы и Атырауская область – 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.

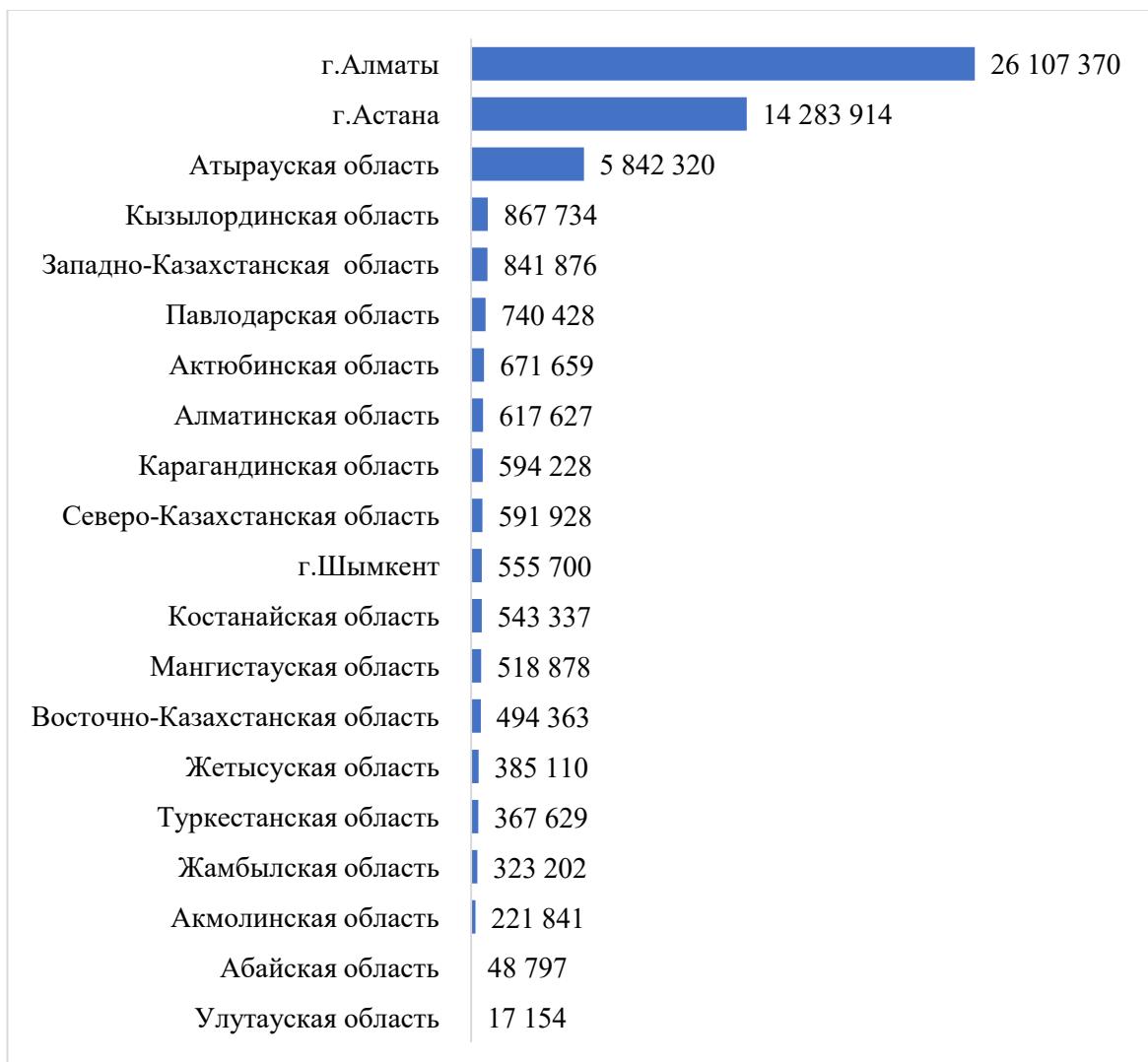
По итогам 2023 г. наибольший объем государственных текущих затрат на здравоохранение в абсолютном выражении приходится на г. Алматы – 393 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на Улутаускую область – 31 млрд. тенге.



*Рисунок 32 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение в разрезе областей в 2023 г. (тыс. тенге)*

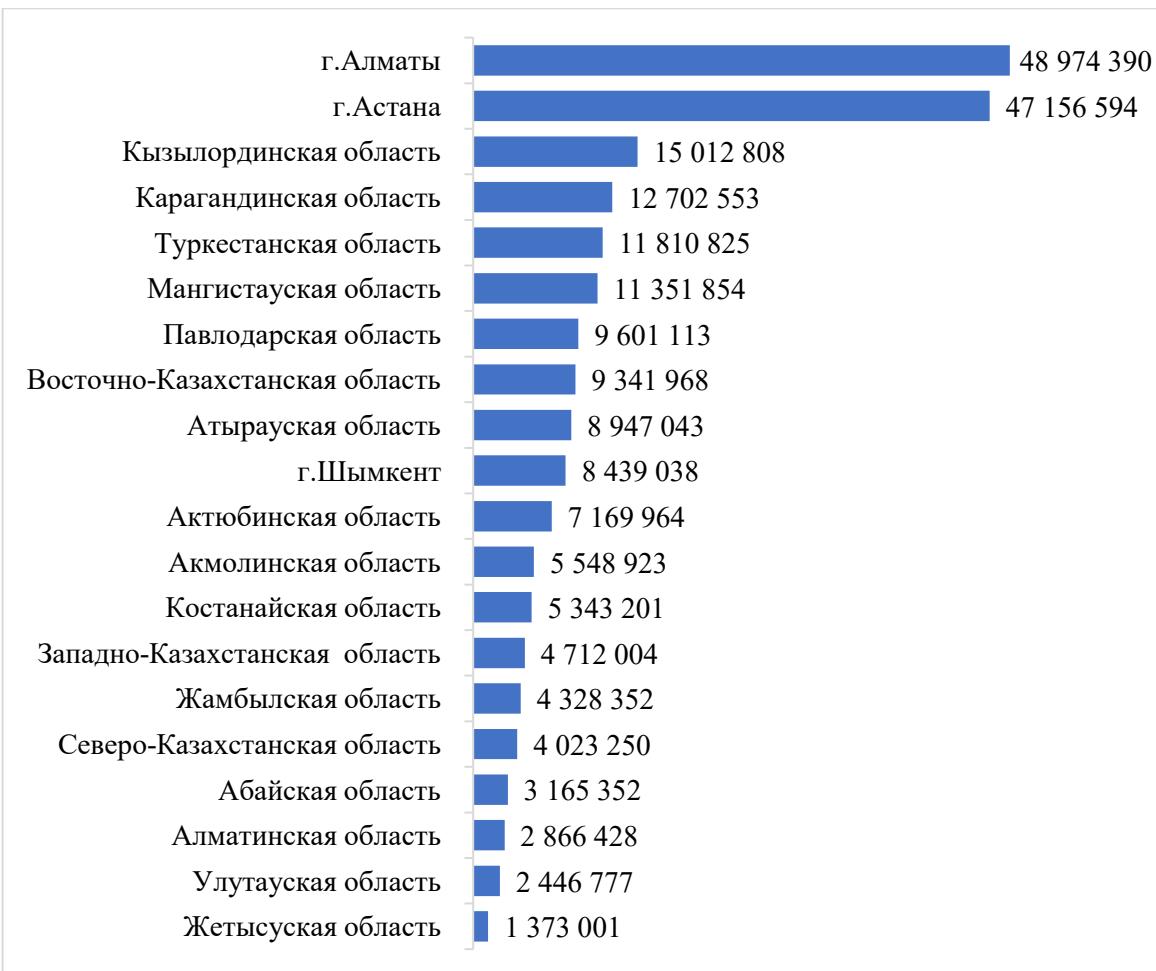
Схема добровольных медицинских взносов формируется за счет средств ДМС и доходов, поступаемых от предприятий. Поступления за счет средств ДМС и от предприятий показаны на Рисунках ниже.

Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы – 26,1 млрд. тенге, далее г. Астана – 14,2 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Улутауской области – 17 млн. тенге.



**Рисунок 33 – Схемы медицинских взносов, поступаемых в рамках добровольного медицинского страхования, в 2023 г. (тыс. тенге)**

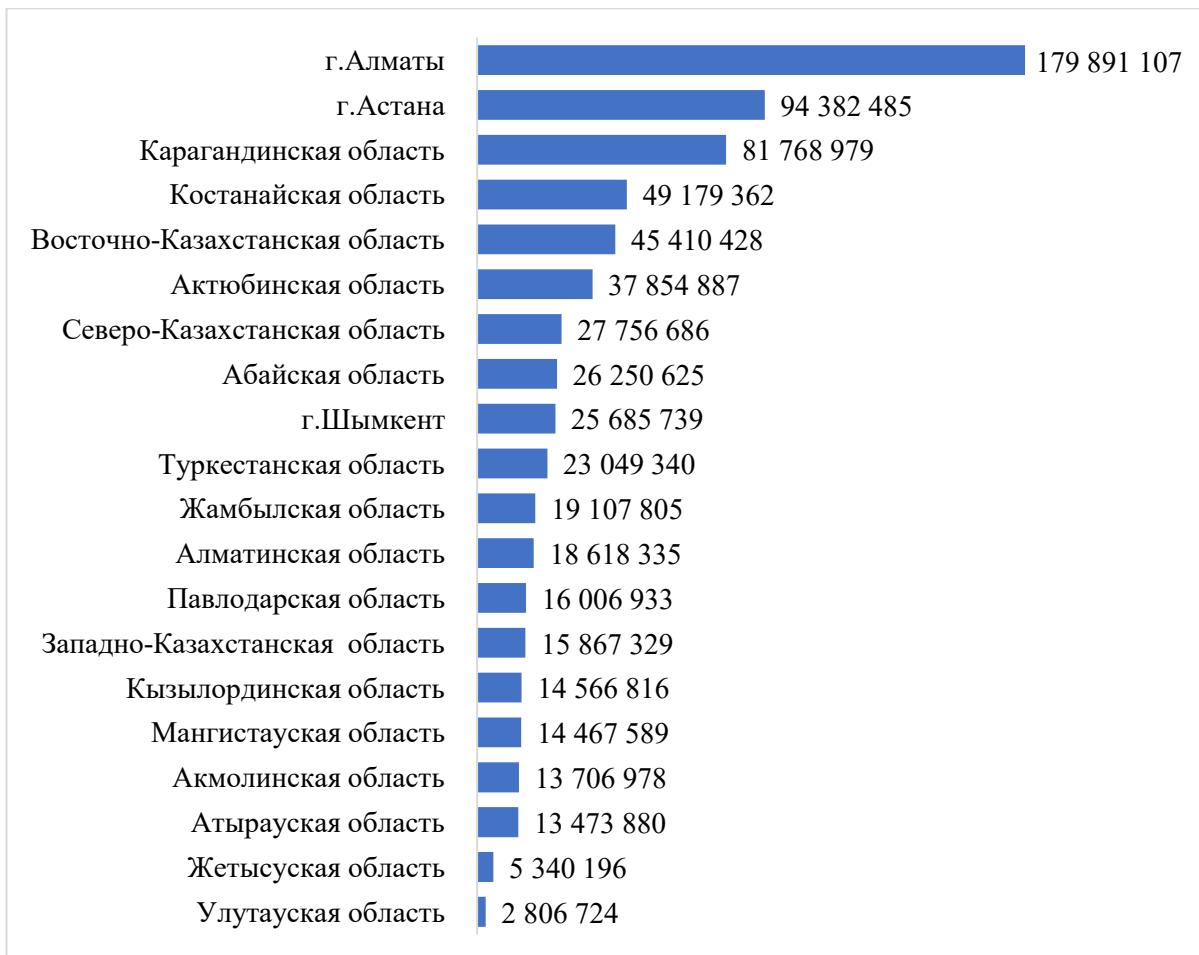
Что касается расходов предприятий, то наибольший объем показал г. Алматы – 48 млрд. тенге, далее г. Астана – 47 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в Жетысуйской области – 1,3 млрд. тенге.



**Рисунок 34 – Схемы медицинских взносов, поступаемых от предприятий (тыс. тенге)**

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 27,7% от текущих расходов на здравоохранение. Карманные расходы домохозяйств в разрезе регионов показаны на рисунке ниже.

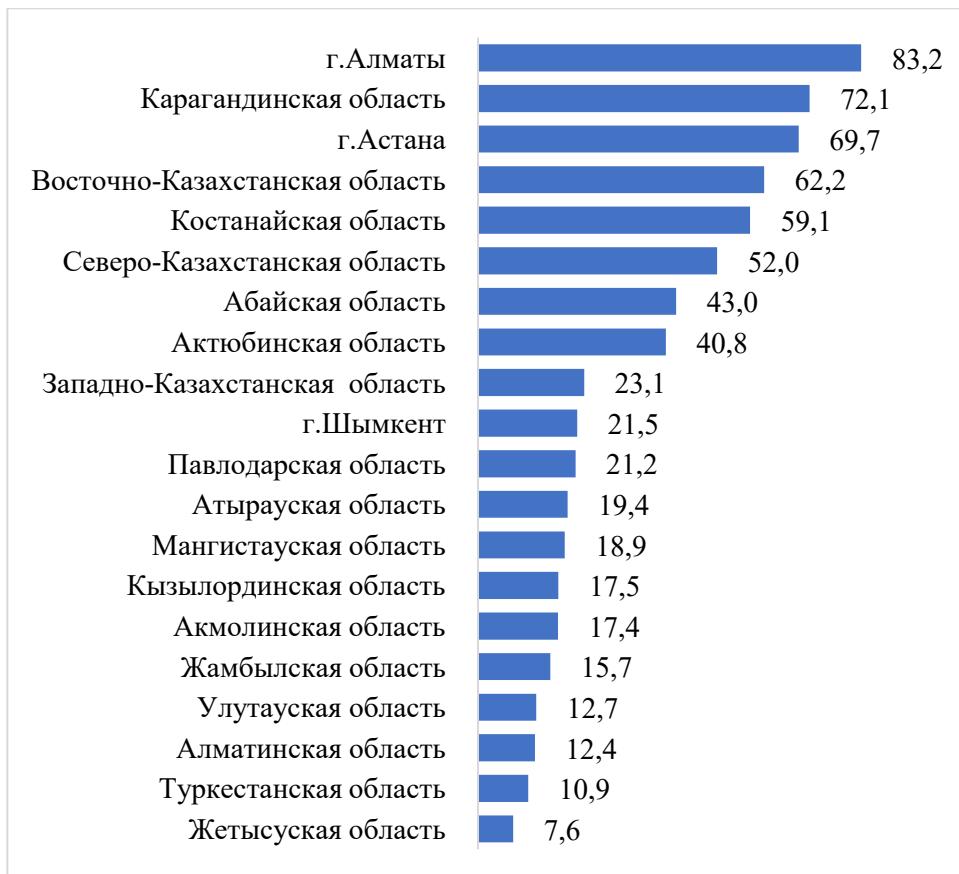
Наибольший объем расходов показывает г. Алматы – 179 млрд. тенге. За ним следует г. Астана – 94 млрд. тенге. Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в Улутауской области 2,8 млрд. тенге.



*Рисунок 35 – Карманные расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2023г. (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. Алматы и составили в 2023 году 83 тыс. тенге. Далее следует Карагандинская область – 72 тыс. тенге.

Наименьшие подушевые карманные расходы наблюдаются в Жетысуйской области – 7,6 тыс. тенге.



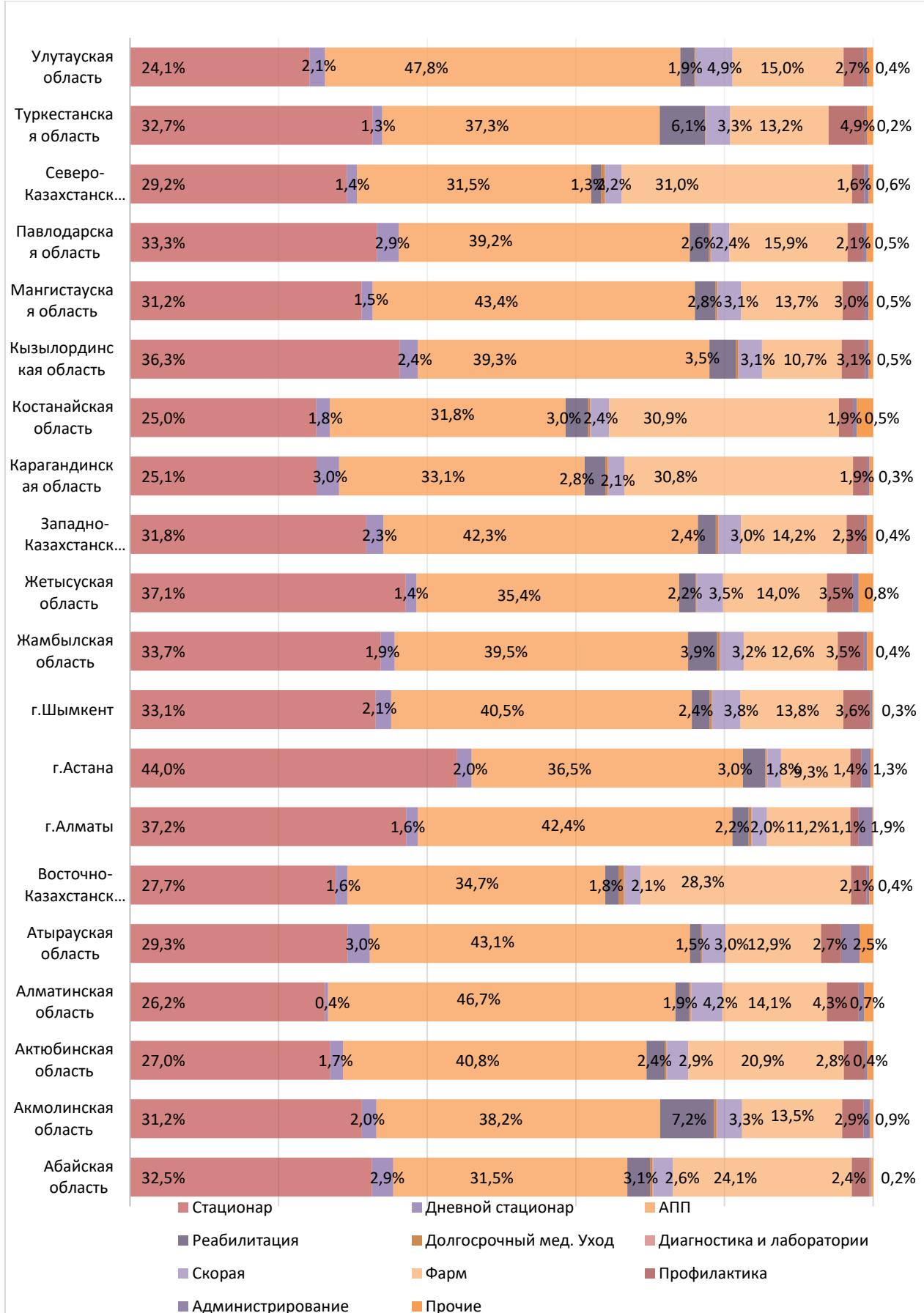
*Рисунок 36 – Карманные расходы на одного жителя в разрезе регионов (тыс.тенге)*

Согласно структуре расходов в разрезе услуг здравоохранения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 25% до 44% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2023г. являлся г. Астана (44%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Костанайской области (25%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2023г. было направлено от 31,5% до 47,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Улытауской области (47,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской и Абайской областях (31,5%).

На лечение в дневном стационаре в 2023г. было направлено от 0,4% до 3% всех расходов на медицинские услуги. Так, 0,4% расходов услуг лечения было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 3% - Карагандинской и Атырауской областях.

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



**Рисунок 37 – Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам РК в 2023 году, в % к сумме**

Расходы на транспортировку пациентов (вспомогательные услуги) колеблются от 1,8% до 4,9% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например в городе Астана на скорую помощь было израсходовано 1,8%, а в Улутауской области – 4,9%.

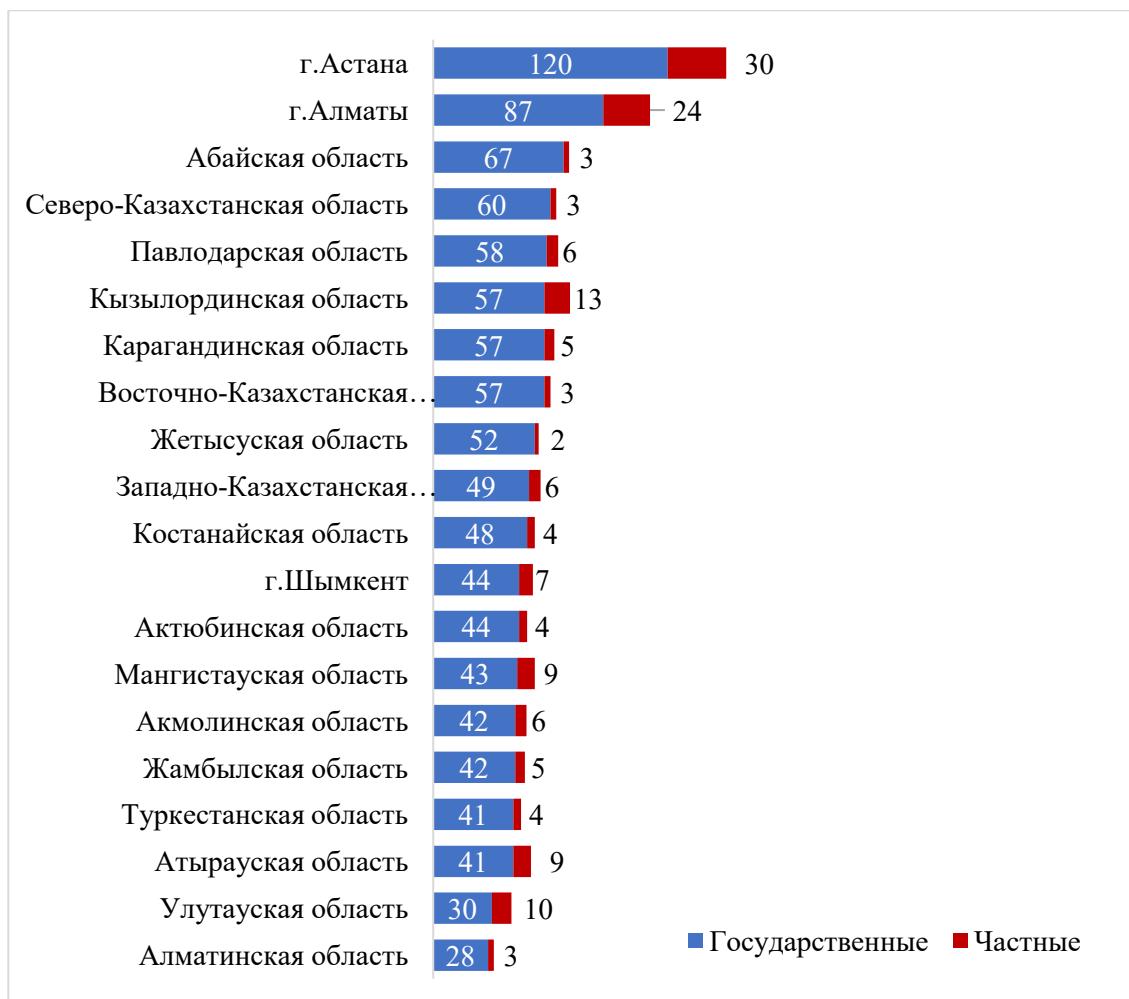
В абсолютном выражении распределение расходов на стационарную помощь выглядит следующим образом:

**По государственным расходам на стационарную медицинскую помощь** (СМП) на душу населения лидирует г. Астана – 120 тыс. тенге. (рис.38) Минимальная сумма государственных расходов на оказание стационарной помощи на 1 жителя составила 28 тыс. тенге в Алматинской области.

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

- г. Астана – 30 тыс. тенге.
- Г. Алматы – 24 тыс. тенге.

Далее частные расходы на СМП распределились равномерно по регионам – от 2 до 13 тыс.тенге на одного жителя.



**Рисунок 38 – 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).

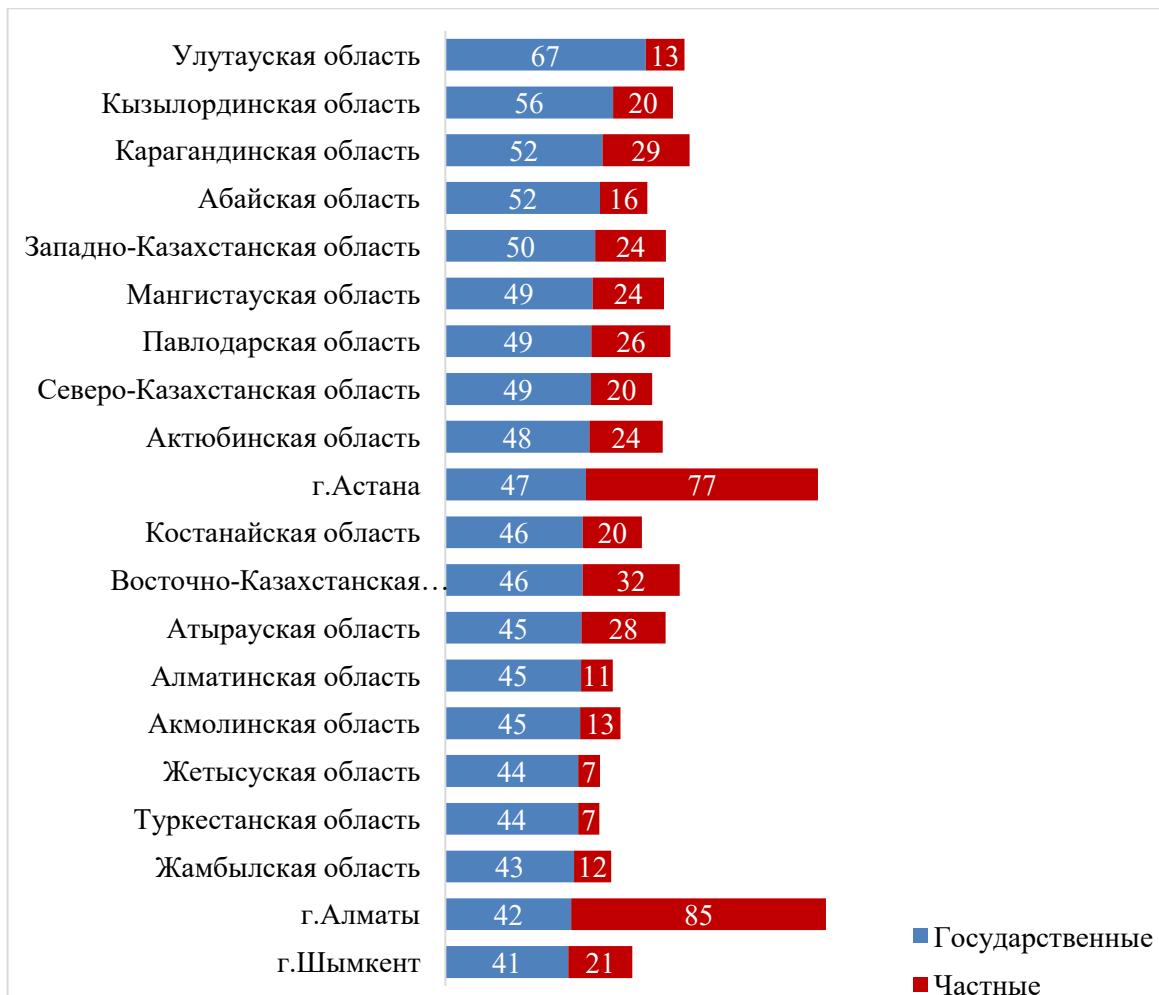
Так, наиболее высокий показатель **государственных расходов на амбулаторное лечение на 1 жителя** отмечается в следующих регионах по убыванию (рис.38):

- Улутауская область – 67 тыс.тенге,
- Кызылординская область – 56 тыс.тенге,
- Карагандинская область – 52 тыс.тенге.

Наименьший уровень государственных расходов на амбулаторную помощь показывает г. Шымкент – 41 тыс.тенге.

Наибольший уровень **частных расходов на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя** отмечается в городах Алматы и Астана - 85 тыс. тенге и 77 тыс. тенге соответственно.

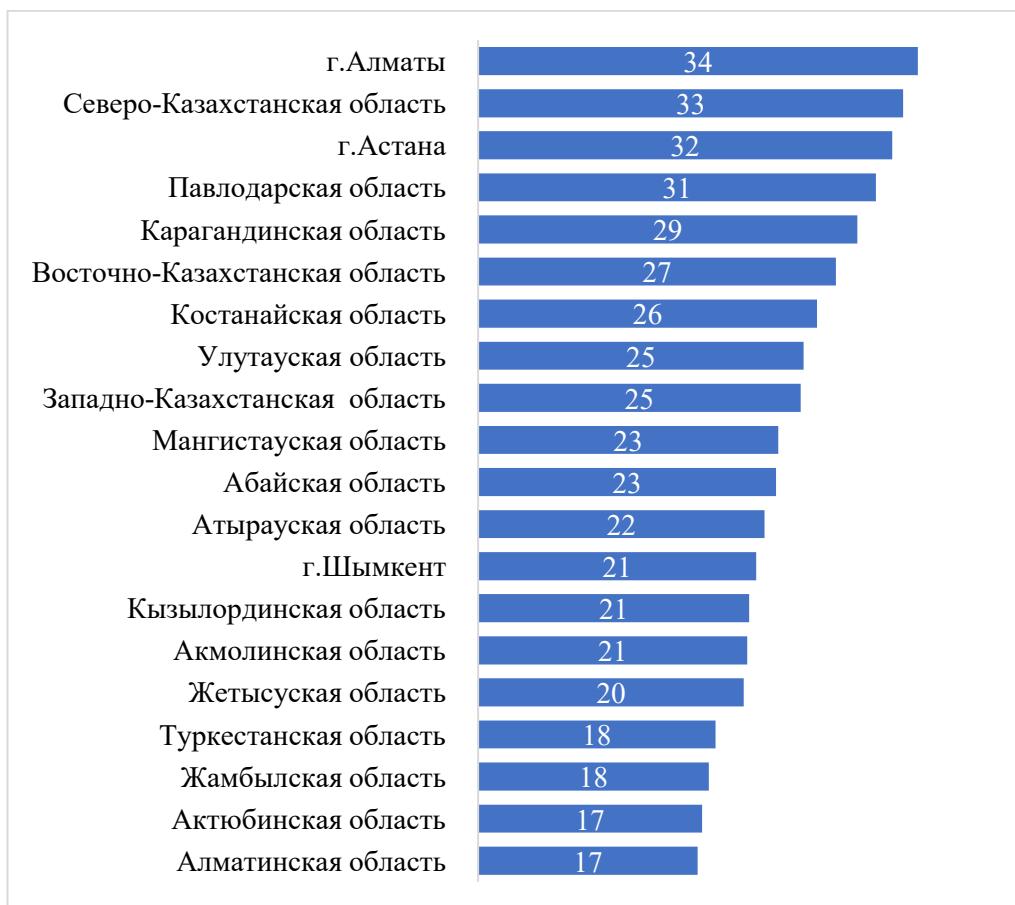
Наименьший показатель по частным расходам на амбулаторную помощь на душу населения наблюдается в Жетысуской и Туркестанской областях – 7 тыс. тенге.



**Рисунок 39– 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 34 тыс.тенге и приходится на г. Алматы (рис.40). В СКО и г.Астана подушевые государственные расходы на лекарства составили 33 и 32 тыс тенге. Самый низкий уровень расходов по этому показателю отмечен в Алматинской области и составил 17 тыс.тенге.



*Рисунок 40 – Государственные расходы на предоставление мед.товаров на 1 жителя, тыс. тенге*

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

Оказание профилактических услуг включает в себя следующее:

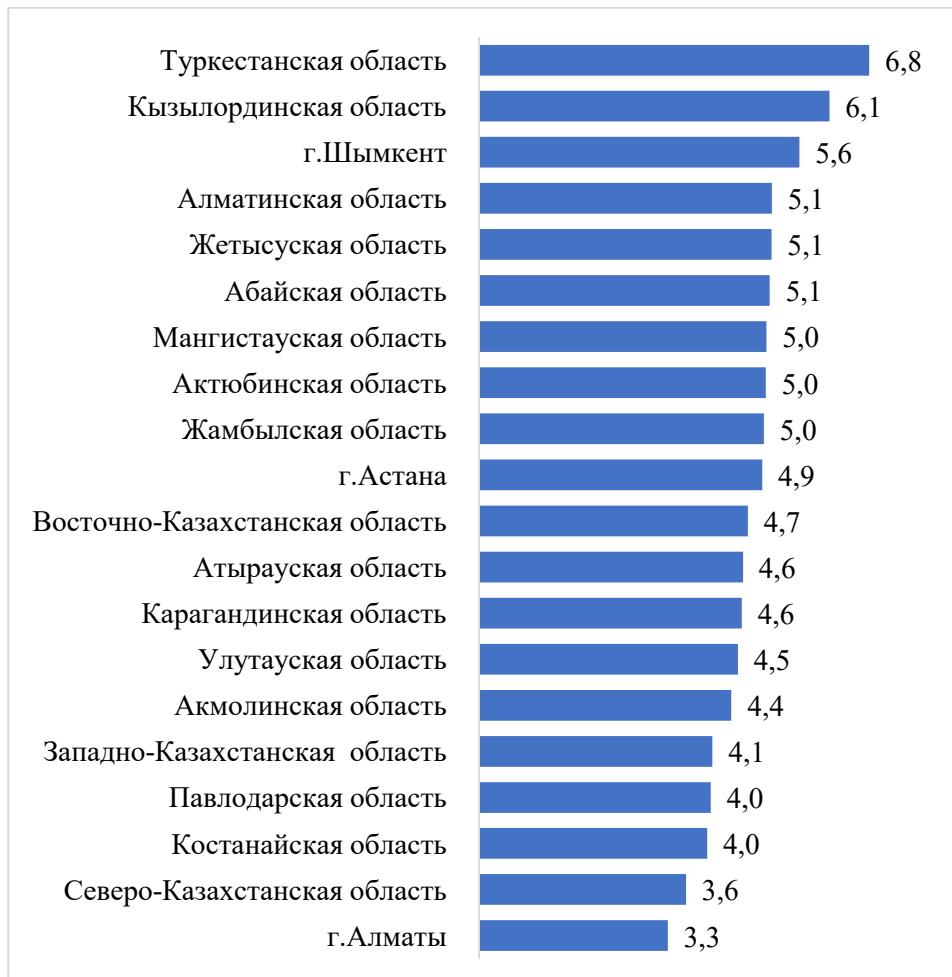
- ✓ Информационная, образовательная и консультационная программы;
- ✓ Программы иммунизации;
- ✓ Программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг;
- ✓ Программа мониторинга состояния здоровья;
- ✓ Программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболеваниями, травмами и воздействием 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.41):

- Туркестанская область 6,8 тыс. тг.
- г.Шымкент – 6,1 тыс. тг.

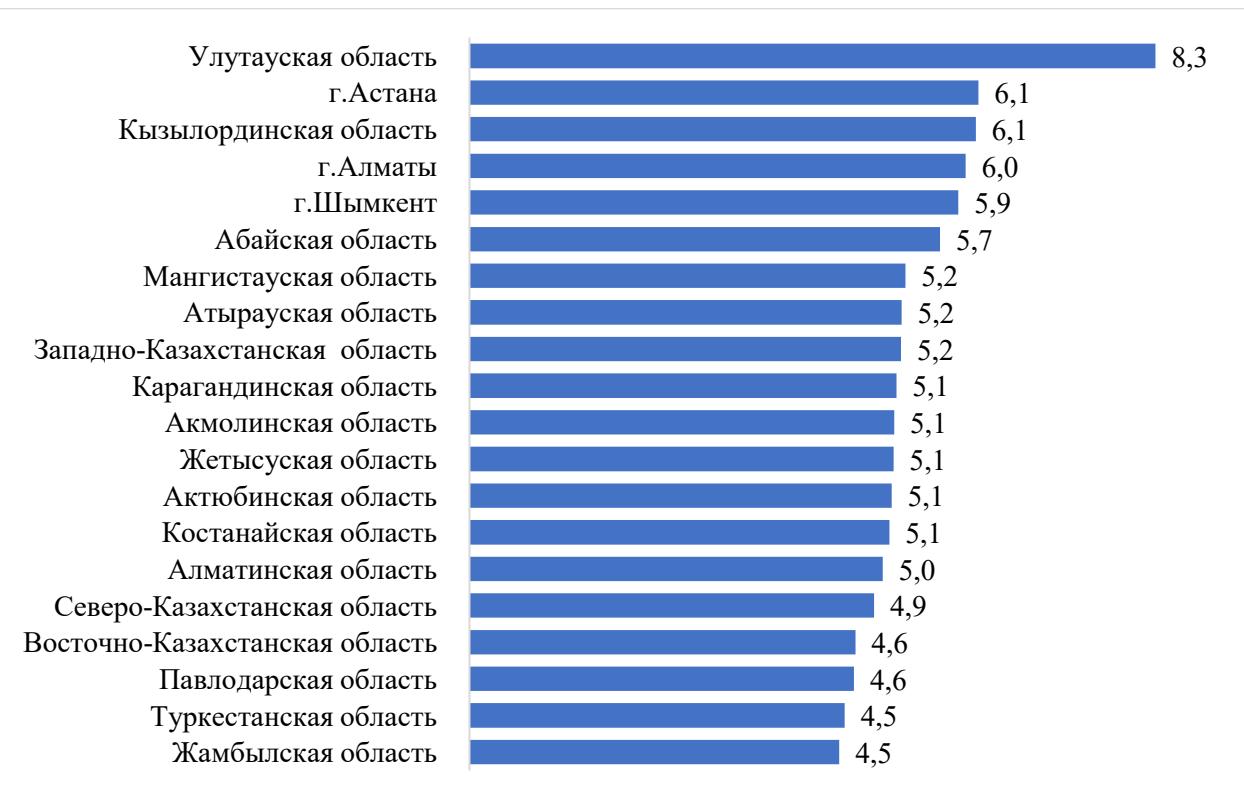
Наименьший размер государственных расходов на профилактические услуги отмечается в г. Алматы и составляют 3,3 тыс. тг на одного жителя.



*Рисунок 41 – 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 – 8,3 тыс.тенге на 1 жителя в 2023 году. Самый низкий в Жамбылской области –4,5 тыс.тенге на душу населения. (рис.42)

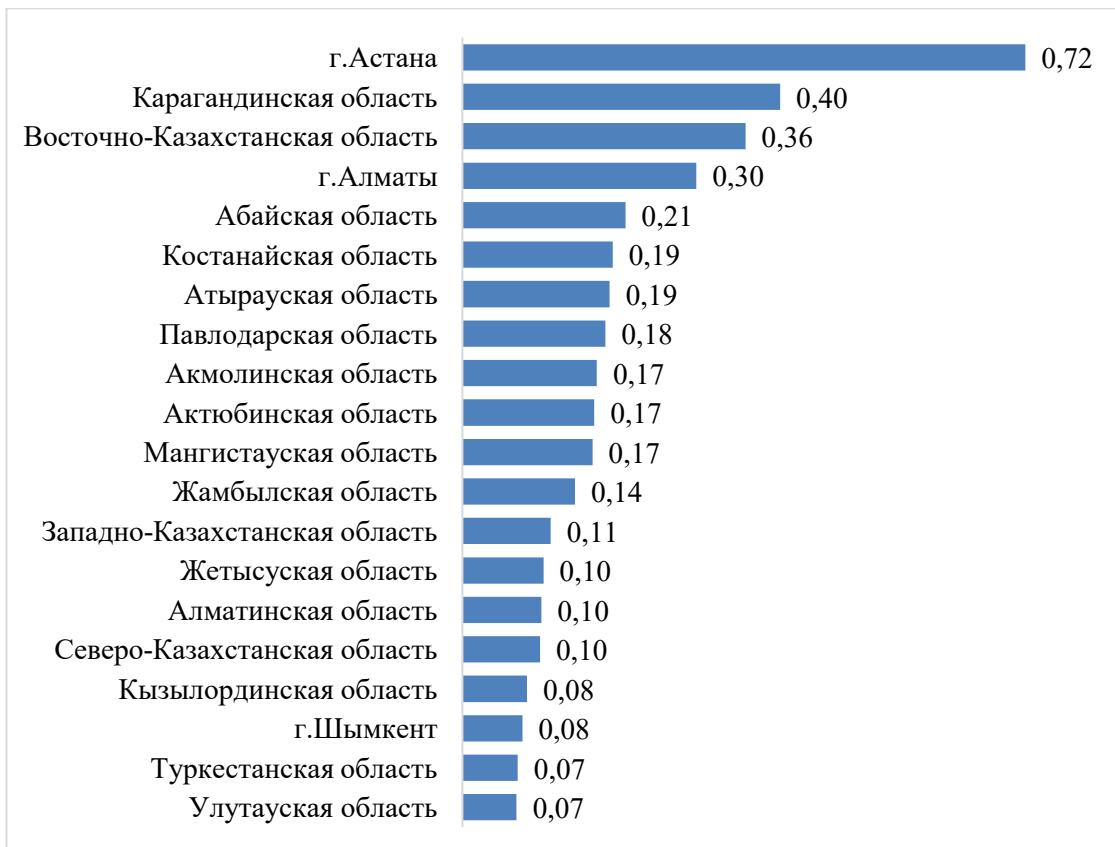


**Рисунок 42 – Расходы на оказание скорой медицинской помощи на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге**

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

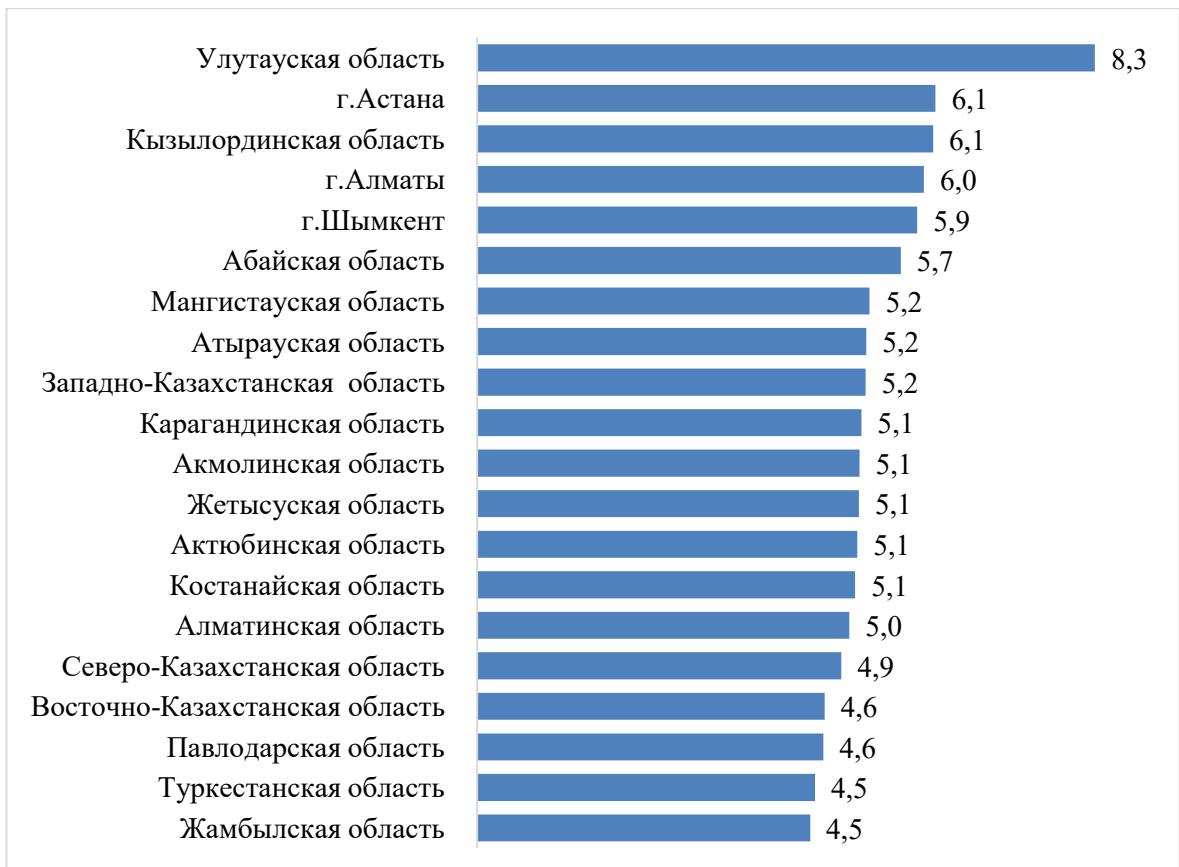
Так, самый высокий показатель расходов на диагностические услуги приходится на г. Астана – 0,72 тыс.тенге на 1 жителя (рис.43).

Наименьший показатель отмечается в Улутауской области – 0,07 тыс.тенге на одного жителя. Это объясняется тем, что Улутауская область была сформирована недавно. В остальных регионах подушевые расходы на вспомогательные услуги составляют от 0,08 тыс.тенге до 0,4 тыс.тенге на одного жителя.



*Рисунок 43 – Расходы на диагностические и лабораторные услуги на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге*

**По государственным расходам на стационарно замещающую помощь на 1 жителя** в первой тройке лидеров Карагандинская область – 7,4 тыс.тенге, г. Астана – 6,7 тыс.тенге, Абайская область – 6,1 тыс.тенге. На самом последнем месте Алматинская область – 0,5 тыс.тенге на душу населения.

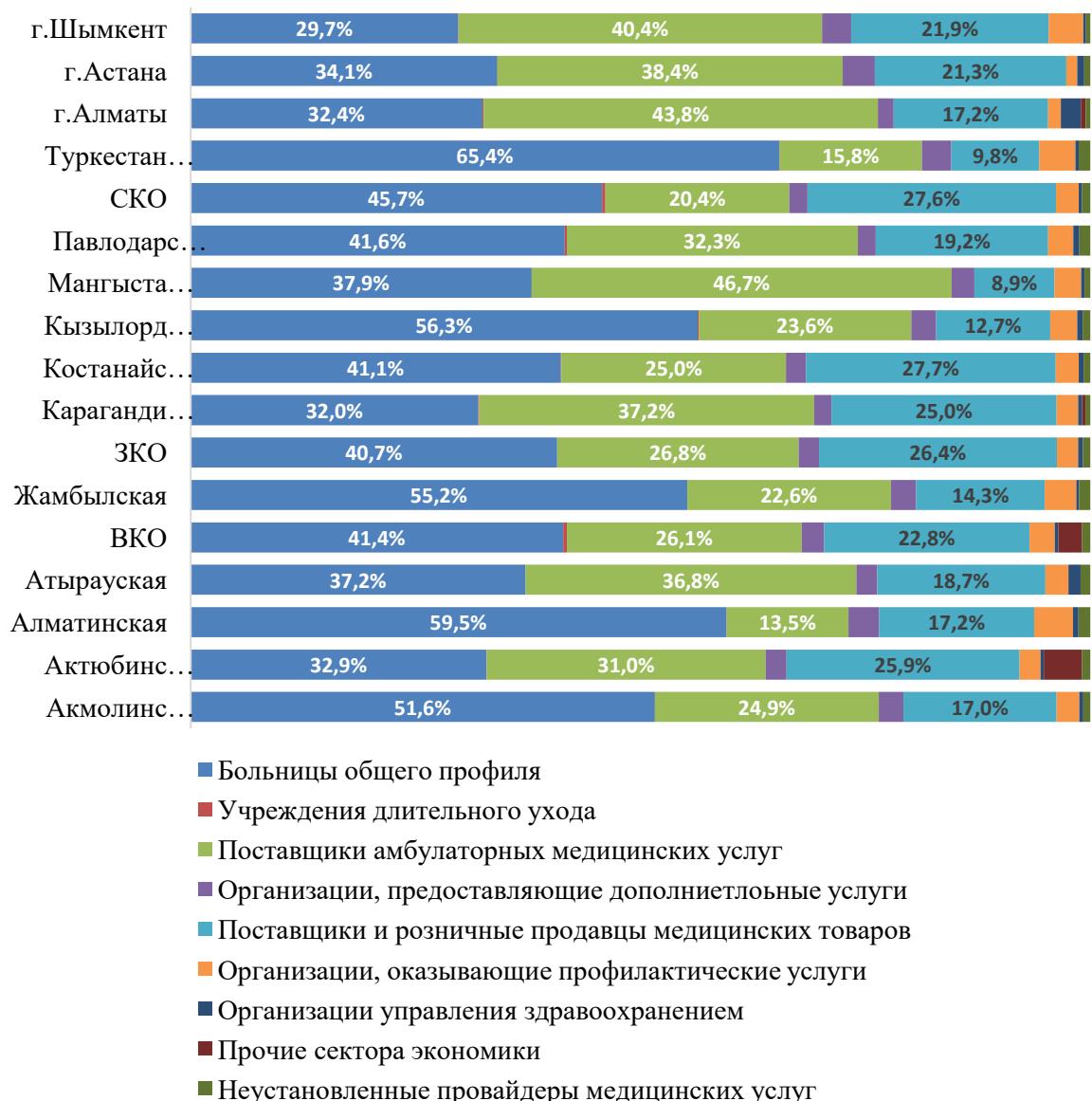


*Рисунок 44 – Расходы на медицинские услуги в условиях дневного стационара на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге*

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

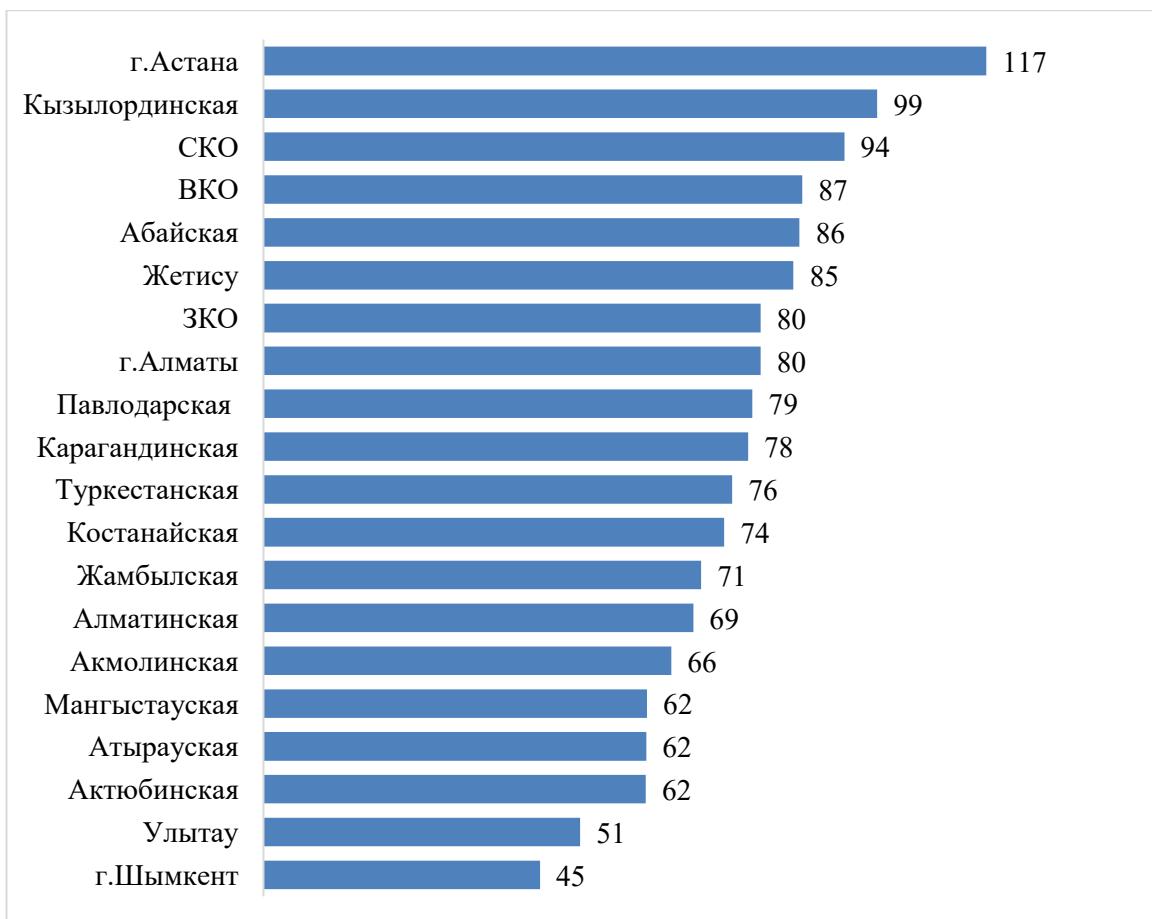
В больницы общего профиля направляются от 29,7% до 65,4% всех расходов здравоохранение. Учреждения длительного ухода потребляют до 0,4% всех расходов на здравоохранение.

Поставщики амбулаторных услуг расходуют от 13,5% в Алматинской области до 46,7% в Мангистауской 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.



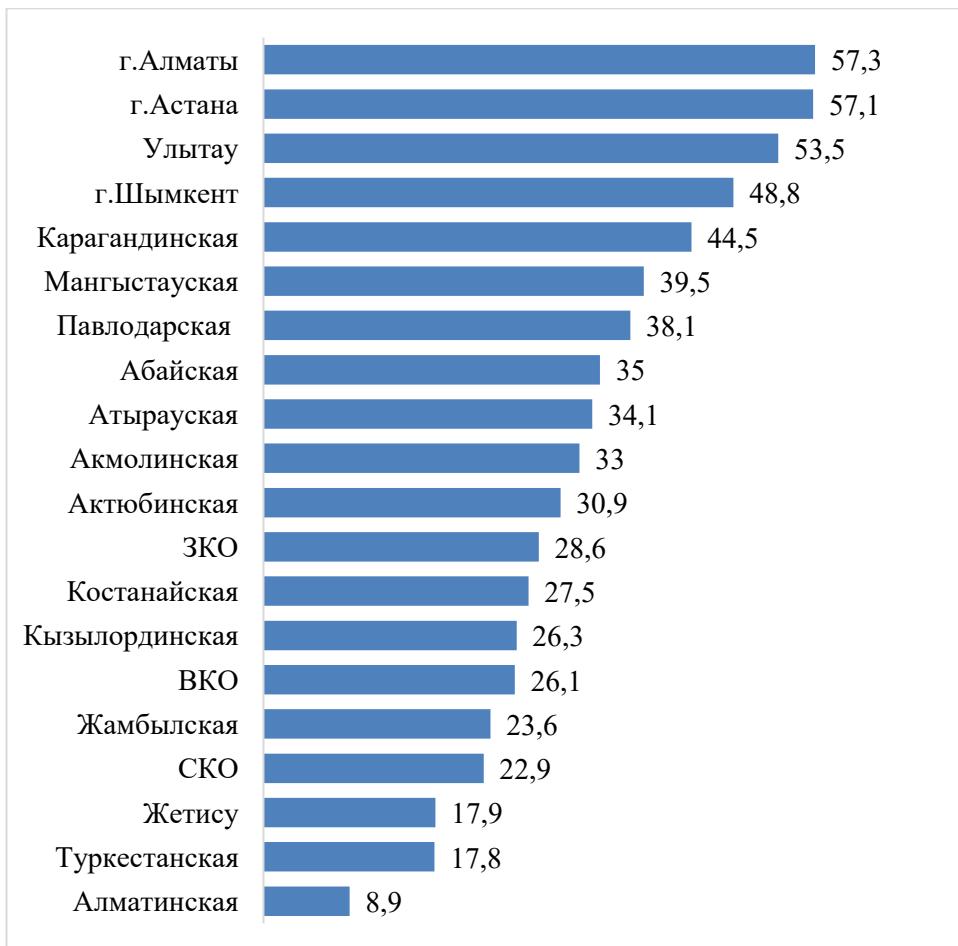
**Рисунок 45 – Структура текущих расходов в разрезе поставщиков здравоохранения по регионам РК в 2023 году, в % к сумме**

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 – 117 тыс. тенге, минимальный в г. Шымкент – 45 тыс. тенге на 1 жителя. Разброс финансирования поставщиков услуг больниц общего профиля за счет государственных схем в разрезе регионов достаточно высок и составляет 2,5 раза (Рисунок 46).



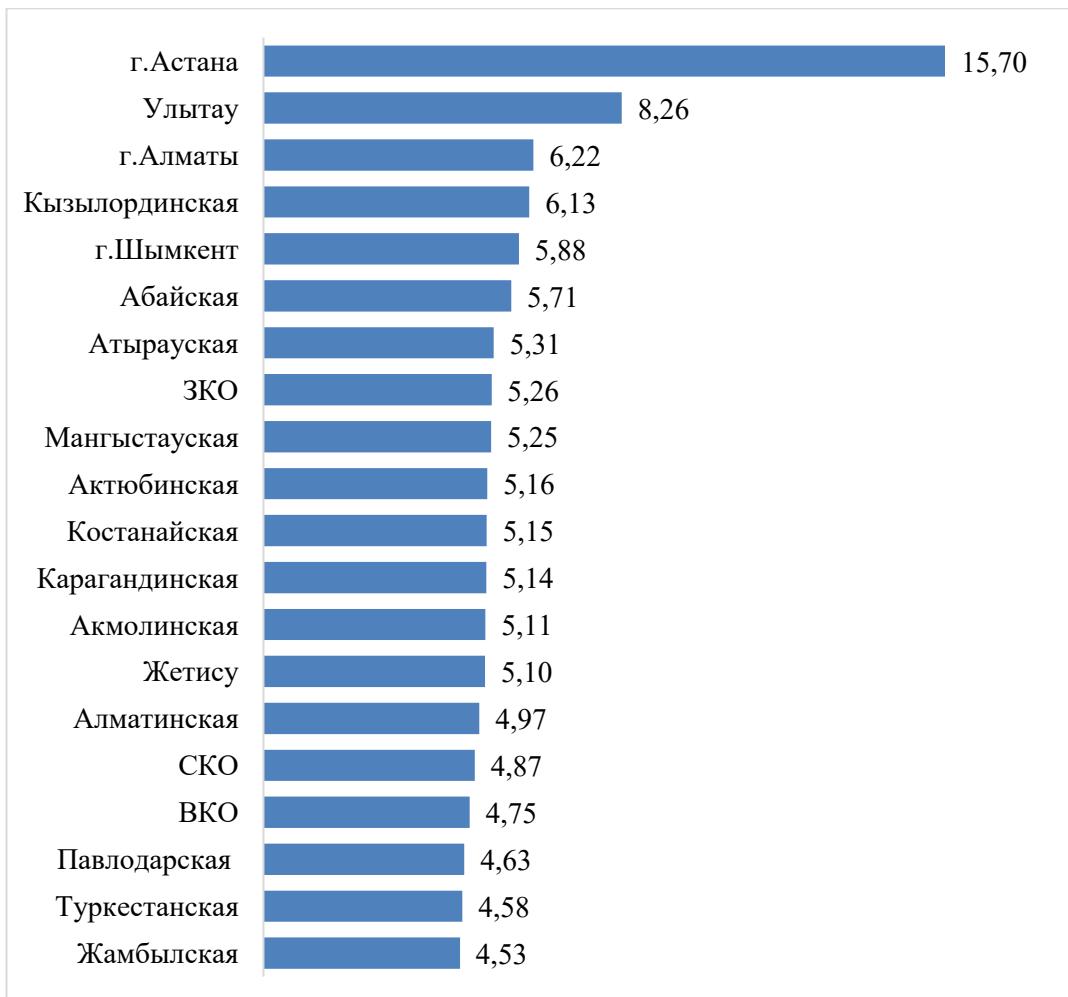
*Рисунок 46 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тыс. тенге.*

Доходы поставщиков амбулаторных услуг в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования показывают минимальный объем в Алматинской области – 8,9 тыс.тенге и максимальный объем в городе Астана – 57,3 тыс.тенге (Рисунок 47).



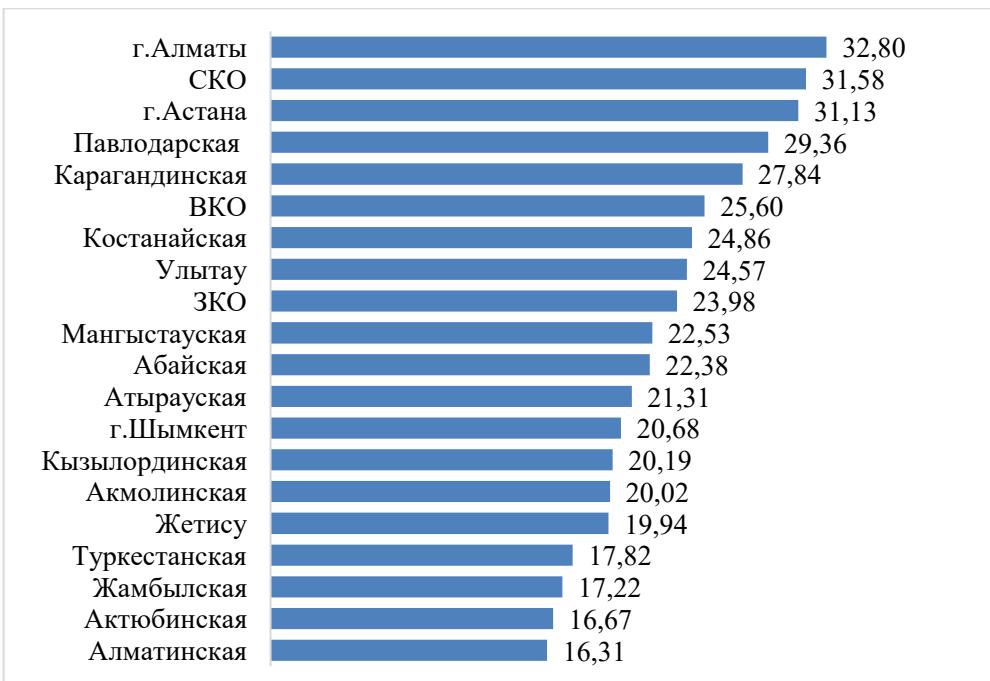
**Рисунок 47 – Доходы поставщиков амбулаторных услуг на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.**

Финансирование организаций, предоставляющих дополнительные услуги, в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в целом распределился равномерно по республике – от 4 до 8 тыс.тенге на 1 жителя, за исключением г.Астана, где отмечается максимальный уровень расходов – 15,7 тыс.тенге на 1 жителя. (Рисунок 48).



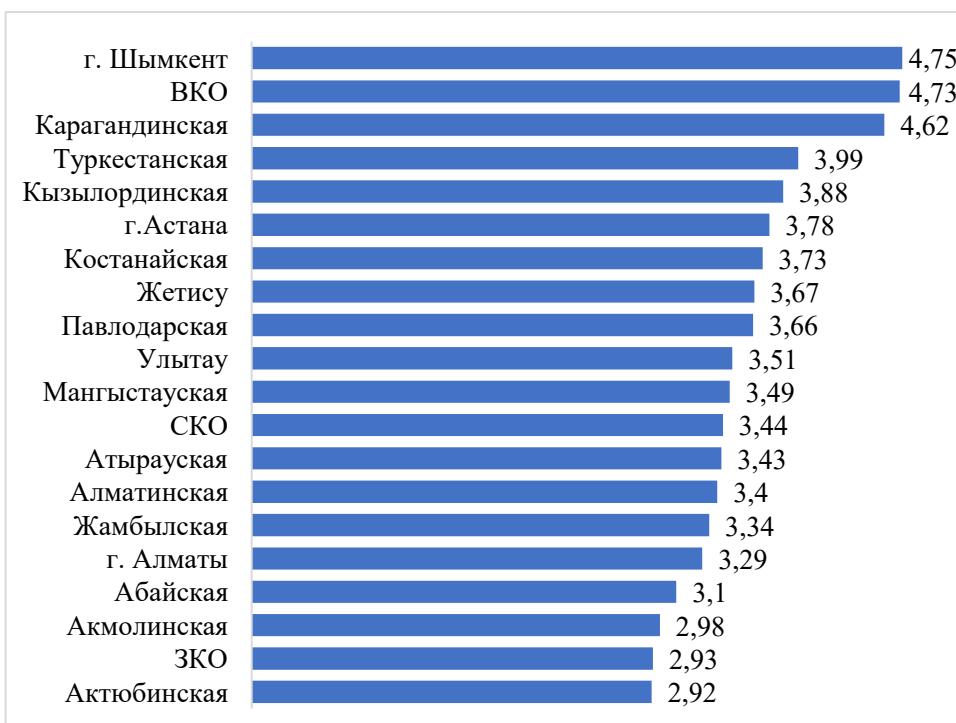
**Рисунок 48 – Доходы организаций, предоставляющие дополнительные услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге.**

Минимальный объем доходов поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования отмечается в Алматинской области – 16,31 тыс. тенге на 1 жителя, максимальный объем в г.Алматы, СКО и г. Астана – по 31-32 тыс. тенге. (Рисунок 50).



*Рисунок 49 – Доходы поставщиков и розничных продавцов медицинских товаров на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге*

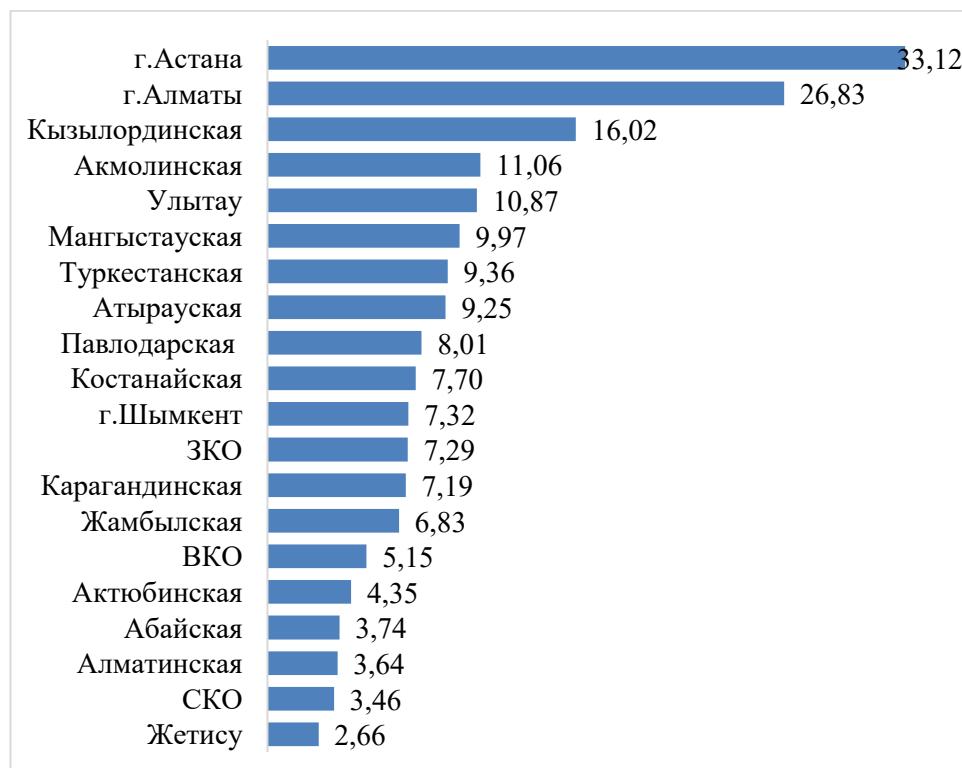
Финансирование организаций, оказывающие профилактические услуги в расчете на 1 жителя за счет государственных схем финансирования является равномерным по регионам – от 2,9 до 4,75 тыс. тенге на 1 жителя. (Рисунок 50).



*Рисунок 50 – Доходы организации, оказывающие профилактические услуги на 1 жителя за счет государственных схем финансирования в разрезе регионов, тыс. тенге*

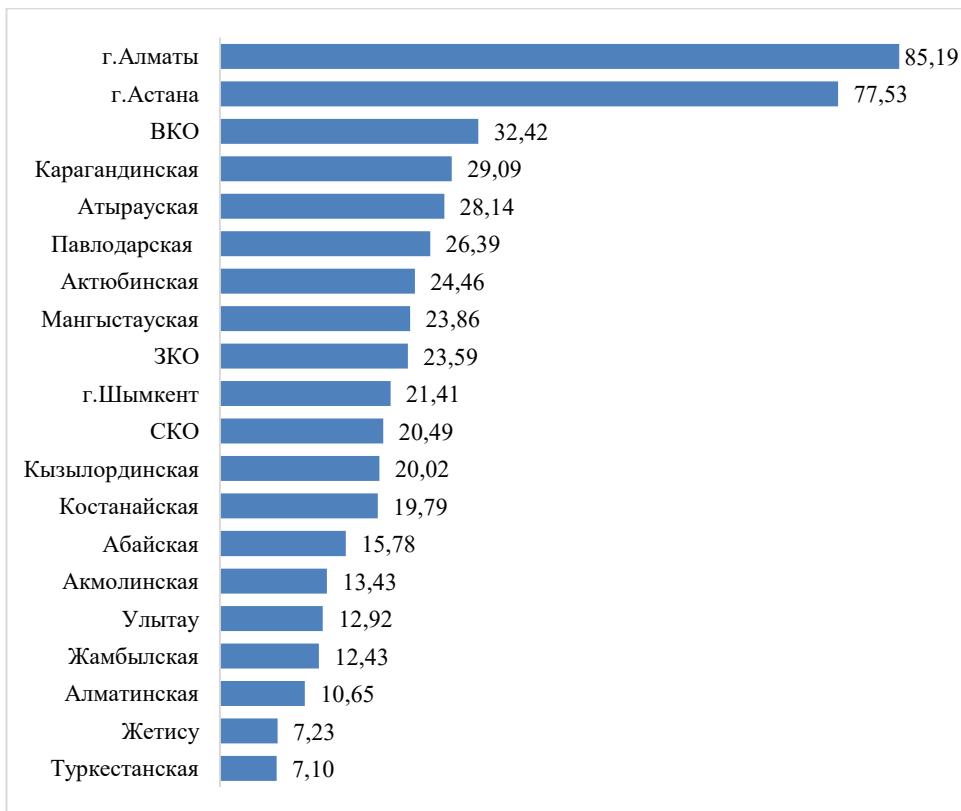
Частные схемы финансирования также ориентируются на поставщиков амбулаторной и стационарной помощи.

Доходы больниц общего профиля в расчете на 1 жителя за счет частного сектора финансирования распределились следующим образом: минимальный объем в Жетысуской области 2,66 тыс. тенге на 1 жителя, максимальный объем в городах Астана и Алматы – по 33 тыс. тенге и 27 тыс. тенге на 1 жителя. (Рисунок 51).

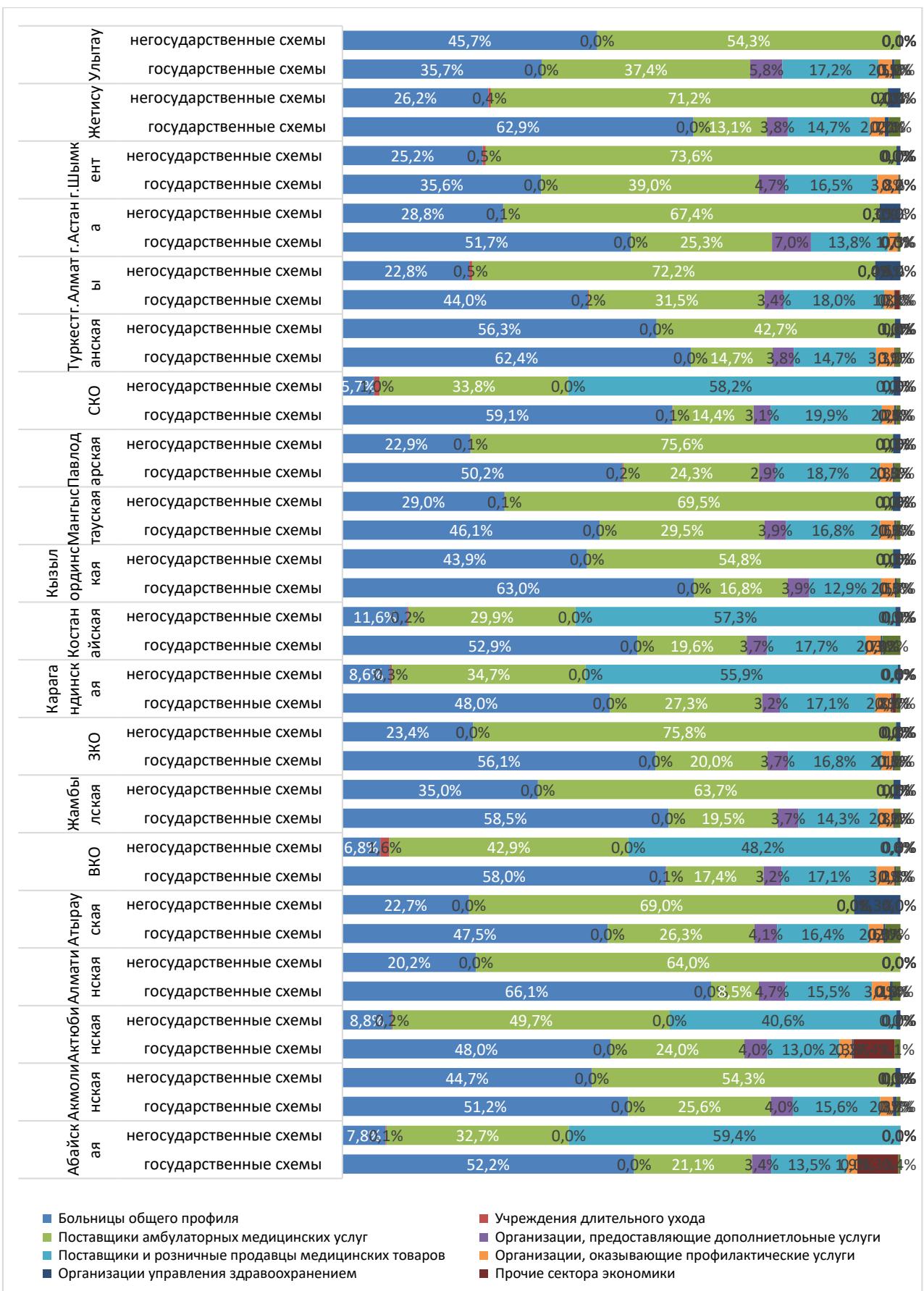


*Рисунок 51 – Доходы больниц общего профиля на 1 жителя за счет частного схем финансирования в разрезе регионов, в тыс. тенге.*

Минимальный объем доходов поставщиков амбулаторных медицинских услуг в расчете на 1 жителя за счет частных схем финансирования отмечается в Туркестанской области – 7,1 тыс.тенге на 1 жителя, максимальный объем в городе Астана – 85 тыс.тенге на душу населения. (Рисунок 52).



**Рисунок 52 – Доходы поставщиков амбулаторных медицинских услуг на 1 жителя за счет частных схем финансирования в разрезе регионов, в тенге.**



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

## **Заключение**

По итогам 2023 года инфляция сложилась на уровне 9,8%. Рост ВВП в 2023 году по данным бюро национальной статистики составил 15%.

Анализ динамики макроэкономических показателей в номинальном выражении в период с 2019 по 2023 годы показывает рост благосостояния государства. Так, размер ВВП увеличился в 1,72 раза.

Что касается расходов государства, согласно отчету Министерства финансов РК расходы бюджета в 2023 году увеличились на 24% в сравнении с 2022 годом и составили 26,7 трлн. тенге. В структуре бюджетных расходов 2023 года 11,2% приходятся на систему здравоохранения.

Для проведения анализа расходов на здравоохранения были сформированы таблицы национальных счетов здравоохранения. Счета здравоохранения тщательно отслеживают объем и движение средств от одного субъекта здравоохранения к другому вплоть до конечных получателей медицинских товаров и услуг. 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 2023 году составили 4 трлн. 786 млрд. тенге, или 4% от ВВП. Текущие расходы на здравоохранение в 2023 году составили

4 трлн. 533 млрд. тенге, или 3,8% от ВВП. Капитальные расходы – 253 млрд. тенге, или 0,21% 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 (государственные расходы) составили 2 трлн. 990 млрд. тенге, или 2,51% от ВВП в 2023 году. Из них расходы в системе ОСМС – 998 млрд. тенге, 0,84% от ВВП.

Добровольные схемы финансирования (частные расходы) составили 1 трлн. 542 млрд. тенге, или 1,29% от ВВП. Из них: расходы ДМС – 53 млрд. тенге, расходы предприятий – 234 млрд. тенге, выплаты из кармана – 1 трлн. 255 млрд. тенге.

Вместе с тем, в структуре текущих расходов на здравоохранение на обязательные схемы финансирования приходится 66% от ТРЗ. Частные расходы составляют 34% от ТРЗ, в том числе выплаты из кармана – 27,7%. Отметим, что в странах ОЭСР обязательные схемы финансирования составляет 77,2% от ТРЗ, а выплат из кармана – 16,9% от ТРЗ.

В свою очередь, ВОЗ рекомендует не доводить карманные расходы выше порога в 20% от ТРЗ. Повышенный уровень карманных расходов принято объяснять недостаточностью государственного финансирования и вызванной ею невозможностью получить необходимую помощь бесплатно в рамках общественной системы здравоохранения, но в действительности круг факторов, определяющих структуру расходов, может быть значительно шире. На уровень карманных расходов также влияет ряд внешних социально-экономических параметров, таких как:

- ✓ Доход и его распределение (уровень дифференциации). По мере роста ВВП и реальных доходов населения размер расходов из личных средств увеличивается;
- ✓ Уровень здоровья и возрастная структура населения. Следствием ухудшения состояния здоровья или увеличения доли пожилого населения становится увеличение спроса на медицинскую помощь. На начало 2024 года 13% (2 616 115 человек) населения Казахстана составляли люди старше 60 лет. Согласно классификации возрастов ВОЗ пожилой возраст начинается с 60 лет<sup>9</sup>. В зависимости от того, способна ли общественная система здравоохранения удовлетворить

---

<sup>9</sup> [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)

новый объем потребностей, это может приводить к росту государственного или частного финансирования;

- ✓ Уровень образования. Исследования, проведенные в ряде европейских стран, показывают, что люди с высоким уровнем образования склонны расходовать больший объем личных средств на медицинские нужды, что объясняется лучшей информированностью о здоровье и необходимой медицинской помощи и готовностью инвестировать в здоровье.

Таким образом, на уровень карманных расходов влияет множество факторов, и их высокий уровень не всегда означает недостаточное государственное финансирование. Так же, как и относительно низкий уровень карманных расходов не всегда свидетельствует о достаточном уровне государственного финансирования и удовлетворению потребностей населения в медицинской помощи.

Наибольший удельный вес государственных расходов на здравоохранение приходится на услуги лечения – 70,22%, включающие в себя:

- Стационар – 52,86%
- Амбулаторная помощь – 43,62%
- стационар замещающая помощь – 3,53%.

В свою очередь, гос. расходы на амбулаторное лечение включают:

- ПМСП – 62,05%
- КДУ – 33,45%
- Стоматология – 3,43%,
- Прочее – 1,07%.

Далее государственные расходы распределились следующим образом:

- обеспечение фармацевтическими препаратами – 16,25%,
- вспомогательные услуги – 4%,
- профилактика – 3,29%,
- Администрирование – 2,61%,
- Реабилитационное лечение – 2,49%,
- Прочие мед.услуги – 0,88%,
- Долгосрочный мед.уход – 0,25%.

Частные расходы также преимущественно направлены на услуги лечения – 52,4%.

Услуги лечения в свою очередь включают:

- амбулаторное лечение – 77,93%,
- стационарное лечение – 22,07%.

Амбулаторная помощь состоит из:

- Общая врачебная практика – 22,02%,
- Специализированная врачебная практика – 11,72%,
- Стоматология – 25,49%,
- Прочее – 40,77%.

Далее совсем с небольшим отрывом идет приобретение фарм препаратов, на которые приходится 43,8% всех частных расходов, из них – терапевтические приборы – 29,17%, фармацевтические препараты – 70,83%.

Подушевые расходы на здравоохранение в 2023 году Казахстане составили 229 тыс тенге тенге или 503 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 1 337 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.

Стоит отметить, что доля государственных расходов в ВВП увеличилась с 2,3% в 2022 году до 2,5% в 2023 году. А удельный вес частных расходов снизился с 1,41% в 2022 году до 1,29% в 2023 году.

Наибольший объем общих расходов показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 661,93 млрд. тенге, а наименьший показатель отмечается в области Ульятау – 40,15 млрд. тенге.

По показателям текущих расходов на здравоохранение также лидирует город Алматы – 648,68 млрд. тенге. Объяснением данному явлению может послужить расположение большинства медицинских организаций республиканского уровня, которые предоставляют услуги, как местным жителям, так и жителям других регионов.

Текущие расходы на 1-го жителя в 2023 году в среднем по РК составили 229,33 тыс. тенге. Наименьший подушевой показатель отмечен в Алматинской области – 107 тыс. тенге, наивысший в г. Астана – 341 тыс. тенге.

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

По итогам 2023 г. наибольший объем текущих затрат государственного бюджета на здравоохранение в абсолютном выражении приходится на г. Алматы – 393,7 млрд. тенге. Государственный бюджет г. Астана составил – 305,42 млрд. тенге. Меньше всех расходов из государственного бюджета выделяется на область Ульятау – 31,67 млрд. тенге.

Наибольший объем расходов ДМС показал г. Алматы – 26,11 млрд. тенге, далее г. Астана – 14,28 млрд. тенге. Наименьший показатель отмечен в области Ульятау – 17,15 млн. тенге.

По расходам предприятий, также с большим отрывом лидируют города Алматы и Астана – 48,97 млрд. тенге и 47,15 млрд. тенге соответственно. Наименьший показатель отмечен в области Жетису – 1,37 млрд. тенге.

Схема расходов домашних хозяйств полностью формируется за счет прямых платежей населения, и составляют в среднем по республике 27,69% от текущих расходов на здравоохранение. Наибольший объем расходов показывает г. Алматы – 179,89 млрд. тенге. За ним следуют г. Астана и Карагандинская область – 94,38 млрд. и 81,77 млрд. тенге соответственно.

Наименьший объем карманных расходов на здравоохранение отмечается в области Ульятау 2,81 млрд. тенге. Наибольший размер карманных подушевых расходов отмечается в г. Алматы - 83 тыс. тенге. Далее следует Карагандинская область и г. Астана – 72 тыс. и 70 тыс. тенге соответственно. Наименьшие показатели наблюдаются в области Жетысу – 8 тыс. тенге.

Согласно структуре расходов, на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 24,15% до 44,00% всех расходов на здравоохранение. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2023 году являлся г. Астана. Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в области Ульятау.

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2023 году было направлено от 31,51% до 51,49% всех расходов на здравоохранение. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в г. Алматы. Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской области.

На лечение в дневном стационаре в 2023 году было направлено от 0,41% до 3,0% всех расходов на здравоохранение. Так, 0,41% расходов было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 3,0% - Карагандинской области.

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечаются 2 региона, в которых значительная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область – 7,25%, Туркестанская область – 6,08%. Наименьший показатель наблюдается в г. Алматы – 1,11%.

Расходы на приобретение лекарственных средств колеблются от 9,33% в г. Астана до 30,99% в Северо-Казахстанской области от всех расходов, направленных на медицинские услуги.

Услуги профилактики также занимают незначительную долю в структуре текущих расходов. На них приходится от 0,23% до 4,93% всех текущих расходов на здравоохранение. Меньше всего расходов на профилактику отмечается в г. Алматы. Больше всех на профилактику тратит Туркестанская область.

## **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 № КР 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 2019-2023 годы;
12. Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go? Berchet C., Lafourture 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 (2023), *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 2023: 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 заем** – 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 стационарно-замещающей 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 лечении. 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 капитaloобразование** – 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 медицинское страхование. Таким образом, общие расходы на здравоохранение включают текущие расходы на здравоохранение (НС.1-9) и расходы на валовое капитaloобразование (НС.Р.1).