

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-33-50>

УДК 614; 614.2; 614:33

МРНТИ 76.75.75

Policy Brief

Анализ расходов на здравоохранение по регионам Республики Казахстан для эффективного планирования ресурсов

[Кулькаева Г.У.](#)¹, [Темекова З.М.](#)², [Омирбаева Б.С.](#)³, [Серикбаев Н.С.](#)⁴

¹ Председатель правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

² Заместитель Председателя правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: z. temekova@nrchd.kz

³ Заведующая сектором макроэкономических исследований, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz

⁴ Заведующий сектором совершенствования финансирования и прогнозирования, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: n.serikbayev@nrchd.kz

Резюме/Ключевые положения

Настоящая аналитическая справка включает в себя анализ расходов на услуги здравоохранения в Республике Казахстан в разрезе регионов страны с целью выработки рекомендаций по эффективному планированию ресурсов. Наряду с национальными счетами здравоохранения на республиканском уровне, в Казахстане также были разработаны региональные счета здравоохранения в целях анализа регионального распределения расходов на здравоохранение. В этой связи, на региональном уровне были построены таблицы национальных счетов здравоохранения для каждого региона и городов республиканского значения.

Так, был проведен сравнительный анализ расходов на здравоохранение по регионам Казахстана и странах Организации экономического сотрудничества и развития. Анализ проводился на основе данных таблиц национальных счетов здравоохранения Казахстана за 2022 год. Были сопоставлены различия в расходах на здравоохранение по регионам Республики Казахстан. Кроме того, проанализирована структура расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную помощь, реабилитационное лечение, фармацевтические препараты по схемам финансирования в разрезе регионов. А также на основе потоков денежных средств была сформирована диаграмма движения денежных средств в системе здравоохранения Казахстана. В результате исследования были предложены возможные варианты по улучшению эффективности планирования ресурсов.

Проблематика вопроса

Анализ бюджета здравоохранения на республиканском уровне показывает средние страновые значения. Однако развитие регионов в стране различно. А, поскольку, здравоохранение является социальной сферой и должно быть доступно всем гражданам без исключения несмотря на территориальную отдаленность и финансовое состояние, то необходимо также анализ расходов на здравоохранение в разрезе регионов для определения слабых сторон в целях дальнейшего развития и совершенствования в соответствии с приоритетами социально-экономической политики.

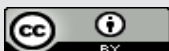
Пути решения

Расходы на здравоохранение в каждом отдельном регионе разнятся, и для эффективного планирования ресурсов наряду с анализом расходов на здравоохранение на республиканском уровне необходимо проводить анализ расходов в каждом регионе.

Ключевые слова: система здравоохранения, бюджет здравоохранения, ресурсы здравоохранения, планирование ресурсов, Казахстан.

Corresponding author: Bibigul Omirbayeva, Head of the Macroeconomic Research Unit, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan
Postal code: Z01C1E7
Address: Kazakhstan, Astana, Imanova Str. 11
Phone: +7 771 834 10 33
E-mail: bibigulomirbayeva@gmail.com

J Health Dev 2023; SI (53): 33-50
Received: 11-08-2023
Accepted: 28-09-2023



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

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

Цель политики финансирования здравоохранения заключается в улучшении уровня здоровья граждан путем обеспечения доступной и качественной медицинской помощи. Рациональное финансирование, несомненно, позволит решить множество проблем населения и значительно улучшить качество жизни людей.

Анализ бюджета здравоохранения на республиканском уровне показывает средние страновые значения. Однако развитие регионов в стране различно. А, поскольку, здравоохранение является социальной сферой и должно быть доступно всем гражданам без исключения несмотря на территориальную отдаленность и финансовое состояние, то необходимо также анализ расходов на здравоохранение в разрезе регионов для определения слабых сторон в целях дальнейшего развития и совершенствования в соответствии с приоритетами социально-экономической политики.

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, валовый региональный продукт (ВРП) – 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.

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.

Согласно данным национальных счетов здравоохранения РК общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) по сравнению с 2021 годом, в 2022 году увеличились на 17% и составили 4 трлн. 26 млрд. тенге, или 3,9% от ВВП [1].

Рисунок 1 иллюстрирует потоки и движение денежных средств в системе здравоохранения от финансовых агентов до функции здравоохранения.

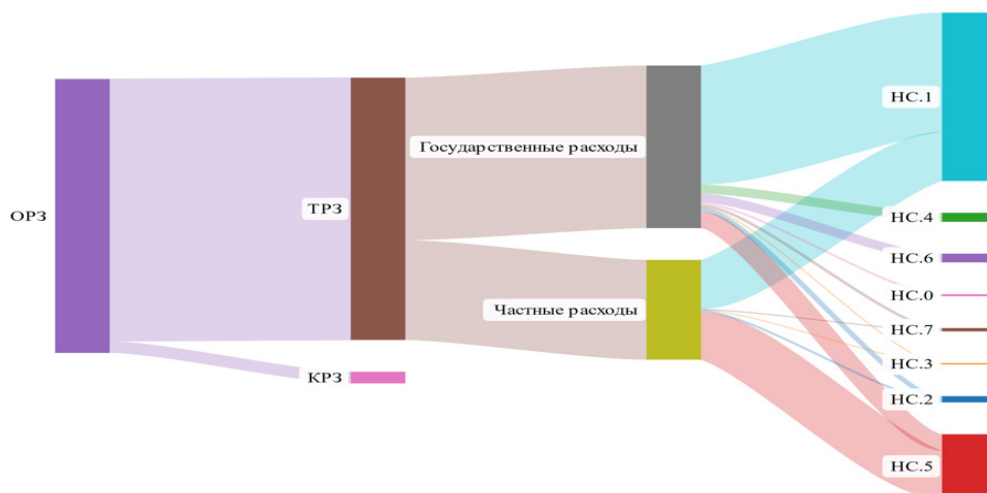


Рисунок 1 - Структура расходов на здравоохранение [1]

Расходы здравоохранения в 2022 году

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в 2022 году составили 3 трлн. 855 млрд. тенге, или 3,7% от ВВП. Капитальные расходы – 171 млрд. тенге, или 0,2% от ВВП. По сравнению с прошлым

2021 годом текущие расходы увеличились на 17%, а капитальные расходы увеличились на 10%.

Для сравнения, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) средний показатель по уровню текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ) составляет 9,3% от ВВП. Вместе с тем, для поддержания финансовой устойчивости систем здравоохранения

и эффективного функционирования медицины для стран с развивающейся экономикой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендует поддерживать уровень расходов на здравоохранение не менее 5% от ВВП [1,2].

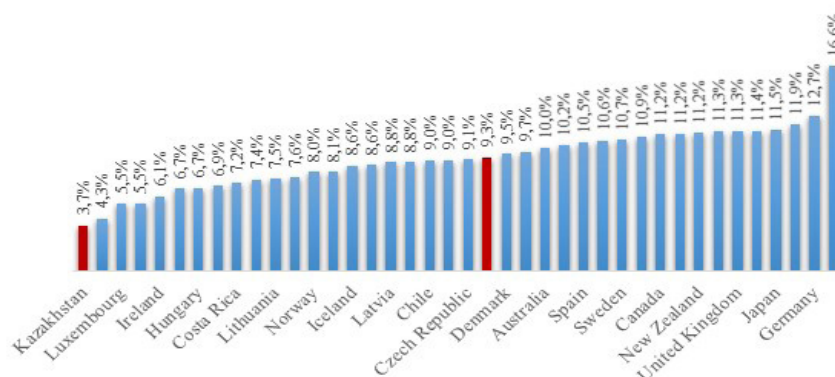


Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2022 г. (в % к ВВП) [1, 2]

Подушевые расходы на здравоохранение в 2022 году Казахстане составили 203 920 тенге или 442,8 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 1 267,79 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (5 009,5 долл. США по ППС) [1,2] (Рисунки 1-3).

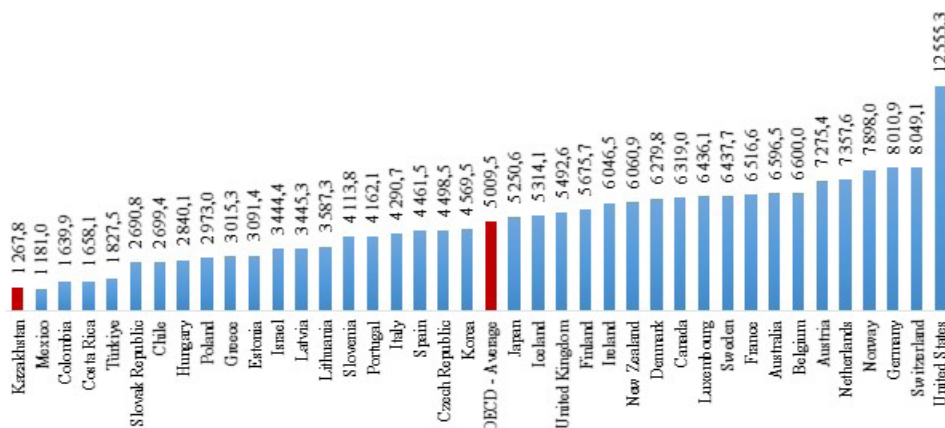


Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2022 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС [1, 2]

Обязательные схемы финансирования здравоохранения составили 2,39 трлн. тенге, или 2,3% от ВВП в 2022 году. Из них расходы в системе обязательного социального медицинского

страхования (ОСМС) – 835 млрд. тенге, 0,8% от ВВП.

Частные расходы в 2022 году составили 1 466 млрд. тенге или 1,4 % от ВВП или 38% от ТРЗ.

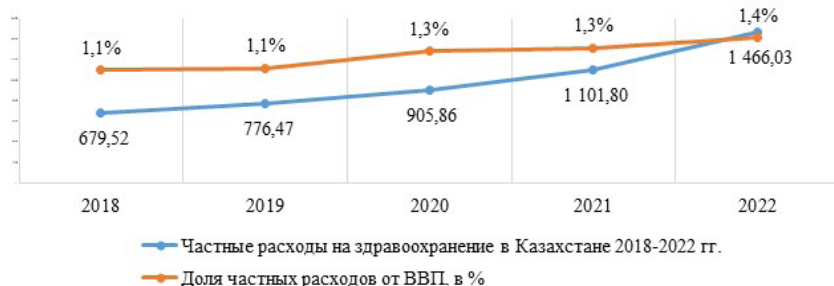


Рисунок 4 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане, 2018-2022 гг., тыс. тенге, % от ВВП [1]

Как показывает Рисунок 4, частные расходы на здравоохранение начиная с 2018 года постоянно росли.

В 2022 году объем частных расходов достиг высокого уровня 38% от ТРЗ, по сравнению со странами ОЭСР (Рисунок 5), где средний показатель составляет 18,6%.

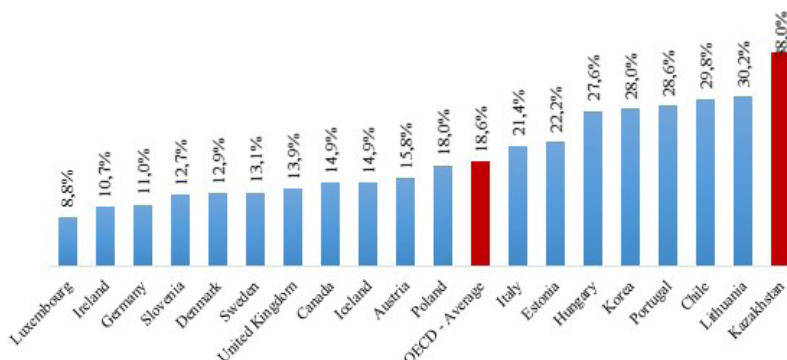


Рисунок 5 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР в 2022 году, в % от ТРЗ [1,2]

В 2022 году отмечается значительный рост карманных расходов, которые с 2021 года выросли на 45% и составили 1 198,25 млрд. тенге или 31,1% от ТРЗ (Рисунок 6).

финансирования используется неэффективно и не обеспечивает достаточный объем спроса, что приводит к увеличению объемов платежей из кармана населения.

Высокий рост частных расходов свидетельствует о том, что уровень государственного

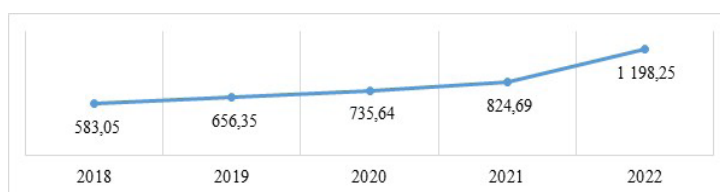


Рисунок 6 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение за период 2018 – 2022 гг. (млрд. тенге) [1]

Структура расходов на здравоохранение в 2022 году

Распределение на здравоохранение по функциям в разрезе схем финансирования показывает следующее. Наибольший удельный вес государственных расходов на здравоохранение приходится на услуги лечения – 73,2%, которые в свою очередь включают в себя:

- стационар – 52%;
- амбулаторная помощь – 44%;
- стационарзамещающая помощь – 4%;
- домашний лечебный уход (КВИ) – 0,01%.



Рисунок 7 – Структура расходов на здравоохранение по функциям и схемам финансирования [1]

В свою очередь, государственные расходы на амбулаторное лечение включают:

- стоматология – 5%;
- прочее – 0,3%.

- ПМСП – 61%;
- клиничко-диагностическая помощь (КДП) – 34%;

Далее государственные расходы распределились следующим образом:

-обеспечение фармацевтическими препаратами – 10% (из них – АЛО – 93%, АРВ препараты – 4%, противотуберкулезные препараты – 3%),

-вспомогательные услуги – 5,6% (скорая медицинская помощь – 67%, диагностика туберкулеза, онкологии, КВИ – 32%, патологоанатомическая диагностика 1%),

-профилактика – 5,4% (вакцинация – 44%, санитарно-эпидемиологическое благополучие – 40%, скрининговые обследования – 11%, услуги по охране материнства и детства – 8%, профилактика ВИЧ – 4%, ликвидация чрезвычайных ситуаций – 1%),

-реабилитационное лечение – 2,6% (в стационаре – 74%, в амбулаторных условиях – 14%, в дневном стационаре – 14%),

-администрирование – 1,5%,

-прочие медицинские услуги – 1,2%,

-долгосрочный медицинский уход – 0,3%.

Частные расходы также преимущественно направлены на услуги лечения – 49,4%.

Услуги лечения в свою очередь включают:

-амбулаторное лечение – 77%,

-стационарное лечение – 23%.

Амбулаторная помощь состоит из:

-общей врачебной практики – 21%,

-специализированной врачебной практики – 12%,

-стоматологии – 27%,

-прочих услуг – 40%.

Далее совсем с небольшим отрывом идет приобретение фармацевтических препаратов, на которые приходится 47,6% всех частных расходов, из них – терапевтические приборы – 35%, фармацевтические препараты – 65% (Рисунок 7).

Расходы здравоохранения в 2022 году в разрезе регионов

Анализ региональных счетов здравоохранения по итогам 2022 года показал, что наибольший объем ТРЗ наблюдается в городе Алматы, где затраты на здравоохранение составили

647,3 млрд. тенге. Далее идут город Астана – 514,8 млрд. тенге, и Карагандинская область – 282,6 млрд. тенге (Таблица 1).

Таблица 1 – Текущие расходы на здравоохранение, ВРП и численность населения Казахстана в разрезе регионов в 2022 году [3]

Регион	ТРЗ	ВРП	Население
Всего	3 855 044 948	103 765 518 200	19 765 004
Алматинская область	248 069 066	5 694 547 500	2 204 659
город Алматы	647 347 595	19 154 536 700	2 161 695
Туркестанская область	235 850 566	3 517 281 100	2 119 063
Карагандинская область	282 613 537	8 887 799 000	1 356 148
город Астана	514 813 836	10 672 480 500	1 354 435
Восточно-Казахстанская область	260 950 826	6 300 571 500	1 340 361
Жамбылская область	153 998 523	2 685 459 600	1 217 955
город Шымкент	168 726 412	3 294 392 300	1 191 877
Актюбинская область	151 476 039	4 416 899 400	928 185
Кызылординская область	136 434 182	2 417 399 000	833 531
Костанайская область	137 924 528	4 182 077 800	832 110
Акмолинская область	107 080 663	3 484 572 500	787 971
Мангистауская область	119 778 575	4 401 192 900	766 956
Павлодарская область	132 525 141	4 296 923 700	754 903
Атырауская область	111 536 215	13 725 399 800	693 040
Западно-Казахстанская область	117 695 711	4 435 130 600	688 091
Северо-Казахстанская область	101 240 063	2 198 854 300	534 024

По показателям ВРП с высоким уровнем благосостояния отмечаются следующие регионы:

- г. Алматы – 19,2 трлн. тенге,

- Атырауская область – 13,7 трлн. тенге,

- г. Астана – 10,7 трлн. тенге.

Самый низкий уровень ВРП наблюдается в Северо-Казахстанской области – 2,2 трлн. тенге.

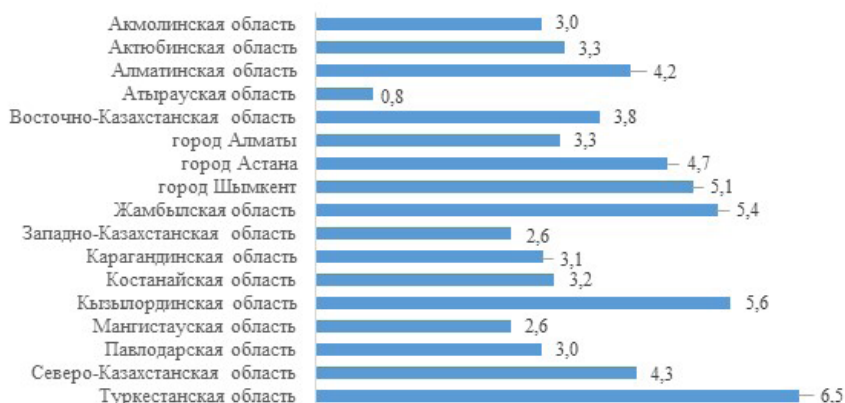


Рисунок 8 – Текущие расходы на здравоохранение в % от ВРП по регионам Казахстана в 2022 году [3]

Так, в процентном соотношении по итогам 2022 года ТРЗ в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в Туркестанской области затраты на здравоохранение составили 6,5% от ВРП, в Кызылординской области – 5,6% от ВРП, в Жамбылской 5,4% от ВРП (Рисунок 8).

Среднее страновое значение ТРЗ от ВВП

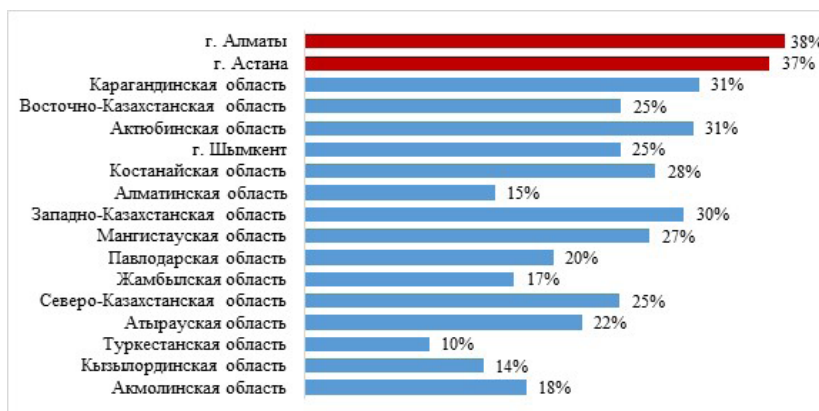


Рисунок 9 – Доля «карманных» расходов от ТРЗ регионов Казахстана на здравоохранение за 2022 г. [3]

Еще один важный показатель расходов на здравоохранение – доля карманных расходов, который показывает уровень трат домохозяйств на услуги здравоохранения и во многом характеризует эффективность государственного финансирования.

Так, по доле карманных расходов по регионам лидируют гг. Астана и Алматы – 37% и 38% от ТРЗ региона. Наименьший уровень карманных расходов на здравоохранение отмечается в Туркестанской области – 10% от ТРЗ (Рисунок 9).

Высокая доля карманных расходов в приграничных регионах, таких как Северо-Казахстанская область, Западно-Казахстанская область, Костанайская область, может быть обусловлена ввиду притока большого количества мигрантов, связанного с геополитической обстановкой в 2022 году.

Вместе с тем показатели абсолютных и относительных значений расходов по регионам являются мало информативными и зависят от многих факторов, в том числе от численности

составляет 3,7%. Отметим регионы, которые имеют показатели ниже среднего:

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

населения в том или ином регионе. В этой связи используется показатель на душу населения. Этот показатель часто используется для сравнительного анализа между регионами с разной численностью населения. Так, например, ВВП на душу населения показывает уровень экономической активности и качество жизни людей. Чем выше этот показатель, тем больше и продуктивнее работают граждане и, соответственно, выше их уровень благосостояния. Информация на душу населения является срединной информацией, которая дает более четкую картину при принятии решений.

Так, самый высокий показатель ТРЗ на душу населения наблюдается в городах Астана и Алматы 371 тыс тенге и 290 тыс. тенге соответственно. Наименьший уровень расходов на душу населения отмечается в Туркестанской и Алматинской областях – 107 тыс. тенге и 106 тыс.тенге соответственно.

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

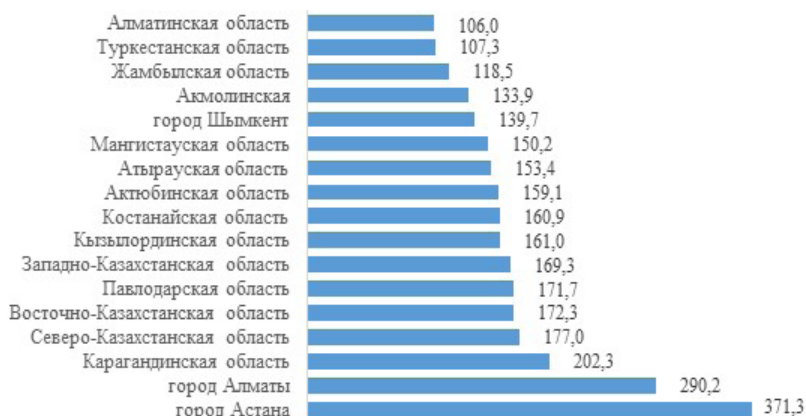


Рисунок 10 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге [3]

Таким образом, как видно из Рисунка 10, можно отметить лишь 3 региона в Республике, где

показатели текущих расходов на здравоохранение выше среднего показателя по стране – это

Карагандинская область и города Астана и Алматы.

Остальные регионы значительно отстают от среднего странового значения.

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

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

Так, наиболее высокий уровень

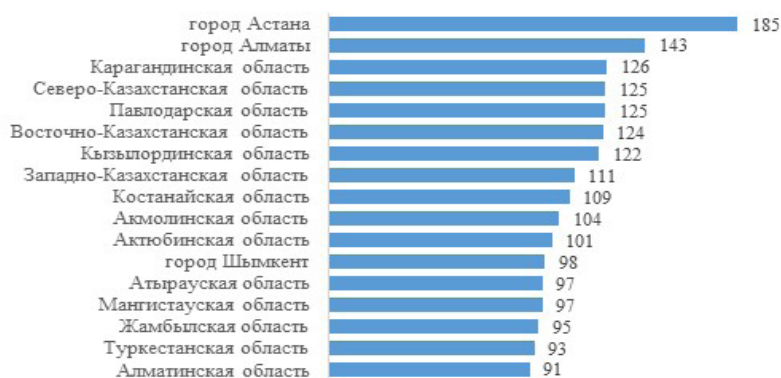


Рисунок 11 – Государственные расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге. [3]

В остальных регионах государственные расходы на душу населения оказались ниже среднего странового значения. Так, самый низкий уровень государственных расходов на здравоохранение отмечается в Алматинской области – 91 тыс.тенге на душу населения. По частным расходам на душу населения лидирует город Астана – 186 тыс.тенге и Алматы – 148 тыс.тенге на одного жителя. Отметим,

государственных расходов на душу населения отмечается в следующих регионах (Рисунок 11):

-г. Астана – 185 тыс.тенге;

-г. Алматы – 143 тыс.тенге;

-Карагандинская область – 126 тыс.тенге;

-Павлодарская и Северо-Казахстанская области – по 125 тыс.тенге,

-Восточно-Казахстанская область – 124 тыс. тенге;

-Кызылординская область – 122 тыс.тенге.

что это выше среднего значения по стране (74 тыс. тенге) более чем в 2 раза. Также, размер подушевых государственных расходов на здравоохранение в указанных регионах равен частным подушевым расходам. Это может быть связано с высоким уровнем расходов на добровольное медицинское страхование, которое сильно развито в гг.Астана и Алматы (Рисунок 12).

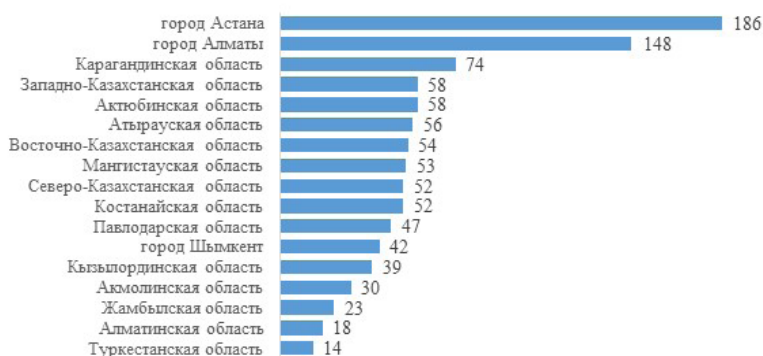


Рисунок 12 – Частные расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге [3]

Структура расходов по схемам финансирования

Анализ структуры расходов по схемам финансирования покажет нам, от каких схем зависит финансирование здравоохранения того или иного региона.

Структура расходов по схемам финансирования в разрезе регионов выглядит следующим образом: наибольший удельный вес обязательных схем финансирования отмечается в

Туркестанской области – 86,7% от ТРЗ (в том числе государственный – 51,6%, ОСМС – 35,1%).

Далее следуют Алматинская область – 86% от ТРЗ (в том числе государственный – 57,8%, ОСМС – 28,2%), Жамбылская область – 80,4% от ТРЗ (в том числе государственный – 51,6%, ОСМС - 28,8%).

Среднее страновое значение по доле обязательных схем финансирования составляет 62%.

Отмечаются 2 региона, где доля обязательных схем финансирования ниже среднего республиканского уровня – это гг. Астана и Алматы – 49,8% и 49,1% соответственно.

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

В г. Астана частные расходы на здравоохранение составили 252,6 млрд. тенге (или

50,2% от ТРЗ), в г.Алматы – 319,2 млрд. тенге (или 50,9% от ТРЗ).

Совокупный уровень частных расходов по республике составил 1 466 034 118 тыс. тенге, или 38% от ТРЗ. В остальных регионах показатель частных расходов зафиксирован ниже среднего республиканского значения и колеблется от 13,3% в Туркестанской области до 36,8% в Атырауской области.

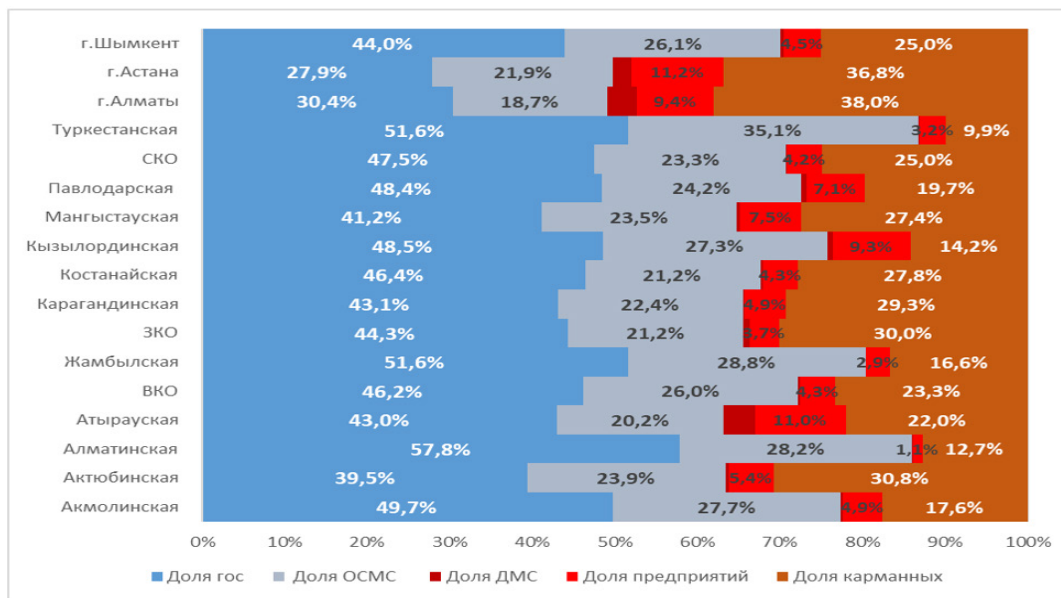


Рисунок 13 - Структура расходов на здравоохранение по регионам в разрезе схем финансирования [3]

Напомним, что частные расходы являются суммой расходов на ДМС, расходов предприятий и карманных расходов.

Так, самый высокий уровень карманных расходов зафиксирован в г.Алматы и составил 38% от

ТРЗ. В г. Астана доля карманных расходов составила 36,8% от ТРЗ. Самый низкий показатель по карманным расходам демонстрирует Туркестанская область – 9,9% (Рисунок 13).

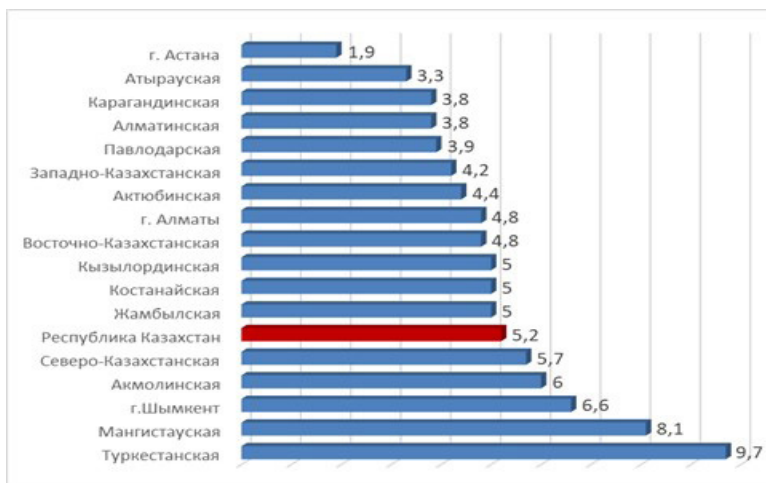


Рисунок 14 – Доля населения РК, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума [4]

Прежде чем делать выводы об уровне финансирования здравоохранения и карманных расходах населения, проведем анализ уровней доходов регионов, также рассмотрим половозрастную структуру населения для определения основных потребителей медицинских услуг. Ввиду отсутствия единого обобщающего показателя,

характеризующего уровень жизни населения, для его анализа используются несколько показателей. Так, например, в Казахстане 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 (ВПМ).

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

Так, по данным обследования домашних хозяйств (Бюро национальной статистики) доля населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума в 2022 году, составила 5,2% в Казахстане. Наиболее высокие значения уровня бедности в разрезе регионов в 2022 году зафиксированы в Туркестанской (9,7%) и Мангистауской (8,1%) областях, наименьшее – в г. Астана (1,9%) (Рисунок 14).

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

текущее потребление, производственную деятельность и накопление.

Самый высокий показатель среднедушевых номинальных доходов населения в 2022 году отмечается в Атырауской области – 308 848 тенге. В г. Алматы – 211 270 тенге, г. Астана – 207 666 тенге. (Рисунок 15).

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

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

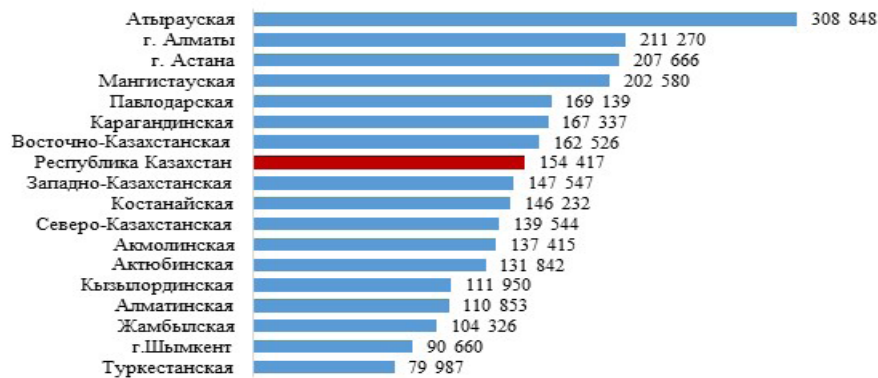


Рисунок 15 – Среднедушевые номинальные доходы населения [4]

Кроме того, анализ половозрастной структуры по регионам показал, что наибольшее количество нетрудоспособного населения (в возрасте до 18 лет и старше 63 лет) отмечается в Туркестанской области – 50% от всего населения области [4]. Поскольку основными потребителями медицинских услуг являются дети и пенсионеры, то это объясняет относительно высокий уровень государственных расходов.

В регионах с высоким уровнем карманных расходов – г. Астана и Алматы – высокие показатели ВРП и среднедушевые номинальные доходы, а также низкий уровень бедности. Таким образом, в этих регионах население склонно приобретать медицинские услуги за счет собственных средств не потому, что государственное финансирование

отрасли низкое, а потому, что они в состоянии оплатить услуги, получить дополнительный сервис и не тратить время на ожидание (получение услуги день в день).

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

Структура расходов по услугам здравоохранения в разрезе регионов

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

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2022 г. было направлено от 32,0% до 52,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший

объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Мангистауской области (52,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской области (32,0%).

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

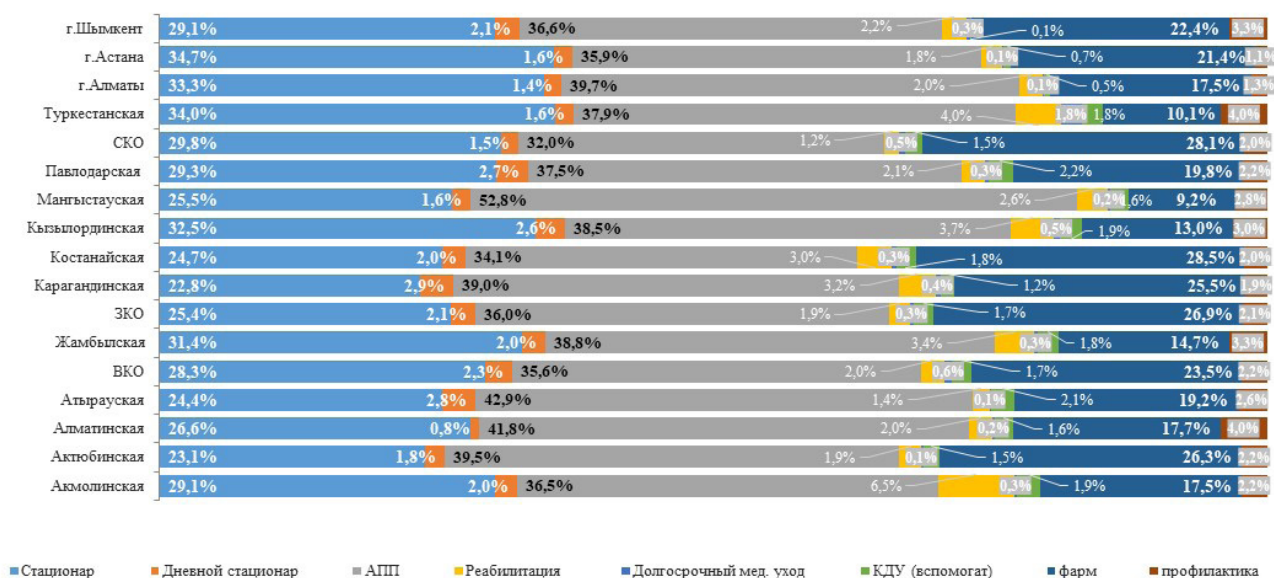


Рисунок 16 – Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам Казахстана в 2022 году, в % к сумме [3]

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги – от 1,2% до 6,5% всех расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечаются регионы, в которых приличная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область – 6,5%, Туркестанская область – 6,0%, Кызылординская область – 3,7% (Рисунок 16).

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

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

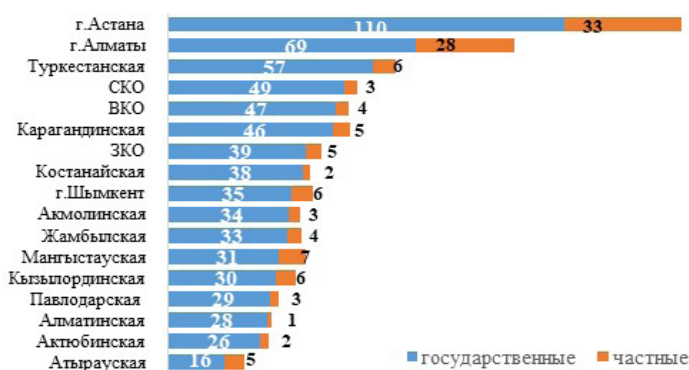


Рисунок 17 – Расходы на медицинские услуги на стационарном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

Что касается структуры расходов на оказание стационарной помощи в разрезе схем финансирования, то здесь не отмечается сильных колебаний и различий между регионами, за исключением г. Алматы, Атырауской области, г. Астана, где частные расходы на стационарную помощь составили – 28%, 25% и 23% соответственно. Это регионы с наиболее высоким ВРП, соответственно уровень жизни населения выше, и

они являются в состоянии получать стационарную помощь за счет собственных средств (Рисунок 18).

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 – ОЗРБП – услуги call-центров).

Так, наиболее высокий показатель государственных расходов на амбулаторное лечение на 1 жителя отмечается в следующих регионах по убыванию (Рисунок 19):

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

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

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



Рисунок 18 - Структура расходов на стационарную помощь в разрезе схем финансирования [3]

Наименьший показатель по частным расходам на амбулаторную помощь на душу населения наблюдается в Алматы и

Туркестанской областях – 6,3 тыс.тенге и 6,4 тыс.тенге соответственно.

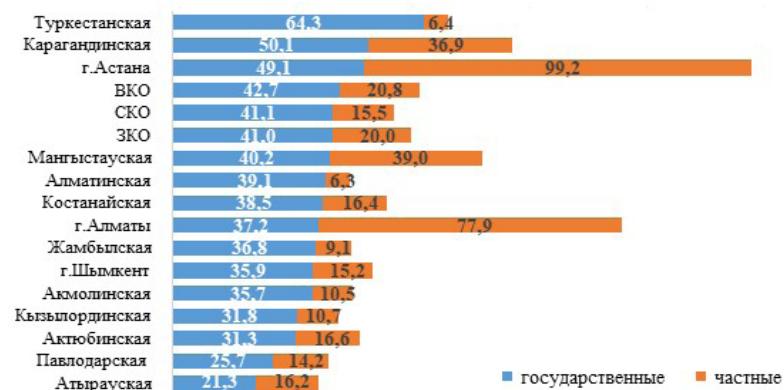


Рисунок 19 – Расходы на медицинские услуги на амбулаторном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

Согласно структуре расходов на амбулаторную помощь, наибольшую зависимость от частных источников показывают гг. Астана и Алматы – 67%

и 68% соответственно, Мангыстауская область – 49%, Атырауская область – 43%. Однако, это не связано с высоким уровнем развития ДМС (Рисунок 20).

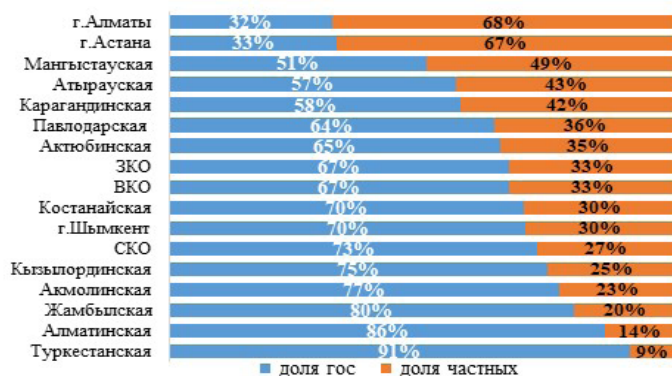


Рисунок 20 - Структура расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в разрезе схем финансирования [3]

Наибольший удельный вес расходов на ДМС приходится на Атыраускую область и составляет 11%. В гг. Астана и Алматы – 10%, Мангыстауская

область – 6%. Соответственно, в этих регионах отмечается высокий уровень именно карманных расходов населения.

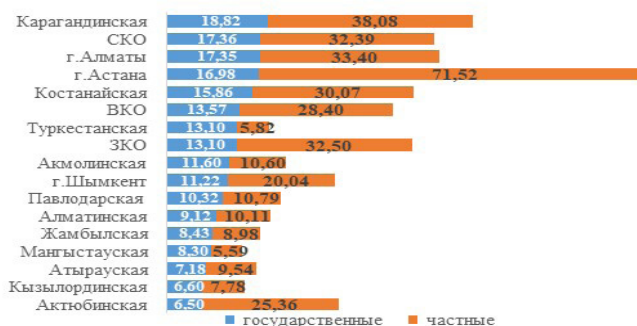


Рисунок 21 – Расходы на предоставление медицинских товаров на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

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

Самый высокий показатель подушевых государственных расходов на лекарства составляет 18,8 тыс.тенге и приходится на Карагандинскую область (Рисунок 20).

В СКО и г.Алматы подушевые

государственные расходы на лекарства составили 17,3 тыс тенге. Самый низкий уровень расходов по этому показателю отмечен в Актюбинской области и составил 6,5 тыс.тенге.

Наибольший объем частных расходов на приобретение фармацевтических препаратов приходится на г. Астана – 71,5 тыс.тенге. Это может говорить о том, что розничные цены на приобретение фармацевтических товаров в г. Астана выше (Рисунок 22).

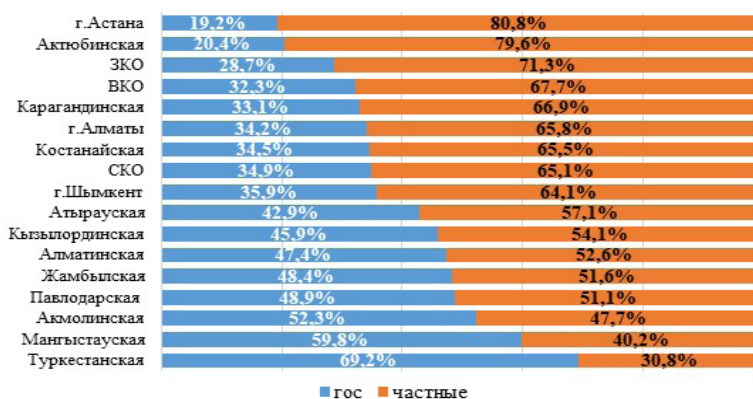


Рисунок 22 - Структура расходов на фармацевтические препараты в разрезе схем финансирования [3]

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

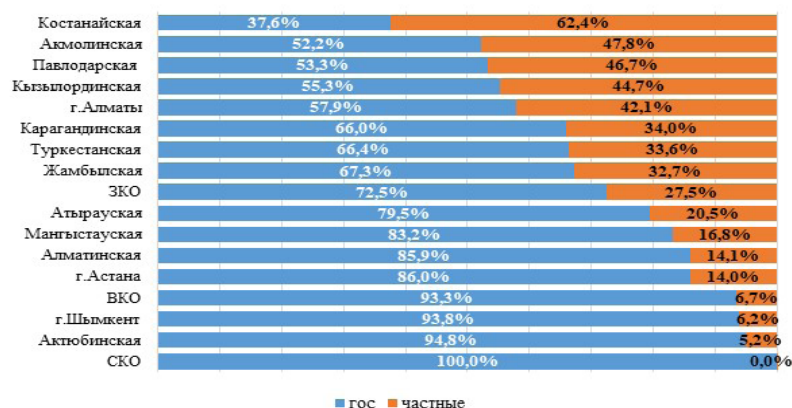


Рисунок 23 - Структура расходов на реабилитационную помощь в разрезе схем финансирования [3]

Как мы видим, в структуре расходов на приобретение фармацевтических препаратов преобладают частные схемы финансирования, в особенности в г.Астана – 80,8%, Актыбинской области – 79,6%.

Меньше всего лекарства за счет частных средств приобретаются в Туркестанской области – 30,8%. Самый высокий уровень государственных расходов на реабилитационную помощь наблюдается в г. Астана – 7,7 млрд.тенге, г. Алматы – 7,2 млрд. тенге.

Самый низкий уровень государственных расходов на реабилитацию отмечается в Северо-Казахстанской области – 1,1 млрд.тенге.

Наибольший уровень частных расходов на реабилитацию отмечается в г. Алматы – 5,2 млрд. тг., и в Акмолинской области – 3,3 млрд. тг. Такой высокий уровень частных расходов на реабилитацию в этих регионах можно объяснить большим количеством реабилитационных центров. Меньше всего на реабилитацию население тратит в Северо-Казахстанской области – 116 тыс. тг.

В структуре расходов на реабилитационную помощь на государственные схемы финансирования приходится более 50%, за исключением Костанайской области, где частные расходы на реабилитацию составляют 62,4%. Это означает, что в данном регионе мед.реабилитация во многом зависит от частных источников финансирования, а значит необходимо увеличивать государственное финансирование.

Отметим, что вся медицинская реабилитация в Казахстане покрывается за счет средств ОСМС. Долгосрочный медицинский уход включает в себя услуги сестринского и персонального ухода, как правило, для пациентов со средней и высокой степенью зависимости, такие как уход за пациентами с параличом четырех конечностей или за пожилыми и неизлечимо больными людьми, которые предоставляются в ряде домов престарелых и других специализированных лечебных учреждениях для хронических больных.

Наибольший объем частных расходов на долгосрочную помощь показала Восточно-Казахстанская область – 860,6 млн. тенге, далее Карагандинская область – 252,3 млн. тенге. Наименьший показатель отмечен в Туркестанской области – 2 260 тысяч. тенге.

В структуре расходов на долгосрочную помощь регионы разнятся с сильными колебаниями государственных и частных расходов. Так, наибольший удельный вес частных расходов отмечается в Восточно-Казахстанской области – 61%. Далее с большим отрывом идет Северо-Казахстанская область – 41%. Наименьший удельный вес частных расходов долгосрочную медицинскую помощь показывают Атырауская, Жамбылская, Западно-Казахстанская области – около 0%.

Административные 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. Расходы, связанные с данными услугами, по большей части, но не исключительно, несет государство. Они включают разработку и администрирование государственной политики; определение стандартов; регулирование, лицензирование или надзор за производителями; управление сбором средств; администрирование, мониторинг и оценку этих ресурсов и т.п. Частные схемы финансирования на администрирование включают частное медицинское страхование.

Наибольший показатель государственных расходов на администрирование зафиксирован в г. Алматы и 1,1 млрд. тенге. Наименьший уровень показывает г. Шымкент, где государственные расходы на администрирование составили – 201 млн. тенге. Показатель на душу населения по регионам в среднем колеблется от 0,2 до 0,5 тыс. тенге.

По частным расходам на администрирование системы здравоохранения наибольший объем расходов можем увидеть по г. Алматы – 13,7 млрд. тенге. После лидирует г. Астана – 3,3 млрд. тенге. Наименьший показатель по частным расходам на административные услуги составил 78,6 млн.тг. в Северо-Казахстанской области.

Структура расходов на администрирование в разрезе схем финансирования показывает, что в гг. Астана и Алматы преобладают частные расходы на администрирование – 84% и 95% соответственно. Также можно выделить Атыраускую область – 80%. Это означает, что в этих регионах наибольшая концентрация страховых компаний.

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

Вспомогательные услуги КДУ включают в себя диагностические и лабораторные услуги патологоанатомического бюро, прижизненная пат. диагностика, обследование на туберкулез, компьютерная томография. Так, самый высокий показатель расходов на диагностические услуги приходится на Павлодарскую область – 3,81 тыс. тенге на одного жителя.

Наименьший показатель отмечается в городе Шымкент – 0,14 тыс.тенге на одного жителя. Это объясняется тем, что Шымкент и Туркестанская область делят один фтизиопульмонологический центр, который находится в Туркестанской области. В остальных регионах подушевые расходы на вспомогательные услуги составляют от 1,34 тыс. тенге до 3,22 тыс.тенге на одного жителя.

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 городе Алматы – 10 млрд.тенге в 2022 году. Самый низкий в Северо-Казахстанской области – 1,9 млрд.тенге.

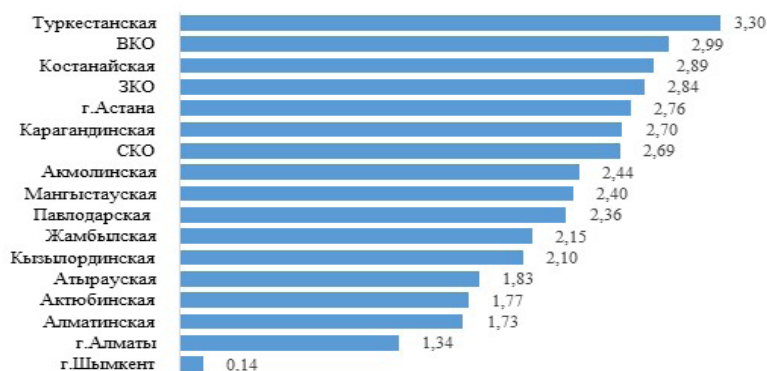


Рисунок 24 – Расходы на диагностические и лабораторные услуги на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Вместе с тем, подушевые расходы по регионам представлены следующим образом: наибольший показатель отмечается в Туркестанской области – 6

тыс.тенге на 1 жителя в 2022 году. Самый низкий в Атырауской области – 2,1 тыс.тенге на душу населения (Рисунок 24).

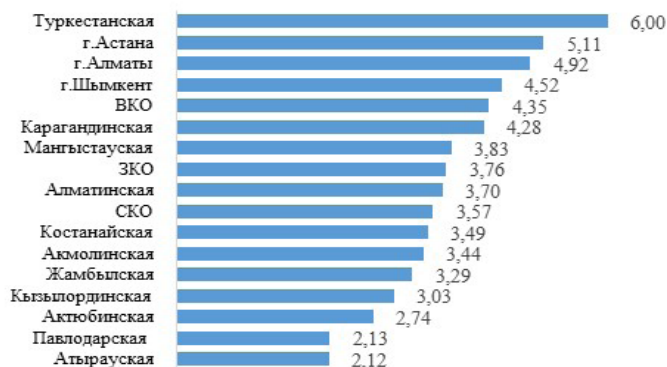


Рисунок 25 – Расходы на оказание скорой медицинской помощи на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

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 распределились следующим образом:

- Туркестанская область 9 028 441 тыс. тг.;
- Алматынская область 9 673 341 тыс. тг.

Наименьший размер государственных расходов на профилактические услуги отмечается в Северо-Казахстанской области и составляют 1 908 318 тыс. тг.

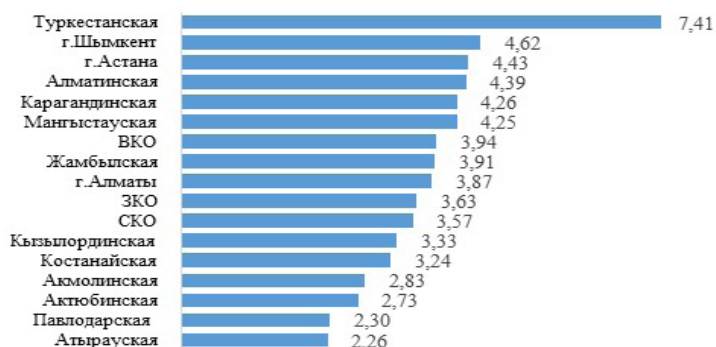


Рисунок 26 – Расходы на профилактику на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Вместе с тем, показатель подушевых расходов на профилактические услуги между регионами колеблется между 2,2 тыс. тенге до 7,4 тыс. тенге на 1 жителя. Так, государственные расходы на профилактические услуги на душу населения распределились следующим образом (Рисунок 25):

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

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

Расходы на прочие медицинские услуги включают в себя все прочие медицинские услуги, не вошедшие ни в одну из категорий, а именно реализация программ республиканского и местного бюджетов, таких как Целевой вклад в АОО «Назарбаева Университет», Социальная поддержка, расходы на неотложные затраты, лизинговые платежи, погашение КЗ, бюджетные инвестиционные проекты и т.д.

Первая тройка по уровню государственных

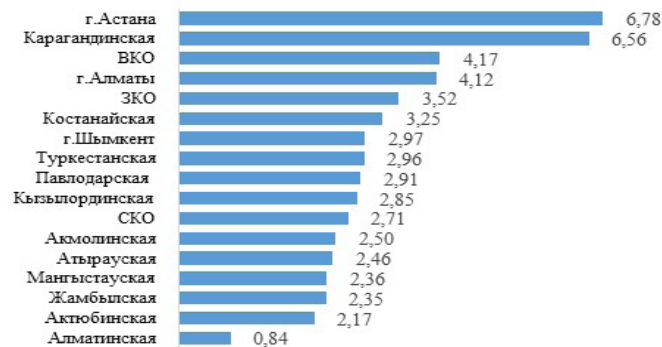


Рисунок 27 – Расходы на медицинские услуги в условиях дневного стационара на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Варианты политики

Таким образом, проведенный анализ показал рост расходов на здравоохранение в 2022 году. Текущие расходы на здравоохранение в 2022 году составили 3 трлн. 855 млрд. тенге, или 3,7% от ВВП. Капитальные расходы – 171 млрд. тенге, или 0,2% от ВВП.

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

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

Добровольные схемы финансирования составили 1,46 трлн. тенге, или 1,4% от ВВП. Из них: расходы ДМС – 38,7 млрд. тенге, расходы предприятий – 229 млрд. тенге, выплаты из кармана – 1,19 трлн. тенге.

расходов на прочие медицинские услуги включает:

- г. Астана – 3 508 826 тыс.тг.,
- Алматинская область – 3 184 084 тыс. тг.,
- г. Алматы – 3 152 871 тыс. тг.

Наименьшие гос.расходы по прочим мед. услугам составляют 887 727 тыс.тг. в Мангистауской области.

По государственным расходам на стационарозамещающую помощь в первой тройке лидеров г. Алматы - 8 902 733 тыс. тг., г. Астана - 8 260 061 тыс. тг. и Карагандинская область - 7 987 828 тыс. тг. На самом последнем месте Северо-Казахстанская область – 1 447 463 тыс. тг. (Рисунок 27).

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

В этой связи рекомендуем следующее:

1. Ежегодно формировать национальные счета здравоохранения в разрезе регионов с постоянным совершенствованием подходов к методике формирования НСЗ.

2. В целях корректного сопоставления расходов на здравоохранение необходимо изучение особенностей регионов. Прежде чем формировать стратегию развития здравоохранения региона, необходимо проводить анализ каждого региона по отдельности с учетом его специфики, в том числе поло-возрастного состава, уровня экономического благосостояния, развития промышленности, уровня доходов населения и т.д. Так будут определены слабые стороны, а также возможности для роста [8].

3. Определить от каких схем зависит финансирование здравоохранения определенного региона. На основе этих данных определить потребности (медицинские услуги, медицинские товары, инфраструктура, медицинский персонал и т.д.) в системе здравоохранения.

4. Повышать самостоятельность и ответственность регионов. На основе формирования НСЗ в разрезе регионов будет обеспечен регулярный мониторинг распределения ресурсов. Ориентируясь на экономическую особенность региона можно точно определить факторы (численность населения, показатели социально-экономического развития, доступность медицинских услуг, уровень жизни населения, развитие инфраструктуры и т.д.), влияющие на здравоохранение региона и степень зависимости региона от частных источников финансирования. Мониторинг распределения ресурсов на региональном уровне будет вести к самостоятельности регионов, поскольку каждый регион будет отслеживать свои показатели и сможет влиять на эффективность финансирования.

5. Проводить мониторинг распределения ресурсов на региональном уровне.

Для повышения эффективности планирования ресурсов нужно проводить мониторинг распределения расходов по регионам. Как говорилось выше, учитывая особенности региона будет возможность выявлять приоритетные направления развития здравоохранения и принимать меры. Например:

1) повышение доступности и качества медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях регионов с высоким уровнем ВРП и

среднедушевых номинальных доходов возможно путем увеличения количества участков ПМСП и снижение нагрузки на ВОП.

2) уменьшение зависимости от частных источников финансирования путем увеличения государственных потоков финансирования. Так, например, по результатам анализа расходов в 2022 году на реабилитационную помощь Костанайская область показала высокий уровень частных расходов (62,4%), что указывает на необходимость увеличения государственных расходов именно в реабилитационной помощи по Костанайской области.

3) способствовать повышению финансовой защиты населения. Уровни защиты от финансовых рисков явно связаны с тем, как финансируется система здравоохранения. Чем больше стран полагаются на предоплату, а не на внеплановые платежи, тем выше защита от финансовых рисков [9].

6. На основе анализа карманных расходов регионов принимать меры по снижению прямых платежей (сдерживать карманные расходы на здравоохранение, развивать ДМС и т.д.). Развивать ДМС в регионах, чтобы поддержать государство в разделении бремени расходов. Это сократит карманные расходы, повысит уровень финансовой защиты и способствует увеличению текущих расходов на душу населения в данном регионе.

7. На региональном и республиканском уровне регулярно измерять частоту финансовых катастроф, обнищания и связанного с ними неравенства, чтобы понять, улучшается ли ситуация. Там, где это возможно, также измерьте катастрофическое превышение и разницу в показателях бедности для получения дополнительной информации. Там, где это возможно, стандартизируйте инструменты обследования и данные об использовании медицинских услуг [9-11].

Таким образом, мониторинг расходов на здравоохранения по регионам позволяет более детально выявить в каком регионе по какому виду медицинской помощи возникают проблемы с финансированием от государства, насколько эффективно распределяются ресурсы и где и по каким видам помощи отмечается зависимость от частных источников финансирования.

Литература

1. Данные национальных счетов здравоохранения РК по регионам за 2018-2022 гг. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 май 2023 год]. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/>

Dannye nacional'nyh schetov zdavoohranenija RK po regionam za 2018-2022 gg. Bjuro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respubliki Kazahstan (Data from national health accounts of the Republic of Kazakhstan by region for 2018-2022. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: <https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/>

2. OECD Statistics Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: <https://stats.oecd.org/>

3. Региональные счета здравоохранения Республики Казахстан за 2022 год. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 май 2023 год]. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/>

Regional'nye scheta zdavoohranenija Respubliki Kazahstan za 2022 god. Bjuro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respubliki Kazahstan (Regional health accounts of the Republic of Kazakhstan for 2022. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: <https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/>

4. Статистика. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 мая 2023 год]. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/ru/>
Statistika. Bjuo nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniu i reformam Respubliki Kazakhstan (Statistics. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: <https://stat.gov.kz/ru/>

5. О здоровье народа и системе здравоохранения. Кодекс Республики Казахстан; от 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>

O zdorov'e naroda i sisteme zdravooxranenija. Kodeks Respubliki Kazakhstan (About public health and the healthcare system. Code of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]; ot 7 ijulja 2020 goda, №360-VI ZRK. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>

6. Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан: от 30 октября 2020 года, №КРДСМ-173/2020. Режим доступа: https://old.prg.kz/jurist_info/documents_week_jur/4647-osnovnye-npa-rk-prinyatyje-opublikovannye-i-vedennye-v-deystvie-za-period-s-02112020-g-po-08112020-g-oflayn.html

Ob utverzhdenii pravil formirovaniya i ispol'zovanija dannyh nacional'nyh schetov zdravooxranenija. Prikaz i.o. Ministra zdravooxranenija Respubliki Kazakhstan (On approval of the rules for the formation and use of national health accounts data. Acting Order. Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: ot 30 ok-tjabrja 2020 goda, №KRDSM-173/2020. Rezhim dostupa: https://old.prg.kz/jurist_info/documents_week_jur/4647-osnovnye-npa-rk-prinyatyje-opublikovannye-i-vedennye-v-deystvie-za-period-s-02112020-g-po-08112020-g-oflayn.html

7. A system of health accounts / 2011 Edition. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en.

8. A system of health accounts 2011 (concise version). World Health Organization. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049239>

9. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. OECD/European Union. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

10. Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing. OECD. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

11. Healthcare Quality Improvement Tips. Harvard School of Public Health. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: <https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/8-healthcare-quality-improvement-tips/>

Ресурстарды тиімді жоспарлау үшін Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша денсаулық сақтауға арналған шығындарды талдау

Кулькаева Г.У.¹, Темекова З.М.², Омирбаева Б.С.³, Серикбаев Н.С.⁴

¹ Басқарма төрайымы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

² Басқарма төрайымының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: z.temekova@nrchd.kz

³ Макроэкономикалық зерттеулер секторының меңгерушісі, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы Астана, Қазақстан. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz

⁴ Қаржыландыру жетілдіру мен болжауды секторының меңгерушісі, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: n.serikbayev@nrchd.kz

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Осы талдамалық анықтама ресурстарды тиімді жоспарлау бойынша ұсынымдар әзірлеу мақсатында ел өңірлері бөлінісінде Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау қызметтеріне арналған шығыстарды талдауды қамтиды. Республикалық деңгейдегі ұлттық денсаулық сақтау шоттарымен қатар, Қазақстанда денсаулық сақтау шығындарын өңірлік бөлуді талдау мақсатында өңірлік денсаулық сақтау шоттары да әзірленді. Осыған байланысты, Республикалық маңызы бар әрбір өңір мен қалалар үшін ұлттық денсаулық сақтау шоттары (ҰДСШ) кестелері өңірлік деңгейде салынды.

Осылайша, Қазақстан Республикалары мен ЭЫДҰ елдері бойынша денсаулық сақтау шығындарына салыстырмалы талдау жүргізілді. Талдау Қазақстанның 2022 жылғы ұлттық денсаулық сақтау шоттарының деректері негізінде жүргізілді, Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша денсаулық сақтау шығындарындағы айырмашылықтар салыстырылды. Бұдан басқа, өңірлер бөлінісінде қаржыландыру схемалары бойынша амбулаториялық-емханалық көмекке, стационарлық көмекке, оңалту еміне, фармацевтикалық препараттарға арналған шығыстардың құрылымы талданды. Сондай-ақ, ақшалай қаражат ағындары негізінде Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде ақшалай қаражат қозғалысының диаграммасы қалыптастырылды. Зерттеу нәтижесінде ресурстарды жоспарлау тиімділігін жақсартудың мүмкін нұсқалары ұсынылды.

Сұрақтың проблематикасы

Республикалық деңгейде денсаулық сақтау бюджетін талдау орташа елдік мәндерді көрсетеді. Алайда, елдегі аймақтардың дамуы әртүрлі. Денсаулық сақтау әлеуметтік сала болып табылатындықтан және аумақтық алыстығына және қаржылық жағдайына қарамастан, барлық азаматтарға қолжетімді болуы тиіс болғандықтан, әлеуметтік-экономикалық саясаттың басымдықтарына сәйкес одан әрі дамыту және жетілдіру мақсатында әлсіз жақтарын айқындау үшін өңірлер бөлінісінде денсаулық сақтауға арналған шығыстарды талдау да қажет.

Шешу жолдары

Әрбір жекелеген өңірде денсаулық сақтау шығындары әр түрлі болады және ресурстарды тиімді жоспарлау үшін республикалық деңгейде денсаулық сақтау шығындарын талдаумен қатар әрбір өңірде шығыстар анализін жүргізу қажет.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау жүйесі, денсаулық сақтау бюджеті, денсаулық сақтау ресурстары, ресурстарды жоспарлау, Қазақстан.

Analysis of Healthcare Expenditures by Regions of the Republic of Kazakhstan for Effective Resource Planning

[Gulnara Kulkayeva](#)¹, [Zarina Temekova](#)², [Bibigul Omirbayeva](#)³, [Nursultan Serikbayev](#)⁴

¹ Chairman of the Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

² Deputy Chairman of the Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

³ Head of the Macroeconomic Research Unit, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz

⁴ Head of the Unit for improving financing and forecasting, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: n.serikbayev@nrchd.kz

Abstract / Key messages

This analytical report includes an analysis of the costs of health services in the Republic of Kazakhstan by regions of the country in order to develop recommendations for effective resource planning. Along with national health accounts at the national level, Kazakhstan has also developed regional health accounts in order to analyze the regional distribution of health care costs. In this regard, tables of national health accounts (hereinafter referred to as NHS) for each region and cities of national importance were built at the regional level.

Thus, a comparative analysis of health care costs was carried out in the regions of Kazakhstan and the OECD countries. The analysis was carried out on the basis of data from the tables of the national health accounts of Kazakhstan for 2022. Differences in health care costs by regions of the Republic of Kazakhstan were compared. In addition, the structure of expenditures on outpatient care, inpatient care, rehabilitation treatment, pharmaceuticals according to financing schemes by region was analyzed. And also, based on cash flows, a diagram of the movement of funds in the healthcare system of Kazakhstan was formed. As a result of the study, possible options for improving the efficiency of resource planning were proposed.

Problematic issue

The analysis of the health budget at the republican level shows the average country values. However, the development of the regions in the country varies. And, since health care is a social sphere and should be accessible to all citizens without exception, despite the territorial remoteness and financial condition, it is also necessary to analyze health care costs by region in order to identify weaknesses in order to further develop and improve in accordance with the priorities of social and economic policy.

Solutions

Healthcare costs vary in each individual region, and for effective resource planning, along with an analysis of healthcare costs at the national level, it is necessary to analyze expenditures in each region.

Key words: healthcare system, healthcare budget, healthcare resources, resource planning, Kazakhstan.