

Обзор анализа политики финансирования здравоохранения в Казахстане

(Токежанов Б.Т. Кадырова Н.А.)

В соответствии с задачами, поставленными перед Министерством здравоохранения Республики Казахстан в Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаевым народу Казахстана «Социальная модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года по разработке предложений для **развития системы здравоохранения с учётом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за своё здоровье**, рабочей группе предложено внести предложения по разработке механизмов введения солидарной ответственности, принимая во внимание несколько сценариев развития:

1. Сохранение бюджетной модели финансирования
2. Введение медицинского страхования
3. Введение медицинских накопительных счетов

В ходе подготовки проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (далее - Проект) вопрос будущей модели неоднократно обсуждался, учитывая конституционные права граждан, вопросы на администрирование системы сбора взносов на обязательное медицинское страхование, в связи с чем было предложено развитие модели здравоохранения на основе совершенствования Гарантированного объема бесплатных медицинских услуг (далее - ГОБМП) и развития Добровольного медицинского страхования (далее - ДМС).

В 2010-2011 годах компаний Oxford Policy Management (далее - OPM) проведена работа по анализу расходов на здравоохранение, совместно с Центром экономических исследований (далее - ЦЭИ), созданном в 2011 году в составе Республиканского центра развития здравоохранения (далее - РЦРЗ) подготовлен Отчет по Национальным счетам здравоохранения (далее – НСЗ).

В данной аналитической записке использованы материалы, разработанные в ходе реализации Проекта.

Расходы на здравоохранение

По данным НСЗ за 2010 год общие расходы на здравоохранение (далее – ОРЗ) составили 882,2 млрд.тенге (таб.1).

Таблица 1. Общие расходы здравоохранения в разрезе источников финансирования, 2010 г.

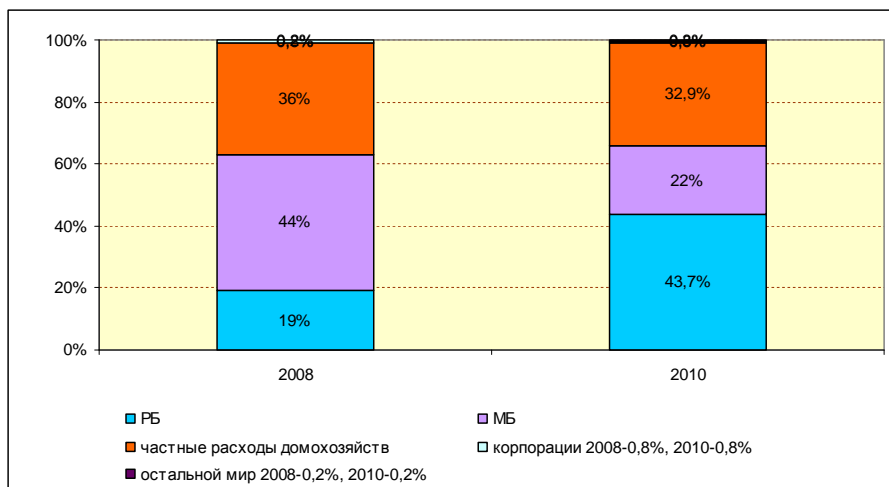
Код	Финансирующие организации	Млн. тенге	% от ОРЗ	% от гос. сектора
FS.1	Государственные средства	588 522,59	66,7%	100,0%
<i>FS.1.1.1</i>	<i>Республиканский бюджет</i>	383 700,76		65,2%
<i>FS.1.1.2</i>	<i>Местный бюджет</i>	196 272,23		33,3%
FS.1.2	<i>Прочие государственные средства</i>	8 549,60		1,5%
FS.2	Частные средства	290 444,89	32,9%	
FS.3	Остальной мир (доноры)	3 240,42	0,4%	
	Всего	882 207,91	100%	

Источник: Отчет НСЗ за 2010 год

Доля государственных расходов в структуре ОРЗ в сравнении с 2008г. увеличилась на 3,7% (2008г.- 63%, 2010г. – 66,7%) и составили в 2010 году 588, 5 млрд. тенге. (рис. 1).

Доля частных расходов на здравоохранение за этот же период сократилась на 3,1% (2008г.- 36%¹, 2010г. -32,9%) и составила 290,4 млрд. тенге (таб.1).

Рис. 1. Изменение структуры общих расходов на здравоохранение в 2010 году в сравнении с 2008 годом в разрезе источников финансирования, %

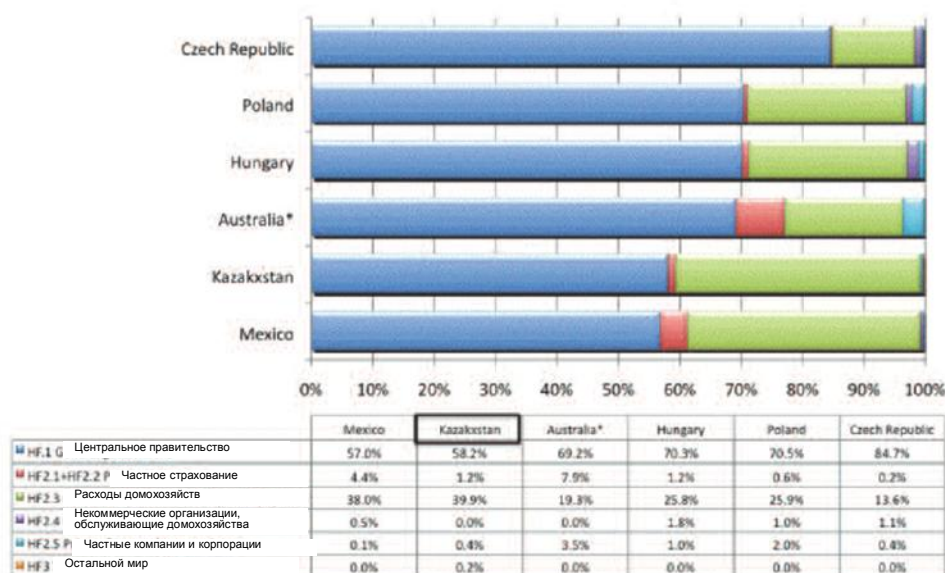


Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

В связи с введением в 2010 году Единой национальной системы здравоохранения изменилась структура государственных расходов на здравоохранение с перераспределением средств республиканского и местных бюджетов. Доля республиканского бюджета в структуре ОРЗ увеличилась в 2,3 раза, доля местных бюджетов сократилась в 2 раза.

Рис. 2. Сравнение структуры ОРЗ в Казахстане с некоторыми странами

Источники финансирования здравоохранения в отдельных странах

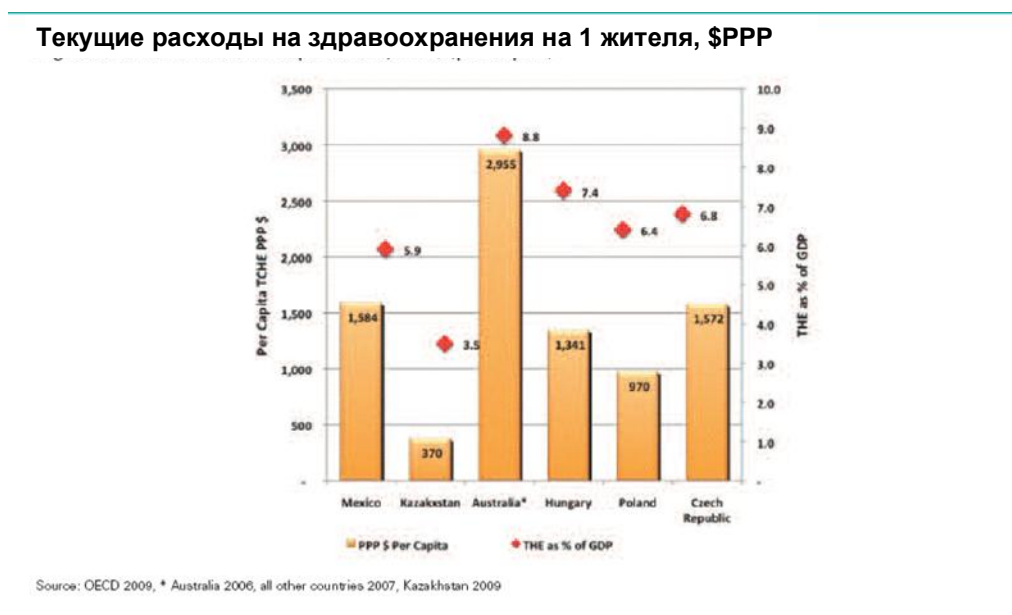


Source: OECD: (2009), *Australia (2006), all other countries (2007), Kazakhstan (2009).

Источник: Отчет ОРМ, 2010

¹ По разным методикам частные расходы на здравоохранение оцениваются от 35% до 39% от общих расходов на здравоохранение, в отчете ОРМ – 35% (2008) и 35,8% (2007), доля расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение – 37% (2008) и 38,8% (2007).

Рис. 3. Текущие расходы на здравоохранение на 1 жителя

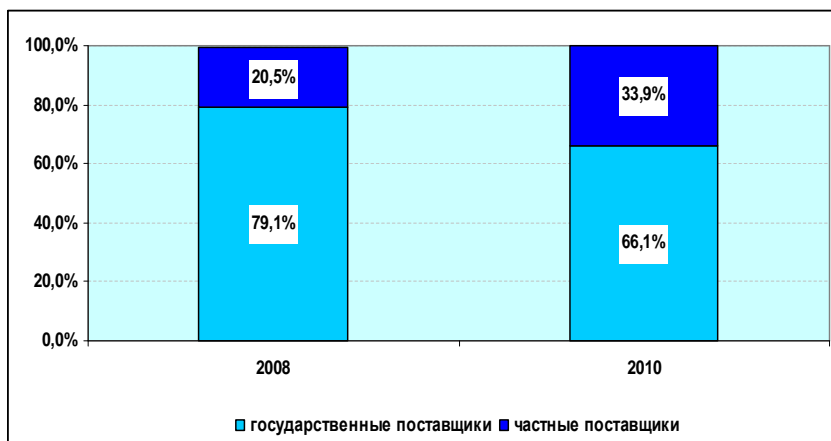


Источник: Отчет ОРМ, 2010

В сравнении с другими странами государственные расходы сопоставимы с уровнем расходов в Мексике, также как и частные расходы домохозяйств. Следует отметить, что все приведенные страны регулируют риски через систему их предоплаты путем страхования. В Казахстане рынок страховых услуг составляет 1,2% в общих расходах на здравоохранение.

Отмечается **увеличение доли услуг, предоставляемых частными поставщиками**, на 13,4% (2008 – 20,5%, 2010- 33,9%) в структуре общих текущих расходов на здравоохранение (далее – ОТРЗ), рис.4.

Рис. 4. Изменение структуры текущих расходов на здравоохранение в государственном и частном секторе



Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

Наряду с увеличением расходов на услуги дневных стационаров в 8,5 раз отмечается существенное увеличение доли государственных расходов на услуги дневных стационаров с 1,9% до 76% (рис.5), также наряду с увеличением в 2,3 раза расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь отмечается увеличение в 3,3 раза доли государственных расходов в структуре расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь (2008г.-18 % в 2010г.- 59%).

Рис. 5. Распределение государственных и частных расходов по видам услуг в 2008 и 2010г.,%

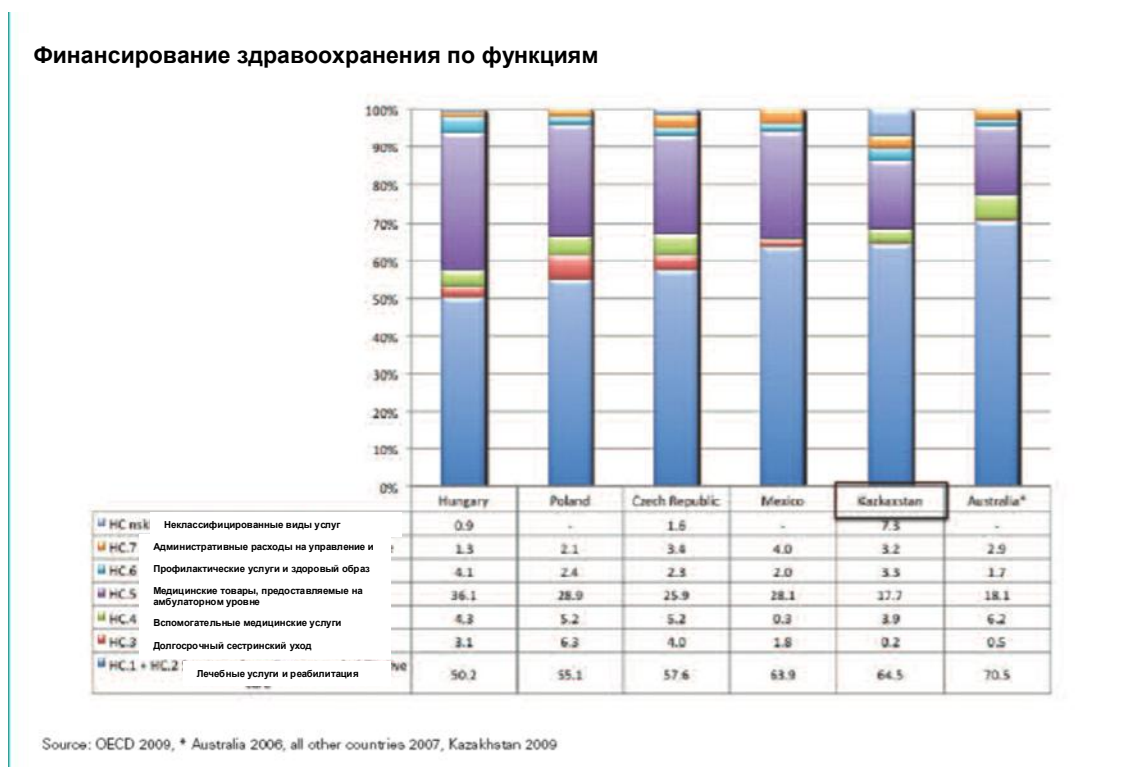


Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

Вместе с тем, следует отметить, что при росте расходов на клинические и диагностические исследования на 7,7% (2008г.- 4,8 млрд.тенге, 2010 – 5,2 млрд.тенге), отмечается резкое изменение структуры расходов с увеличением доли частных расходов в 3,7 раза (рис.5).

В 2010 году доля государственных расходов в структуре расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение увеличилась на 5%, хотя в структуре расходов на лекарственные препараты преобладают расходы населения (2008г. – 63%, 2010г. – 58%), так же следует отметить рост доли расходов населения с 10% в 2008 году до 13,2 % в 2010 году в структуре ОРЗ.

Рис. 6. Сравнение финансирования расходов здравоохранения по функциям здравоохранения



Источник

к: Отчет ОРМ, 2010

В Казахстане отмечается преобладание расходов на лечебные услуги в сравнении с Венгрией, Польшей, Чехией. В тоже время в этих странах отмечается практически вдвое

расходы на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения на амбулаторном уровне, при этом административные расходы ниже, чем в Казахстане, за исключением Чехии.

Использование медицинских услуг

Изучение изменения спроса на медицинские услуги показывает, что с введением в 2010 году ЕНСЗ и предоставлением пациентам права выбора медицинской организации отмечается как рост госпитализаций в стационары так и обращений за услугами амбулаторно-поликлинической помощи (рис. 8-9), несмотря на сокращение коечного фонда (рис.7).

Рис. 7. Изменение коечного фонда

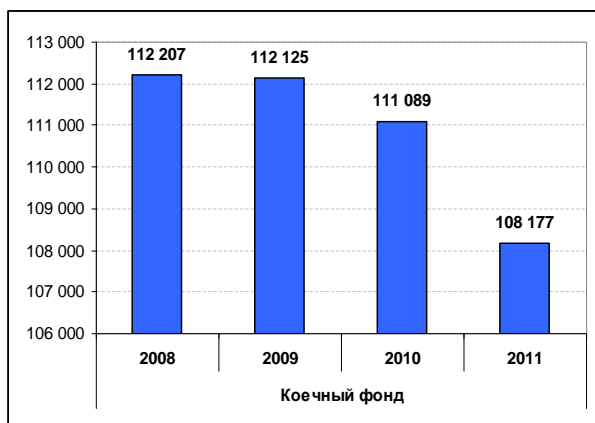


Рис. 8. Изменение количества госпитализаций

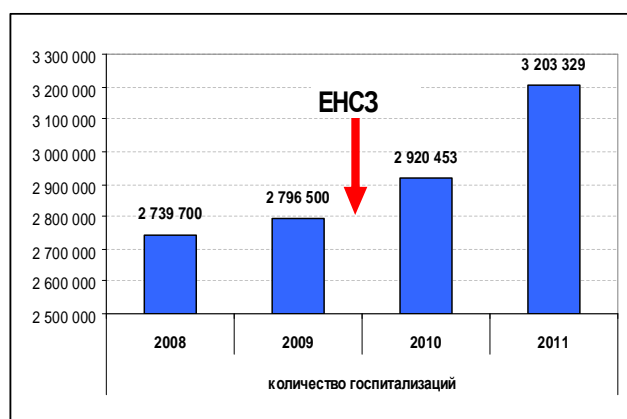


Рис. 9. Изменение количества амбулаторно-поликлинических посещений

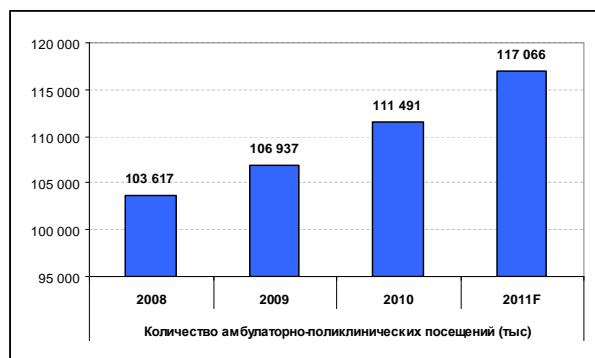
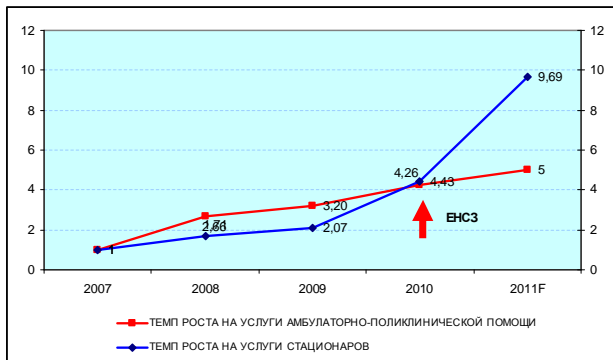


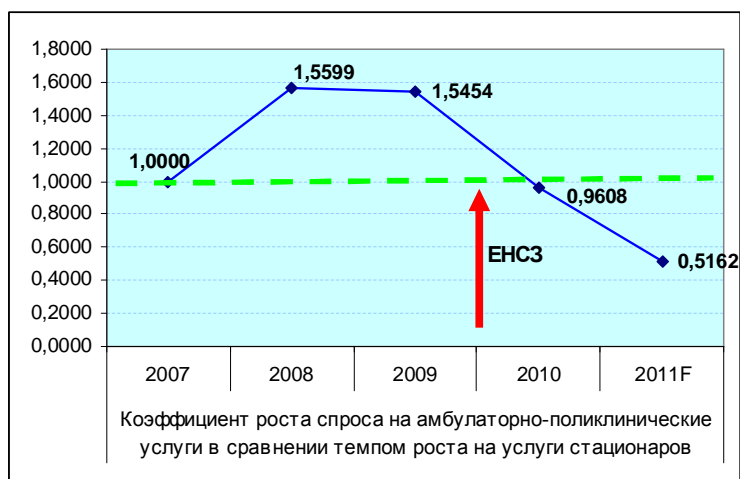
Рис. 10. Изменение темпов роста на услуги стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи



В 2010-2011 годах с введением ЕНСЗ и улучшением доступности к услугам стационаров темпы роста госпитализаций превышают темпы роста обращений за услугами амбулаторно-поликлинической помощи почти в 2 раза (рис. 10, 11), что свидетельствует о существенном превышении спроса на услуги стационарной помощи.

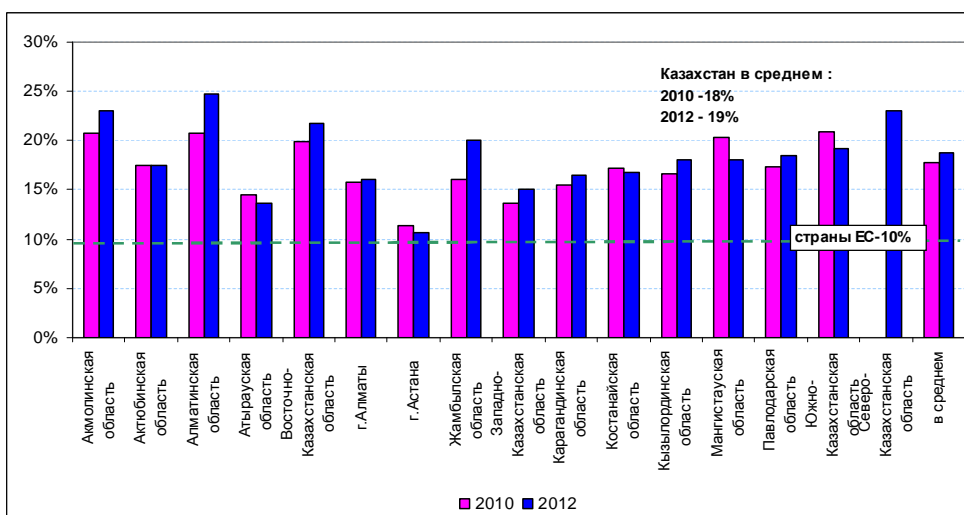
Сравнительный анализ госпитализаций в стационары показывает, что в среднем на 1% увеличилось количество случаев госпитализации с заболеваниями, лечение которых может быть эффективно на амбулаторном уровне (январь 2010г.-17,9%, январь 2012г.-19%). Показатель уровня госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, значительно варьирует по регионам от 11% в г.Астане, что сопоставимо с европейскими показателями, до 25% в Алматинской области (рис.12).

Рис. 11. Снижение спроса на услуги амбулаторно-поликлинической помощи с введением ЕНСЗ в сравнении со спросом на услуги стационаров



Учитывая, что в 2010 году была введена ЕНСЗ, проведен анализ госпитализаций в стационары на момент введения ЕНСЗ и оплаты по МЭТ (2010) и на момент введения оплаты по КЗГ (2012).

Рис. 12. Госпитализация больных с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне в % к общему количеству госпитализаций в разрезе регионов Республики Казахстан



Источник: База данных МЗ РК, за январь 2010 и 2012 г.

Рис. 13. Структура госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, 2010

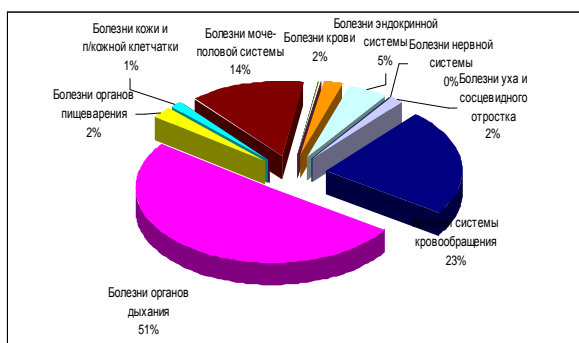
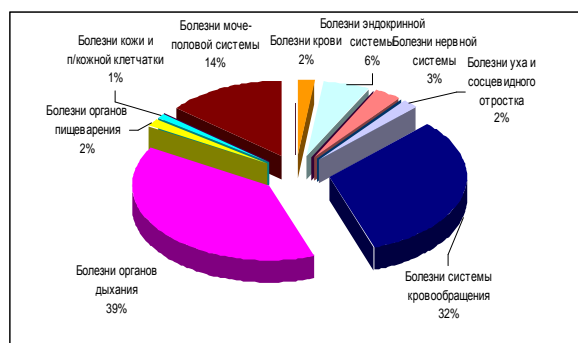


Рис. 14. Структура госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, 2012



Источник: База данных МЗ РК, за январь 2010 и 2012гг.

Среди заболеваний, лечение которых эффективно на амбулаторном уровне 39% составляют болезни органов дыхания, 32% - болезни системы кровообращения, 14% - болезни мочеполовой системы (рис.14). Следует отметить, что в сравнении с 2010 годом сократилась доля госпитализаций с болезнями органов дыхания на 11% (рис. 13, 14).

Рис. 15. Количество пролеченных больных в январе 2010 года

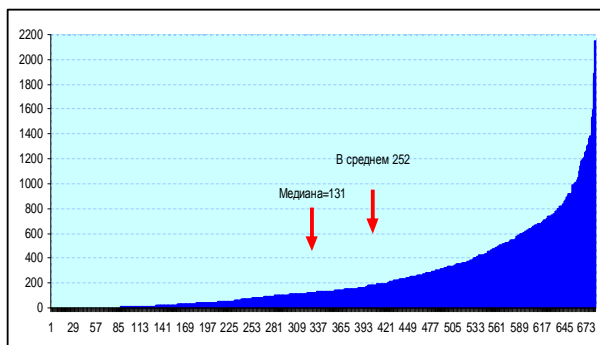
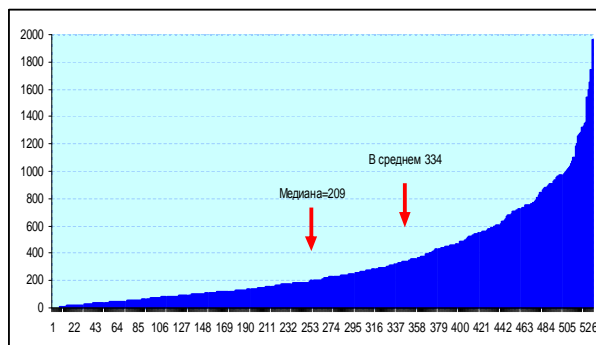


Рис. 16. Количество пролеченных больных в январе 2012 года



Источник: База данных стационаров, МЗ РК 2010, 2012 год.

В январе 2010 и 2012 гг. 80 % больных выписано из 230 больниц (2010г. – 33,6% больниц, 2012 – 43% больниц), отмечается увеличение среднего количества выписанных больных на 1 больницу с 252 в январе 2010 года до 334 больных в январе 2012 года (рис. 15,16).

Выводы

Изменения, произошедшие в ходе введения ЕНСЗ, характеризуются:

- Увеличением доли государственного финансирования здравоохранения на 3,7% в ОРЗ.
- Сокращением частных расходов на 3% в ОРЗ.
- Увеличение доли услуг, предоставляемых частными поставщикам, на 13, 4%.
- Существенным увеличением доли государственных расходов на стационарозамещающие (с 2% до 76%) и амбулаторно-поликлинические услуги (в 3 раза), сокращением на 8% доли государственных расходов на диагностические и клинические исследования.
- Увеличением на 5% доли государственных расходов на лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне, хотя доля частных расходов остается по-прежнему высокой и составляет более половины общих расходов на лекарства на амбулаторном уровне.
- Ростом обращений за услугами стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, хотя спрос на услуги стационаров почти в 2 раза превышает темпы роста спроса на амбулаторно-поликлинические услуги.
- С введением оплаты стационаров за пролеченный случай вместе с предоставлением свободного выбора стационара у больниц сохраняются стимулы наращивать количество госпитализаций, в том числе при заболеваниях, лечение которых может быть эффективно на амбулаторно-поликлиническом уровне, хотя изменилась структура госпитализаций за счет сокращения доли госпитализаций больных с болезнями органов дыхания и увеличение доли больных с болезнями системы кровообращения.
- Сократилось количество больниц за счет их объединения, что повлекло за собой увеличение количества выписанных больных на 1 больницу в среднем (2010г. – 252, 2012г. – 334). Также увеличилась медиана – с 131 больного в январе 2010 года до 209 за этот же период 2012 года.

Ссылки

1. *Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан. Обзор расходов на здравоохранение за 2010 год*, Республиканский Центр развития здравоохранения, Астана, 2011г.
2. *Национальные Счета Здравоохранения в Республике Казахстан. Обзор общих расходов на здравоохранение за 2008 год*. ТОО Мединформ, 2009
3. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году. Статистический сборник*, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2009
4. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году. Статистический сборник*, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2010
5. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году. Статистический сборник*, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2011
6. *Отчет о текущем потоке средств и текущих вопросах, касающихся затрат на здравоохранение по экономическим и функциональным категориям в государственном и частном секторе и о влиянии новой модели перераспределения бюджета*, Oxford Policy Management, 2010
7. *О реализации первого года Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы*, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2012
8. *Итоги работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2011 год и задачи на 2012 год. Информационный материал*. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2012
9. *База данных по пролеченным случаям МЗ РК за 2010 и 2012гг.*