

Авторы: Темекова З.М., Ищанова А.Б.,

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ НСЗ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАСХОДОВ В МАСШТАБАХ ГОСУДАРСТВА ПРИ ВНЕДРЕНИИ ОСМС

ЦЕЛЬ ДАННОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ СПРАВКИ СОСТОИТ В ОБЗОРЕ
РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОЦЕНКЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ И ВЫРАБОТКЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ЦЕЛЯХ
НИВЕЛИРОВАНИЯ СУЩЕСТВУЮЩИХ РИСКОВ В СИСТЕМЕ
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Введение

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

Эксперты в сфере здравоохранения используют Национальные Счета Здравоохранения (далее –

НСЗ), разработанные для решения конкретных вопросов относительно состояния системы здравоохранения.

С их помощью обеспечиваются систематические

расчеты и представление данных о расходах на здравоохранение. Они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.

ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2017 ГОДУ

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в 2017 году составили 1 трлн. 656 млрд. тенге и показывают снижение в номинальном выражении на 2,7% по сравнению с предыдущим годом (1 трлн.

612 млрд. тенге). ТРЗ составили 3,1% от ВВП, что более чем в 2 раза меньше среднего показателя среди стран ОЭСР в 2017 году (8,8%).



Рисунок 1. Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) и доли ТРЗ от ВВП в 2010-2017 годы

В структуре текущих расходов государственные расходы составляют 62%, частные расходы 37,9% (из них прямые

платежи 33,2% и взносы предприятий и ДМС 4,7%), а также международные трансферты составили 0,3%.



Рисунок 2. Структура текущих расходов на здравоохранение в 2017 году

ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2017 ГОДУ

Текущие расходы на душу населения в 2017 году составили 91 тыс. тенге или 280 долл. США по средневзвешенному курсу

тенге. За последнее 5 лет расходы на душу населения сократились с 368 долл. США до 280 в 2017.

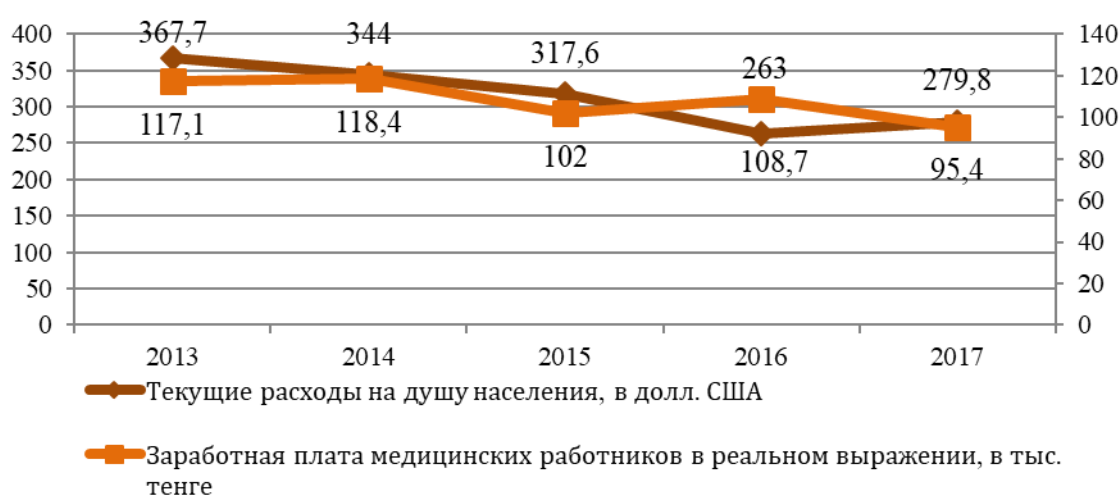


Рисунок 3. Текущие расходы на душу населения в долл. США и заработная плата медицинских работников в реальном выражении

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ

Государственные расходы на здравоохранение в 2017 году составили 1 трлн. 024 млрд. тг. или 1,9% ВВП. Аналогичный средний показатель среди стран ОЭСР в 2017 году составил 6,3% ВВП. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане составили 56 389 тенге.

В разрезе уровней государственного бюджета, 66% расходов понесли государственные органы республиканского уровня, 34% – местного уровня (с учетом трансфертов с республиканского уровня – 28%).

Суммарные расходы государственных органов системы здравоохранения (Министерства здравоохранения РК и управлений здравоохранения областей и

городов республиканского значения) составили 963 млрд.тг., или 1,8% ВВП.

Государственные расходы в 2017 году (1 трлн. 024 млрд. тенге) выросли по сравнению с предыдущим годом (948 млрд. тенге) на 8% и в 2.5 раза по сравнению с 2010 годом в номинальном значении. В реальном значении, учитывая инфляцию, рост в 2017 году составляет всего лишь 0,8% в сравнении с предыдущим годом. Процентные доли государственных расходов от ВВП в 2010 – 2017 гг. колебались вокруг значения в 1,8-2,1%. После роста в 2012 году этот показатель пришел к значению 1,8% в 2013 году и вырос до значения 2,0% к 2016 году, сократившись до 1,9% в 2017 году.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ

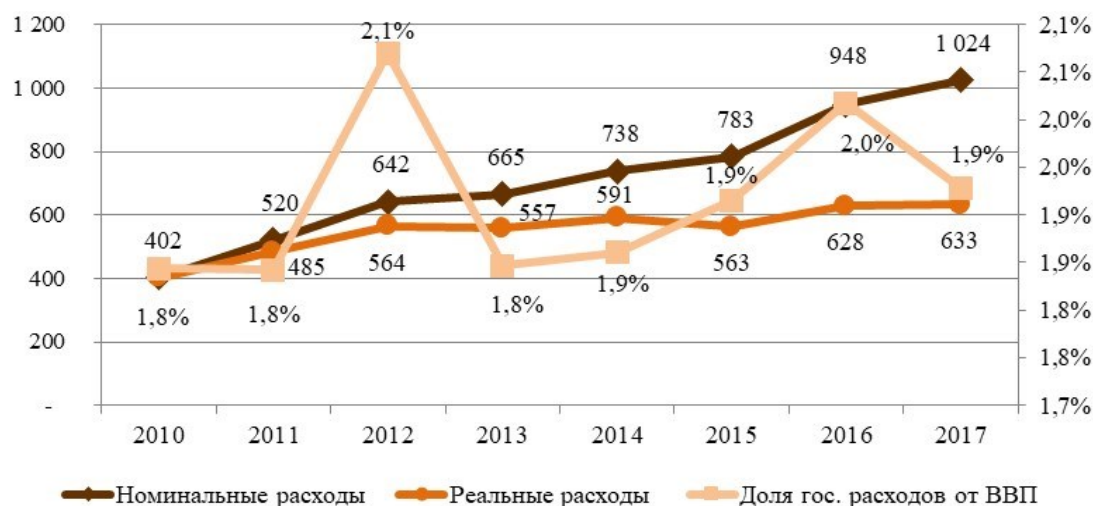


Рисунок 3. Номинальные и реальные (в ценах 2010 года) государственные расходы на здравоохранение в динамике, в млрд. тенге.

В структуре государственных расходов на здравоохранение 42,3% занимает стационарная помощь, 28,2% амбулаторно-поликлиническая помощь и 3,7% услуги дневного стационара. Амбулаторное лекарственное обеспечение обходится в 10% государственных

расходов. На услуги общественного здравоохранения направлялось 4% средств, 5% на профилактику, 6,8 на прочие услуги, и лишь 0,05% государственных средств расходовались в 2017 году на реабилитационную помощь.

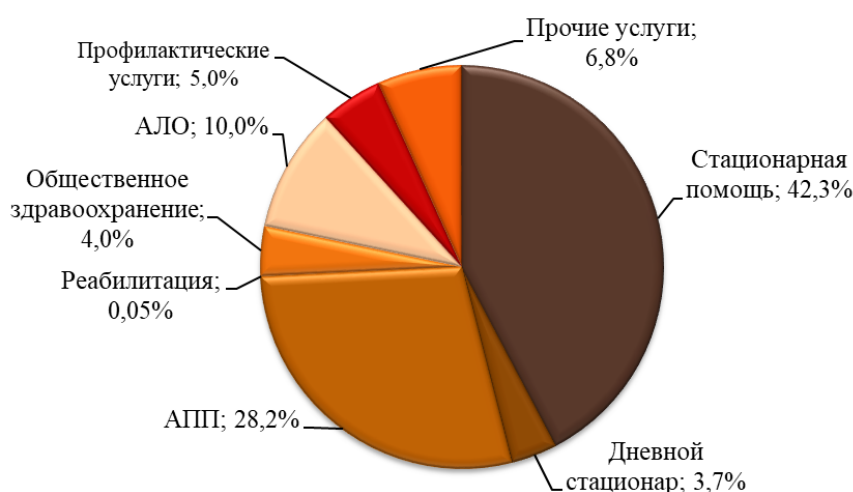


Рисунок 4. Распределение государственных расходов по услугам, в %

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ

В динамике и в сравнении с ОЭСР картина выглядит следующим образом:

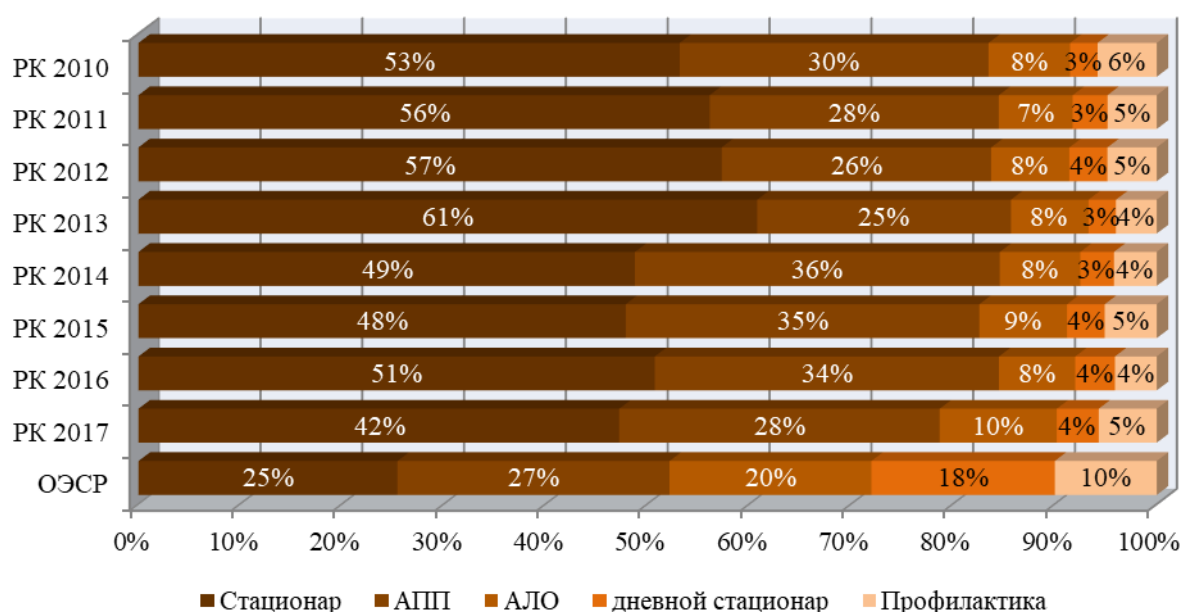


Рисунок 5. Сравнение распределения государственных расходов по услугам в РК и странах ОЭСР

При анализе структуры государственных расходов по сегментам в 2010-2017 гг. отмечается преобладание расходов на стационарную помощь, на которые были направлены в среднем 55,7% средств. Несмотря на увеличение расходов на АПП почти в 2 раза и стремления государством повысить приоритет АПП, финансирование стационарной помощи продолжает оставаться на высоком уровне. В странах ОЭСР, для сравнения, на стационарную помощь направляется 25% средств

государственного бюджета, 27% на амбулаторную помощь, и 18% на услуги дневного стационара. В то время как в Казахстане на дневной стационар приходится всего лишь 3,7% государственных расходов.

ЧАСТНЫЕ РАСХОДЫ

Частные расходы в 2017 году составили 626,9 млрд. тенге или 1,2% ВВП и 37,9% от текущих расходов на здравоохранение.

В структуре частные расходы распределились следующим образом:

прямые платежи населения – 33,2% (550 млрд. тенге), расходы предприятий – 3,3% (54 млрд. тенге), средства ДМС - 1,4% (22 млрд.тг.).



Рисунок 6. Номинальные и реальные (в ценах 2010 года) частные расходы на здравоохранение в динамике, в млрд. тенге.

В динамике с 2010 по 2017 годы частные расходы в номинальном выражении выросли в 3 раза, однако в 2017 году сократились на 2,9% с 645,6 до 626,9 млрд. тенге в сравнении с предыдущим годом, это обуславливается снижением расходов на фармацевтические, а также медицинские и ортопедические товары. Расходы на медицинские услуги (стационарная, амбулаторная и реабилитационная помощь) в 2017 году выросли на 14,8% по сравнению с предыдущим годом. Рост индекса потребительских цен на медицинские услуги в 2017 г. составил 8,6%, и это

говорит о том, что увеличение частных расходов произошло не только за счет роста потребления, но и за счет роста цен. Стоит также отметить, что 85% частных расходов населения тратится в частных организациях и лишь 15% в государственных медицинских организациях.

ЧАСТНЫЕ РАСХОДЫ



Рисунок 7. Частные расходы на здравоохранение в разрезе услуг в динамике с 2010 по 2017 годы (в млрд. тенге)

Несмотря на снижение частных расходов в 2017 году, их величина по-прежнему является

больше среднего значения, чем в странах ОЭСР – 26,8%.

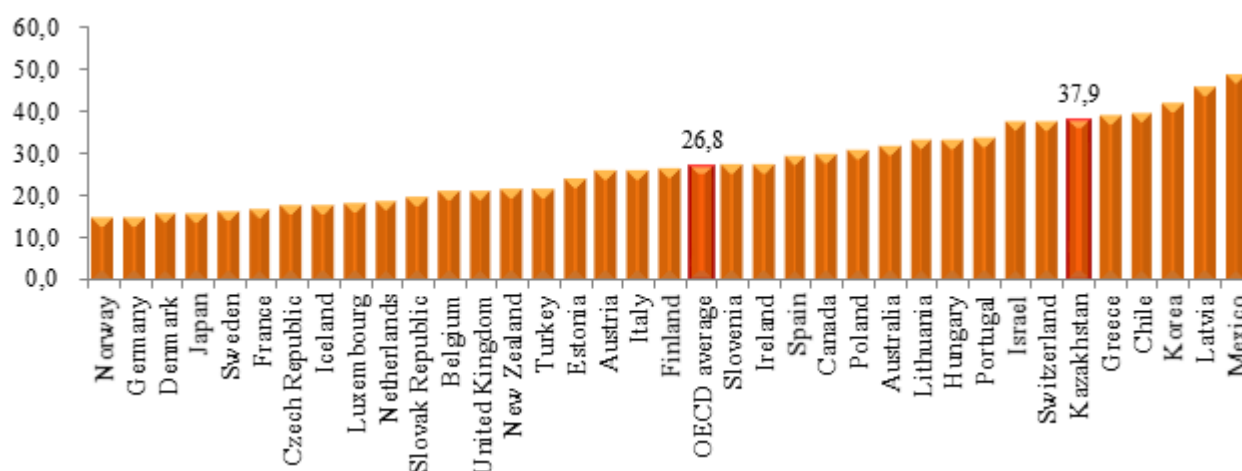


Рисунок 8. Частные расходы от текущих расходов на здравоохранение в странах ОЭСР и в Казахстане

РЕГИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Что касается распределения расходов на здравоохранение на региональном уровне, в 2017 году текущие расходы на уровне местного бюджета на здравоохранение значительно сократились по сравнению с 2016 годом. Это связано с переходом некоторых бюджетных программ на республиканский уровень. Так, если в 2016 году общие расходы местного бюджета составили 653,7 млрд. тенге, то в 2017 году составили – 307,6 млрд. тенге.

Наибольший объем расходов показал г. Алматы (114 млрд. тенге) и г. Астана (67,6 млрд. тенге). Объяснением данному явлению может послужить расположение большинства медицинских организаций республиканского уровня, которые предоставляют услуги, как местным жителям, так и жителям населению других регионов. Наименьший показатель отмечается в Северо-Казахстанской области – 14,2 млрд. тенге.

Структура текущих расходов на здравоохранение в разрезе источников финансирования также не изменилась за

последний год. Больше всего государственные средства аккумулировались в Южно-Казахстанской области. Тем временем, в городе Алматы преобладают частные расходы, что составляют 56,3% от всех расходов, а государственные расходы в данном регионе показывают наименьший показатель по республике. Лидером по расходу предприятий на здравоохранение также остался город Астана, где данный показатель составил 30,9% от всех расходов на здравоохранение данного региона и повысился на 18,7% в сравнении с предыдущим годом. Наибольшие частные расходы в этих городах объясняются уровнями реальных доходов населения.

Также удельный вес средств предприятий в структуре расходов на здравоохранение имеют высокие показатели в западных регионах РК. Это обусловлено расположением большинства крупных предприятий с участием иностранного капитала в западных регионах и в городах республиканского значения.

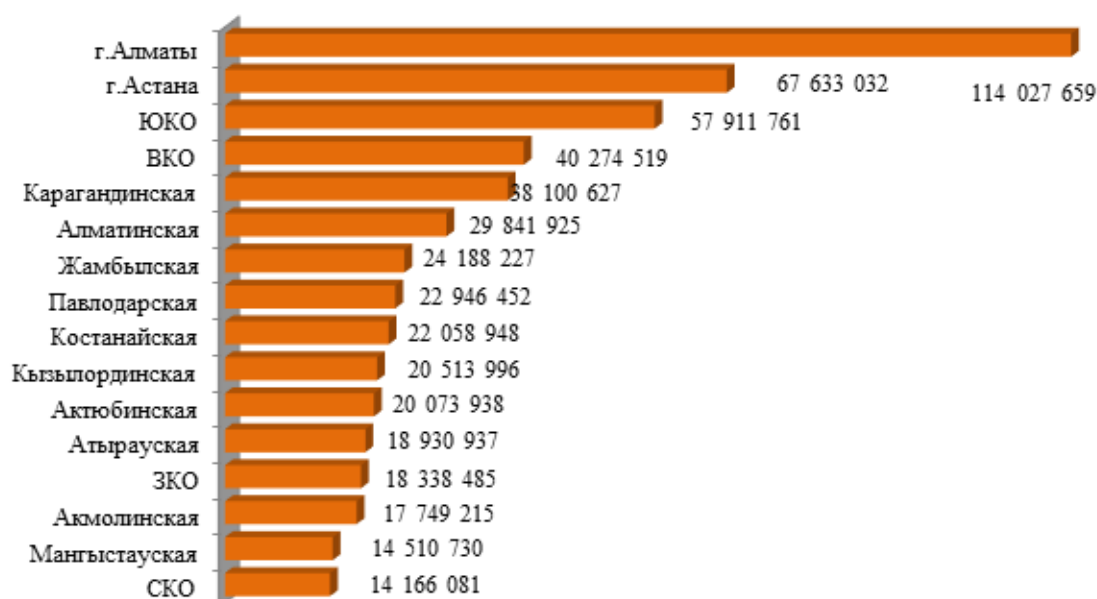


Рисунок 9. Общие расходы на здравоохранение в разрезе регионов в 2017г. (тыс. тенге)

ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ И ИХ ВНЕДРЕНИЕ

Анализ расходов на здравоохранение в 2017 году, а также в динамике с 2010 года, показал рост общих расходов на здравоохранение в 2 раза за последние 8 лет, однако доля ОРЗ от ВВП остается небольшой по сравнению со странами ОЭСР и ежегодно сокращается. Другими словами, благосостояние государства (ВВП) растет, а доля расходов населения на здравоохранение снижается.

Также одним из предметов внимания являются наблюдаемые в Казахстане высокие частные расходы, которые создают угрозу доступности услуг здравоохранения, усиливают неравенство в уровне получения медицинских услуг и возлагают дополнительное бремя на беднейшие слои общества, связанное с необходимостью приобретения дорогостоящего лечения, с вытекающими последствиями для экономического роста. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%.

Значительное ограничение бесплатного медицинского обеспечения или недостаточность его государственного финансирования приводит к росту доли частных расходов в результате вынужденного приобретения населением необходимой помощи за счет личных средств. С другой стороны, при увеличении государственного финансирования размер расходов из личных средств населения может увеличиваться за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественного здравоохранения (например, приобретение лекарственных препаратов), что может объяснить ситуацию по высокому уровню частных затрат в здравоохранении РК.

Повышенный уровень частных 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.

По итогам 2017 года 30,2% от общих расходов на здравоохранения было направлено на стационарные услуги, в то время как доля финансирования амбулаторного лечения составила 29,1% ОРЗ (28,3% в 2016 году), что говорит о преобладании стационарных услуг в структуре финансирования здравоохранения, что отличает Казахстан от статистики ОЭСР, где в среднем 33% средств текущих расходов расходуется на амбулаторную помощь и 28% на стационарные услуги. Хотя, в сравнении с предыдущим годом отмечается рост расходов на амбулаторную помощь, что говорит о развитии сектора первичной помощи.

Расходы на реабилитационные услуги составили всего 0,8% от всех средств 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.

Учитывая все вышеперечисленные ключевые проблемы финансирования здравоохранения, настоящая аналитическая справка предлагает следующие меры по их решению:

Усиление компетенций ВОП и роли ПМСП как центрального звена развития всей отрасли;

Увеличение количества участков ПМСП и снижение нагрузки на ВОП с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи;

Конкретизирование перечней ГОБМП и ОСМС и покрытие растущей потребности населения в некоторых специализированных

ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ И ИХ ВНЕДРЕНИЕ

медицинских услугах (реабилитация, онкология, высокотехнологичные медицинские услуги, паллиативная помощь);

Нормирование инфраструктуры через единые перспективные планы путем определения реальной потребности в объеме медицинских услуг;

Поэтапное увеличение государственных расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС до 2023 года согласно поручению Президента страны в своем послании, в том числе увеличение расходов на услуги общественного здравоохранения с 4% от гос. расходов до 10%, доведения тарифов на медицинские услуги до уровня их безубыточности через увеличение среднемесячной заработной платы медицинских работников, а также через возмещение обновления основных средств (мед. Оборудования) медицинским организациям;

Внедрение механизма сооплаты на сервисные услуги в стационаре для выведения неформальных платежей в медицине из тени.

Наряду с внедрением обязательного социального медицинского страхования следует обеспечить развитие и стимулирование добровольного медицинского страхования путем уменьшения налогооблагаемой базы по налогу на прибыль.

В результате конкретизации перечня медицинских услуг, путем указания условий и лимитов потребления, дефицит ГОБМП в 2019 году будет сокращен на 34%, а с внедрением ОСМС постепенно будет нивелирован, что в свою очередь приведет к снижению частных расходов населения на услуги, входящие в ГОБМП.

В рамках исполнения Послания Главы государства народу Казахстана предполагается, что расходы на здравоохранение со всех источников финансирования увеличатся до 4,7% от ВВП в 2023 г. При этом государственные расходы увеличатся до 2,8% от ВВП. В связи с чем, совокупные частные расходы сохранятся на уровне 1,3% ВВП, а их доля в общих расходах на здравоохранение снизится с 38% в 2017 году до 29% в 2023 г.

Источники:

1. Аналитический отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2017 год, 2018;
2. Отчет об исполнении бюджета Министерства финансов Республики Казахстан;
3. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен;
4. Данные с базы данных ОЭСР <https://stats.oecd.org/>;
5. Статистика базы данных ВОЗ <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> ;
6. Таблицы НСЗ РК 2010-2017 годы;
7. Пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения, Ресурсный центр PHRplus;
8. Статистика Национального Банка;
9. Статистика Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан;
10. OECD, ICHA-HF Classification of health care financing, 2000;
11. OECD, Eurostat, WHO, A system of Health Accounts, 2011;
12. Сайт международных экономических показателей <https://tradingeconomics.com/>;
13. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения, ВОЗ, 2008;

14. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Xu K. et al. / World Health Report 2010 Background Paper. № 19. Режим доступа: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THETHRESV2.pdf>;*
15. *The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. Mou H. // Health Policy. 2013. Т. 113. № 3;*
16. *Cavalieri M., Guccio C. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix / Società italiana di economia pubblica. XVIII Conferenza. Pavia, 2006;*
17. *Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. 2008. № 144 (3).*
18. *Sanwald A., Theurl E. What drives out-of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey/ University of Innsbruck. Working Papers in Economics and Statistics. 2014. № 4. Режим доступа: <http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>;*
19. *Раздел «Цены и тарифы» сайта Комитета по статистике МНЭ РК <http://stat.gov.kz>;*
20. *«Developing health system efficiency indicators: Overview of key concepts, general approaches, and current and future work». Meeting of OECD Health Data National Correspondents, OECD, 2015.*
21. *«Developing health care efficiency indicators: current status and possible next steps». Meeting of OECD Health Data National Correspondents, OECD, 2014.*
22. *«Labour productivity indicators», OECD, 2008*
23. *«Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects». Smith P.C., Mossialos E. and Papanicolas I., WHO, 2008.*
24. *«Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения», ВОЗ, 2008.*
25. *«Повышение потенциала по разработке Национальных Счетов Здравоохранения и проведению анализа в Казахстане: Рекомендации по совершенствованию аналитических аспектов и дезагрегированию данных по областям». Георгий Г. Астана, 2014.*