

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЕГО ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В КАЗАХСТАНЕ

*Гульмира Рахимова, к.э.н., доцент,
Сауле Искендинова, к.э.н., доцент,
Кокшетауский государственный университет
им. Ш. Уалиханова, Казахстан*

Summary

The article deals with the problem of financing health systems Kazakhstan in modern conditions. The analysis of budget expenditures, households and private businesses to finance health care, as well as the prospects for financing healthcare facilities. Today the problems of financing the social sector are relevant not only due to the growing need for considerable financial resources, but also because the government needs to find the real ways to finance the system of health resort institutions.

* * * * *

С обретением независимости в Казахстане предпринимались попытки реформирования отечественной системы здравоохранения. Главным объектом нововведений являлась система финансирования медицинского обслуживания. С середины 90-х годов происходило внедрение в ряде регионов так называемого нового механизма хозяйствования, менявшего порядок финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений и их хозяйственной деятельности. Также, начался процесс введения новой системы финансирования здравоохранения – системы обязательного медицинского страхования, и был дан старт развитию добровольного медицинского страхования. Нужно заметить, что здравоохранение оказалось единственной из отраслей социально-культурной сферы, где произошли реальные масштабные преобразования, которые сильно изменили организацию медицинского обслуживания. Появились новые источники и каналы финансирования, новые субъекты – фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, новые формы финансирования лечебно-профилактических учреждений и новые проблемы.

Отсюда следует, что процессы реформирования системы здравоохранения необходимо адаптировать к политическим и экономическим условиям страны, учитывая, что реформы имеют отчетливые последствия, как в плане пользы, так и вреда.

Любая система здравоохранения – это сложная и многогранная сеть государственных и частных исполнителей, учреждений и агентств. Все части системы связаны между собой общим назначением – предоставлять медицинское обслуживание.

Вопросы финансирования по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы в стране между

конкурирующими целями в экономике в целом, и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов для распределения ресурсов на достижение высокоприоритетных целей. «Высокоприоритетные цели» определяются, с одной стороны, политическими решениями, отражающими общие ценности общества, а именно значение, которое придает государство здоровью населения и развитию здравоохранения по сравнению с другими отраслями экономики, и более объективными критериями как например, частью определяемой более объективными мерилami ценности соотношения полученных результатов к затратам.

В прошлом политика финансирования здравоохранения была недостаточно эффективной и в том, как были разделены функции по распределению ресурсов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, и в том, как принимались решения по распределению ресурсов. Поэтому, большая часть работы по осуществлению реформы финансирования сектора здравоохранения была направлена на соответствующее разделение функций покупателей и поставщиков медицинской помощи, по распределению ресурсов и изменению механизмов распределения на всех уровнях системы.

Как известно, в стране здоровье людей охраняется Конституцией Республики Казахстан. Статья 29 гласит: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья. Они вправе получать бесплатный гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом». В этой связи охрана здоровья граждан – одна из важнейших задач государства как социальной политической организации [1, с.13].

Основным доступным источником получения медицинской помощи является - Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее ГОБМП) который определяет виды, объемы и условия оказания медицинской помощи, предоставляемый гражданам Республики Казахстан за счет средств государственного бюджета, включает медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью [2, с. 2].

Выделяют следующие основные задачи непосредственно системы финансирования здравоохранения:

Гарантирование экономически эффективного оказания медицинских услуг;

Защита доступности всех слоев населения к

медицинской помощи;

Гарантия высокого качества медицинской помощи;

Гарантированная заработная плата медицинскому персоналу;

Сохранение финансовой устойчивости служб здравоохранения;

Увеличение годового дохода.

Политика нашей страны в области здравоохранения определяется государственной программой «Здоровье народа», которая была разработана в соответствии со Стратегией Президента Республики Казахстан «Казахстан – 2030», и «Концепцией совершенствования финансирования системы здравоохранения в Республике Казахстан».

Неотъемлемой частью системы управления здравоохранением является финансовый сектор. Положительным результатом преобразований по данному направлению в Казахстане стала консолидация бюджета здравоохранения на областном уровне, что позволило ликвидировать разницу в расходах на душу населения внутри области. Однако остается проблемой выравнивание этого показателя между областями. Для этого Министерством здравоохранения совместно с Министерством экономики и бюджетного планирования была разработана методика распределения бюджета на основе подушевого принципа.

В настоящее время в стране функционирует достаточно громоздкая сеть организаций здравоохранения, и следует признать, что эффективность работы порой не соответствует объему вкладываемых ресурсов. В этой связи, для министерства здравоохранения ключевыми направлениями совершенствования структуры отрасли на ближайшие годы выдвинуто укрепление первичного звена здравоохранения и реструктуризация больничного сектора. Повышение качества медицинской помощи остается в числе ключевых направлений. Для этого в отрасли медицинских услуг проводится стандартизация, механизмов внутреннего аудита и независимой внешней экспертизы. Дополнительным элементом повышения качества стала аккредитация медицинских организаций, для этого Министерством разработаны соответствующие стандарты, которые получили положительную оценку в международных организациях [5, с.2].

Построение эффективных систем здравоохранения в развитых странах вызывает повышенный интерес в современных условиях реформирования отечественного здравоохранения. Системы организации здравоохранения различных стран характеризуются разнообразием и национальной спецификой. Однако, проходя множество реформ, они постоянно видоизменяются и обогащаются заимствованными друг у друга идеями. Соответственно, жестко классифицировать такие модели практически невозможно [6, с.3].

Последние два десятилетия в Европе ознаменовалось

ростом стоимости медицинского обслуживания. В связи с этим, многие страны пересматривают свои системы здравоохранения, разрабатывают альтернативные стратегии финансирования и предоставления медицинского обслуживания более эффективным и справедливым образом [7, с.45-46].

Несмотря на реформы здравоохранения (переход от финансирования на основе налогообложения к модели, в которой акцент сделан на национальную систему медицинского страхования с финансированием за счет налогов на зарплату), страны Центральной и Восточной Европы продолжают во многом полагаться на бюджетное финансирование.

Всем известно, что показатель экономического благосостояния – объем произведенного валового национального продукта (ВВП), от него зависят расходы на здравоохранение. Так, например в США расходы на отрасль составляют 14,2%, в Великобритании – 6,9%, в странах Европейского союза в среднем – 8%.

Таблица 1 - Источники финансирования здравоохранения, %

Страна	Субсидии государства	Взносы предпринимателей	Страховые взносы граждан	Прямые доплаты граждан
Бельгия	27	50	2	21
Германия	14,2	72,5	6,4	6,9
Франция	1,9	73	3,7	21,5
Великобритания	79	10	3,8	8,2
Италия	36,5	45,5	3,3	15
Швеция	72	18,4	2	8,6
Швейцария	34,9	28,7	16,6	20
США	43	1,5	30,9	26,2

По данным таблицы 1 прослеживается, что финансовое обеспечение здравоохранения в развитых странах осуществляется из различных источников: государственного бюджета, средств предприятий и взносов частных лиц. При этом, существенная разница в цифровых значениях по странам говорит о многом.

Таким образом, можно выделить три базовые модели финансирования здравоохранения:

Государственная, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников. Действует в Великобритании, Дании, Швеции.

Бюджетно-страховая, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. При этом финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%).

Частнопредпринимательская, финансируемая,

главным образом, за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

Изучая зарубежный опыт системы финансирования некоторых индустриально развитых стран было выявлено, что за последние 10-15 лет резко возросли затраты на здравоохранение, при этом во многих государствах увеличение расходов опережает темпы роста валового внутреннего продукта (ВВП).

Основными факторами повышения расходов, для разных стран послужили:

- увеличение косвенного финансирования – обязательного страхования под эгидой государства;
- рост технической оснащенности медицинских служб, повышение интенсивности и качества лечения;
- инфляция;
- демографические сдвиги в структуре населения в сторону увеличения доли пожилых и престарелых, которым требуется объем медицинской помощи в 11 раз больше, чем лицам трудоспособного возраста;
- рост потребления лекарств.

В тех случаях, когда здравоохранение финансируется местными властями (Дания, Швеция), центральное правительство может уменьшить размеры выделяемых субсидий. Однако при желании местные власти могут компенсировать недостаток средств за счет повышения местных налогов. Тем не менее, как показывает практика, бюджетные ограничения могут быть эффективным рычагом сдерживания роста расходов.

На примере развитых стран можно выделить основные модели системы здравоохранения такие как: национальная система здравоохранения, социальное страхование здравоохранения, местная (региональная) система прямых платежей и модель добровольного частного страхования (таблица 2).

Таблица 2 - Модели систем здравоохранения в развитых странах

Национальная система здравоохранения (например, Великобритания, Скандинавские страны)	Местная/региональная система прямых платежей (например, Канада, некоторые региональные службы Испании)
Социальное страхование здравоохранения – Система Бисмарка (например, Германия, Япония)	Модель добровольного частного страхования (например, США)

Таким образом, рассматривая мировой опыт развития моделей финансирования здравоохранения можно сформулировать следующие выводы:

Системы предоставления услуг и механизмы материального стимулирования поставщиков представляют собой лишь дополнительные инструменты, которые могут способствовать решению очевидных проблем неэффективности, присущих

сектору здравоохранения зарубежных стран. Проблемы здравоохранения тесно взаимосвязаны, и для их решения требуется хорошо продуманная и широкомасштабная стратегия реформ, включающая конкретные программы, четкую структуру управления, профессиональных и преданных делу организаторов и руководителей здравоохранения, а также поддержку идей и целей реформ со стороны всего медицинского сообщества в целом.

Совершенствование систем оплаты поставщиков медицинских услуг, связаны с проблемами развития, в том числе, проблемами неформальных платежей и децентрализации общественных средств здравоохранения.

В сравнении с зарубежными странами Казахстан еще отстает в разработке новых механизмов оплаты. Однако опыт этих стран более разнообразен, поскольку они различаются как на макроэкономическом уровне, так и по фискальному потенциалу и возможностям управления новыми институтами и финансовыми механизмами.

Таблица 3- Доли расходов республиканского бюджета Казахстана по статьям относительно ВВП

№	Наименование	2011	2012	2013
1	Гос. услуги общего характера	0.8%	0.8%	0.6%
2	Оборона	0.9%	1.1%	1.0%
3	Общественный порядок	1.4%	1.5%	1.4%
4	Образование	1.1%	1.5%	1.4%
5	Здравоохранение	1.4%	1.5%	1.4%
6	Социальная помощь и социальное обеспечение	3.9%	4.1%	4.3%
7	ЖКХ	0.6%	0.5%	0.3%
8	Культура, спорт, туризм и ИП	0.4%	0.3%	0.3%
9	ТЭК и недропользование	0.4%	0.3%	0.3%
10	Сельское, водное, лесное, рыбное хозяйство...	0.8%	0.8%	0.6%
11	ПАГС деятельность	0.1%	0.0%	0.0%
12	Транспорт и коммуникации	1.3%	1.3%	1.2%
13	Прочие расходы	0.6%	0.6%	0.7%
14	Обслуживание долга	0.4%	0.6%	0.7%
15	Трансферты	2.9%	3.0%	2.8%
16	Доля затрат относительно ВВП	17.0%	18.1%	17.1%

Примечание – составлено авторами на основе данных www.stat.gov.kz

В таблице 3 даются доли расходов республиканского бюджета по статьям относительно ВВП. Всего в республиканском бюджете по Министерству здравоохранения на трехлетний период предусмотрены средства в сумме 1 641,1 млрд. тенге, из них в 2013 году

– 526,4 млрд. тенге, в 2014 году – 557,6 млрд. тенге, в 2015 году – 557,1 млрд. тенге.

Таблица 4 - Расходы Министерства здравоохранения РК на 2013 год с прогнозом до 2015 года, млрд. тенге

Наименование мероприятий	2013 год	2014 год	2015 год
1. Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), за исключением направлений, финансируемых на местном уровне, расширение ГОБМП и закуп лекарственных средств и вакцин (на создание Единой национальной системы здравоохранения)	357,6	385,2	414,5
2. Межведомственное взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан	16,5	2,3	1,8
3. Строительство и реконструкция объектов здравоохранения	58,6	87,4	63,0
4. Подготовка специалистов со средним, высшим и послевузовским образованием и повышение квалификации и переподготовка кадров	26,5	28,4	29,8
5. Формирование государственной политики в области здравоохранения	13,0	13,6	16,1
6. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения на республиканском уровне	11,2	11,4	12,1
7. Реформирование системы здравоохранения за счет софинансирования из республиканского бюджета	6,4		
8. Создание информационных систем здравоохранения	3,0	0,7	
9. Прочие расходы (проведение капитального ремонта организаций образования и здравоохранения, материально-техническое оснащение и т.д.)	33,6	28,6	19,8

Всего в республиканском бюджете по Министерству здравоохранения на трехлетний период предусмотрены средства в сумме 1 641,1 млрд. тенге, из них в 2013 году – 526,4 млрд. тенге, в 2014 году – 557,6 млрд. тенге, в 2015 году – 557,1 млрд. тенге.

Таким образом, несмотря на то, что финансовое обеспечение здравоохранения из государственного бюджета из года в год растет, разрабатываются на государственном уровне различного рода программы, направленные на совершенствование системы здравоохранения, качество предоставляемых услуг оставляет желать лучшего. Необходимо упорядочить систему финансовых взаимоотношений между различными уровнями управления в системе здравоохранения, принять меры по дальнейшему совершенствованию развития здравоохранения на местном уровне, усилить работу по учету и анализу состояния здоровья населения.

Список использованных источников:

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 г.
2. Постановление Правительства РК «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008-2009 годы» от 28.09.2007 г. № 853.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000.
4. Аубакирова А.Т. Реформы в системе финансирования здравоохранения и их взаимосвязь с государственной политикой Республики Казахстан.// Актуальные проблемы экономической и таможенной политики в условиях глобализации и интеграции, КЭУК, Караганда 2005.
5. Стратегия Президента Республики Казахстан «Казахстан – 2030: процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21.07.2010 № 779 «Об утверждении Правил проведения оценки эффективности бюджетных программ».
7. Пресс-служба Счетного комитета РК от 10 апреля 2012 г. по результатам проверки в работе Министерства здравоохранения в части обеспечения целевого и эффективного использования целевых текущих трансфертов.