

УДК 614.21

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ
НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В 2009 ГОДУ**

Г.Т. Корабаева, В.В. Койков, С.Б. Абдраимов, А.С. Айкешева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана**Резюме**

В статье анализируется структура расходов на ГОБМП (стационарной помощи) областей, городов Астана, Алматы в расчете на среднюю стоимость пролеченного случая в 2009 году, а также на примере болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения. Показано, что возмещение затрат не основывалось ни на интенсивных, ни на экстенсивных показателях госпитализированной заболеваемости в регионах, что приводило к росту диспропорций условий оказания медицинской помощи между регионами и внутри них, ухудшению качества и доступности медицинской помощи.

Тұжырым**2009 ЖЫЛЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАРЖЫ БӨЛҮДІҢ ӨНІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Мақалада облыстардың, Астана, Алматы қалаларының 2009 жылы емделген жағдайдың орташа бағасын есепке алумен ТМККК-не (стационарлық көмек), сондай-ақ қанайналым жүйесінің аурулары, тыныс алу ағзаларының аурулары, асқорыту ағзаларының аурулары мысалында шығыстар құрылымы талданады.

Шығыстарды өтеу өңірлердегі емдеуге жатқызылған сырқаттанушылықтың қарқынды және экстенсивтік көрсеткіштерінде негізделмеген, бұл өңірлер арасында және олардың ішінде медициналық көмек көрсетудің сәйкессіздік жағдайларды көбейтеді.

Summary**REGIONAL FEATURES FOR IN-PATIENT CARE COSTS ALLOCATION IN 2009**

The article analyzes costs structure for government guaranteed free medical care (in-patient care) among regions, cities Astana and Almaty, per average cost of treated case in 2009, as well as in case of circulatory illnesses, respiratory illnesses, and digestive system illnesses. It is revealed that costs reimbursement is based on neither intensive nor extensive indicator of hospital morbidity in the regions, that leads to the increase of disparities of medical care delivery conditions among and in the regions, decline of quality and access to medical care.

Актуальность: В Конституции Республики Казахстан определено: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья, вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом».

Учитывая высокие затраты на стационарную помощь, на протяжении многих лет, при условии хронического дефицита бюджетных средств, назрела необходимость в переходе на эффективные методы управления и оплаты стационарной помощи. С 1 января 2010 года внедряется Единая национальная система здравоохранения, целью которой является создание системы здравоохранения Республики Казахстан, основанной на принципах свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды, транспарентности процесса оказания медицинских услуг и ориентация на конечный результат [1].

В рамках ЕНСЗ, оплату за пролеченный случай начали производить на основе медико-экономических протоколов (МЭП) с использованием медико-экономических тарифов (МЭТ), перечень которых был утвержден на основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 апреля 2010 года № 250 «Об утверждении тарифов на медицинские, коммунальные и прочие расходы».

До 2010 года все медицинские организации финансировались из республиканского и местного бюджета по среднему пролеченному случаю [2].

Настоящая статья посвящена изучению региональных особенностей распределения финансовых средств на стационарную помощь в 2009 году в РК. Исследова-

ние представляет большой практический и теоретический интерес.

Цель: Выявить региональные особенности распределения финансовых средств на стационарную помощь в 2009 году.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования были все медицинские организации РК оказывающих стационарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), материалом для исследования были данные ТОО МедИнформ. Использованы данные о среднегодовой численности населения Агентства РК по статистике за 2009 г. [3]. По общепринятым методам санитарной статистики [4,5,6] вычислены экстенсивные и интенсивные показатели госпитализированной заболеваемости (ф066/у) в РК за 2009 год.

Результаты и обсуждение: По данным базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ, среди затрат на все виды медицинской помощи, самые высокие приходились на стационарную помощь - 53,6% (в 2000 году) [7].

В 2009 году в Республике Казахстан перечень и объемы бесплатной медицинской помощи, гарантированной для гражданина, были регламентированы Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 сентября 2007 года № 853 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008-2009 годы».

В 2006 году, 6 октября, вышло Постановление Правительства Республики Казахстан № 965 «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохране-

ния», согласно которому для стационаров была разработана методика финансирования за пролеченный случай по клинко-затратным группам. 29 декабря 2006 года вышел Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 664 «О проведении апробации нового перечня клинко-затратных групп», в котором были утверждены новый перечень клинко-затратных групп и 4 пилотных региона для проведения апробации, однако в силу различных объективных и субъективных причин, реализация проекта не была осуществлена.

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, так же как и прежде должны были получать средний тариф на больного по республике. При этом, фактически, по-прежнему, работала система пометного бюджетирования, основанная на расходах, с платежами, определяемыми и осуществляемыми перспективно. Сумма финансирования стационарной помощи определялась на основе анализа объема работ стационара за предыдущий период. Оплата поставщиков определялась и осуществлялась перспективно, но основу бюджета составлял прогноз затрат, который базировался на структуре расходов в прошлом.

В данном исследовании проводился анализ распределения финансовых средств по возмещению затрат на оказываемую стационарную помощь, по Республике Казахстан в разрезе регионов в 2009 году (по среднему пролеченному случаю), а также сравнительный, на примере болезней системы кровообращения (БСК), болезней органов дыхания (БОД), болезней органов пищеварения (БОП).

По данным РИАЦ г. Астаны в 2009 году объем стационарной помощи по указанным трем классам заболеваний составляет более 35% от всей госпитализированной заболеваемости (за исключением беременности и родов).

В базе ТОО МедИнформ зафиксировано всего 2538585 пролеченных случаев, из них лишь 2,19 % услуг приходится на высокоспециализированную по бюджетной программе 030 (БП 030), остальные 97,81% - на долю специализированной медицинской помощи по бюджетной программе 067 (БП 067).

Самые высокие интенсивные показатели госпитализированной заболеваемости (ф066/у) были в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях и г.Астана (рис.1).

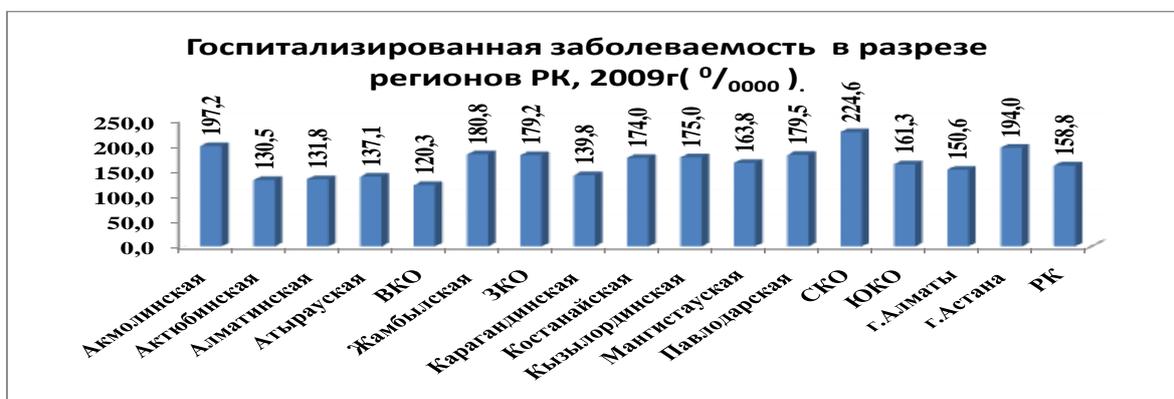


Рисунок 1. Госпитализированная заболеваемость ф066/у (по БП 030 и БП 067) в разрезе регионов в 2009 году

Из рисунка 2 видно, что в 2009 году наибольшие суммы финансирования получили города Алматы и Астана, и Южно-Казахстанская область. Наименьшие

суммы выделялись Костанайской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областям.

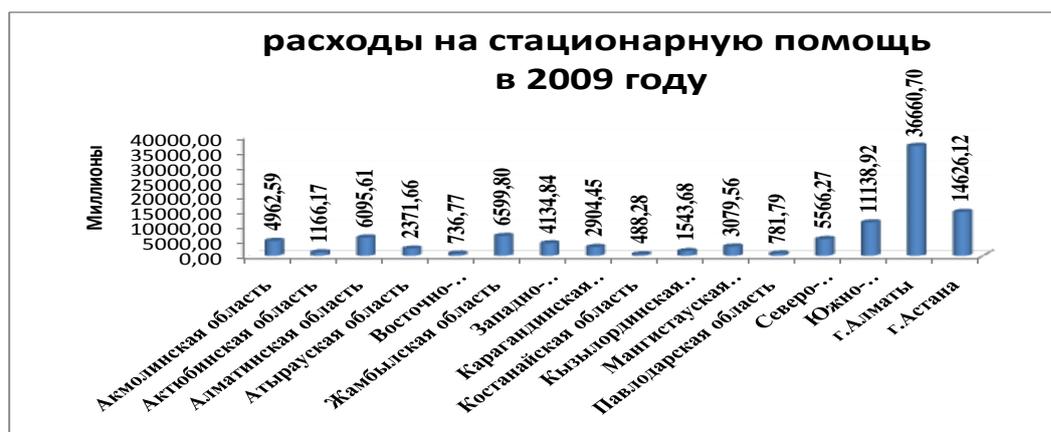


Рисунок 2. Финансирование стационарной помощи (по БП 030 и БП 067) в разрезе регионов в 2009 году (тг).

Учитывая значительный вклад в формировании уровня госпитализированной заболеваемости основных 3-х классов заболеваний по МКБ-10 – заболевания системы кровообращения, болезней системы органов

дыхания, болезней органов системы пищеварения, проведен анализ финансовых затрат на оказание стационарной помощи по этим нозологиям (таб.1).

Таблица 1. - Финансирование госпитализированной заболеваемости в разрезе регионов по основным классам нозологий в 2009 году.

Госпитализированная заболеваемость (ф066/у) на 1000 населения	удельный вес больных, %			удельный вес расходов, %					
	БСК	БОД	БОП	БСК	БОД	БОП	БСК	БОД	БОП
Акмолинская	23,9	34,9	19,2	5,7	7,4	6,3	5,9	4,8	6,2
Актюбинская	15,0	16,7	13,5	3,7	3,6	4,5	1,1	0,9	1,9
Алматинская	15,2	22,2	14,0	8,9	11,6	11,2	5,5	5,9	7,1
Атырауская	16,6	14,8	11,5	2,7	2,2	2,6	2,9	1,2	2,9
Восточно-Казахстанская	18,0	15,9	10,9	8,1	6,4	6,8	1,5	0,9	0,7
Жамбылская	22,1	26,6	13,8	7,3	7,8	6,3	7,1	5,9	6,3
Западно-Казахстанская	22,7	25,9	15,7	4,4	4,5	4,2	6,3	3,6	4,2
Карагандинская	17,6	16,8	13,6	7,6	6,5	8,1	5,5	2,0	3,0
Костанайская	18,4	27,3	16,7	5,3	7,0	6,6	0,7	0,5	0,7
Кызылординская	19,6	22,7	13,8	4,3	4,4	4,2	2,2	0,6	2,1
Мангистауская	15,0	21,4	12,5	2,3	3,0	2,7	2,6	2,2	3,0
Павлодарская	29,6	22,9	17,8	7,1	4,9	5,9	0,6	0,3	0,4
Северо-Казахстанская	30,5	38,9	22,3	5,9	6,7	5,9	7,6	5,8	7,3
Южно-Казахстанская	16,8	25,3	14,3	13,4	18,0	15,7	11,2	10,5	14,3
г.Алматы	23,0	8,2	10,3	10,1	3,2	6,3	13,5	52,9	32,4
г.Астана	15,7	15,4	10,0	3,1	2,7	2,7	25,7	1,9	7,4
РК	19,3	21,7	14,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При анализе БСК – в Алматинской, Южно-Казахстанской областях – отмечается самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости, при этом распределение интенсивных показателей отличалось. Самые высокие показатели наблюдаются в Северо-Казахстанской, Павлодарской областях. Однако наибольшую оплату за средний пролеченный случай получили регионы- города Астана и Алматы.

Наиболее высокий удельный вес в структуре заболеваемости болезнями органов дыхания наблюдается в южных регионах страны, например: Алматинской, Южно-Казахстанской областях. Высокие показатели стационарной заболеваемости отмечаются в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях. Тем не менее, Южно-Казахстанская область и г. Алматы получили наиболее большие суммы финансирования именно по этому классу нозологии.

При расчете госпитализированной заболеваемости БОП, самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости был установлен в Алматинской, Южно-Казахстанской областях. Показатели заболеваемости с наибольшим значением наблюдаются в в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях. Однако при распределении средств, как и в случае с БСК, наибольшие получили Южно-Казахстанская и г. Алматы.

Структура расходов на ГОБМП (стационарной помощи) областей, городов Астана, Алматы в расчете на среднюю стоимость пролеченного случая в 2009 г. показывает неравномерное распределение расходов. В среднем по республике расходы составляют 40 517 тенге, при этом наибольшее финансирование отмечается в г. Алматы – 178 732 тенге, наименьшее – в Костанайской области - 3 116 тенге, т.е. средняя стоимость пролеченного случая в г.Алматы в 4,4 раза превышал среднереспубликанский показатель, тогда как в

Костанайской области этот показатель в 13 раз был ниже (таб.2).

Регионы, где наблюдалась низкая стоимость пролеченного случая, но при этом высокие показатели госпитализированной заболеваемости, оказались в неблагоприятной ситуации, которую можно объяснить или недостаточным финансированием области, или высоким процентом дорогостоящих случаев.

Учитывая, что в 2009 году средняя стоимость пролеченного случая по РК в 2009 году равнялась 40 517,5 тенге (таб.2), то средняя стоимость пролеченного случая при любой нозологии должна укладываться в эту сумму. В таблице 2 мы видим, что стоимость пролеченного случая по РК по классу нозологии «Болезни системы органов пищеварения» составила 29 391,37 тг., что значительно меньше стоимости пролеченного случая по всем нозологиям, а также по классу БСК и БОД. На формирование такой стоимости повлияли такие регионы как: Павлодарская, Костанайская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Актюбинская, Кызылординская, Алматинская области, где стоимость пролеченного случая очень низкая (от 1 826,32тг до 18 465,65тг.). При этом самые высокие показатели госпитализированной заболеваемости по этой нозологии из этих регионов наблюдаются только в Павлодарской области.

По 2-м другим классам рассматриваемых нозологий (БСК, БОД), также из таблицы 2, мы видим, что средняя стоимость пролеченного случая по РК по классу нозологии «Болезни системы органов кровообращения (41 241, 16 тг.), по классу нозологии «Болезни системы органов дыхания (40, 313,15 тг.), незначительно отличается от стоимости пролеченного случая по всем нозологиям - 40 517,5 тг. Тем не менее, если рассматривать стоимость пролеченного случая по 3-м нозологиям в разрезе регионов, мы также видим существенные различия.

Таблица 2. - Стоимость среднего пролеченного случая в разрезе регионов в 2009 году, тг.

Регионы	Средняя стоимость пролеченного случая			
	по всем нозологиям	БСК	БОД	БОП
Акмолинская	34061,99	42676,21	26172,74	28759,11
Актюбинская	11805,63	12652,39	10395,20	12508,20
Алматинская	25627,32	25406,52	20743,83	18465,65
Атырауская	33976,99	44004,83	21464,36	33116,77
ВКО	4385,72	7397,97	5480,07	3159,93
Жамбылская	35753,45	40405,57	30611,45	29451,41
ЗКО	38555,43	58966,93	32651,93	29253,05
Карагандинская	15490,96	29862,03	12111,31	10943,66
Костанайская	3166,92	5571,95	2907,98	3156,42
Кызылординская	13016,42	21040,82	5631,27	14960,47
Мангистауская	38960,56	45670,51	29774,49	32635,65
Павлодарская	5867,50	3743,06	2877,38	1826,32
СКО	41471,21	52898,01	34748,88	36028,78
ЮКО	28034,02	34516,33	23459,81	26879,27
г.Алматы	178732,42	54917,81	659827,66	151865,26
г.Астана	124582,58	344727,20	28067,01	81387,92
РК	40517,54	41241,16	40313,15	29391,37

По БСК в Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях стоимость пролеченного случая значительно меньше стоимости пролеченного случая по всем нозологиям по РК в 11,7 и 5 раз соответственно. Самая высокая стоимость наблюдается в г. Астане -344727, 20 тг, которая превышает ССПС по РК в 9 раз.

По БОД все регионы, кроме г.Алматы, имеют ССПС ниже значения ССПС по всем нозологиям. В Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях в 14, 14, и 7 раз меньше ССПС по РК соответственно. В Алматы этот показатель превышает среднереспубликанский в 16 раз -659 719,07тг.

По БОП также Павлодарская, Костанайская, Восточно-Казахстанская области имеют низкую ССПС. В Павлодарской, Костанайской, Восточно-Казахстанской областях в 22, 13, 13 раз меньше ССПС по РК соответственно. В городах Алматы этот показатель превышает среднереспубликанский в 4 раза - 151 865,26 тг.

В данной ситуации низкая ССПС в Павлодарской, Костанайской и Восточно-Казахстанской областях, объясняется недостаточным финансированием отрасли здравоохранения (рис.2), что свидетельствует о наличии резкого дисбаланса между объемом средств, выделяемых на оказание ГОБМП в различных регионах, и отсутствием единых подходов при формировании и планирования бюджетов для здравоохранения. В некоторых регионах финансирование выделяется в разы меньше средств в расчете на одного жителя, чем в других, в зависимости от экономического статуса областей.

В связи с тем, что социальные, экономические приоритеты в различных регионах разные, это не да-

вало государству возможность гарантировать населению равный доступ к качественной медицинской помощи.

Таким образом, это доказывает необъективность метода финансирования по среднему пролеченному случаю, вследствие которого качество оказываемой медицинской помощи снижалось, для некоторых пациентов медицинская помощь оставалась труднодоступной, при этом нарушались конституционные права граждан.

Литература:

1. Государственная программа реформирования здравоохранения на 2005-2010годы, стр.5
2. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы.// Электронный научный журнал - Социальные аспекты здоровья населения //10.09.2010 г.
3. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
4. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.
5. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.
6. Ильшев А.М.. Общая теория статистики – «Общая теория статистики» Изд. ЮНИТИ-ДАНА - Москва, 2008. - 535 стр.
7. Кульжанов М., Бернд Речел. Системы здравоохранения: время перемен// «Казахстан. Обзор системы здравоохранения»-2007.- том 9. - №7. - стр. 41 - 48.