

УДК 614.21 (574)

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ж. Ергалиева, В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.Б. Абдрахманов

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

В данной статье описываются особенности развития финансирования здравоохранения Республики Казахстан за период 1999-2010 годы.

Тұжырым**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Бұл мақалада 1999-2010 жылдар аралығында Қазақстан республикасының денсаулық саласын қаржыланды дамыту ерекшелігі көрсетіледі.

Summary**FEATURES OF HEALTH FINANCING IN KAZAKHSTAN**

This article describes the features of the development of health financing of the Republic of Kazakhstan for the period 1999-2010 years.

Актуальность. В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны.

Вопрос о финансировании здравоохранения на сегодняшний день остается актуальным как для Казахстана, так и для других постсоветских стран, поскольку с распадом Советского Союза, возникла острая необходимость в смене системы «Семашко» на более эффективную и отвечающую (новым формациям государственного строя) нуждам и потребностям населения страны.[1]

Сегодня в мире используется несколько моделей финансирования здравоохранения: страховая, бюджетная и смешанная. [1]

За двадцать лет независимости, в Республике Казахстан предпринимались неоднократные попытки реформирования отрасли здравоохранения, с целью поиска оптимальной модели. И на сегодняшний день в новейшей истории Казахстанского здравоохранения можно выделить основные этапы:

- 1992-1995 годы – (пост) советская система здравоохранения;
- 1996-1998 годы – бюджетно-страховая модель;
- 1999-2011 годы – бюджетная модель на основе программного финансирования. [1]

В зависимости от смены системы здравоохранения, менялись и методы финансирования. На сегодняшний день финансирование здравоохранения Казахстана представлено смешанной моделью - сфера оказания медицинских услуг характеризуется многоканальностью форм финансирования. Наряду с продолжающим доминировать бюджетным финансированием все большее значение приобретают другие формы оплаты, такие как платные услуги и медицинское страхование.

Таким образом, на современном этапе источниками финансирования здравоохранения могут выступать:

- 1) бюджетные средства;
- 2) средства добровольного страхования;
- 3) средства, полученные за оказание платных услуг;
- 4) иные источники, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

13 сентября 2004 года, Президент Нурсултан Назарбаев подписал Указ "О Государственной про-

грамме реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы".

В соответствии с целью и задачами Госпрограммы 2005-2010 гг., была проделана широкомасштабная работа по разработке и внедрению новых механизмов финансирования здравоохранения. В 2007 году завершена реализация первого этапа Государственной программы, которая была направлена на масштабные инвестиции в отрасль - техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решались задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг. На втором этапе реализации программы, начиная с 2008 года, внедрена новая политика финансирования отрасли, направленная на эффективное использование средств, привлечение инвестиций в систему и межрегиональное выравнивание, что должно придать ей устойчивость и создать условия для дальнейшего поступательного развития и повышения конкурентоспособности. [2]

Если анализировать объемы средств выделяемых на финансирование здравоохранения РК в период с 1999 по 2010 гг., то можно наблюдать неуклонный рост выделяемых средств. Так, финансирование отрасли в 1999 году составило 45947,2 млрд. тенге против 562823,2 млрд. тенге в 2010 году. Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: с 4109,9 тенге в 2001 году до 34 248,0 тенге в 2010 году, вместе с тем, это меньше, чем средние расходы в таких постсоветских странах как Россия, Беларусь, страны Балтии. Ситуация усугубляется неравномерным распределением ресурсов по регионам, так в 2007 году разброс расходов на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в расчете на одного жителя составлял от 8 437 до 15 979 тенге. Финансирование ГОБМП, несмотря на ежегодное увеличение (с 64,8 млрд. тенге в 2003 году до 195,3 млрд. тенге в 2007 году) также нуждается в дополнительных расходах. Большая часть расходов на здравоохранение финансируется за счет местного бюджета, а меньшая – за счет государственного бюджета.

При этом, на нужды здравоохранения затрачивалось около 2-3% валового внутреннего продукта (ВВП) страны за год. Для сравнения: в США здравоохранение поглощает более 10% ВВП страны, а в странах Западной Европы общие расходы на здравоохранение колеблются от 6 до 10% ВВП в год. По рекомендациям ВОЗ, минимальный уровень государственных расходов на

здравоохранение должен составлять не менее 4% от ВВП. [4]

Следует отметить, что увеличение финансирования в начале 2000-х годов не дало ожидаемого результата, кроме увеличения количества пролеченных больных в

стационарах на 5-7% в год. Несмотря на неоднократное увеличение заработной платы медицинским работникам (только в 2004 году - на 20%), официальная среднемесячная заработная плата в отрасли в два раза меньше, чем в среднем по республике.

Таблица 1. - Расходы на финансирование здравоохранения с 1999 по 2010гг.

Год	Финансирование						
	Всего (млрд.тенге)	В том числе		Всего ГОБМП, млрд.тенге	% от ВВП	Расходы на одного жителя, тенге	
		РБ	МБ			Всего	В т.ч. ГОБМП
1999	45947,2	4033,6	41913,6		2,2	3073,0	
2000	52006,5	4427,6	47578,9		2,1	3491,0	
2001	60955,9	13793,7	47162,2	42219,0	1,9	4109,9	2846,6
2002	70679,1	12010,2	58668,9	52477,2	1,9	4758,2	3532,8
2003	89842,5	16211,2	73631,4	64780,4	1,9	6026,2	4345,1
2004	131209,0	24660,6	106548,4	90454,3	2,3	8739,9	6025,2
2005	187148,9	35791,1	151357,9	118471,0	2,5	12298,1	7785,1
2006	231061,5	43800,5	187261,0	139572,8	2,3	15183,7	9171,7
2007	310959,0	42509,8	268449,2	195327,0	2,5	20196,2	12686,1
2008	377482,2	47144,7	330337,5	227862,2	2,4	24251,0	14638,8
2009	460203,1	70361,0	389842,1	288181,8	2,9	28965,5	18514,0
2010	562823,2	229080,1	333743,1	354576,7	2,7	34248,0	21576,0

*по данным КОМУ МЗ

Проблемой остается то, что взятые на себя государством обязательства по предоставлению гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не имеют адекватной финансовой обеспеченности.

Присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе, сохраняется высокий уровень неформальных платежей со стороны населения в пользу медицинских работников. Не налажен должным образом учет потребления медицинской помощи, предоставляемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что способствует росту теневой экономики.

Резолюция ВОЗ в 2005 призывала страны развивать их системы финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить доступ всех людей к необходимым услугам без риска финансовых потерь, связанного с оплатой за медицинскую помощь.

Выводы. Таким образом, за 2005-2010 годы не все цели по совершенствованию системы финансирования здравоохранения Республики Казахстан были выполнены:

1) проблемы финансирования здравоохранения в РК до конца пока не решены, поскольку не достигнут

желаемый уровень государственных расходов, выделяемых на здравоохранение, 4% от ВВП;

2) правила возмещения затрат на медицинскую помощь, утвержденные Постановлением Правительства РК от 27 мая 2000 года № 806, до конца не работают, поскольку частично используется нормативно-затратный подход в бюджетировании здравоохранения [4];

3) не достигнуто межрегиональное выравнивание тарифов за аналогичные медицинские услуги;

Все это является следствием того, что казахстанское общество не участвует в процессе планирования бюджета на цели здравоохранения и принятия решений на высоком уровне.

Литература:

1. Аканов А.А., Куракбаева К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И., Организация здравоохранения Казахстана, Астана-Алматы-2006г., с.7

2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы, утвержденная Указом Президента РК 13 сентября 2004 года за № 1438.

3. Ишкинина Г.Ш., Вестник КАСУ №4 - 2007г.

УДК 614.21

К ВОПРОСАМ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА МЕТОДОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В 2009 И 2010 ГОДАХ

В.В. Койков, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, А.Б. Абдрахманов, Г.Т. Корабаева

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

Резюме

В статье приведен сравнительный анализ двух различных методов финансирования круглосуточных стационаров Республики Казахстан в 2009 и 2010 гг. Медико-экономические тарифы в 2010 году в отличие от финансирования по среднему пролеченному случаю 2009 года способствовали более эффективному распределению ресурсов на стационарную помощь и повысили доступность всех слоев населения на получение гарантированного государством объема необходимых медицинских услуг. Таким образом, МЭТ показали свою эффективность и приемлемость в условиях переходной экономики в системе здравоохранения Республики Казахстан.