

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.

Тұжырым
2009 ЖӘНЕ 2010 ЖЫЛДАРЫ ТӘУЛІКТІК СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҚАРЖЫЛАНДЫРУ
ӘДІСТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ

Мақалада 2009 және 2010 жылдары Қазақстан Республикасының тәуліктік стационарларын қаржыландырудың екі түрлі әдістерінің салыстырмалы талдауы көрсетілді. Медициналық-экономикалық тарифтер 2009 жылға қарағанда 2010 жылы орташа емделген жағдайы бойынша қаржыландыру стационарлық көмекке ресурстарды тиімді бөлуге себеп болды және халықтың барлық санатына мемлекеттің келілдік берген қажетті медициналық қызметтерінің көлемін алуға қолжетімдікті арттырды. Сонымен, МЭТ Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі ауыспалы экономика жағдайында өзінің тиімділігін және сабақтастығын көрсетті.

Summary

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF FINANCING METHODS OF AN INPATIENT CARE IN 2009 AND 2010

Article contains a comparative analysis of two different financing methods of inpatient hospitals in the Republic of Kazakhstan in 2009 and 2010. Medical-economic tariffs in 2010, in contrast to the average financing for one treated case in 2009 year, contributed to more efficient allocation of resources for hospital care and increased population access to healthcare services -guaranteed by the government. Thus, tariffs have shown their effectiveness and acceptability in the context of the transition economy in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan.

Актуальность. Экономические вопросы в здравоохранении являются чрезвычайно актуальными в настоящее время. Это связано с необходимостью обоснования объема адекватных инвестиций и попыткой оценить вероятный экономический эффект от затрат на сохранение здоровья, как трудового потенциала общества [1].

В соответствии с мировыми тенденциями Казахстан ежегодно увеличивает рост бюджетных ассигнований в систему здравоохранения. Однако показатели здоровья населения, особенно по социально – значимым заболеваниям требуют поиска других эффективных путей решения. Мировой опыт указывает на использование в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов [2].

В связи с этим **целью исследования** является проведение сравнительного анализа двух методов финансирования стационарной медицинской помощи 2009 и 2010 гг.

Объекты исследования: медицинские организации Республики Казахстан, оказывающие услуги населению в объеме ГОБМП.

Материалы исследования: данные из АИС «Стационар» ТОО «МедИнформ» за 2009 г. и КОМУ МЗ РК за 2010 г. по оказанию медицинских услуг в круглосуточных стационарах РК.

Методы исследования: все расчеты производились с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel.

Обсуждение. В базе АИС «Стационар» ТОО «МедИнформ» в 2009 году было зафиксировано всего 2 538 585 пролеченных случаев, в базе КОМУ МЗ РК за 2010 год - 2 352 684 пролеченных случая в условиях круглосуточного стационара. Из них лишь 2,19% (2009 г.) и 3,43% (2010 г.) случаев составляют услуги по оказанию высокоспециализированной медицинской помощи по бюджетной программе 030 (ВСМП), остальные 97,81% (2009 г.) и 96,69% (2010 г.) – услуги специализированной медицинской помощи по бюджетной программе 067 (СМП) (рис. 1).

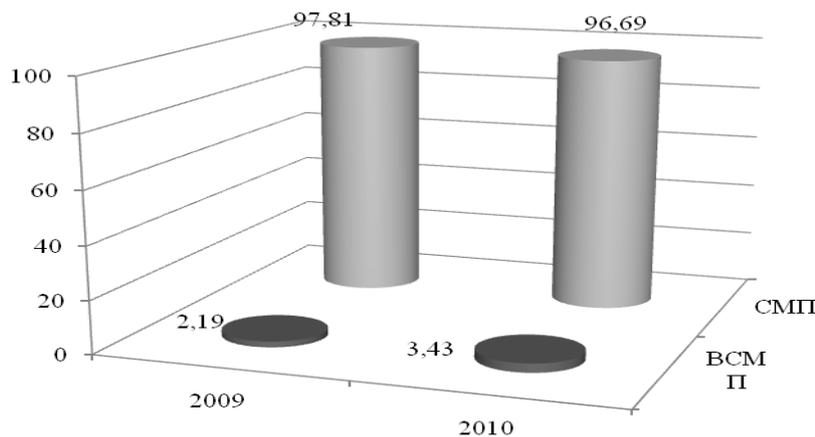


Рисунок 1 – Объем медицинских услуг по видам оказания в круглосуточных стационарах РК за 2009 -2010 гг., %

На рисунке 1 в 2010 году в сравнении с 2009 отмечается рост объема оказания ВСМП на 1,24%, в то же время наблюдается снижение уровня стационарной помощи по СМП на 1,12%. Выявленная тенденция соответствует задаче, поставленной в Государственной программе развития здравоохранения на 2011 – 2015г.г., как внедрение высоких технологий в отечественном здравоохранении, сокращения коек круглосу-

точного стационара и расширения менее дорогостоящей стационарозамещающей технологии в стране.

За 2010 год сокращены 3086 коек круглосуточного стационара, перепрофилированы 4266 коек в наиболее востребованные профили на местах, в том числе в койки круглосуточного стационара - 3984 (93,4%), в койки дневного пребывания – 282 (6,6%) [3].

Затраты на оказание стационарной помощи в 2009-2010 гг. по СМП и ВСМП представлены на рисунке 2.

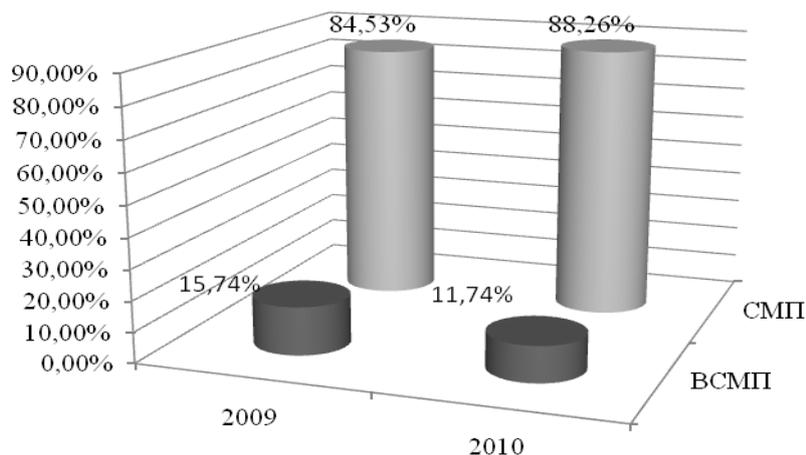


Рисунок 2 – Объем затрат на медицинскую помощь в стационарах РК в рамках ГОБМП в 2009-2010гг.

Несмотря на тенденцию к росту внедрения высоких технологий в 2010 году, финансирование по оказанию ВСМП в отличие от 2009 года уменьшилось на 4%, а затраты на оказание СМП в 2010 году увеличились на 3,7%.

В 2010 году финансирование на основе МЭТ и возмещение расходов медицинским организациям по фактической оплате, обусловленной разной степенью тяже-

сти случаев определили увеличение ассигнований на 3,7%.

Несмотря на то, что в 2009 году уровень стационарной заболеваемости был выше на 1,12%, финансирование оставалось на сниженном уровне, поскольку методика оплаты по пролеченному случаю не предполагает определение реальных потребностей населения и соответствующей оплаты по конечному результату.

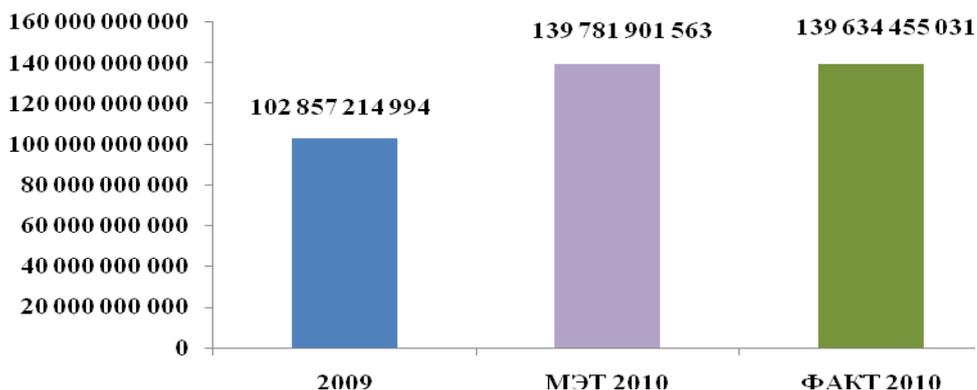


Рисунок 3 - Финансирование стационарной помощи в рамках ГОБМП по РК в 2009 – 2010 гг., тенге

На рисунке 3 заметно различие между распределением бюджета ГОБМП двух предыдущих лет, который в 2010 году оказался на 36 924 686 569 тенге больше чем в 2009 году, что свидетельствует об увеличении бюджетных ассигнований в систему здравоохранения на 74%. С другой стороны, увеличение объемов исполнения ВСМП и трансферт высоких технологий в регионы при финансировании по МЭТ оправдывает рост бюджета отрасли.

С одной стороны, увеличение расходов по фактическим затратам позволяло выявить истинную потребность за пролеченный случай, ориентированный на конечный результат в соответствии с индикаторами качества, с другой стороны, отсутствие регламентированного стандартом «коридора отклонений» могло способствовать «искусственному» росту фактических затрат.

Преобладание объема пролеченных случаев над затратами в 2009 году привело к тому, что регионы независимо от уровня заболеваемости на численность населения имели одинаковые бюджетные ассигнования на оказание наиболее востребованного вида стационарной помощи, оказываемой, в основном, на уровне региона. Из-за отсутствия четких нормативных докумен-

тов, регламентирующих оценку и мониторинг ВСМП оплата за пролеченный случай как по ВСМП, так и СМП производилась с учетом уровня организации по среднему пролеченному случаю.

В результате за счет 12 клиник республиканского значения в г. Алматы зафиксированы наибольшие финансовые затраты.

В 2010 году регионы с высокой численностью населения и более высоким уровнем заболеваемости, такие как ЮКО (179,6 на тысячу населения), ВКО (162,6 на тыс. населения), Алматинская область (112,0), Карагандинская область (142,9), г. Алматы (135,7) имеют наиболее высокие показатели финансовых затрат на выполнение медицинских услуг по СМП. Более того, уровни стационарной помощи соответствуют уровням средств, предусмотренных МЭТ на случай с незначительными отклонениями фактических затрат от МЭТ.

В рамках реализации развития и внедрения высоких технологий в стране в 2010 году произведен трансферт ВСМП во всех 16 регионах страны в отличие от 2009 г., когда ВСМП выполнялись лишь в 2-х городах и 3 –х регионах. Тем не менее, в 2010 году при оплате по МЭТ концентрация оказания ВСМП наблюдается в 2-х крупных городах страны, причем более затратоемкие виды

услуг по МЭТ представлены в клиниках г. Астана, выше, чем в предыдущем году – в Акмолинской, Алматинской, Карагандинской областях, наиболее низкая активность зафиксирована в Атырауской и Мангистауской областях.

Для сравнения двух различных методов финансирования 2009 и 2010 гг. были рассчитаны средняя стоимость пролеченного случая и гипотетическая средняя стоимость по МЭТ (рис.4)

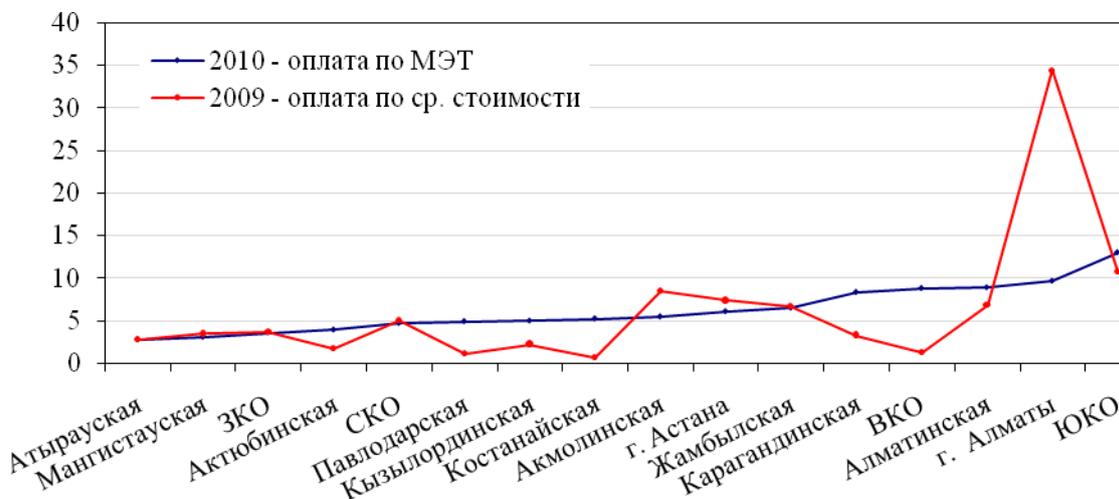


Рисунок 4 - Финансирование стационарной помощи в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, 2009 – 2010 гг., тенге

Рисунок 4 демонстрирует неравномерность распределения бюджетных средств между регионами в 2009 г., что значительно повлияло на нарушение принципов справедливости и адекватного финансирования, и, конечно, доступности медицинской помощи. Говоря о качестве предоставляемых услуг, методика финансирования за средний пролеченный случай в 2009 году не отражала истинную потребность случая и исход лечения.

Внедрение в практику финансирования стационарной медицинской помощи МЭТ имело целью реализовать прозрачность процесса и ориентацию на конечный результат.

При анализе средней стоимости пролеченного случая независимо от вида и уровня оказания стационарной помощи в 2009 и 2010 годы нами были установлены значительные расхождения от среднего республиканского значения (рис.5).

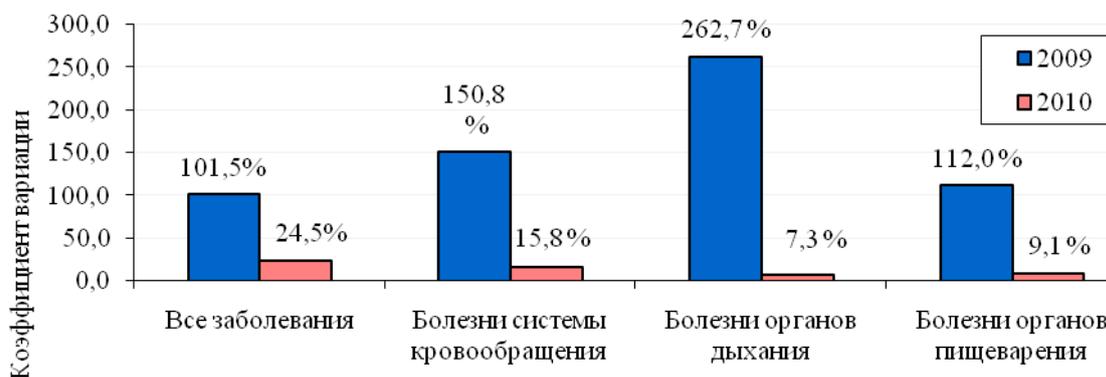


Рисунок 5 – Коэффициент вариации от средней стоимости лечения в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, 2009 – 2010 гг., %

На рисунке 5 изображено значительное расхождение в разрезе регионов от среднего республиканского значения, наблюдаемое в 2009 (коэффициент вариации - 101,5%), в 2010 году 24,5%.

Так как самые большие средние стоимости пролеченных случаев в 2009 году наблюдаются в городах Астана и Алматы, рассчитан коэффициент вариации (далее – КВ) без их значений, который был равен 57,6% (рис.6).

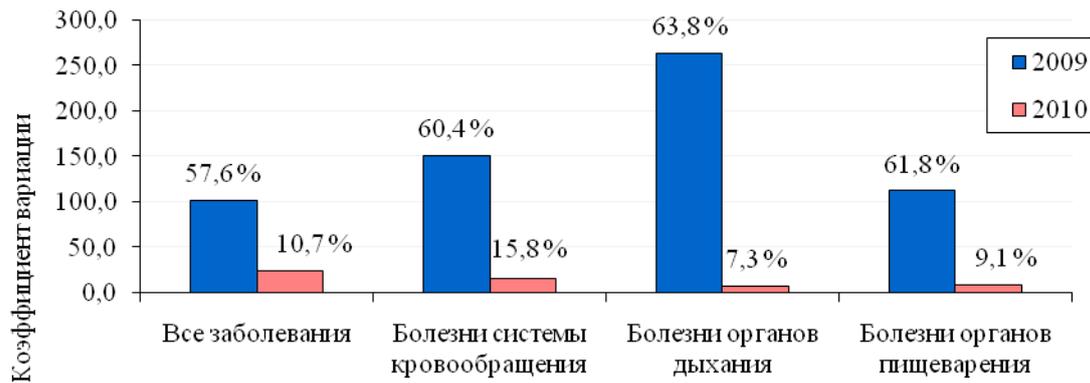


Рисунок 6 – Коэффициент вариации от средней стоимости лечения в рамках ГОМБП по РК в разрезе регионов, без столиц, 2009 – 2010 гг., %

При расчете КВ [4, 5] по такой же методике в 2010 году получаем КВ=10,79%. Существенные различия КВ в 2009 году указывают на значительно высокую среднюю стоимость пролеченного случая в клиниках двух городов. При этом пролеченный случай в клинике республиканского уровня может не соответствовать ВСМП. Расчеты по 2010 году показывают, что влияние этих двух городов незначительно повлияло на вариационную изменчивость. Полученные результаты дают основание предполагать, что в 2010 году оплата по МЭТ и фактическим расходам позволила на уровне СМП оказывать качественную стационарную помощь. Так, КВ по БСК в 2009 году 150,8%, БОД – 262,7%, БОП – 112,0%, в 2010 году при исключении влияния двух городов снизился почти в 2 раза, то в 2010 году значения КВ, практически не изменились.

Далее были рассчитаны средние стоимости пролеченного случая по СМП в 2010 году по МЭТ и по фактическим расходам, которые равны 54234,6 и 52807,0 тенге соответственно. Коэффициент вариации по МЭТ равен 7,8%, по фактическим расходам равен 18,7%. Эти данные подтверждают эффективность внедрения в практику МЭТ, так как КВ ≤ 10%, говорит о незначительной вариационной изменчивости, т.е. о рациональном распределении средств по регионам относительно расходов.

Сложившаяся ситуация ставит задачей выявление факторов, оказывающих влияние на эффективность трансферта высоких технологий в стране, ориентированной на качественный результат. Одним из определяющих критериев успеха трансферта ВСМП в регионы, как указывает мировой опыт, является состояние ресурсного обеспечения: материально – техническое оснащение, кадровый потенциал, опыт оказания медицинской помощи на уровне ВСМП.

Таким образом, проведенный расчет распределения финансовых средств на оказание ВСМП в соответствии с уровнем стационарной заболеваемости в регионах при исключении двух городов Алматы и Астана доказывает состоятельность МЭТ в регулировании и «выравнивании» бюджетных средств. Несмотря на показатель КВ, значительно превышающий допустимый уровень однородности среды, в сравнении от исходного уровня, складывается тенденция к выраженному сокращению разрыва между регионами. В условиях ограничения ресурсов отрасли здравоохранения подобные расчеты могли бы способствовать более рациональному и эффективному внедрению ВСМП, а именно:

- с учетом приоритетности вида ВСМП в отдельных регионах,

- целевое направление финансов на ресурсное оснащение региона по тому или иному виду ВСМП
 - определение трансферта технологий в регионы по потребности, исходя из объективной статистической отчетности.

Полученные результаты исследования позволяют заключить об эффективности финансирования стационарной помощи по МЭТ, которые способствуют определению потребности в объеме медицинских услуг за счет «наполнения МЭТ» и межрегиональному выравниванию.

Проведенный сравнительный анализ двух различных методов финансирования стационарной помощи в 2009 и 2010 гг. позволил установить следующие **Выводы:**

1. Объем финансирования стационарной помощи в разрезе регионов Республики Казахстан зависит от выбора метода финансирования.

-2009 год - финансирование за пролеченный случай по средней стоимости характеризуется неравномерным распределением средств в регионы. Так, средняя стоимость случая по РК – 40 517,54 тенге, коэффициент вариации – 101,5%

-2010 год – финансирование по медико – экономическим тарифам способствует выравниванию распределения средств в разрезе регионов. Средняя стоимость случая по МЭТ по РК – 59413,8 тенге, коэффициент вариации – 24,2% .

2. При анализе затрат за пролеченный случай в 2010 г. на уровне СМП, установлено отсутствие статистически значимого отклонения фактических расходов от МЭТ, что доказывает коэффициент вариации по МЭТ – 7,8%, по фактическим расходам - 18,7%.

3. При анализе затрат за пролеченный случай в 2010 г. на уровне ВСМП, выявлено, что распределение финансовых средств по регионам при исключении 2-х городов остается нерациональным, что доказывает коэффициент вариации по МЭТ-67,7% и по фактическим расходам - 55,4%

4. Выявлена положительная картина по развитию и трансферту ВСМП в 2010 году в регионы: ВСМП стали оказывать повсеместно, в каждом регионе (в 2009 году ВСМП оказывалась только в 3-х регионах и 2 городах РК), однако сохраняется межрегиональная разница по объему оказываемых услуг и значительный дисбаланс по расходам на ВСМП между регионами.

5. Преимуществом нового метода в 2010 году, стало достижение межрегионального выравнивания в финансировании регионов, прозрачности процесса и ориентации на конечный результат.

В заключение необходимо отметить, что МЭТ в 2010 году в отличие от метода финансирования 2009 года действительно 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.

Литература:

1. Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Неравенство доходов и здоровье// Народонаселение, 2004.-№ 2 – с. 14-22.

2. Автореферат НТП «Разработка научно-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций (2009-2011 гг.)», РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана, 2011 г., 49 с.

3. Аналитическая информация по итогам 2010 года, РГП РИАЦ МЗ РК.

4. Сафронов Н.А. // Экономика предприятия: Учебник, М.: "Юристъ", 1998. - 584 с.

5. Степанов В.Г.// Эконометрика // Учебный курс, Московский институт права, экономики и менеджмента, 2010 г.

УДК 614(4/9)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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

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

Резюме

Статья посвящена оценке бюджетной, экономической, социально-экономической и институциональной эффективности общественных расходов.

Тұжырым

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДА ТИІМДІЛІКТІ САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақала қоғамдық шығыстардың бюджеттік, экономикалық, әлеуметтік-экономикалық және институционалдық тиімділігіне арналған.

Summary

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN APPLYING THE METHODS OF COMPARATIVE EVALUATION OF COST EFFECTIVENESS ANALYSIS IN HEALTH CARE

The article is devoted to the estimation of budgetary, economic, social-and-economic and institutional efficiency of social expenses.

Актуальность – на современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

Цель – изучение возможностей использования различных методов оценки эффективности затрат в здравоохранении.

Результаты – институциональная эффективность является первичной и определяющей экономическую, социальную и адаптационную эффективность, поскольку три последних напрямую зависят от степени эффективности формальных институтов.

Растущая открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для непосредственных участников самого процесса формирования бюджета. Между тем все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Усиливается актуальность реформирования самой процедуры разработки бюджета с целью достижения внятных и понятных обществен-

ным интересам результатов, предполагающих достижение максимально возможного мультипликативного экономического и социального эффекта от каждого бюджетного рубля. Четко указывается на то, что контроль целевого расходования бюджетных средств должен сопровождаться содержательным анализом достигнутых результатов. Речь также идет об обеспечении кардинального повышения качества предоставляемых гражданам государственных услуг, модернизации сети оказания услуг за счет бюджетных средств. Суть реформы бюджетного процесса состоит в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем внедрения программно-целевых принципов организации деятельности органов государственной власти и местного самоуправления. Общей целью лиц, ответственных за разработку программ общественных расходов, является обеспечение того, чтобы средства, которые ассигнуются на общественные цели, были потрачены эффективно и дошли до конкретного получателя.

Однако кроме бюджетной эффективности при изучении эффективности использования бюджетных средств необходимо оценить социально-экономическую эффективность. Наиболее разработанным является применение оценки эффективности бюджетных средств