

**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерство здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан**

СОГЛАСОВАНО

И.о. директора
Департамента стандартизации
медицинских услуг
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

УТВЕРЖДАЮ

И.о. Генерального директора
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

(подпись)
Султангазиев Т.С.
«__» _____ 2016 г.

(подпись)
Герцен С.В.
«__» _____ 2016 г.

**Отчет за III квартал
по Договору №45 от 22 февраля 2016 года
Программа 001 «Формирование государственной политики в области
здравоохранения и социального развития», подпрограмма 105
«Поддержка реформирования системы здравоохранения», специфика
159 «Оплата прочих услуг и работ»**

Пункт 3. Анализ государственного финансирования ГОБМП за период 2011-2015гг.

Ответственный исполнитель:
Руководитель
Центра экономических исследований

(подпись)
А. Нургожаев
«__» _____ 2016 г.

Астана, 2016 год

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

КЕЛІСЕМІН

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрлігі
Медициналық қызметті
стандарттау департаментінің
директорың м.а.

БЕКІТЕМІН

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрлігі
«Денсаулық сақтауды дамыту
республикалық орталығы» ШЖҚ
РМК Бас директорының м.а.

(қолы)
Султангазиев Т.С.
«__» _____ 2016 ж.

(қолы)
Герцен С.В.
«__» _____ 2016 ж.

2016 жылдың III тоқсан үшін
«Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму жүйесінде мемлекеттік
саясат құру» 001 бағдарламасы, «Денсаулық сақтау жүйесін
реформалауды қолдау» 105 кіші бағдарламасы, «Өзге де қызметтер мен
жұмыстарға ақы төлеу» 159 ерекшелігі
2016 жылы 22 ақпандағы № 45 шарты бойынша есебі

3 тармағы. 2011-2015 жж. тегін медициналық көмектің кепілдік берілген
көлемін қаржыландыруды талдау.

Жауапты орындаушы:
Экономикалық зерттеулер
орталығының басшысы

(қолы)
А. Нургожаев
«__» _____ 2016 ж.

Астана, 2016 жыл

Лист согласования
к отчету по Договору №45 от 22 февраля 2016 года
за 3 квартал 2016 года

№	Ф.И.О	Должность	Дата	Подпись
	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Список исполнителей

- | | | |
|--|---------|----------------|
| 1. Ведущий специалист
отдела
макроэкономических
исследований | <hr/> | Б.С. Омирбаева |
| | подпись | |
| 2. Ведущий специалист
отдела
совершенствования
планирования и
финансирования | <hr/> | З.М. Темекова |
| | подпись | |

Оглавление

Список сокращений и обозначений	6
ВВЕДЕНИЕ	8
3.1 Проведение анализа государственного финансирования ГОБМП за период 2011-2015гг. в разрезе форм медицинской помощи. Ошибка! Закладка не определена.	
3.2 Выработка рекомендаций по изменению методов оплаты медицинской помощи с целью повышения их чувствительности к качественным результатам.....	51
Список использованной литературы:	90

Список сокращений и обозначений

НБ РК	Национальный банк Республики Казахстан
КС МНЭ РК	Комитет по Статистике Министерства Национальной Экономики Республики Казахстан
МЗСР РК	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
ЦЭИ	Центр экономических исследований
ОРМ	Oxford Policy Management
АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
АПП	Амбулаторно-поликлиническая помощь
АЛО	Амбулаторное лекарственное обеспечение
БОР	Бюджетирование, ориентированное на результат
БЗ	Бюджет здравоохранения
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врачи общей практики
ВСМП	Высокоспециализированная медицинская помощь
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
КЗГ	Клинико-затратные группы
КДП	Консультативно-диагностическая помощь
ЛС	Лекарственные средства
МП	Медицинская помощь
МО	Медицинская организация
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ОРП	Общие расходы правительства
ПУЗ	Программа управления заболеваниями
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РБ	Республиканский бюджет

СЗП	Стационаро-замещающая помощь
СЗЗ	Социально значимые заболевания
СМП	Скорая медицинская помощь
СКПН	Стимулирующий комплексный подушевой норматив
СКР	Система качества и результатов
ТБ	Туберкулез
QOF	Quality outcomes framework
KPI (КПЭ)	Key performance indicators (Ключевые показатели эффективности)
QBS	Quality bonus scheme

ВВЕДЕНИЕ

Для системы здравоохранения Казахстана сейчас наиболее актуальны проблемы повышения эффективности качества оказываемых медицинских услуг. Поэтому бюджетная политика в области финансирования здравоохранения включает в себя обеспечение доступной и качественной медицинской помощи всему населению Республики Казахстан.

Несмотря на ежегодный рост бюджетных ассигнований в систему здравоохранения, остаются нерешенными вопросы эффективности использования ресурсов и, соответственно, качества предоставляемых медицинских услуг. При этом методы оплаты и тарифы, установленные в настоящее время в медицинских организациях, не имеют взаимосвязи с качеством медицинских услуг, а если и существует такая взаимосвязь, то действующие индикаторы слишком укрупнены и совсем не чувствительны. Поэтому перед уполномоченными органами стоит задача разработки таких методов оплаты, которые были бы чувствительны к результатам.

Подход, основанный лишь на увеличении бюджетных ассигнований, является экстенсивным, а ретроспективный анализ показывает, что экстенсивные модели не всегда оказываются результативными. Одним из признаков эффективности инфраструктуры отрасли является показатель использования коечного фонда. Показатель обеспеченности койками сократился с 700,6 до 604 на 100 тыс. населения в 2011 и 2014гг. соответственно. Вместе с тем, увеличивается число вызовов скорой медицинской помощи с 5781241 в 2010г. до 7048907 в 2014г., из них необоснованных 57654 в 2010г. и 69175 в 2014г.

Объем производства фармацевтической продукции вырос в номинальном выражении с 33,8 млрд. тенге в 2012 году до 36,5 млрд. тенге в 2013 году, 38,04 млрд. тенге в 2014 году. ИФО производства фармацевтической продукции составил в 2012 году 105,8 %, в 2013 году 101,3 %, в 2014 году 102,7%.

В настоящее время, финансирование медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ГОБМП, регламентируется Приказом и.о. Министра здравоохранения и социального развития РК от 28 июля 2015г. №627 Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств.

Отмечается неравномерное распределение ресурсов между регионами страны. Размах колебаний объема средств на одного жителя в рамках ГОБМП в 2014 году в разных регионах республики приходится от 35000 тенге до 61469 тенге. Это свидетельствует о том, что объемы и качество предоставляемых медицинских услуг больным с идентичными заболеваниями в разных регионах страны имеют разницу примерно в 2 раза.

В структуре расходов государства на ГОБМП в текущем году более 50% средств приходится на оплату стационарной помощи, около 33% - на оплату

первичной медико-санитарной помощи. Обеспеченность койками на 100 тыс. населения в Республике Казахстан составила 604 в 2014г.

Учитывая вышеизложенное, в отрасли необходимо создать единую систему организации и финансирования, направленную на мобилизацию внутренних ресурсов для решения фундаментальной задачи - улучшения здоровья нации.

3.1 Проведение анализа государственного финансирования ГОБМП за период 2011-2015гг. в разрезе форм медицинской помощи.

В настоящее время система здравоохранения в Казахстане финансируется из нескольких источников: большая часть из государственного бюджета (общих налоговых поступлений, в том числе и социальный налог), прямых выплат населения (официальных, неофициальных) и в незначительном размере за счет средств добровольного медицинского страхования. При этом Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и его территориальные органы управления здравоохранения выполняют функции единого плательщика.

Действующая система формирования ресурсов на здравоохранение отвечает мировым тенденциям развития, о чем свидетельствует объем выделяемых ресурсов, который ежегодно увеличивается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Источниками финансирования государственной системы здравоохранения являются:

- средства местных бюджетов, выделяемые из расчета на одного жителя;
- средства республиканского бюджета, выделяемые в установленном порядке;
- средства международных организаций по международным программам;
- средства медицинских организаций, полученные за оказание медицинской помощи сверх гарантированного объема и за оказание платных услуг и других видов деятельности, непротиворечащих законодательству;
- добровольные отчисления от прибыли организаций;
- благотворительные вклады организаций и граждан, в том числе других государств;
- другие источники, использование которых не противоречит законодательству Республики Казахстан;
- средства, поступающие от граждан в виде сооплаты сверх бесплатного гарантированного объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, в порядке, утверждаемом Правительством Республики Казахстан;
- средства от добровольного медицинского страхования.

Средства государственной системы здравоохранения направляются на:

- оказание бесплатного гарантированного объема медицинской помощи;
- целевые комплексные программы здравоохранения;
- развитие и содержание материально-технической базы государственного здравоохранения;

- организацию производства и закупку основных лекарственных средств;
- подготовку и повышение квалификации медицинских и фармацевтических кадров;
- развитие и внедрение достижений медицинской и фармацевтической науки;
- ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний;
- приобретение крови и ее препаратов, вакцин, иммунобиологических и других медицинских препаратов;
- приобретение лекарственных средств для бесплатного и льготного отпуска их отдельным категориям населения, а также специализированных продуктов детского и лечебного питания в порядке и по нормам, установленным Правительством Республики Казахстан.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги.

Согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в ГОБМП включается:

- 1) скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая:
 - первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП);
 - консультативно-диагностическую помощь (далее – КДП) по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- 3) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста ПМСП или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом в области здравоохранения (далее — уполномоченный орган), по экстренным показаниям — вне зависимости от наличия направления;
- 4) стационаророзамещающая медицинская помощь по направлению специалиста ПМСП или медицинской организации;
- 5) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан.

Проведенный анализ финансирования ГОБМП за период с 2011 по 2015гг. показал:

1. ежегодный рост общих расходов на здравоохранение, государственных и частных расходов на здравоохранение. Однако ввиду инфляционных явлений, темпы роста реальных расходов отстают от темпа роста номинальных расходов на душу населения.

2. несмотря на ежегодный рост общих расходов на здравоохранение, Казахстан имеет самый низкий показатель ОРЗ в ВВП по сравнению со странами ОЭСР и некоторыми странами СНГ. Также наблюдается тенденция к снижению данного показателя. Поэтому, для вхождения Казахстана в ОЭСР необходимо преодолеть этот разрыв.

3. несмотря на преобладание доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение над частными, доля частных расходов постоянно растет и в 2015г. составляет 39%. В странах ОЭСР удельный вес частных расходов на получение медицинских услуг составляет 19,6%; ЕС – 16,3%. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%. Превышение этого показателя повышает риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы, а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей. Следовательно, государству необходимо сокращать этот показатель для достижения более устойчивого уровня развития системы здравоохранения.

4. в структуре государственных расходов на ГОБМП преобладают расходы на стационарную помощь (43% в 2015г.). Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи составляет 32%. В странах ОЭСР соотношение финансирования стационаров к ПМСП составляет 34% к 61%. Кроме того, международный опыт доказывает, что необходимый охват населения и эффективное оказание услуг ПМСП достигается при объеме финансирования на уровне не менее 40% от расходов на здравоохранение. Это позволит удерживать до 80% больных на уровне первичного звена.

5. население берет на себя оплату относительно дешевых услуг, как амбулаторные услуги и приобретение лекарственных средств. Потребление амбулаторных услуг в частном секторе может быть связано с несколькими причинами. Например, возможность быстрого получения услуг (нет больших очередей) и соответственно экономии времени, более внимательный медицинский персонал в силу отсутствия огромного потока людей и лучшего материального положения, либо связано с недоверием населения к государственному сектору медицинских услуг. Также у частных поставщиков амбулаторных услуг население, возможно, надеется получить *более качественное лечение*.

6. Несмотря на рост финансирования предоставления фармацевтических товаров со стороны государства, население продолжает приобретать лекарственных средств за счет собственных средств. Если государство в 2015г. на лекарственные средства тратило 59,65 млрд. тенге, то население – 213,4 млрд. тенге. Это может говорить о:

- неэффективном распределении медикаментов на уровне амбулаторно-лекарственного обеспечения (далее – АЛО),
- недоступности АЛО,

- личной заинтересованности врачей первичной медико-санитарной помощи выписывать рецепты определенных препаратов.

Анализ макроэкономических показателей здравоохранения

Приведенные данные динамики макроэкономических показателей, как ВВП в номинальном выражении за период с 2011 по 2015 годы показывает рост благосостояния государства, соответственно наблюдается рост общих расходов на здравоохранение, в том числе государственных и частных расходов (таблица 1).

Таблица 1. Макроэкономические показатели Казахстана в 2011-2015 гг.

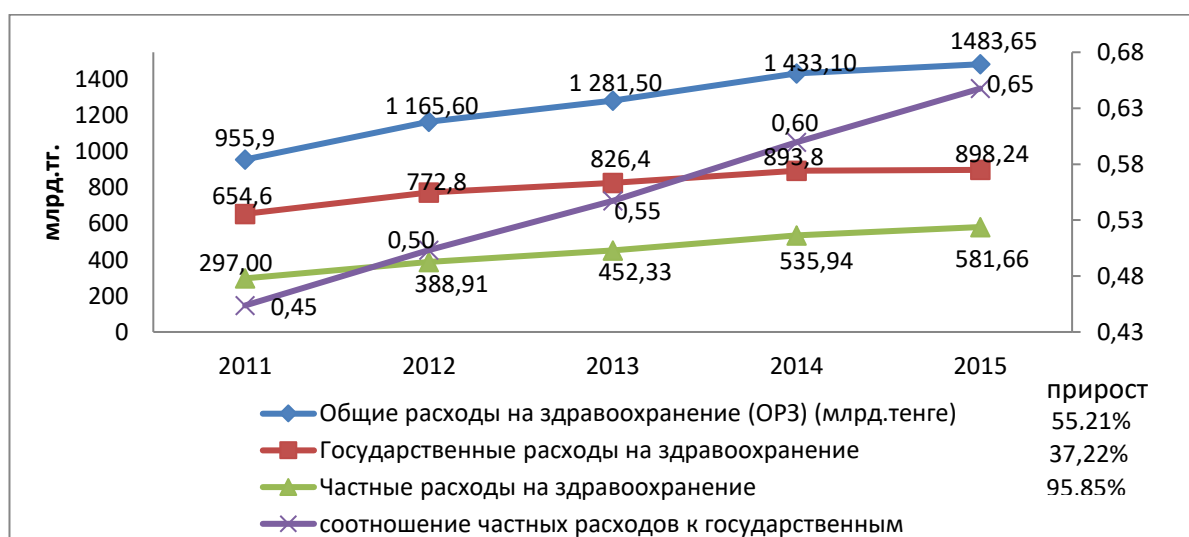
Макроэкономические показатели, млрд. тенге	2011	2012	2013	2014	2015	Динамика 2011-2015, %
Валовой внутренний продукт (ВВП) (млрд.тенге)	28243,05	31015,19	35999,03	39675,83	40884,13	44,76%
Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) (млрд.тенге)	955,9	1 165,60	1 281,50	1 433,10	1483,65	55,21%
Государственные расходы на здравоохранение, из них:	654,6	772,8	826,4	893,8	898,24	37,22%
государственные расходы на ГОБМП	469,05	578,34	625	700,81	752,9	60,5%
Доля расходов на ГОБМП в государственных расходах	71,6%	74,8%	75,6%	78,4%	83,8%	16,38%
Частные расходы на здравоохранение, из них:	297,00	388,91	452,33	535,94	581,66	95,85%
добровольное медицинское страхование	27,2	37,4	43,4	51,3	57,8	112,60%
расходы населения на здравоохранение	269,8	351,5	408,9	484,6	523,84	94,16%
Остальной мир	4,39	3,94	2,73	3,32	3,74	-14,85%
Показатели расходов на здравоохранение, на 1 жителя						
Номинальные ОРЗ, тыс. тенге	57,73	69,42	75,23	82,82	84,57	46,49%
Реальные ОРЗ, тыс. тенге, цены 2010 г.	57,73	65,49	71,58	76,84	73,76	27,77%
доля государственных расходов в ОРЗ	68,48	66,30	64,49	62,42	60,54	-11,59%

доля частных расходов в ОРЗ	31,07	33,37	35,30	37,43	39,21	26,18%
Показатели финансирования здравоохранения						
ОЗЗ в виде % от ВВП	3,38%	3,76%	3,56%	3,61%	3,63%	7,22%
Государственные расходы на здравоохранение в виде % от ВВП	2,32%	2,49%	2,30%	2,25%	2,20%	-5,21%
Частные расходы от ВВП	1,05%	1,25%	1,26%	1,35%	1,42%	35,29%

Источник: Отчет НСЗ, 2011 - 2015г.

Повышение общих расходов на здравоохранение свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения. Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, инфляционные процессы оказывают существенное негативное влияние на финансирование здравоохранения, что сказывается на снижении реальных расходов на здравоохранение. К примеру, рост реальных расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в период с 2011 по 2015 годы составил 27,7%, а в номинальном выражении данный показатель увеличился на 46,5%, что видно по данным таблицы 1.

Динамика расходов на здравоохранение показана на рисунке 1. Как мы видим, рост частных расходов на здравоохранение за рассматриваемый период составил 95,85%, что составляет увеличение частных расходов почти в 2 раза. В то же время государственные расходы показывают меньший рост, который равен лишь 37,2%. Также в структуре частных расходов расходы на добровольное медицинское страхование увеличились более чем в 2 раза, или на 112,6%. Расходы домохозяйств возросли на 94,16%.



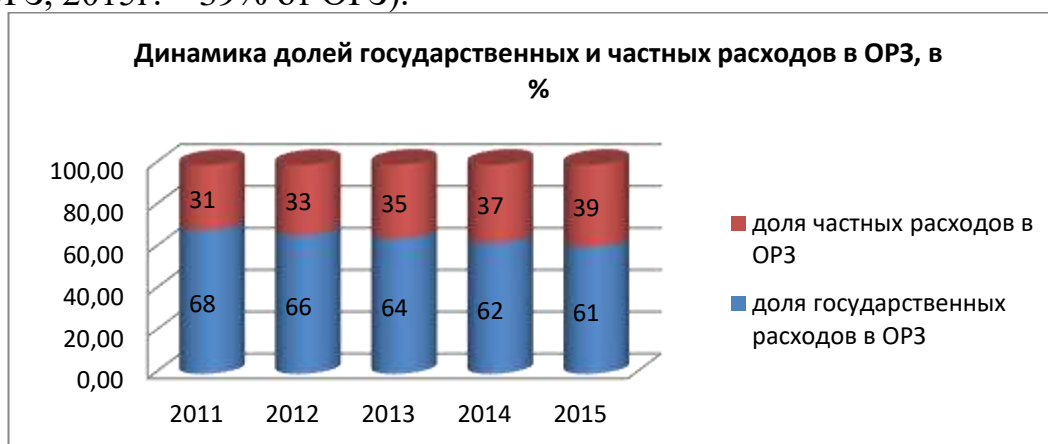
Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 1 – Динамика макроэкономических показателей здравоохранения (млрд. тенге).

Также, если рассматривать соотношение государственных и частных расходов, то также наблюдается возрастающая тенденция. Если в 2011 году 1 тенге государственных расходов составлял 0,45 тенге частных расходов, то в 2015 году он уже равнялся 0,65 тенге.

Следует также отметить, что в Казахстане доля государственных расходов в ВВП преобладает над частными. Вместе с тем, по приведенным данным видно, что доля частных расходов в ВВП постоянно растет, тогда как доля государственных расходов имеет тенденцию к снижению (с 2012г.).

Как видно по данным, приведенным на рисунке 2, несмотря на преобладание доли государственных расходов над частными в общих расходах на здравоохранение (ОРЗ), в то же время наблюдается ежегодный рост частных расходов как в абсолютном выражении с 297 млрд. тенге в 2011 году до 581,66 млрд. тенге в 2015 году, так и в относительном (в 2011г. – 31% от ОРЗ, 2015г. – 39% от ОРЗ).



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 2 – Динамика долей государственных и частных расходов в ОРЗ, в %.

В странах ОЭСР удельный вес частных расходов на получение медицинских услуг составляет 19,6%; ЕС – 16,3%. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%. Сохранение значительного объема частных расходов при наличии ГОБМП свидетельствует о дефиците средств, направляемых в систему. Также высокие частные расходы на здравоохранение характеризуют повышенный риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическую продуктивность, уменьшение спроса на медицинские услуги), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей. Следовательно, государству необходимо сокращать этот показатель для достижения более устойчивого уровня развития системы здравоохранения.

Общие расходы на здравоохранение в Казахстане в 2015г. составили 1483,65млрд. тенге, что составляет 3,63% от ВВП. Для сравнения: в США

здравоохранение поглощает более 16% ВВП страны, а в странах Западной Европы общие расходы на здравоохранение колеблются от 6 до 10% ВВП в год. По рекомендациям ВОЗ, для нормального функционирования медицины, минимальный уровень государственных расходов на здравоохранение должен составлять 6—8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах.

В целом в Казахстане за рассматриваемый период 2011-2015гг. наблюдается нестабильная динамика удельного веса ОРЗ в ВВП, но в последние 3 года есть, хоть и небольшой, ежегодный рост этого показателя.

В сравнении со странами ОЭСР Казахстан имеет самый низкий показатель ОРЗ и в 2012г. составил 3,8%, тогда как в среднем по странам ОЭСР этот показатель равнялся 8,9% (рис.3).

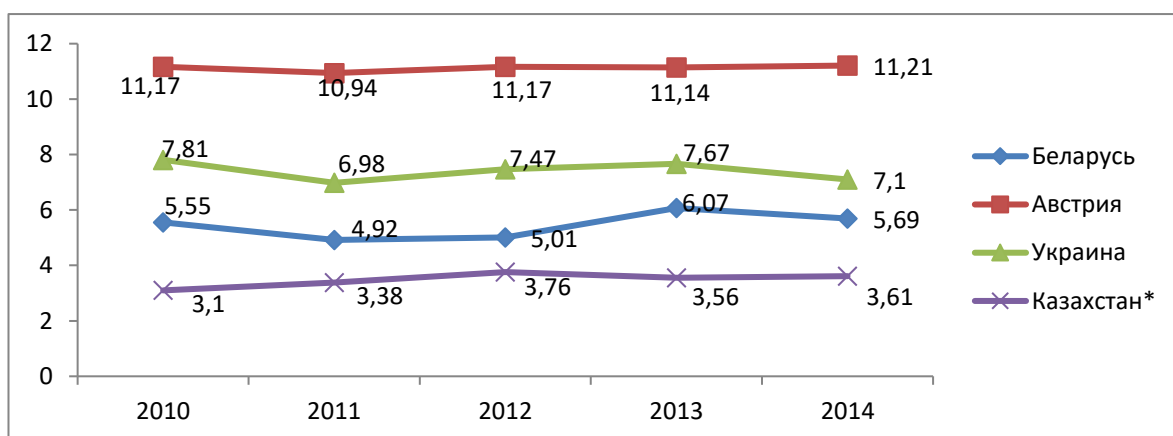


Источник: Статистика здравоохранения в 2012г. в странах ОЭСР

Источник: НСЗ РК, 2012г.

Рисунок 3 – Расходы на здравоохранение в странах ОЭСР и в Казахстане в 2012г.

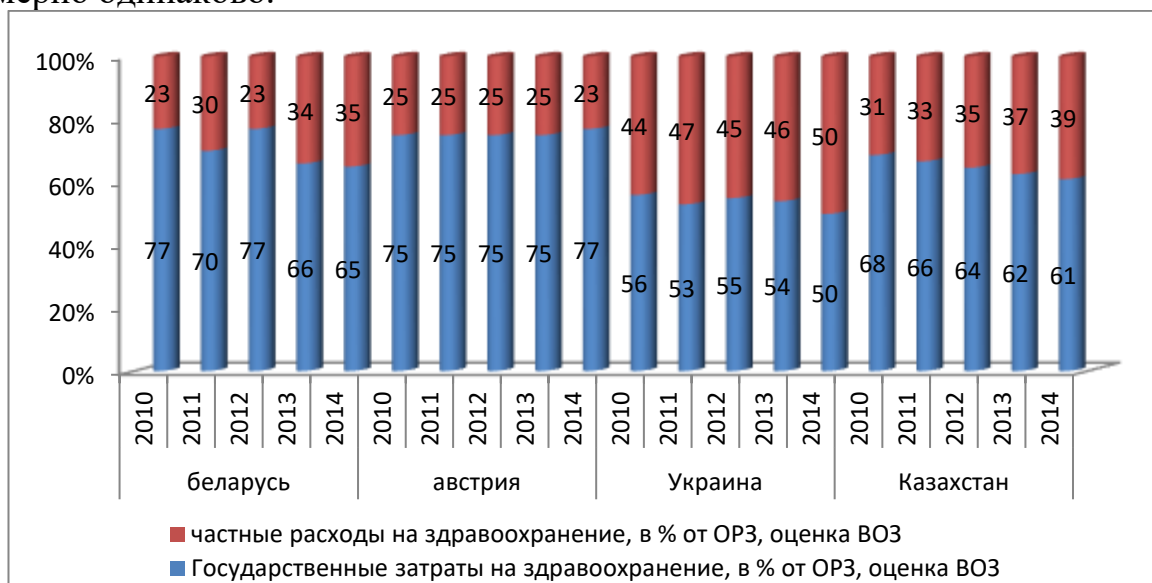
Также по сравнению с другими странами СНГ и Европы в динамике Казахстан имеет самый низкий % ОРЗ от ВВП.



Источник: Европейская база данных ВОЗ, *НСЗ РК

Рисунок 4 – Общие расходы на здравоохранение, в % от ВВП, оценка ВОЗ.

Что касается распределения долей между государственными и частными расходами в ОРЗ, то Австрия сохраняет неизменную тенденцию к финансированию здравоохранения из государственного бюджета, что составляет 75% от ОРЗ. В Беларуси наблюдается нестабильная динамика к финансированию, однако за последние три года в рассматриваемом периоде имеет снижающуюся тенденцию финансирования здравоохранения за счет государственных средств. Что касается Украины, здесь распределение долей примерно одинаково.



Источник: Беларусь, Австрия, Украина – Европейская база данных ВОЗ, Казахстан – НСЗ.

Рисунок 5 – Соотношение государственных и частных расходов на здравоохранение в % от ОРЗ.

Таким образом, на основе рассмотренных данных видно, что общие расходы на здравоохранение ежегодно растут. Также растут и государственные расходы на здравоохранение. Вместе с тем, прирост частных расходов на здравоохранение оказался выше, чем прирост государственных расходов.

Также отмечается ежегодный рост доли частных расходов в общих расходах на здравоохранение, тогда как доля государственных расходов имеет тенденцию к снижению.

Несмотря на ежегодный рост общих расходов на здравоохранение, Казахстан, тем не менее, имеет самый низкий показатель ОРЗ в ВВП по сравнению со странами ОЭСР и некоторыми странами СНГ. Поэтому, для вхождения Казахстана в ОЭСР необходимо преодолеть этот разрыв.

Анализ государственных расходов на ГОБМП

Государственные расходы на ГОБМП, также как и общие расходы на здравоохранение, ежегодно растут. Так, в 2011г. их объем составил 471,72 млрд. тенге, а в 2015г. эта сумма почти удвоилась и составила 752,9 млрд. тенге. Также, доля государственных расходов на ГОБМП в общих расходах

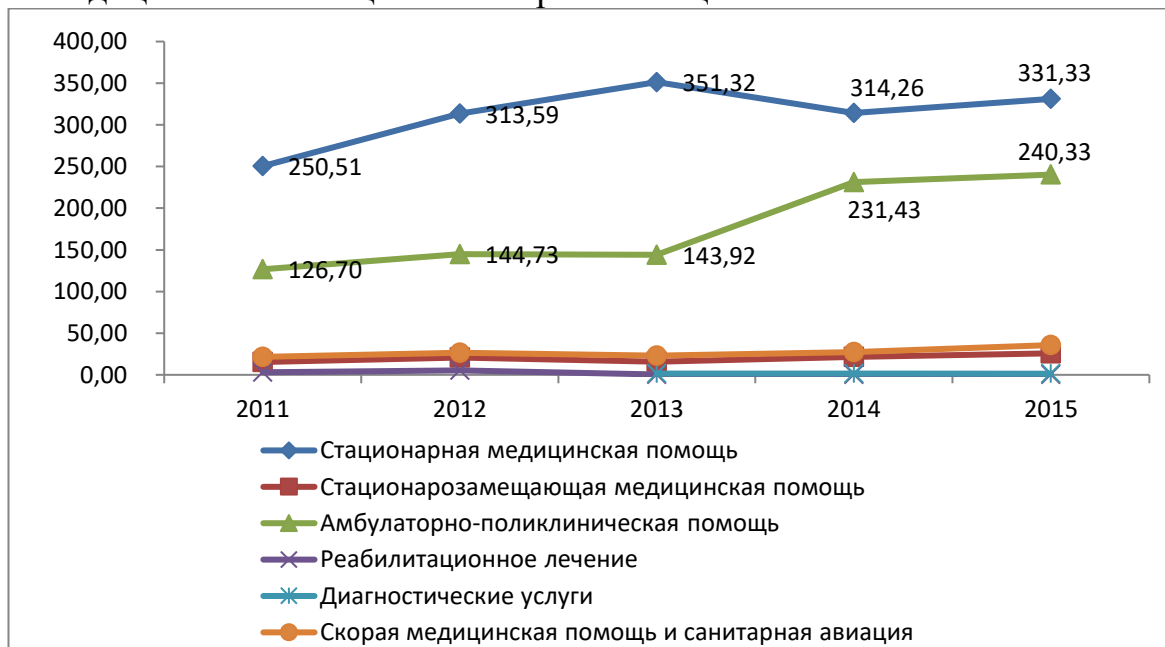
государства на здравоохранение увеличивается с 72% в 2011г. до 83,8% в 2015г. (данные приведены в таблице 1).



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015гг.

Рисунок 6 – Динамика государственных расходов на ГОБМП (млрд. тенге)

Согласно структуре государственных расходов на ГОБМП по формам медицинской помощи в 2011-2015гг. максимальный объем расходов в абсолютном выражении приходится на стационарную медицинскую помощь (331 млрд. тенге в 2015г.), далее амбулаторно-поликлиническая помощь, скорая медицинская помощь и санитарная авиация.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015гг.

Рисунок 7 – Динамика государственных расходов на ГОБМП (млрд. тенге)

Более детальная информация по государственным расходам на ГОБМП представлена в таблице 2.

Таблица 2. Государственные расходы на ГОБМП в разрезе форм медицинской помощи (млрд. тенге)

	2011	2012	2013	2014	2015	Прирост
Стационарная медицинская помощь	250,51	313,59	351,32	314,26	331,33	32,26%
Стационарозамещающая медицинская помощь	15,37	20,59	15,80	21,55	25,75	67,54%
Амбулаторно-поликлиническая помощь	126,70	144,73	143,92	231,43	240,33	89,69%
Реабилитационное лечение	0,39	0,42	0,44	0,48	0,51	-83,34%
Диагностические услуги			1,54	1,40	1,35	-12,27%
Скорая медицинская помощь и санитарная авиация	21,58	26,49	23,03	27,19	35,67	65,31%
Дополнительные услуги	6,44	10,90	20,10	22,05	24,39	278,73%
Профилактические услуги	15,57	19,50	24,72	31,72	33,92	117,85%
Предоставление медицинских товаров	32,49	42,12	44,13	50,73	59,65	83,58%
ВСЕГО	471,72	583,23	625,00	700,81	752,90	59,61%

Согласно данным таблицы 2, прирост расходов на стационарную помощь за рассматриваемый период составил 32%, тогда как на амбулаторное лечение 89,7%. Несмотря на увеличение расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь почти в 2 раза, финансирование стационарной помощи продолжает оставаться на высоком уровне.

Для сравнения, в странах ОЭСР идет преимущественное развитие амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме выделенных средств на здравоохранение. Соотношение объемов финансирования первичного звена и стационара в странах ОЭСР составляет 61% и 34% соответственно. Международный опыт доказывает, что необходимый охват населения и эффективное оказание медицинских услуг АПП достигается при объеме финансирования на уровне не менее 40% от расходов на здравоохранение. В Казахстане 44% средств на оказание ГОБМП направляется на стационарный сектор и только 32% на ПМСП.

Также по данным таблицы 2 мы видим, что государство продолжает увеличивать государственные расходы на предоставление лекарственных средств, рост объема финансирования которых составил 83,58%. При этом доля государственных расходов на лекарственные средства в ОРЗ составила 4,02% в 2015 г. Если сравнивать этот показатель со странами ОЭСР, то здесь расходы на лекарственные средства составили 20% от ОРЗ в 2013 г., а совокупные расходы в абсолютном выражении по ОЭСР равны 800 млрд. долл. При этом в Казахстане в 2013 г. доля государственных расходов на лекарственные средства в ОРЗ составляла 3,44%.

Для более ясной картины рассмотрим процентное соотношение государственных расходов на оказание ГОБМП. Так, как было отмечено выше, преобладают оказание стационарной медицинской помощи, которые составляют 44% в 2015г. Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в 2015г. увеличилось на 5% и составило 32% в общем объеме государственных расходов на ГОБМП (рис.8). Расходы на скорую медицинскую помощь и стационарозамещающую помощь остаются неизменными и в среднем составляют 4-5%.



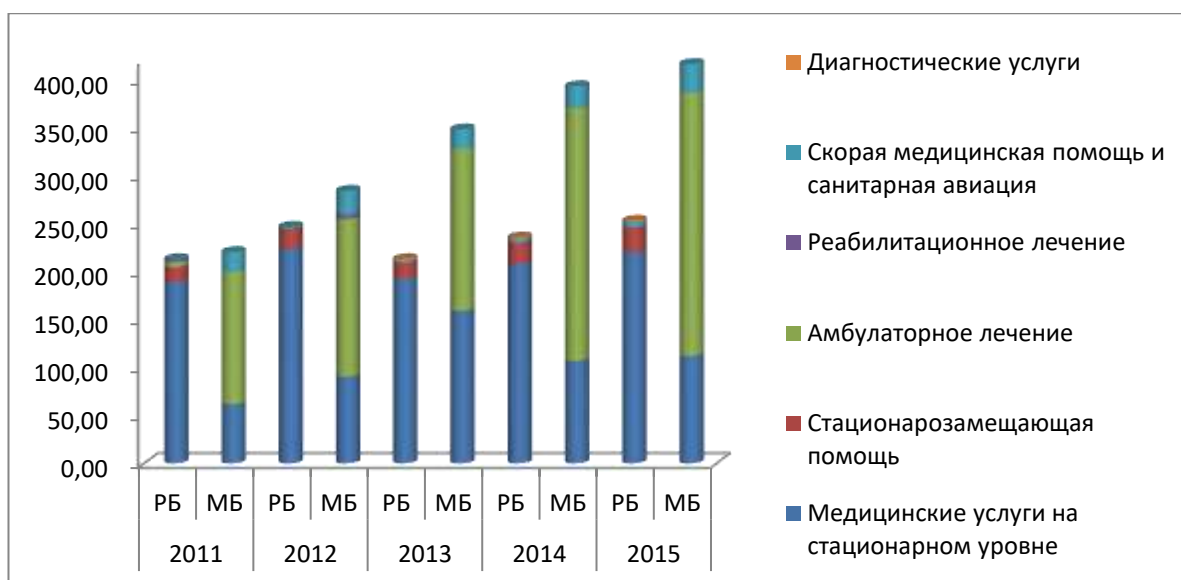
Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 8 - Структура государственных расходов на ГОБМП по формам медицинской помощи (%)

Большая часть расходов на ГОБМП финансируется за счет местного бюджета, а меньшая – за счет государственного бюджета. В 2011-2012гг. соотношение финансирования медицинской помощи по уровням бюджетов было примерно одинаковым. С 2013г. доля местных бюджетов увеличивается вместе с ростом общего объема государственных расходов на ГОБМП. Так, амбулаторное лечение до 2012 года финансировалось частично из местного бюджета, частично из республиканского бюджета. А с 2012г. финансируется полностью из местных бюджетов.

В структуре расходов республиканского бюджета основную долю занимают расходы на стационарную помощь (около 50%).

Скорая медицинская помощь и санитарная авиация финансируется преимущественно из местных бюджетов. Расходы на стационарозамещающую помощь покрываются за счет республиканского бюджета.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 9 – Динамика государственных расходов на ГОБМП по формам МП в разрезе уровней бюджетов (млрд. тенге)

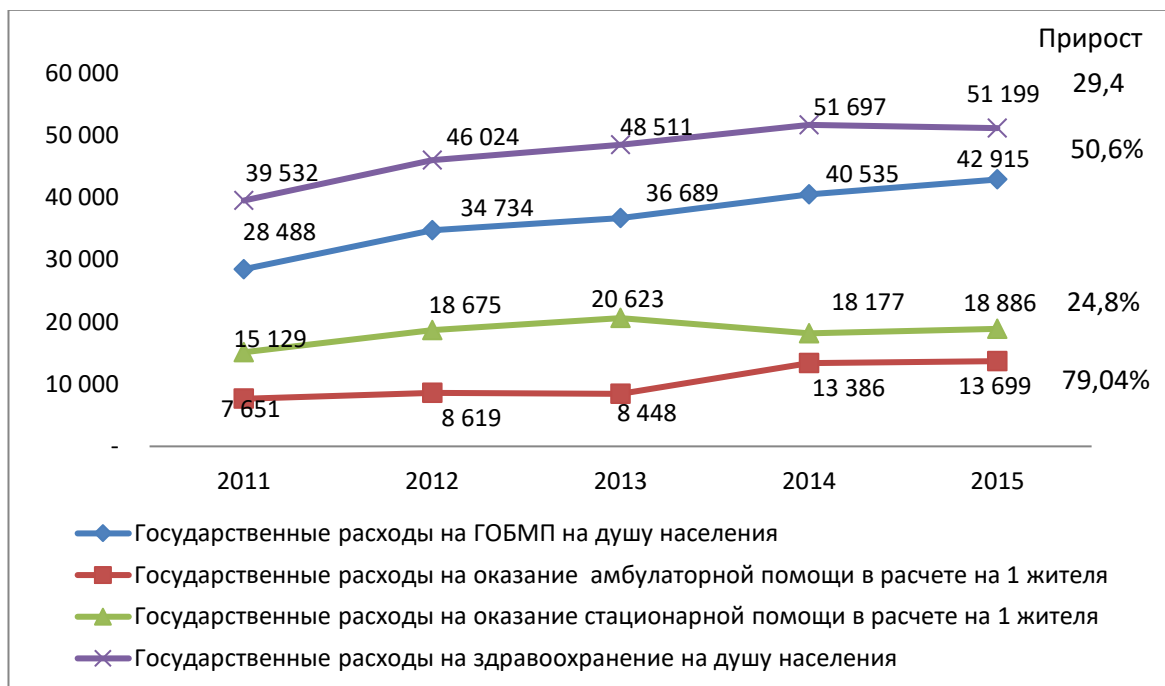
Динамика государственных расходов на ГОБМП в разрезе уровней бюджетов также представлена в таблице 3.

Таблица 3. Динамика государственных расходов на ГОБМП по формам МП в разрезе уровней бюджетов (млрд. тенге)

	2011		2012		2013		2014		2015	
	РБ	МБ	РБ	МБ	РБ	МБ	РБ	МБ	РБ	МБ
Медицинские услуги на стационарном уровне	188,84	61,68	223,43	90,15	192,45	158,88	207,80	106,72	219,69	111,63
Стационарорзамещающая помощь	15,37		20,59		15,80		21,55		25,75	
Амбулаторное лечение	4,78	121,91		144,73		143,92	0,00	231,43	0,00	240,33
Реабилитационное лечение	0,39		0,42		0,44		0,48		0,51	
Скорая медицинская помощь и санитарная авиация	0,41	21,17	1,88	24,61	2,56	20,47	4,07	23,12	5,44	30,23
Диагностические услуги					1,54		1,40		1,35	
Дополнительные услуги		6,4	2,98	7,92	3,49	16,61	4,09	17,96	4,09	20,29
Профилактические услуги	0,26	15,31	0,22	19,27	0,51	24,21	0,54	31,18	0,41	33,51
Предоставление медицинских товаров		32,5		42	0,59	43,54	1,15	49,57	1,69	57,95
ИТОГО	213	259	250	334	217	408	241	460	259	494

Для лучшего понимания картины рассмотрим объем государственных расходов в расчете на 1 жителя (рис.10). Общие государственные расходы на здравоохранение в расчете на 1 жителя постоянно растут и за рассматриваемый период увеличились на 29,4%. Государственные расходы на оказание стационарной и амбулаторной помощи на 1 жителя имеют такую

же тенденцию к увеличению. Однако рост расходов неодинаков. Так, финансирование амбулаторно-поликлинической помощи на 1 жителя увеличилось на 79%, а прирост расходов на стационарную помощь составил 24,8%. Это означает, что государство стремится повысить приоритет амбулаторно-поликлинической помощи и переносит акценты со стационарного сектора на развитие первичного звена.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015гг.

Рисунок 10 – Государственные расходы на 1 жителя в год (тенге)

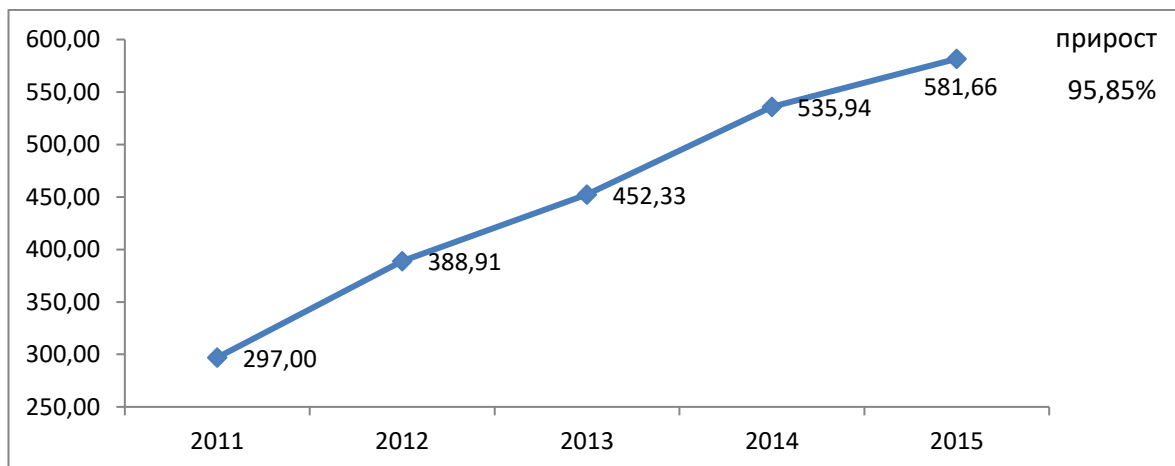
Таким образом, государственные расходы на ГОБМП ежегодно растут. Их прирост в 2015г. по сравнению с 2011г. составил 59,6%. В структуре государственных расходов на здравоохранение преобладают расходы на стационарную помощь, однако в последние годы наблюдается их снижение в пользу увеличения расходов на амбулаторное лечение. Это говорит о перемещении акцентов со стороны государства со стационарного уровня на уровень первичного звена.

Государственные расходы на приобретение лекарственных средств также растут, их прирост в абсолютном выражении составляет 25 млрд. тенге.

Анализ частных расходов на здравоохранение

Несмотря на то, что государство ежегодно увеличивает объем финансирования ГОБМП, доля частных расходов на здравоохранение продолжает расти. В 2015г. частные расходы на здравоохранение выросли на 95,85% и составили 581,88 млрд. тенге. В 2011г. частные расходы на составляли 297 млрд. тенге (рис.11). Доля частных расходов в ОРЗ увеличилась с 31% до 39%.

По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%. А в Казахстане этот показатель составляет 39%. Следовательно, государству необходимо сокращать этот показатель для достижения более устойчивого уровня развития системы здравоохранения.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 11 – Динамика частных расходов на здравоохранение (млрд. тенге)

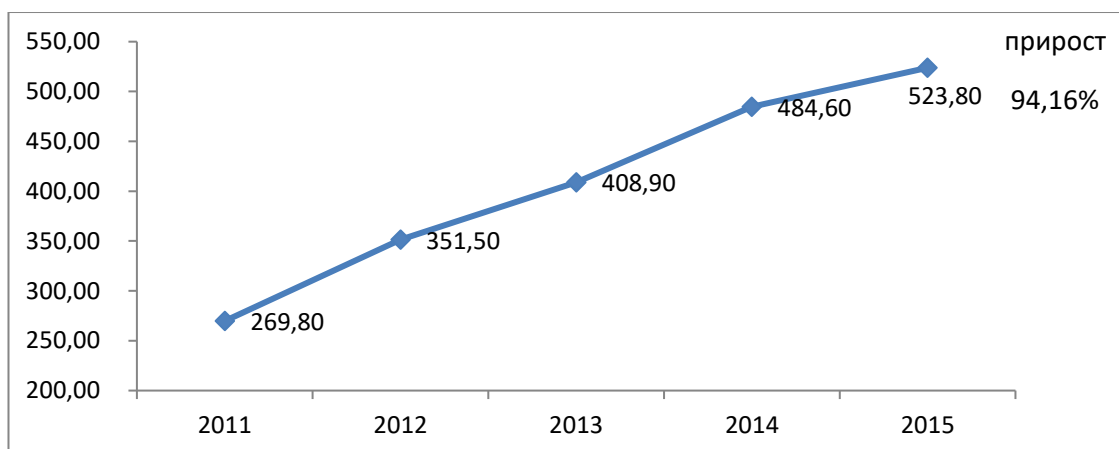
В структуре частных расходов на здравоохранение наибольшая доля приходится на расходы домохозяйств. В целом за рассматриваемый период их доля в общих частных расходах на здравоохранение практически не изменялась и составляла 90%.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 12 – Структура частных расходов на здравоохранение (млрд.тенге)

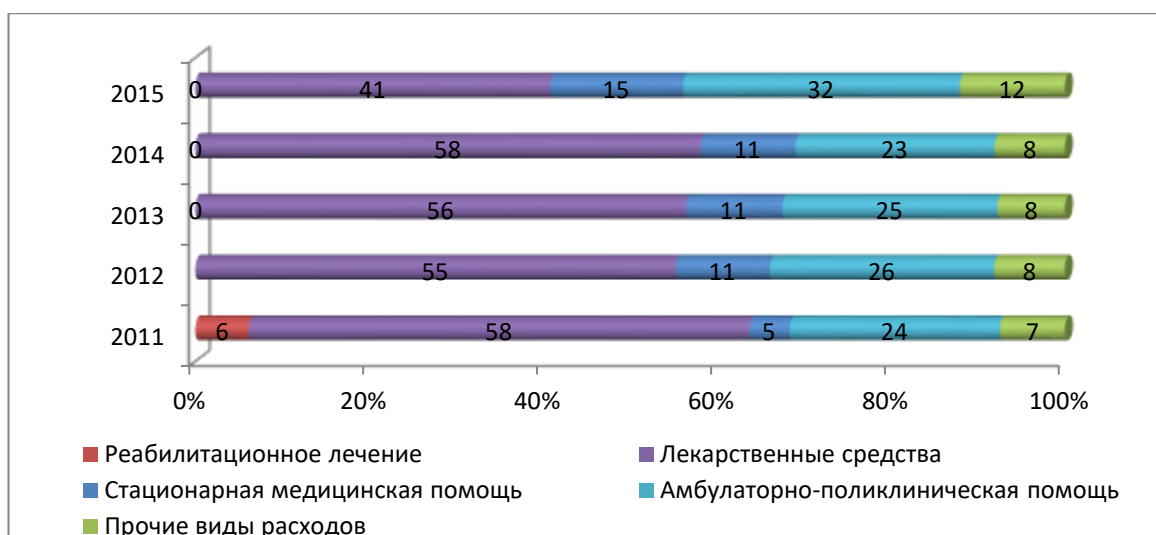
Согласно графику, представленном на рисунке 13, частные расходы домохозяйств ежегодно растут и их прирост за период 2011-2015гг. составляет 94,16%.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 13 – Динамика частных расходов домохозяйств (млрд.тенге)

Анализ структуры частных расходов домохозяйств показал, что в расходах населения на здравоохранение преобладают расходы на приобретение медицинских товаров, а именно на фармацевтические и прочие товары недлительного пользования. Их доля в общих частных расходах равна в среднем 50%. (рис.14) Однако, наблюдается тенденция к снижению расходов на лекарственные средства. Следует отметить, что данные по расходам населения на здравоохранение взяты из отчета Комитета статистики Министерства национальной экономики РК Расходы домохозяйств на здравоохранение.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 14 – Структура частных расходов домохозяйств на здравоохранение (%)

Так, на приобретение лекарственных средств населением было израсходовано 213,4 млрд. тенге в 2015г. При этом в 2015г. произошло заметное снижение расходов на лекарства со стороны населения на 67,8 млрд. тенге. Вместе с тем, общая динамика за рассматриваемый период показала рост частных расходов на лекарства на 37%. (рис.15)



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 15 – Динамика частных расходов домохозяйств на здравоохранение в разрезе форм медицинской помощи (млрд. тенге)

Как было отмечено выше, в структуре частных расходов на здравоохранение преобладают расходы на приобретение лекарственных средств, их удельный вес составлял 58% и 41% в 2011 и 2015гг. соответственно. Также крупной статьёй расходов в структуре частных расходов является расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь. Их удельный вес с 2012 по 2014гг. сокращается, однако в 2015г. возрастает на 9% по сравнению с 2014г. (рис.14)

Однако, несмотря на преобладание доли расходов на лекарственные средства и амбулаторное лечение, их темп роста меньше, чем темп роста расходов на стационарную медицинскую помощь. Так, расходы на стационарную помощь за рассматриваемый период возросли в 6 раз.

Важно отметить, что в структуре частных расходов на амбулаторное лечение львиная доля расходов приходится на стоматологическое лечение - более 80% (рис.16).

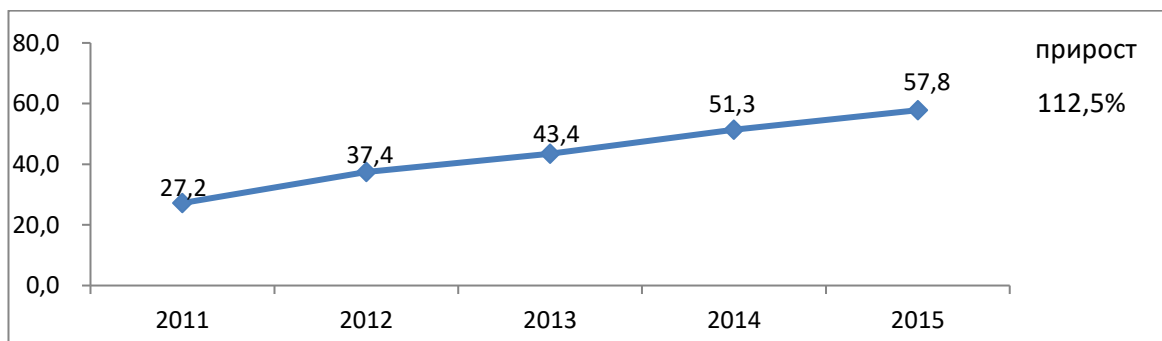


Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015гг.

Рисунок 16 — Структура частных расходов домохозяйств на амбулаторно-поликлиническую помощь

Вместе с тем, растет доля частных расходов домохозяйств на стационарную помощь и за весь рассматриваемый период увеличивается в 3 раза, что составляет в 2015г. 15% всех частных расходов на здравоохранение.

Финансирование добровольного медицинского страхования (ДМС) также растет, прирост за рассматриваемый период составляет 112%. Это означает, что ДМС возросло более чем в 2 раза.

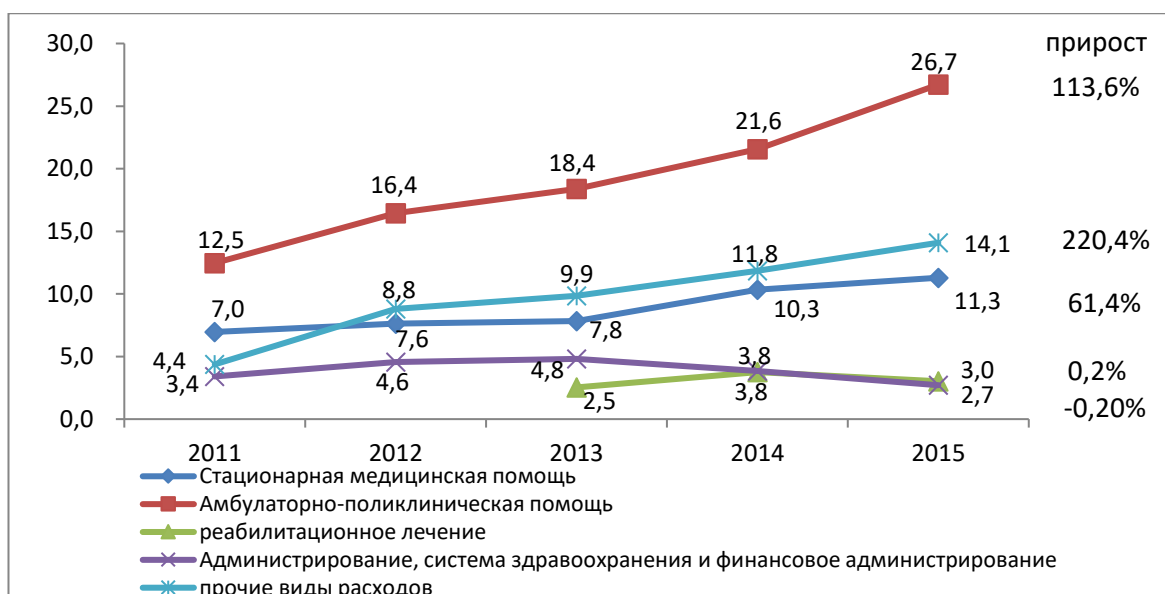


Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015гг.

Рисунок 17 — Динамика расходов на добровольные медицинские взносы (млрд.тенге)

В структуре расходов на ДМС преобладают расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь. Если рассматривать в динамике, то прирост здесь составляет 113,6%. Расходы на оказание стационарной медицинской помощи растут не так быстро. Их прирост составляет 61,4%.

Также, согласно данным НСЗ за 2011-2015гг., в структуре расходов на ДМС расходы на реабилитационное лечение в 2015г. сократились на 0,8 млрд. тенге по сравнению с 2014г. Но, тем не менее, по сравнению с 2013г. наблюдается прирост в 0,5 млрд. тенге.

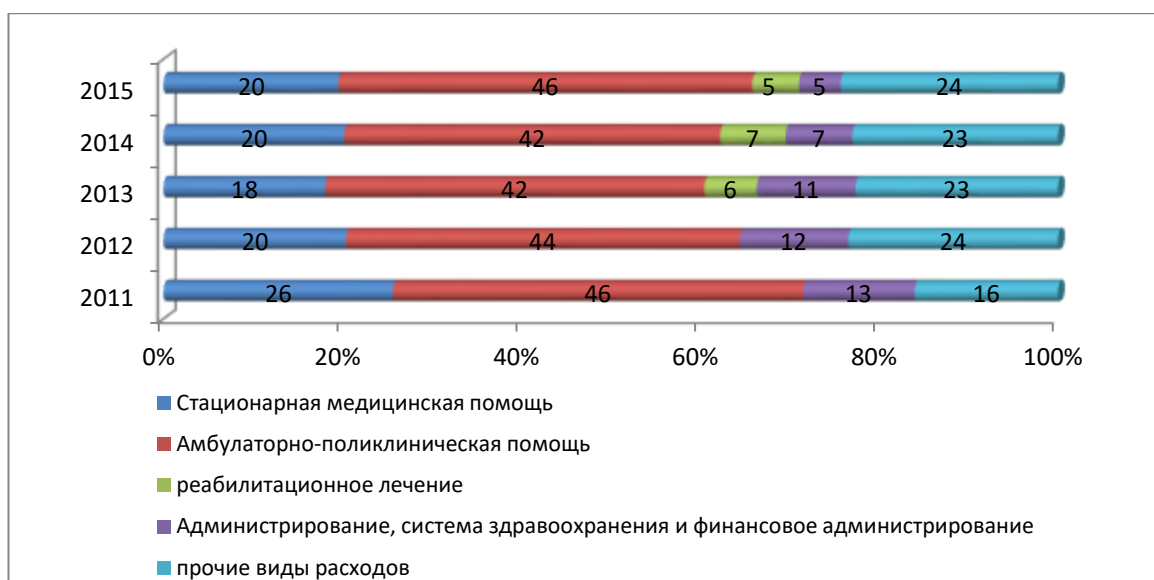


Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 18 – Структура расходов на ДМС (млрд. тенге)

Отметим, что данные по расходам на лекарственные средства в структуре ДМС отсутствуют, как на информационном портале КС МНЭ РК, так и на сайте Национального банка РК. Поэтому, мы предполагаем, что расходы на лекарственные средства уже включены в общие расходы на АПП и стационарную помощь. Кроме того, амбулаторно-поликлинические медицинские услуги застрахованный может получить в клиниках, входящих в Список Страховщика и если программой страхования предусмотрен лимит на лекарства, то застрахованный получает их по рецепту семейного врача в аптеках из Списка Страховщика. В случае госпитализации застрахованного лекарства, необходимые для стационарного лечения, покрываются программой страхования.

Для более полной картины предлагаем рассмотреть структуру расходов на ДМС в процентном соотношении. Наибольшая доля расходов в структуре ДМС приходится на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (почти 50%). Расходы на стационарную помощь сократились на 6% за рассматриваемый период (рис.19)

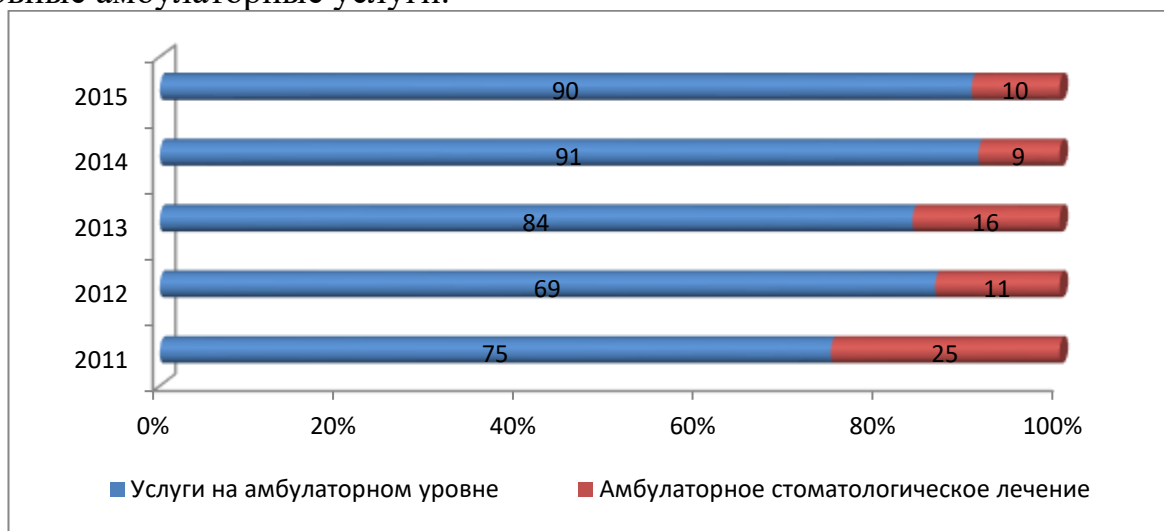


Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 19 – Структура расходов на ДМС (%).

Важно отметить, что в целом структура расходов на ДМС практически не меняется, определенной тенденции здесь не наблюдается.

Однако, если рассматривать структуру расходов ДМС на амбулаторно-поликлиническую помощь, то здесь можно отметить снижение доли расходов на стоматологические услуги и увеличение доли расходов на основные амбулаторные услуги.



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 20 – Структура расходов ДМС на амбулаторно-поликлиническую помощь

Как мы видим и рис. 16 и 20, расходы стоматологическое лечение в основном население берет на себя, и полностью не покрываются даже за счет добровольных медицинских взносов.

Таким образом, несмотря на ежегодный рост финансирования здравоохранения со стороны государства, в частности ГОБМП, расходы населения продолжают расти.

Доля расходов на оказание стационарной медицинской помощи в общем объеме частных расходов домохозяйств возросла втрое. Однако в номинальном выражении этот показатель увеличился в 6 раз. Но, несмотря на постоянный рост расходов на стационарную помощь, этот вид помощи занимает меньшую долю в структуре частных расходов, что может быть связано с тем, что лечение в стационарах является более дорогим видом услуг и, поэтому, население предпочитает получать эти услуги за счет средств государства. А рост расходов в номинальном выражении может свидетельствовать о повышении цен на услуги в стационарном секторе.

Расходы населения на амбулаторное лечение возросли в 2,5 раза.

В структуре частных расходов домохозяйств преобладают расходы на приобретение лекарственных средств (ЛС), которые составляют в абсолютном выражении 213,4 млрд. тенге в 2015г. Для сравнения, расходы государства на лекарственные средства составляют 59,65 млрд. тенге. Так, прирост частных расходов домохозяйств на лекарства составил 37,5%. В то же время, государство увеличило свои расходы почти в 2 раза.



Рисунок 21 – Расходы населения и государственные расходы на приобретение лекарственных средств (млрд. тенге).

Расходы на приобретение ЛС на душу населения показывают такую же тенденцию, как и в абсолютном выражении. В 2015г. расходы домохозяйств на ЛС превышали государственные в 3,6 раза. Для сравнения, государственные расходы на лекарственные средства в странах ОЭСР на душу населения составляют 515 долл. США.



Рисунок 22 – Расходы населения и государственные расходы на приобретение лекарственных средств на душу населения (тенге).

Анализ осуществлен на основе проведенных расчетов, представленных в *Приложении 1*. (на диске)

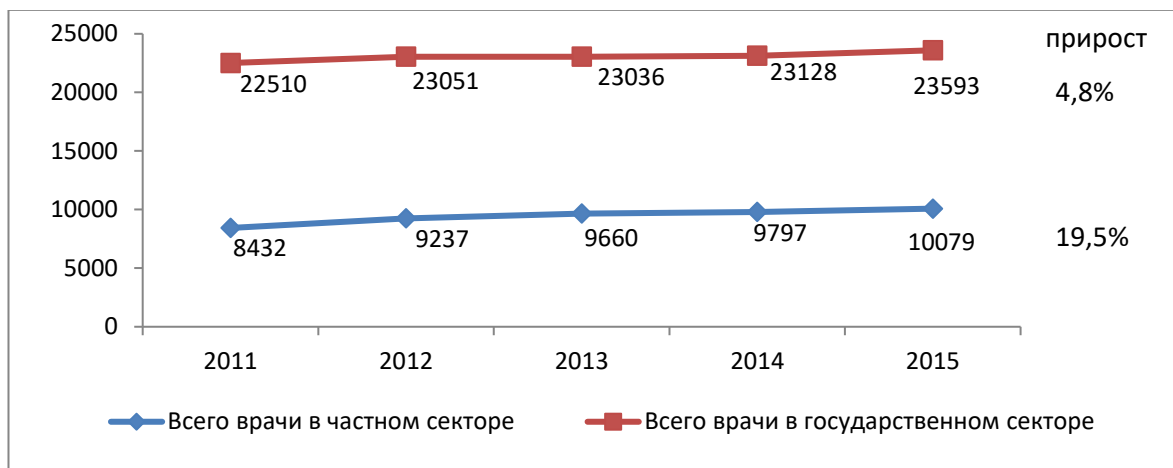
Анализ объема оказанных услуг в рамках ГОБМП

Проведенный анализ объема оказанных услуг ГОБМП показал:

1. Наблюдается заметное увеличение количества ВОП за рассматриваемый период. Однако, несмотря на рост финансирования АПП со стороны государства, наблюдается отток врачей в частный сектор. Об этом свидетельствуют данные о количестве врачей в частном и государственном секторах. Количество участковых педиатров и участковых терапевтов в государственном секторе сокращается. В частном секторе, число педиатров и терапевтов растет.
2. Количество узких специалистов в государственном секторе выросло незначительно по сравнению с частным сектором, где прирост узких специалистов составил 21%. Вместе с тем, число посещений к узким специалистам как в государственном так и в частном секторах снижается, что говорит о том, что население стало чаще обращаться к семейному врачу, чем к узкопрофильному специалисту.
3. Количество врачей в стационарах продолжает расти, вместе с тем, коечный фонд сокращается, что говорит о перераспределении нагрузки с больниц на поликлиники и сокращении госпитализаций. Проводимая оптимизация коечного фонда позволит увеличить финансирование амбулаторно-поликлинического звена, обеспечит развитие сети дневных стационаров и стационаров на дому.

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Так, за рассматриваемый период наблюдается ежегодный рост количества врачей в амбулаторно-поликлинических организациях как в государственном секторе, так и в частном. Однако, прирост количества врачей в частном секторе выше, чем в государственном. Количество частных врачей увеличилось на 19,5%, а государственных – на 4,8%. Динамика показана на рисунке 22.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 23 – Количество врачей в частном и государственном секторах.

Количество штатных и занятых должностей в государственном секторе растет вместе с ростом числа физических лиц на занятых должностях. Однако, если число занятых должностей имеют положительную динамику за рассматриваемый период, то количество штатных должностей в 2014г. сокращается. Но в целом за 2011-2015гг. их число увеличилось на 6%. Однако число физических лиц значительно меньше штатных должностей.

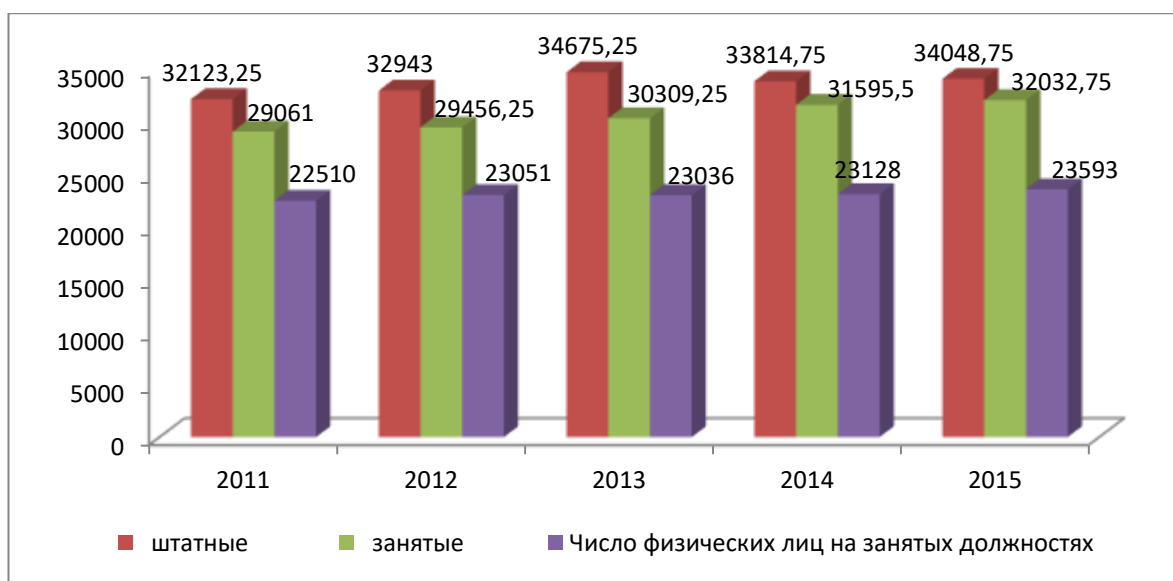


Рисунок 24 – количество штатных и занятых должностей, число физических лиц на занятых должностях в государственном секторе (врачебный персонал).

Так, укомплектованность врачами в 2011г. составляла 90,4%, а в 2015г. 94,08% (рис.25). В целом штаты в 2015г были недоукомплектованы на 5,92% (100-94,08). А это означает, что количество фактически занятых должностей не соответствует тому объему услуг, который планировало оказывать государство. Следует отметить, что до 2013г. было снижение этого показателя, затем наблюдается рост.

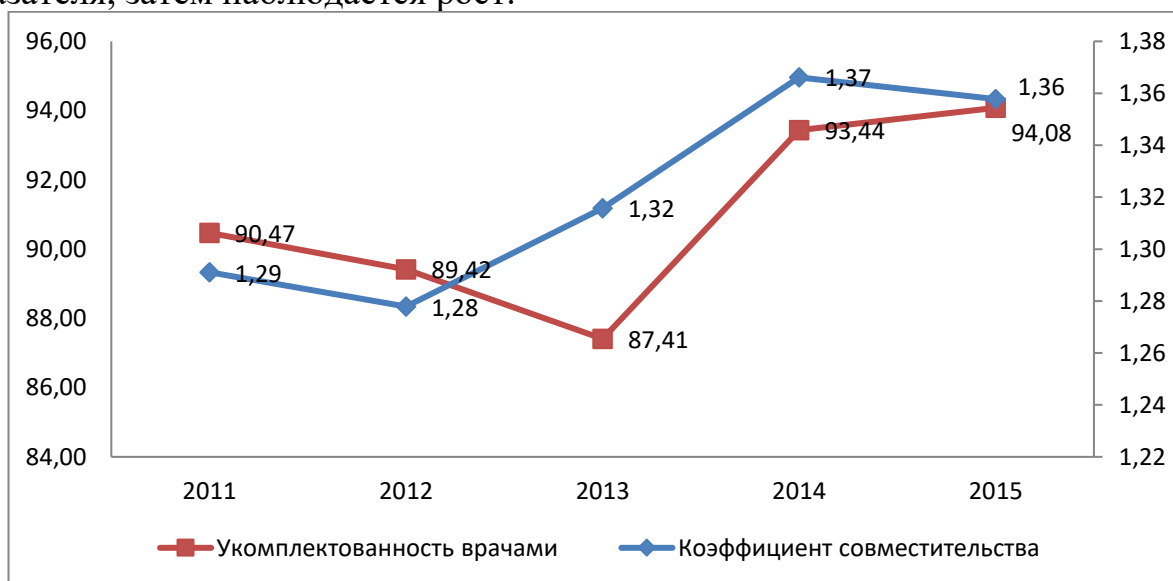


Рисунок 25 – укомплектованность врачами и коэффициент совместительства в государственном секторе.

При этом коэффициент совместительства в 2011г. составлял 1,29. А в 2015г. 1,36. Такое значение показателя принято считать довольно высоким, что означает о значительной нагрузке на врачей. При этом важно отметить, что этот показатель постоянно растет. А это означает, что нагрузка на врачей увеличивается.

Для сравнения, в частном секторе наблюдается постоянный рост количества штатных должностей. Также как и в государственном секторе, число штатных должностей превышает число физических лиц на занятых должностях, что свидетельствует о том, что врачи берут более одной ставки.

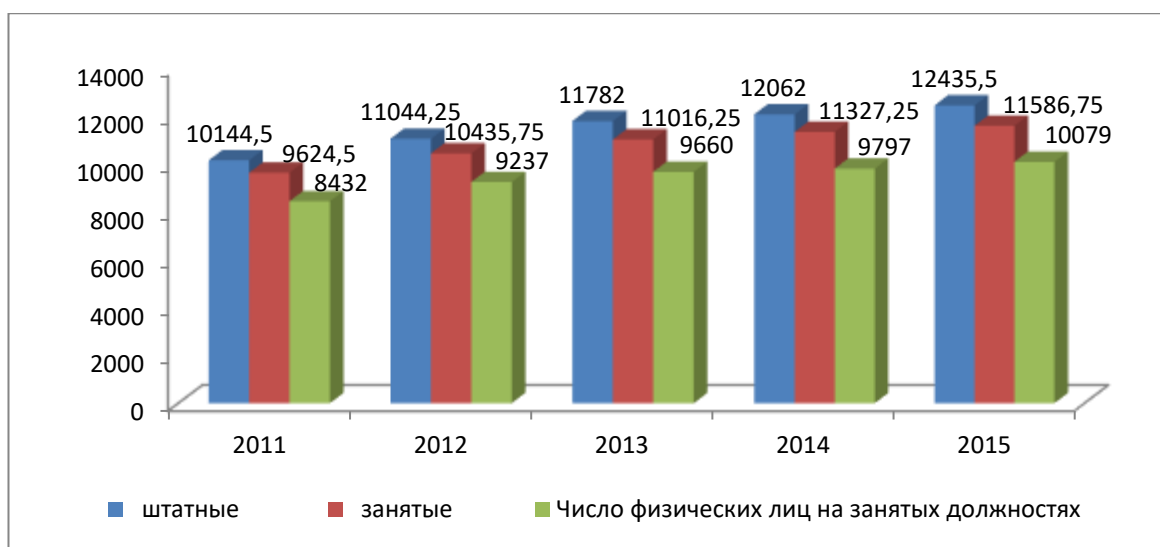


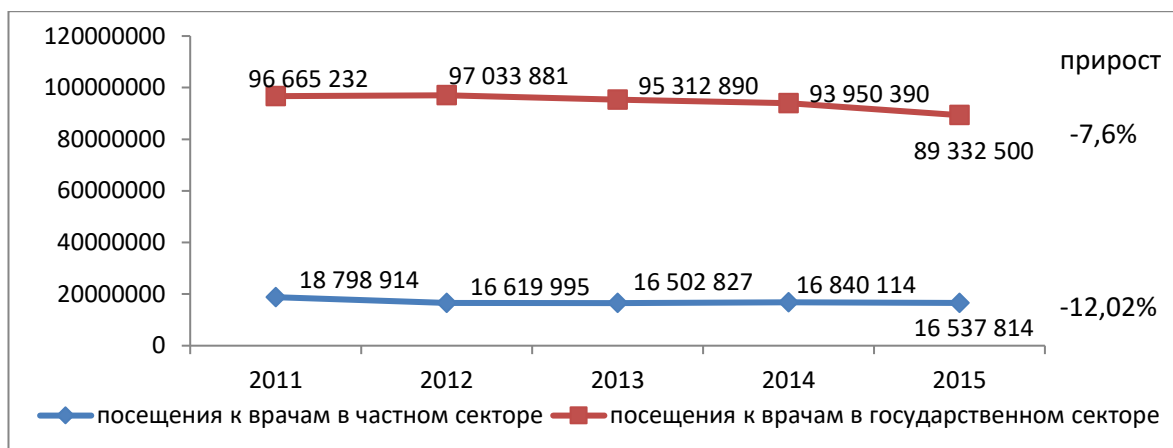
Рисунок 26 – количество штатных и занятых должностей, число физических лиц на занятых должностях в частном секторе (врачебный персонал).

В частном секторе, укомплектованность врачами за рассматриваемый период снижается (рис.27). И в 2015г. составляет 93,17%. Что касается совмещения, то этот показатель практически не меняется и составляет 1,15. Важно отметить, что он на 15,4% ниже, чем в государственном секторе, где коэффициент совместительства равен 1,36 в 2015г. А это означает, что врачебный персонал в частном секторе менее загружен.



Рисунок 27 – укомплектованность врачами и коэффициент совместительства в частном секторе.

Несмотря на рост количества врачей, как в государственном так и в частном секторах, количество посещений к врачам сокращается. Однако снижение числа посещений в частном секторе оказалось больше, чем в государственном, и составило 12%, тогда как в государственном 7% (рис. 28).



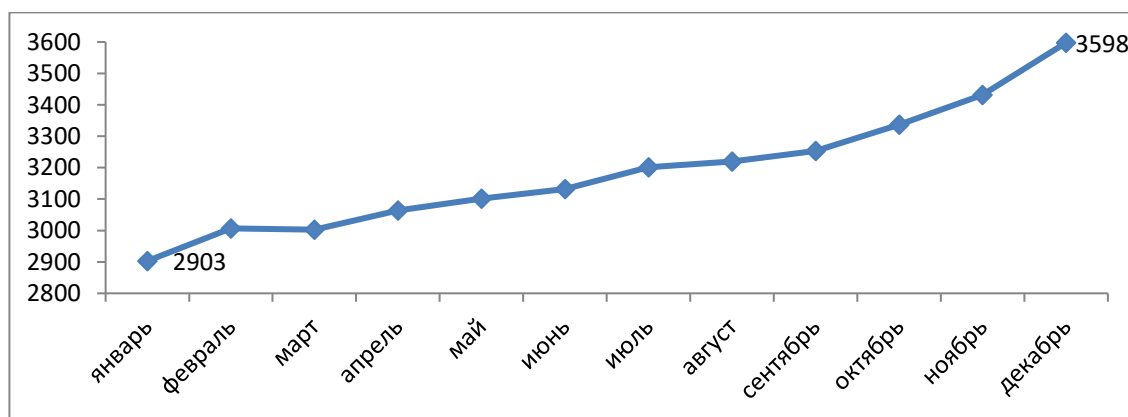
Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 28 – количество посещений к врачам в частном и государственном секторах

Как известно, эффективность деятельности ПМСП, направленной на повышение качества оказываемых медицинских услуг, возрастает в условиях внедрения принципа общей врачебной практики.

В Казахстане, стремясь повысить качество медицинских услуг, ежегодно растет количество участков ВОП.

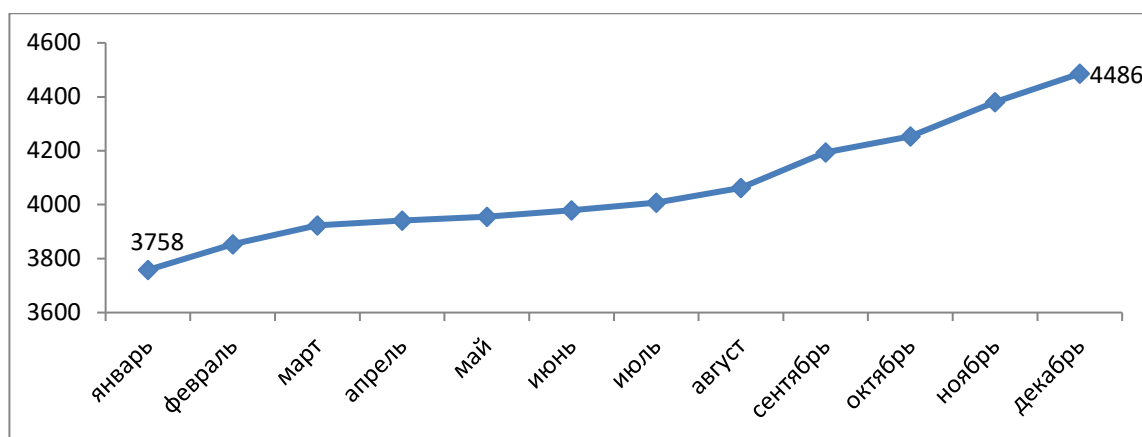
Так, в 2014г. в январе месяце количество участков ВОП составляло 2903. И уже к концу года, в декабре 2014г. количество участков ВОП увеличилось почти на 24% и составило 3598 (рис.29)



Источник: skpn.eisz.kz

Рисунок 29 – Количество участков ВОП в Республике Казахстан за 2014г.

В 2015г. наблюдается такая же положительная динамика к росту участков ВОП. Так, к концу 2015г. их количество увеличилось на 20% и составило 4486 участка, по сравнению с 3758 участками в начале года.



Источник: *skpn.eisz.kz*

Рисунок 30 - Количество участков ВОП в Республике Казахстан за 2015г.

Вместе с количеством участков ВОП также растет количество врачей общей практики. Как видно по графику на рисунке 30, за 2011-2015гг. возросло число врачей общей практики относительно числа участковых врачей. Так, в 2015г. число ВОП увеличилось в 1,9 раз по сравнению с 2011г. и составило 4014 врачей. Что касается участковых терапевтов и участковых педиатров, в 2015г. их число сократилось на 32,8% и на 28% соответственно по сравнению с 2011г.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 31 – Количество врачей в государственном секторе.

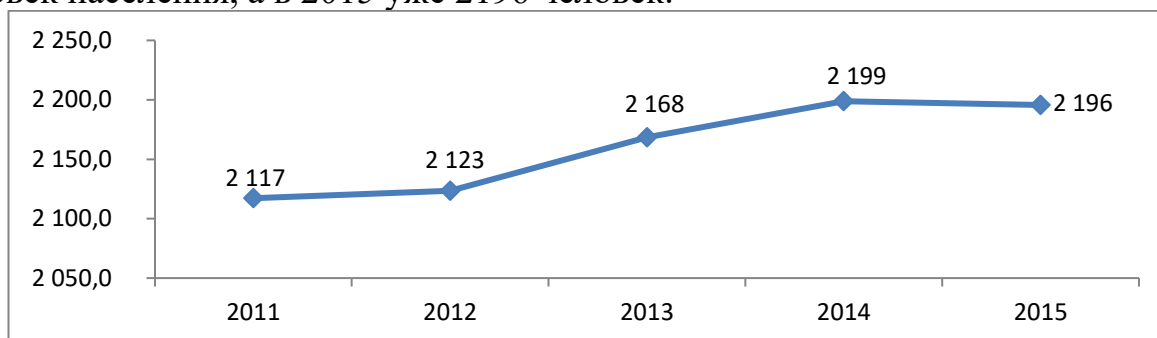
Аналогично увеличилось и число посещений к врачам общей практики. В 2015г. это число составило 18329164 и увеличилось в 2,2 раза по сравнению с 2011г., когда число посещений участковых терапевтов и педиатров сократилось за этот период (рис.32).



Источник – 30 стат.форма 2011-2014гг.

Рисунок 32 – Число посещений участковых врачей в государственном секторе.

Несмотря на ежегодный рост количества врачей, нагрузка на участковых врачей тоже растет. Так, в 2011 г. на 1 участкового врача приходилось 2117 человек населения, а в 2015 уже 2196 человек.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 33 – количество населения на 1 врача (ВОП, участкового педиатра, участкового терапевта)

На рисунке 34 показана динамика обеспеченности участковыми врачами на 10 тыс. населения. Так, на 10 тыс. человек в среднем приходится 4 врача. Однако, если наблюдать этот показатель в динамике, то он снижается. Лишь в 2015г. наблюдается незначительное увеличение на 0,006 по сравнению с 2014г. Таким образом, нагрузка на участковых врачей растет, при этом численность населения растет так, что мы можем наблюдать дефицит в участковых врачах. Для сравнения, в странах Европы нагрузка на 1 участкового врача составляет 1500 человек.

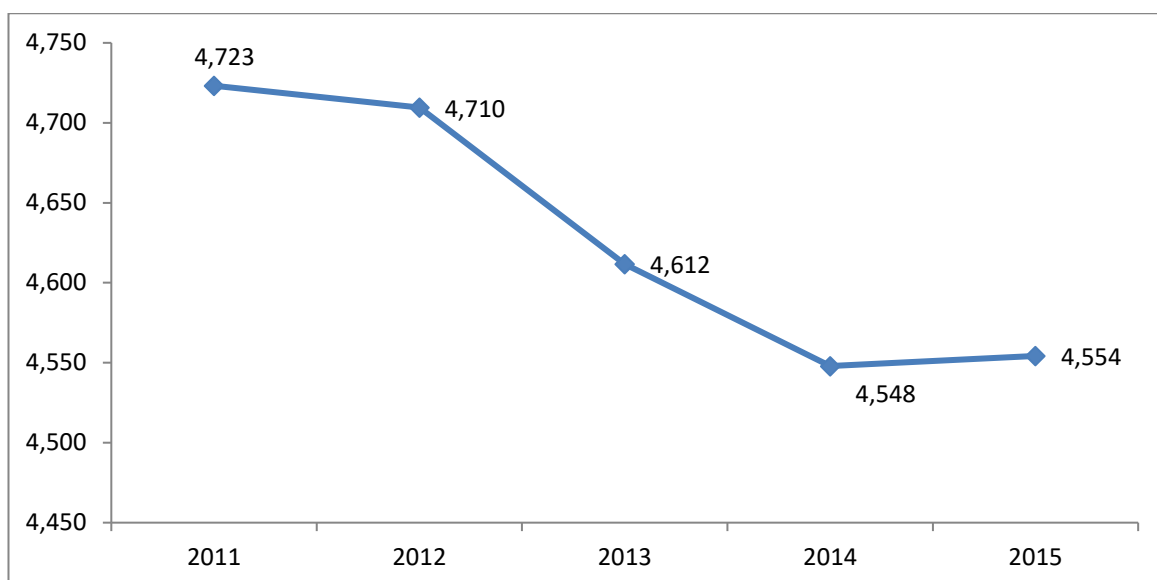
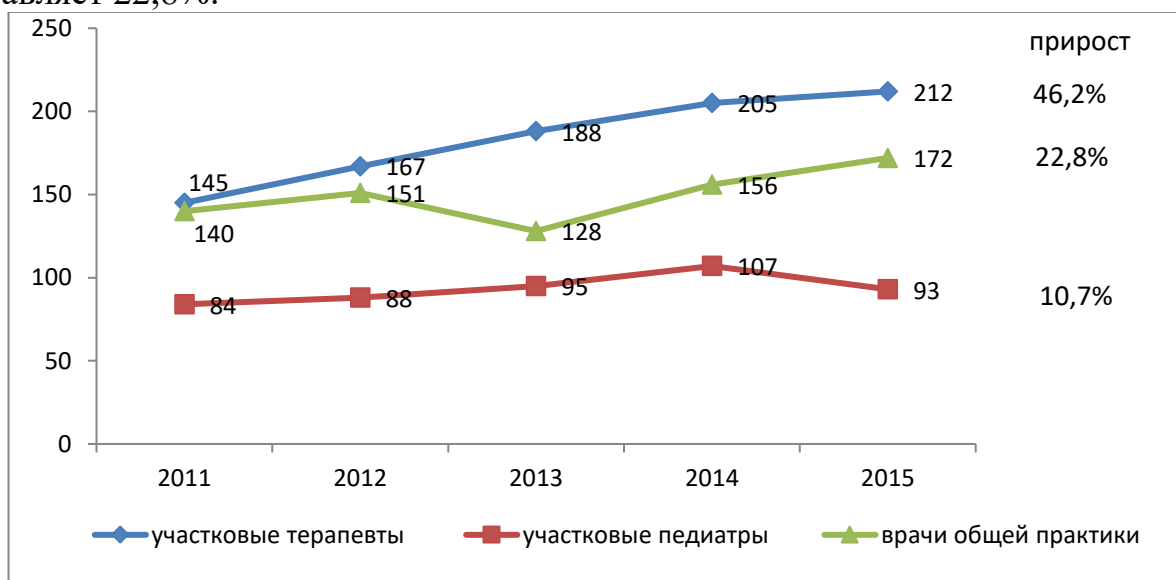


Рисунок 34 – обеспеченность врачами на 10 тыс. населения.

Для сравнения, количество участковых терапевтов и педиатров в частном секторе возросло на 46% и 10% соответственно. При этом до 2015г. наблюдалась возрастающая тенденция по количеству педиатров в частном секторе, однако в 2015г. произошло снижение их числа на 13% по сравнению с 2014г. В то время как по количеству участковых терапевтов мы видим ежегодный рост их числа.

Увеличение числа ВОП в частном секторе за рассматриваемый период составляет 22,8%.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 35 – количество врачей в частном секторе.

Число посещений к врачам в частом секторе имеет нестабильную динамику. В 2012г. произошло резкое сокращение посещений частных участковых терапевтов в 2 раза. Примечательно, что в государственном секторе в 2012г. число посещений к участковым терапевтам увеличивается.

Затем можно наблюдать положительную динамику в части посещений частных участковых терапевтов. Однако за рассматриваемый период общее число посещений к участковым терапевтам сократилось на 27%. Посещения к участковым терапевтам также снизилось на 10%. При этом посещения к врачам общей практики в частном секторе возросло на 15% (рис.36).



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг

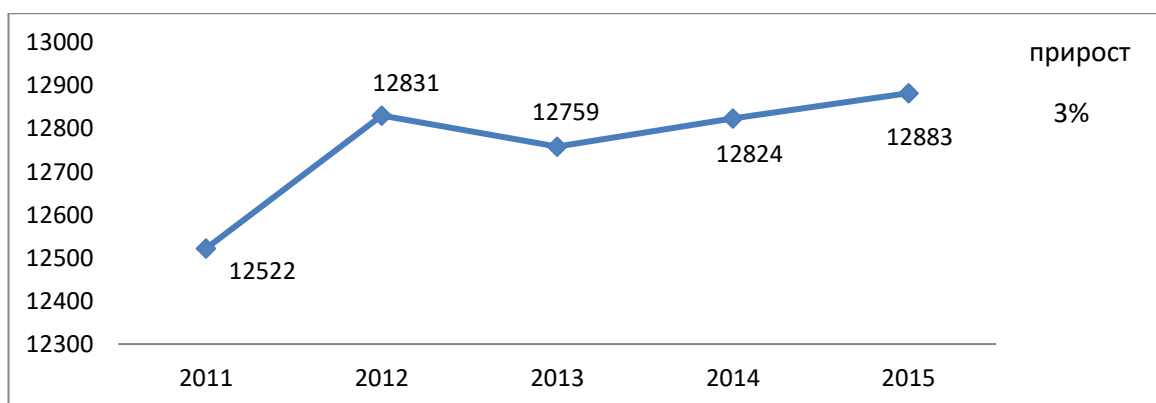
Рисунок 36 – Число посещений врачей в частном секторе

Таким образом, не смотря на рост количества участковых терапевтов и педиатров в частном секторе, число посещений к ним снижается. Вместе с тем, число посещений к ВОПам увеличивается, что говорит о приоритетном развитии принципа семейного врача как в частном секторе, так и в стране в целом, поскольку в государственном секторе число посещений к ВОПам также растет.

Тенденция к росту числа врачей, а также числа посещений к врачам общей практики в частном секторе говорит о том, что пациенты недостаточно удовлетворены предоставлением медицинских услуг в государственных поликлиниках и вынуждены обращаться к частным поставщикам.

Тем не менее необходимо продолжать развивать уровень ПМСП в государственном секторе и повышать доверие населения к медицинским услугам, оказываемым в государственном секторе.

Как видно из рисунка 37, число узких специалистов увеличилось на 3%.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 37 – Количество узких специалистов в государственном секторе.

При этом, несмотря на увеличение врачей узких специальностей, обеспеченность ими снижается.

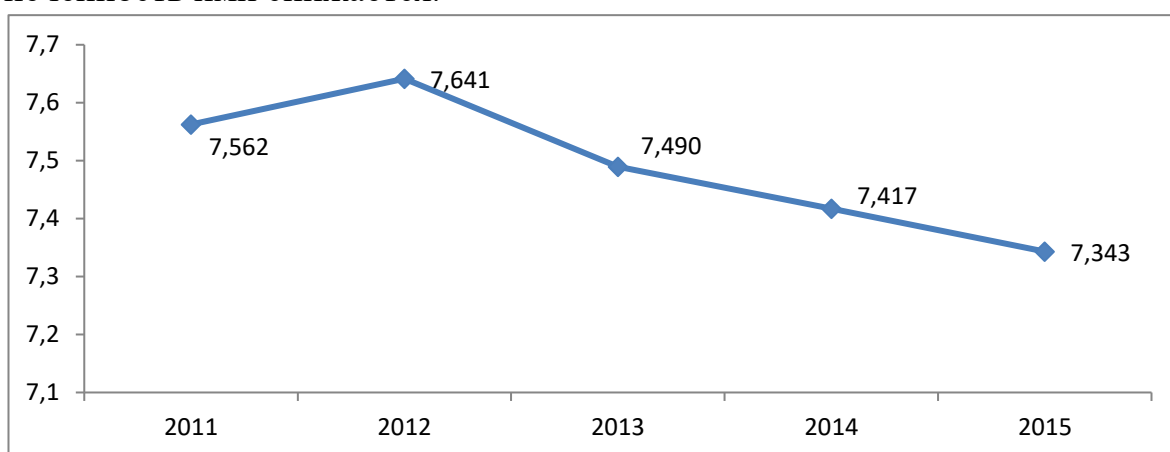
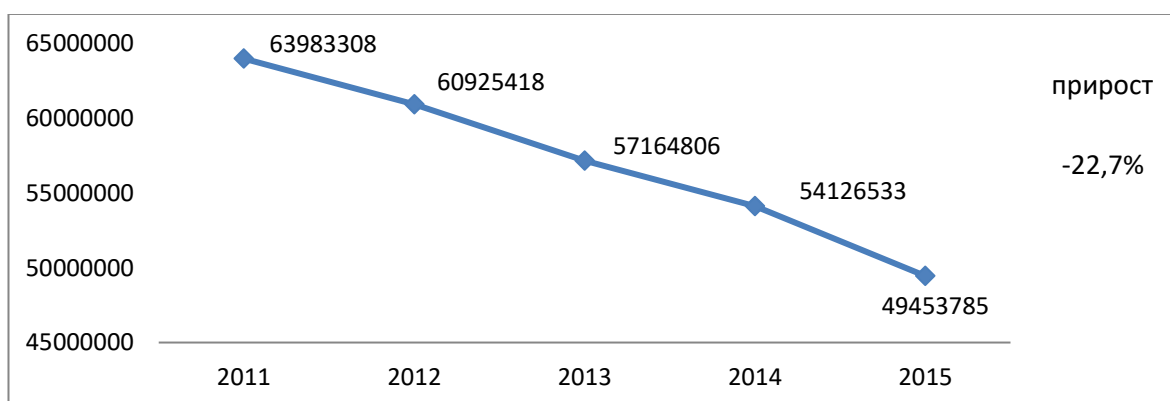


Рисунок 38 – Обеспеченность узкими специалистами на 10 тыс. населения.

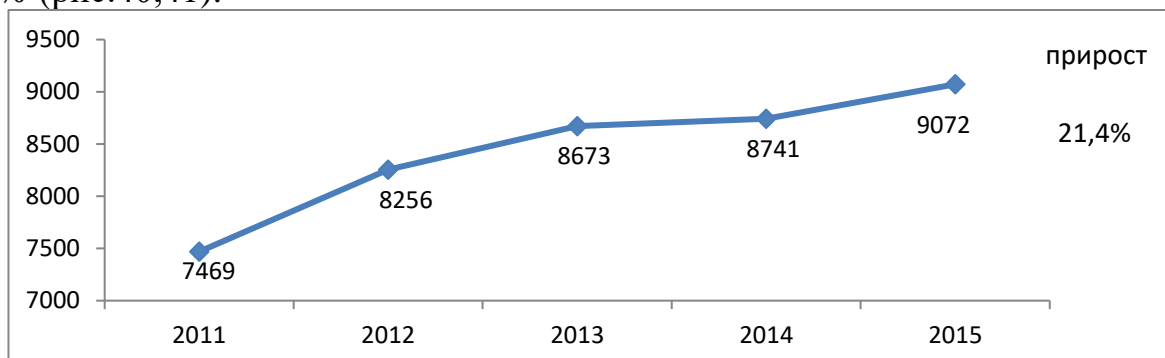
Соответственно в 2015г. посещение узких специалистов снизилось на 23% по сравнению с 2011г., население стало чаще обращаться к семейному врачу, чем к узкопрофильному специалисту.



Источник – 30 стат.форма 2011-2014гг.

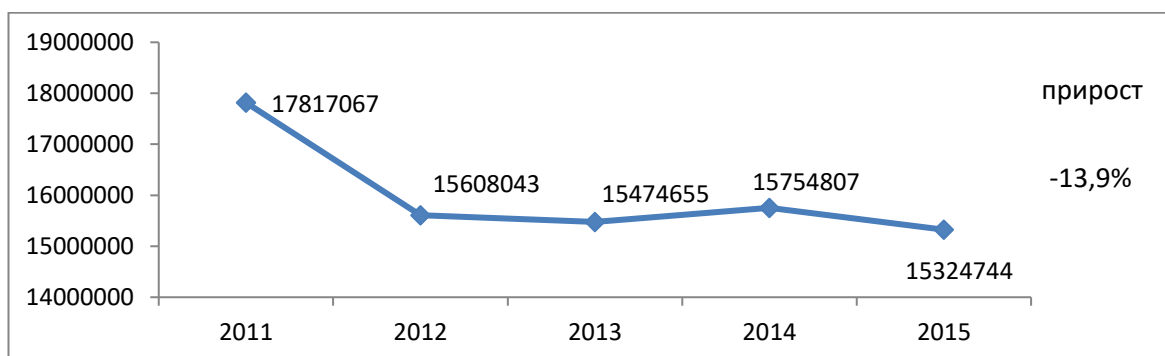
Рисунок 39 – Число посещений узких специалистов в государственном секторе.

Что касается частного сектора, то здесь прирост количества узких специалистов возросло на 21%, число посещений к ним сократилось на 13,9% (рис.40,41).



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 40 – Количество узких специалистов в частном секторе.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 41 – Число посещений узких специалистов в частном секторе.

Таким образом, из проведенного анализа можно сделать вывод о том, что в целом идет приоритетное развитие первичного звена, а именно принципа семейного врача. Об этом свидетельствует рост как количества ВОП, так и посещений к ним, в государственном и в частном секторах.

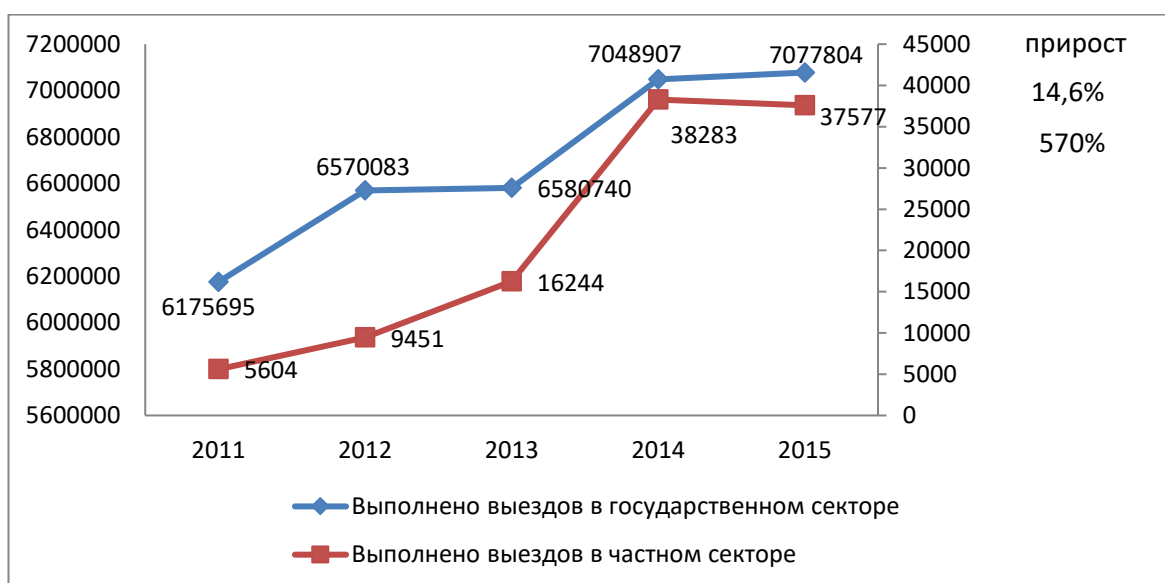
Количество терапевтов и педиатров в государственном секторе сокращается, в то время как в частном секторе их число увеличивается. Что может означать отток участковых терапевтов и педиатров в частный сектор.

Также количество узких специалистов в частном секторе значительно выросло, их прирост составил 21,4%. Для сравнения в государственном секторе их прирост составил 3%. Вместе с тем, отток специалистов в частный сектор приводит к увеличению нагрузки на врачебный персонал в государственном секторе. Если в государственном секторе коэффициент совмещения составляет 1,36, то в частном секторе этот показатель равен 1,15.

Скорая медицинская помощь и санитарная авиация

СМП оказывает бесплатную круглосуточную скорую и неотложную медицинскую помощь взрослому и детскому населению при угрожающих жизни состояниях, несчастных случаях, как на месте происшествия, так и в пути следования.

В 2015г. скорой медицинской помощью в государственном секторе выполнено 7040227 выездов, т.е. больше на 14,6% чем в 2011г. Тогда как в частном секторе количество выездов скорой медицинской помощи увеличилось в 6 раз. Предположительно, это может быть связано с увеличением расходов на ДМС. Однако, в структуре расходов ДМС отсутствует скорая медицинская помощь. Поэтому мы делаем допущение о том, что здесь расходы на скорую медицинскую помощь включены в расходы на оказание амбулаторной помощи.

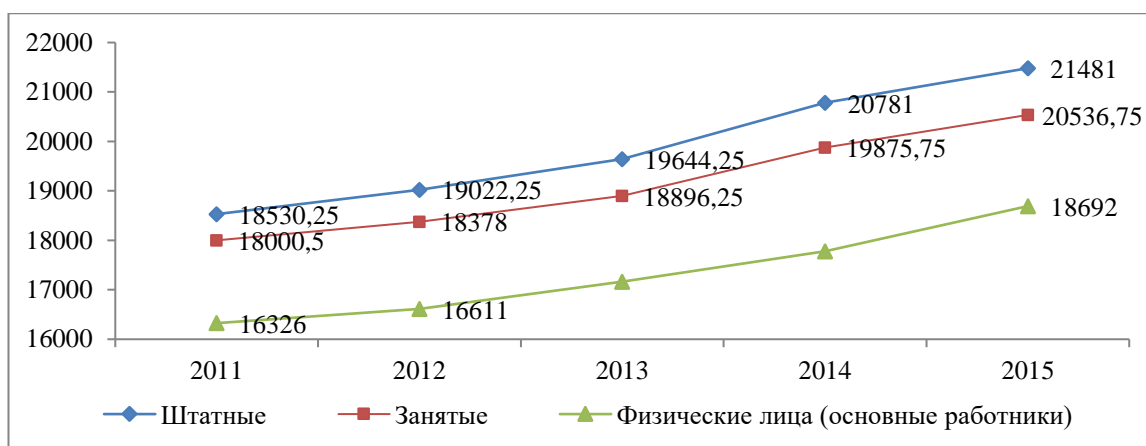


Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 40 – Количество выполненных выездов скорой помощью в государственном и частном секторах.

Количество штатных должностей скорой медицинской помощи ежегодно растет, при этом занятых должностей на 4,5% меньше, чем штатных.

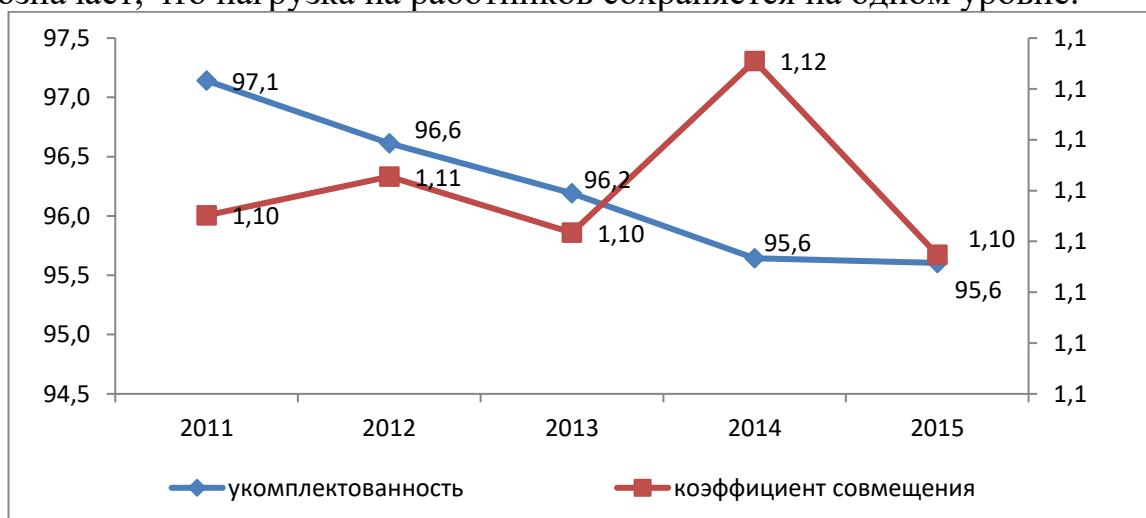
Количество физических лиц занятых на основных должностях также ежегодно растет. При этом количество штатных должностей больше основных работников на 14%. Что говорит о том, что персонал скорой медицинской помощи берет больше 1 ставки (рис.41).



Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 41 – Количество должностей организаций скорой медицинской помощи.

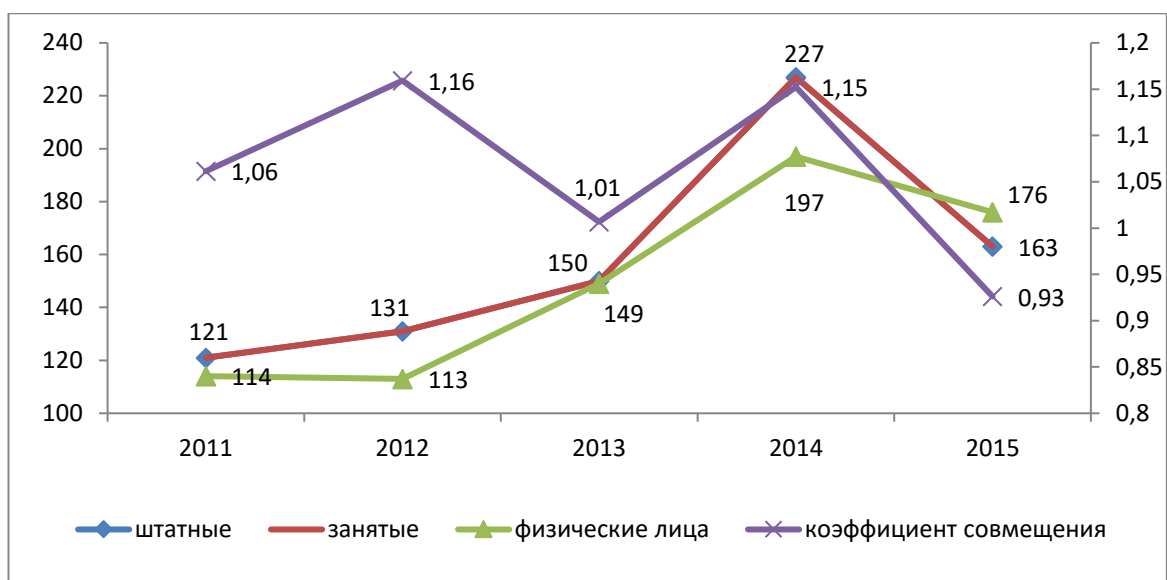
Укомплектованность персоналом в организациях скорой медицинской помощи снижается. То есть потребность в персонале возрастает, но спрос не удовлетворён. При этом коэффициент совмещения практически не меняется, что означает, что нагрузка на работников сохраняется на одном уровне.



Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 42 – Укомплектованность персоналом в организациях скорой медицинской помощи в государственном секторе.

В частном секторе количество штатных и занятых должностей в отделениях скорой медицинской помощи совпадают. Это означает, что укомплектованность персоналом здесь 100%. Коэффициент совмещения в 2015г. снизился до 0,93. Это означает, что персонала скорой помощи в частном секторе достаточно для удовлетворения спроса и нагрузка на них не так высока. Также, необходимо отметить, что частная скорая медицинская помощь развита лишь крупных городах, таких как Алмата и Астана.



Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 43 – Количество должностей организаций скорой медицинской помощи в частном секторе

Как было показано выше, количество вызовов скорой медицинской помощи в государственном секторе ежегодно растет. При этом количество выездов в городах больше, чем в сельских населённых пунктах в 2 раза (рис.44).



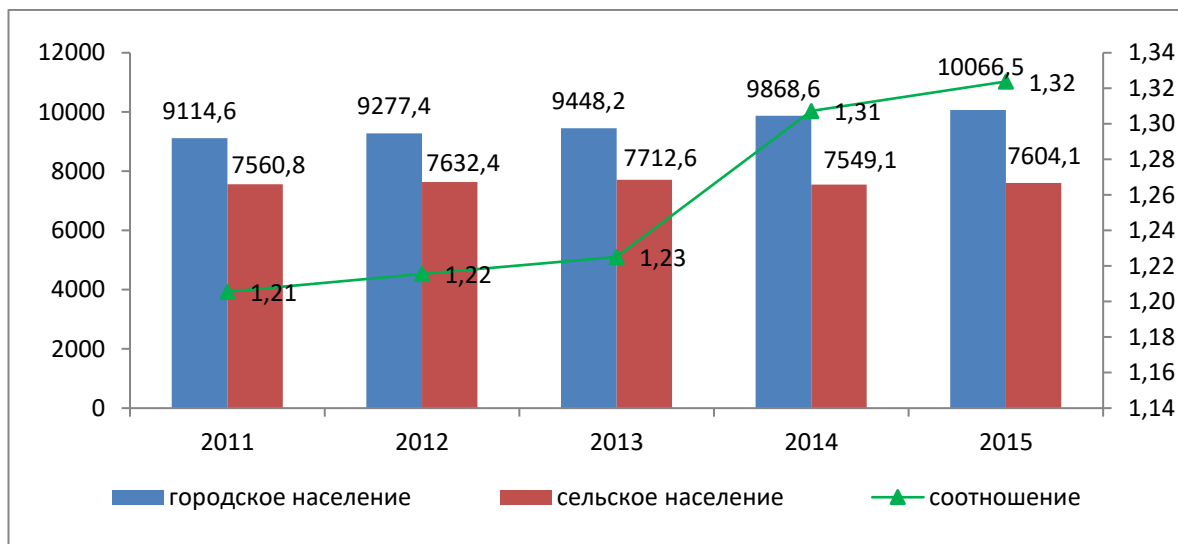
Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 44 – Количество выездов государственной скорой медицинской помощи в городах и сельских населенных пунктах.

Рассмотрим численность населения в городских и сельских районах. Как видно из рисунка 45 численность городского населения превышает сельское в 1,32 раза. В то время как количество выездов в городах больше, чем в селах в 2,5 раза. Из рисунка 46 мы видим, что количество выездов скорой помощи

на 1000 населения в городах превышает количество выездов в сельских районах почти в 2 раза.

Это позволяет сделать вывод о том, что доступность скорой медицинской помощи в городах выше. А в сельских районах из-за удаленности населенных пунктов скорая помощь недоступна.



Источник – статистический сборник МЗиСР РК *Здоровье население Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения*.

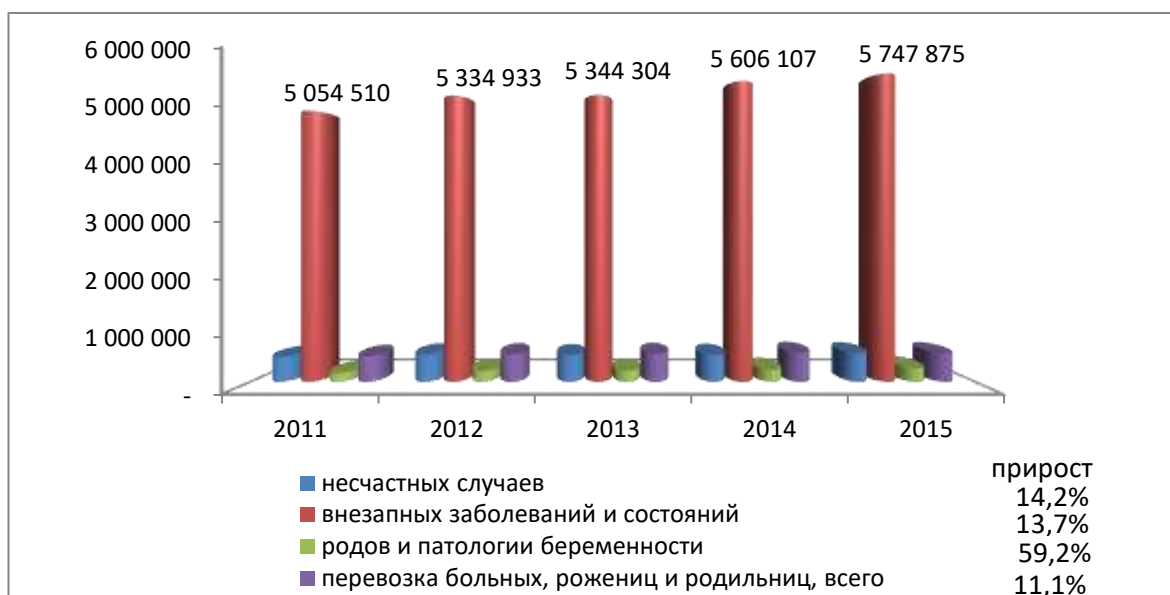
Рисунок 45 – численность городского и сельского населения (тыс. человек)



Рисунок 46 – количество выездов скорой медицинской помощи на 1000 населения в городских и сельских населенных пунктах.

В структуре всех выездов скорой медицинской помощи по причинам вызовов преобладают вызовы, связанные с внезапными заболеваниями и состояниями. Но наибольший прирост по количеству выездов составил по категории роды и патологии беременности – 59,2%.

Отметим, что выезды классифицируются по трем категориям – несчастные случаи, внезапные заболевания и состояния и роды и патологии беременности. Четвертый столбец в нашей гистограмме показывает количество перевозок.

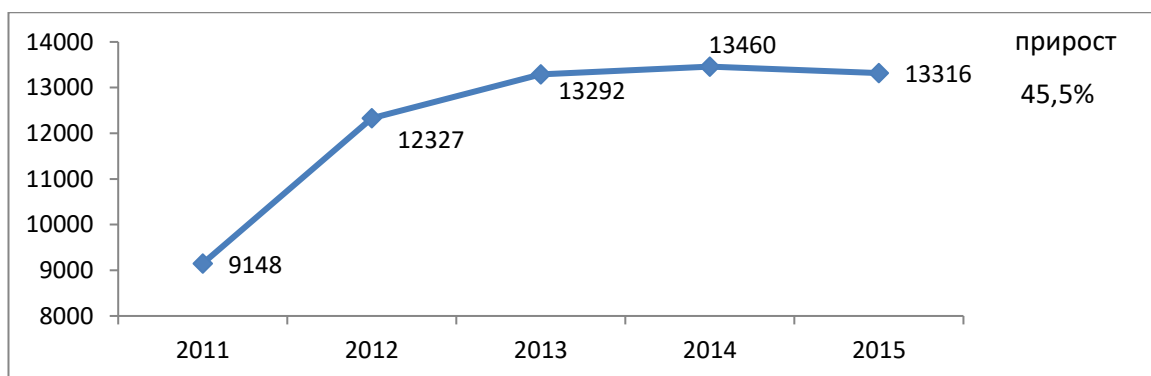


Источник – 40 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 47 – Медицинская помощь при выездах

Медицинская помощь в форме санитарной авиации оказывается в виде экстренной квалифицированной, специализированной, высокоспециализированной и консультативно-диагностической медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам мобильными бригадами санитарной авиации.

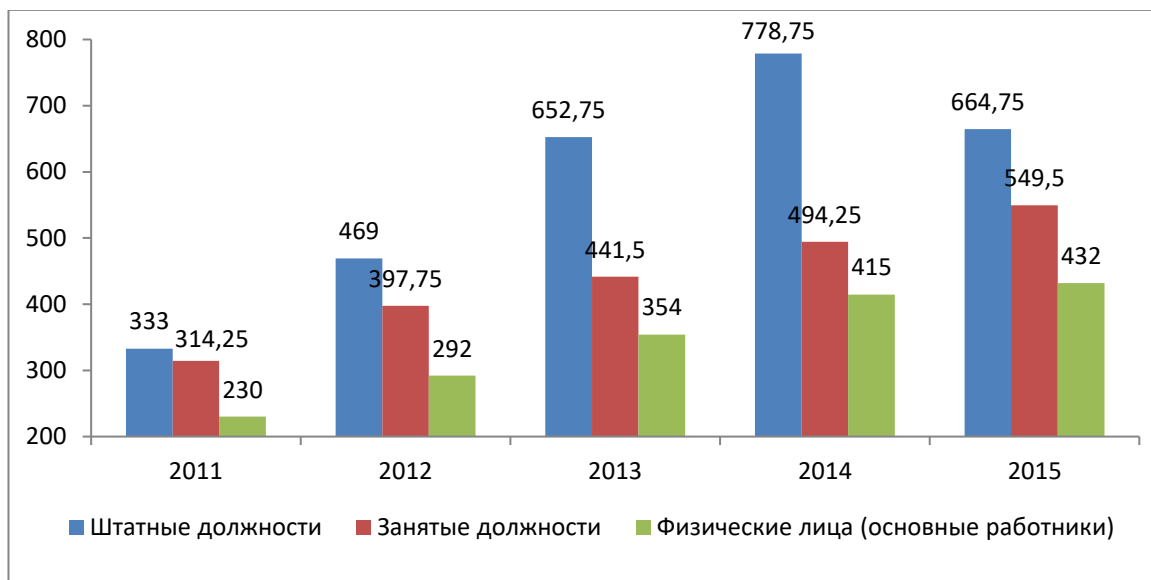
Для оказания медицинских услуг бригадами Республиканского центра санитарной авиации в 2015г. выполнено 13316 экстренных вылетов/выездов. По сравнению с 2011г. количество вылетов/выездов увеличилось на 4168 или более чем на 45,5%.



Источник – 22 стат.форма 2011-2014гг.

Рисунок 48 – Количество выполненных выездов/вылетов санитарной авиацией.

В динамике с 2011 по 2015 годы мы видим заметное увеличение занятых лиц в санитарной авиации и отделениях экстренной и планово-консультативной медицинской помощи. Однако существенным образом за анализируемый период выделяется тот факт, что количество штатных превышает количество занятых должностей, что может свидетельствовать о том, что сотрудники берут на себя несколько смен.



Источник – 22 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 49 – Итого штатные и занятые должные задействованные в санитарной авиации и в отделениях экстренной и планово-консультативной медицинской помощи

О высокой загруженности персонала санитарной авиации свидетельствуют данные о коэффициенте совмещения, который, хоть и снижается за рассматриваемый период, тем не менее остается на высоком уровне и составляет 1,27 (рис.50). Так, в 2015г. организации санитарной авиации были недоукомплектованы на 17,34%.

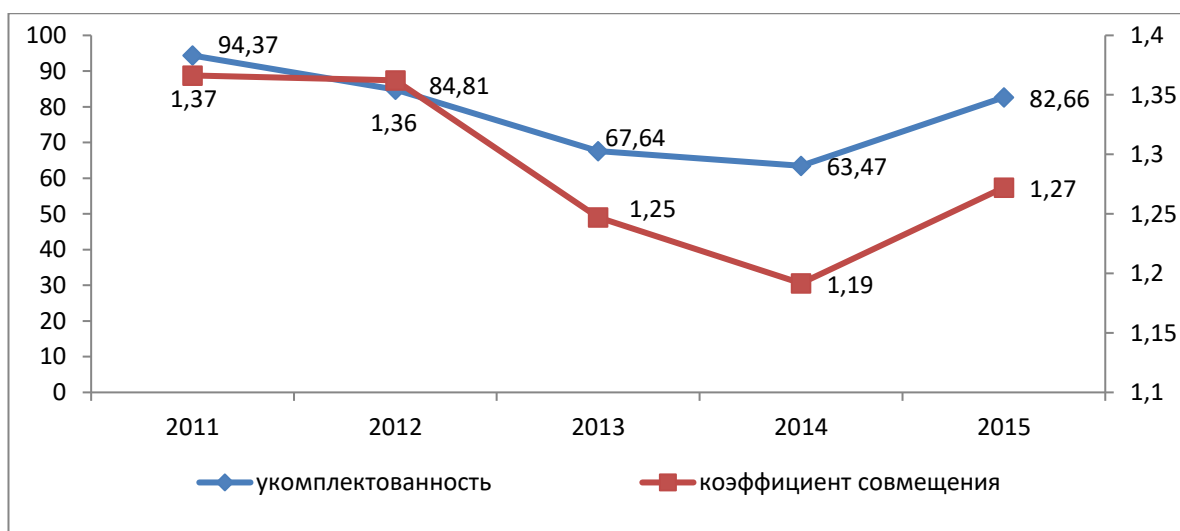


Рисунок 50 – Укомплектованность персоналом в организациях санитарной авиации.

Согласно графику на рисунке 51 мы видим нестабильную динамику санитарной помощи автотранспортом с 2011 по 2015 годы. Но в целом за рассматриваемый период наблюдается прирост количества выездов санитарным автотранспортом на 56%.

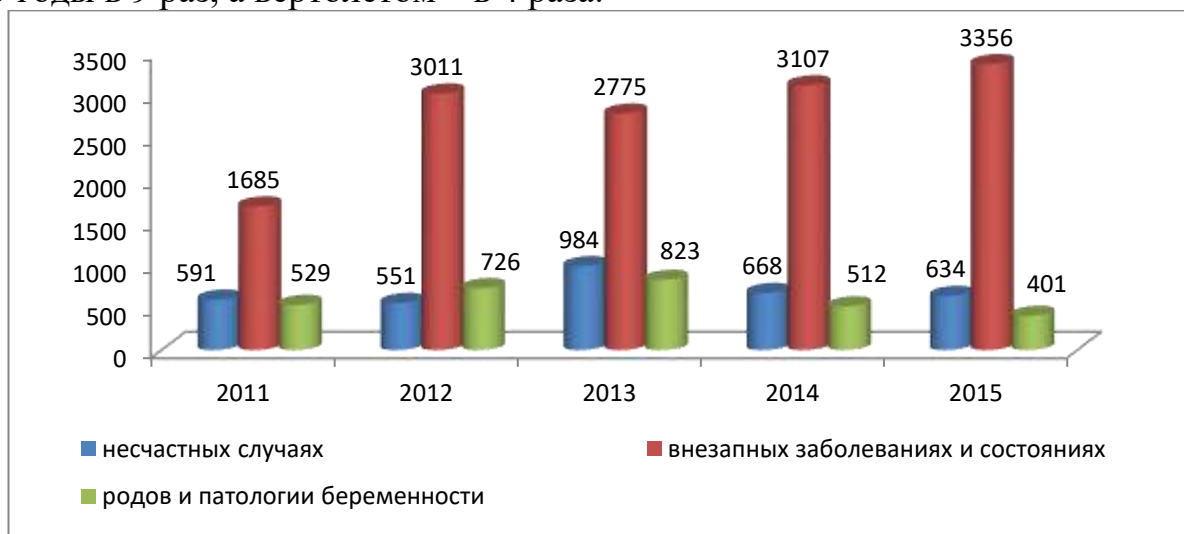
Однако заметное увеличение транспортировки больных наблюдается воздушным транспортом (рис.51)



Источник – 22 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 51 – Транспортировка больных, рожениц, родильниц и прочие перевозки при вылетах и выездах с 2011 по 2015 годы

Транспортировка больных самолетами заметно увеличилась с 2011 по 2015 годы в 9 раз, а вертолетом – в 4 раза.



Источник – 22 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 52 – Структура транспортировок при вылетах (самолетом/вертолетом)



Источник – 22 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 53 – структура перевозок санитарным автотранспортом

Стационарная медицинская помощь

Стационарная медицинская помощь – вид помощи, который оказывается населению на госпитальном этапе. Это наиболее дорогой вид медицинской помощи (в 2-3 раза дороже амбулаторной).

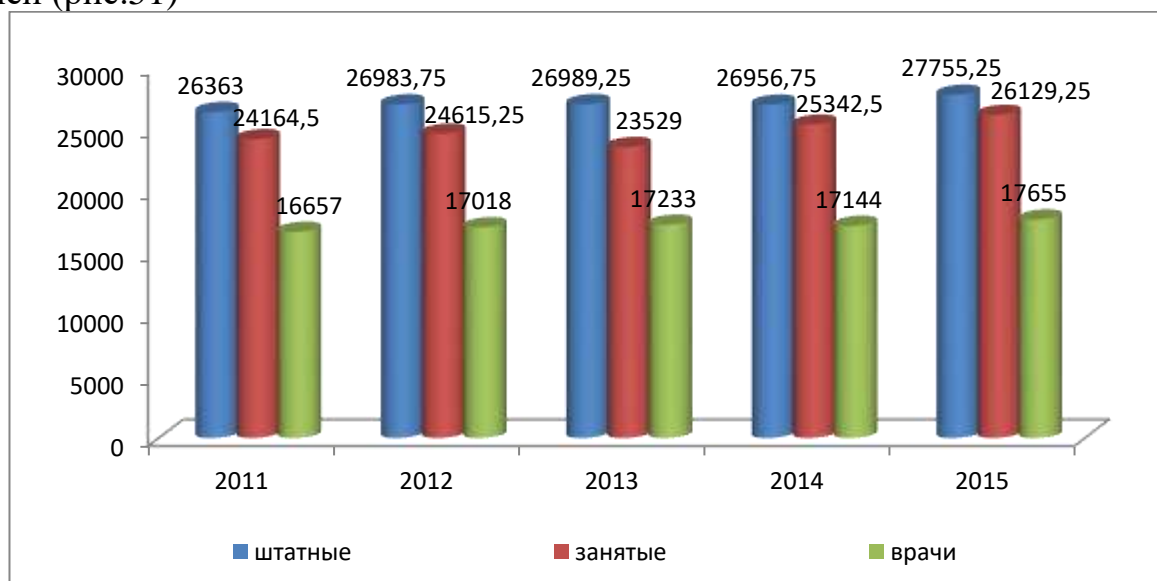
Несмотря на развитие сектора ПМСП, количество врачей стационаров продолжает расти как в государственном, так и в частном секторах. Однако рост количества врачей на стационарном уровне не такой значительный как в первичном звене. Их прирост в государственном секторе в 2015г. по сравнению с 2011г. составил 5,99%, а в абсолютном выражении увеличился с 16657 до 17655, то есть на 998 человек. Вместе с тем, рост количества врачей в стационарах в частном секторе составил 2,55% (рис.50)



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 50 – Количество врачей стационаров.

Количество штатных и занятых должностей растет вместе с количеством врачей (рис.51)



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 51 - Количество штатных и занятых должностей, число физических лиц на занятых должностях в государственном секторе (врачебный персонал)

Однако, больницы в государственном секторе продолжают оставаться недоукомплектованными на 5,86%. Прирост в данном случае составил 2,7%. Несмотря на рост укомплектованности врачами, нагрузка на врачей также увеличивается. Коэффициент совмещения в 2011г. составлял 1,45, а в 2015г. уже 1,48 (рис.52). Значение этого коэффициента показывает, на сколько ставок работает 1 врач. Такой уровень показателя говорит о критической ситуации в больничных организациях, поскольку это свидетельствует о том, что персонал сильно перегружен. И чем выше уровень этого коэффициента, тем ниже становится качество работы сотрудников в организации.

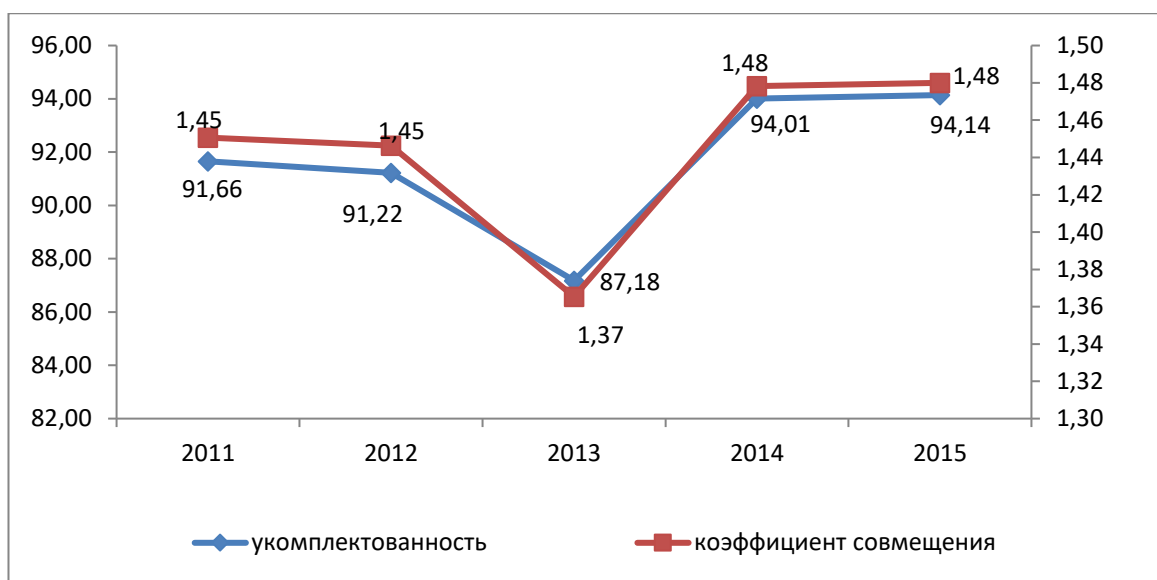


Рисунок 52 – Укомплектованность врачами в стационарах и коэффициент совмещения в государственном секторе

На рисунке 53 показано количество штатных, занятых должностей и физических лиц на занятых должностях в частном секторе. За рассматриваемый период наблюдается нестабильная динамика в отношении количества должностей в больничных организациях частного сектора. Однако в целом, по итогам 2015г. наблюдается рост по каждому из показателей.



Источник – 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 53 - Количество штатных и занятых должностей, число физических лиц на занятых должностях в частном секторе (врачебный персонал)

Что касается укомплектованности больниц в частном секторе, то в целом за 2011-2015гг. она снижается на 5%. Так частные больницы не

доукомплектованы на 13,15%. Коэффициент совмещения за рассматриваемый период постоянно меняется, однако в 2015г. он равен уровню в 2011г. и составляет 1,34. Этот показатель хоть и меньше, чем в государственном секторе, однако тоже свидетельствует о высокой загруженности врачей.

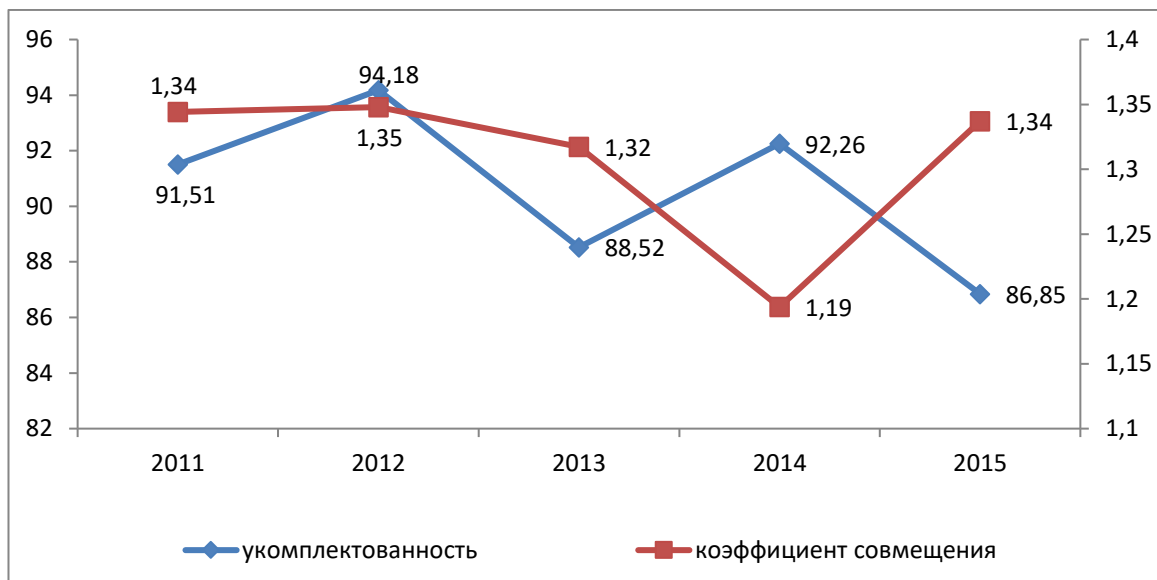
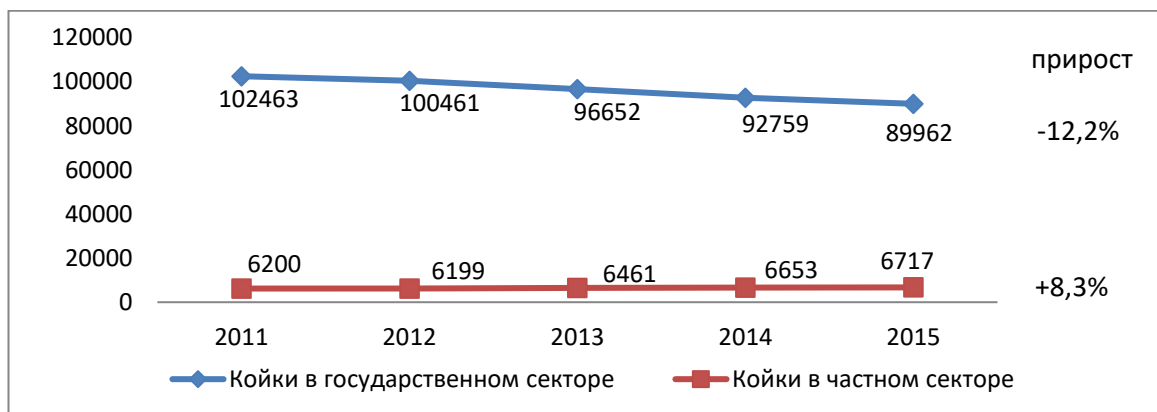


Рисунок 54 — Укомплектованность врачами в стационарах и коэффициент совмещения в частном секторе

Однако, не смотря на рост количества врачей, коечный фонд в государственном секторе за рассматриваемый период сокращается с 102463 до 89962 коек, то есть на 12501 койку, или на 13%. Вместе с тем, коечный фонд частного сектора увеличивается на 8,3%.



Источник — 30 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 55 — Коечный фонд в государственном и частном секторах.

Так, снижая коечный фонд, государство пытается перераспределить нагрузку с больниц на поликлиники, что позволит отказаться от госпитализации пациентов только для обследования. Это также свидетельствует о перемещении приоритетов на уровень первичного звена.

В стационарах, также как и в АПО в государственном секторе, очень высокая нагрузка на врачей. Она значительно превышает уровень нагрузки в частном секторе.



Источник – 14 стат.форма 2011-2015гг.

Рисунок 56 – пролеченные случаи в частном и государственном секторах

Число пролеченных случаев в государственном секторе сокращается вместе с коечным фондом. Таким образом, можно предположить, что государство пытается переместить акценты со стационарного уровня на уровень первичного звена, увеличивает в ПМСП количество посещений и не доводит пациентов до госпитализации. В частном секторе наблюдается небольшой прирост количества пролеченных случаев.

Анализ осуществлен на основе проведенных расчетов, представленных в **Приложении 2.** (на диске)

Выводы:

За рассматриваемый период наблюдается тенденция к увеличению расходов на здравоохранение, как общих, так государственных и частных.

Несмотря на увеличение ОРЗ, их доля в ВВП продолжает оставаться очень низкой. Для обеспечения эффективности функционирования системы здравоохранения ВОЗ рекомендует выделять как минимально необходимую величину 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% от ВВП в развивающихся странах. В Казахстане этот показатель равен 3,6% в 2015г.

В структуре государственных расходов продолжают преобладать расходы на стационарную помощь, однако важно отметить, что их доля снижается. В то время как доля расходов на АПП увеличивается.

В структуре частных расходов на здравоохранение преобладают расходы на лекарственное обеспечение и амбулаторно-поликлиническую помощь. Несмотря на рост расходов на АПП со стороны государства, население продолжает обращаться к частному врачу. Что может быть связано с возможностью более быстрого получения услуг (нет больших очередей) и соответственно экономией времени, более внимательный медицинский персонал в силу отсутствия огромного потока людей и лучшего материального положения, либо связано с недоверием населения к государственному сектору медицинских услуг.

Также, несмотря на увеличение финансирования АПП, наблюдается отток кадров из государственного в частный сектор. Это приводит к увеличению нагрузки на врачей поликлиники. Коэффициент совмещения в государственном секторе составляет 1,36. А в частном секторе, он равен 1,15. Также в силу большого потока пациентов на врачей ложится большая нагрузка. В государственном секторе число посещений ВОП за рассматриваемый период увеличилось на 115%. Для того, чтобы разгрузить врачей, необходимо увеличить количество ВОП или привлечь специалистов из частного сектора, сделать профессию врача в государственном секторе престижной.

Несмотря на роста количества врачей стационаров, нагрузка на них в государственном секторе увеличивается. Также, важно, что она значительно выше, чем в частном секторе.

Таким образом, для обеспечения доступности медицинской помощи и обеспечения финансовой защиты населения необходимо сдерживание тенденции к росту частных расходов и увеличение государственных расходов на ГОБМП, в частности на ПМСП.

т