

Б.С. Омирбаева

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, Нур-Султан, Казахстан
(E-mail: bibigul88@mail.ru)

К вопросу о частных расходах на здравоохранение

Развитие систем здравоохранения во всем мире всегда является актуальной задачей, которая направлена на улучшение здоровья населения. Однако любое совершенствование всегда сопряжено с высокими затратами. Именно поэтому мониторинг показателей расходов на здравоохранение является важным элементом в принятии решений. Одним из объектов пристального внимания в настоящее время являются наблюдаемые в Казахстане высокие частные расходы. Они создают угрозу доступности услуг здравоохранения, усиливают неравенство в уровне получения медицинских услуг и, соответственно, возлагают дополнительное бремя на беднейшие слои общества. Это связано с необходимостью приобретения дорогостоящего лечения, с вытекающими отсюда последствиями для экономического роста. Значительное ограничение бесплатного медицинского обеспечения или недостаточность его государственного финансирования приводит к росту доли частных расходов в результате вынужденного приобретения населением необходимой помощи за счет личных средств. С другой стороны, при увеличении государственного финансирования размер расходов из личных средств населения может увеличиваться за счет связанных трат, не покрываемых в рамках общественного здравоохранения (например, приобретение лекарственных препаратов), что может объяснить ситуацию по высокому уровню частных затрат в здравоохранении РК.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, ВВП, валовое капиталообразование, государственные расходы на здравоохранение, здравоохранение, личные платежи домохозяйств, ОЭСР, стационарное лечение, структура расходов, текущие расходы на здравоохранение, частные расходы на здравоохранение.

В настоящее время здравоохранение 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. Действующая система формирования ресурсов на здравоохранение в Казахстане, в целом, отвечает мировым тенденциям развития, о чем свидетельствует объем выделяемых ресурсов, который ежегодно увеличивается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее — ГОБМП). Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги.

В 2017 г. на текущие расходы здравоохранения (далее — ТРЗ) в Казахстане было выделено 1,66 трлн тг, что составило 3,1 % от ВВП. Повышение текущих расходов на здравоохранение свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения и повысить его конкурентоспособность. Однако этот показатель значительно ниже, чем в странах ОЭСР, где расходы на здравоохранение в среднем составляют 9 % от ВВП. По рекомендациям ВОЗ, для нормального функционирования медицины минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6–8 % от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5 % ВВП в развивающихся странах. Надо отметить, что, согласно международной классификации, общие расходы на здравоохранение включают в себя текущие расходы на здравоохранение и расходы на валовое капиталообразование.

Валовое капиталообразование — это общая стоимость активов, приобретенных поставщиками медицинских услуг и используемых регулярно или на протяжении одного года и дольше для предоставления медицинских услуг [1].

Текущие расходы на здравоохранение — это конечные потребительские расходы резидентов на товары и услуги здравоохранения. Другими словами, текущие расходы на здравоохранение включают в себя экономические ресурсы, затраченные на функции здравоохранения (услуги лечения, лекарства, и т.д.) [1].

Таким образом, текущие расходы на здравоохранение подразумевают конечное потребление, представляющее собой потребность домохозяйств, государства и некоммерческих организаций в товарах и услугах здравоохранения, тогда как валовое капиталообразование подразумевает потребность поставщиков медицинских услуг в капитальных благах.

Государственные схемы финансирования определяются законом. Для этой схемы устанавливается отдельный бюджет, но при этом необязательно государственные схемы финансирования полностью покрывают полную стоимость товаров и услуг. Часто полная стоимость услуг делится между двумя схемами финансирования: государственной схемой и частными расходами. Частные расходы на здравоохранение носят добровольный характер и включают в себя личные (карманные) расходы населения на здравоохранение, расходы на добровольное медицинское страхование и финансирование предприятий. Добровольное медицинское страхование приобретается и оплачивается по усмотрению самих страхователей или фирм, а также может приобретаться работодателем. Добровольное страхование обычно приобретается населением у частных страховых организаций.

Финансирование предприятий включает в себя механизмы, посредством которых предприятия напрямую предоставляют или финансируют медицинские услуги для своих работников без участия схемы страхового типа.

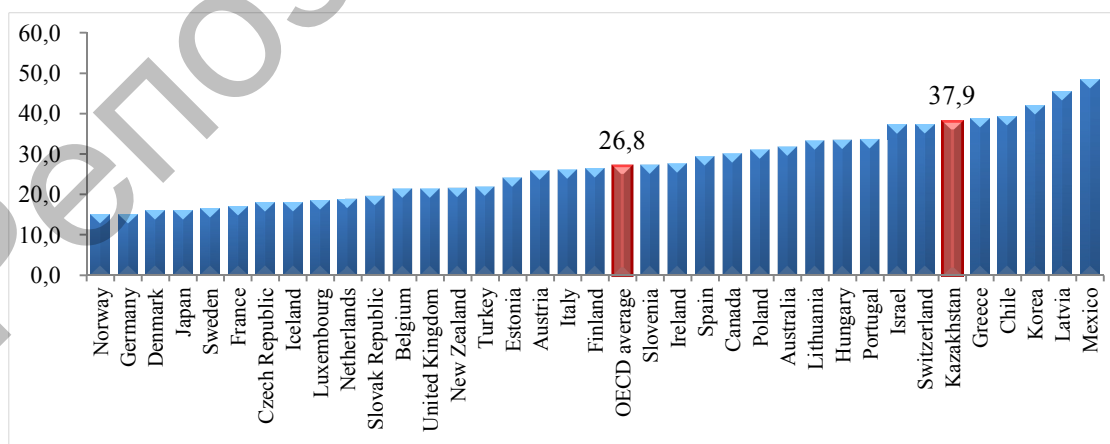
Наличные платежи «из кармана» домохозяйств являются прямой платой за услуги из первичного дохода домохозяйств или их сбережений. При этом оплата производится в момент получения услуг. Эти расходы показывают непосредственное бремя медицинских расходов, лежащее на домохозяйствах. В 2017 г. частные расходы на здравоохранение равнялись 626,9 млрд тг, что составляло 1,2 % от ВВП.



Примечание. Источник: таблицы национальных счетов здравоохранения РК за 2010–2017 гг.

Рисунок 1. Динамика частных расходов на здравоохранение, в млрд тенге и % ВВП

Как видно из рисунка 1, частные расходы на здравоохранение начиная с 2010 г. постоянно росли. Однако 2017 г. сократились, по сравнению с 2016 г., на 2,8 %. И хотя объем частных расходов сократился, он все еще остается на довольно высоком уровне, по сравнению со странами ОЭСР (рис. 2).



Примечание. Источник: статистическая база данных ОЭСР; таблицы национальных счетов здравоохранения РК за 2017 гг.

Рисунок 2. Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР в 2017 г., в % от ВВП

Для сравнения средний показатель частных расходов на здравоохранение в странах ОЭСР составляет 26,8 %. В Казахстане размер частных расходов на здравоохранение составляет 37,9 % от ТРЗ. Из них наличные платежи из кармана граждан составили 550,1 млрд тг, или 33,2 % от ТРЗ. Это является очень высоким показателем для частных расходов. ВОЗ рекомендует сдерживать уровень наличных платежей граждан на уровне 20 % от текущих расходов здравоохранения. Превышение этого порога, считает ВОЗ, может стать прямой угрозой для благосостояния населения и привести к черте бедности.

При этом в динамике этот показатель ежегодно растет. С 2013 г. платежи населения из кармана возросли почти в 2 раза, на 72,7 % (рис. 3). Однако важно отметить, что в 2017 г. «карманные» платежи граждан сократились по сравнению с 2016 г. на 4,1 %.

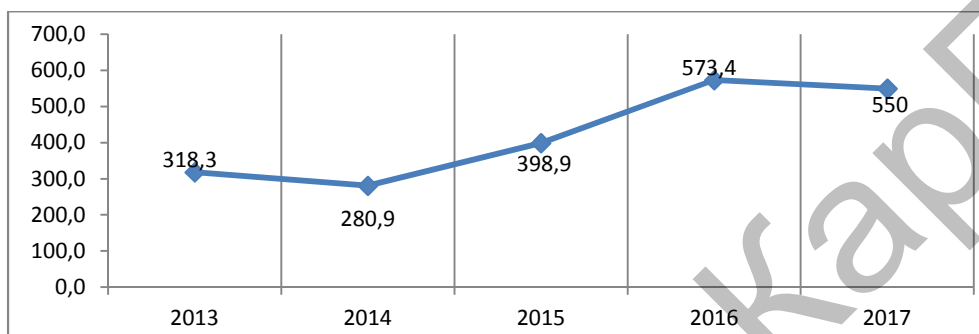


Рисунок 3. «Карманные» расходы населения на здравоохранение за период 2013–2017 гг., млрд тг

Сокращение расходов домохозяйств в 2017 г. по сравнению с 2016 г. произошло во многом за счет снижения расходов на приобретение лекарственных средств. Объем расходов домохозяйств на лекарственные средства в 2017 г. сократились на 13,4 % по сравнению с 2016 г. Однако в динамике с 2013 г. вырос более чем в 2 раза — со 145,3 млрд тг в 2013 г. до 350,1 млрд тг в 2017 г. (рис. 4). Также заметим, что расходы населения на лекарственные средства растут быстрее других расходов населения на здравоохранения (оказание амбулаторной помощи, услуги на стационарном уровне и т.д.). Так, расходы на амбулаторно-поликлиническое лечение выросли в 1,8 раз, а на услуги на стационарном уровне — в 1,14 раз за период с 2013 по 2017 гг. Это, может быть, связано с тем, что население очень часто может заниматься самолечением и чаще приобретает лекарства без рецепта врача. Также более быстрый рост расходов на лекарства можно объяснить инфляцией и девальвацией национальной валюты.

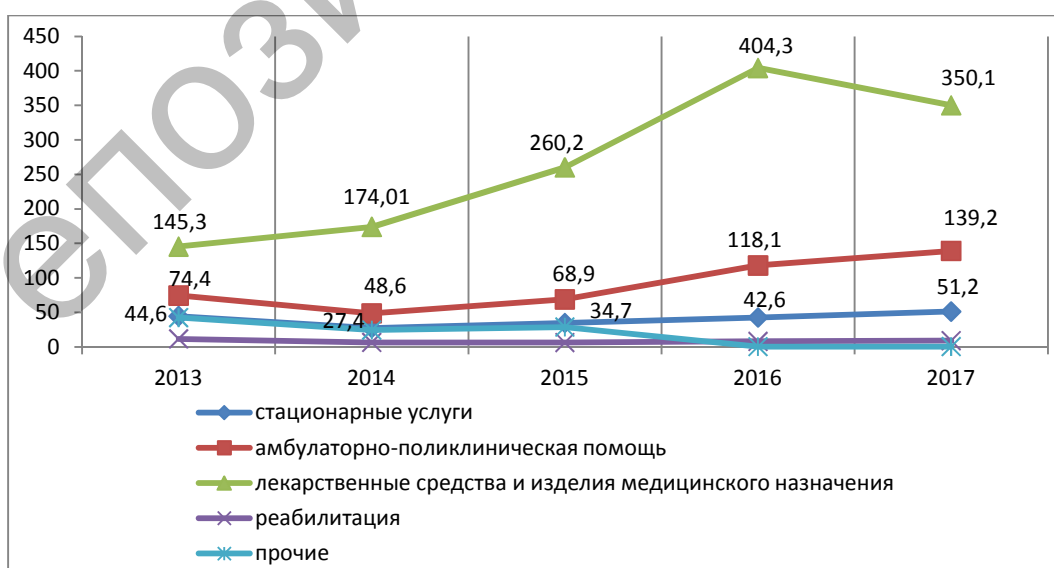


Рисунок 4. «Карманные» расходы населения на здравоохранение в разрезе форм медицинской помощи в 2013–2017 гг., млрд тг

Кроме того, высокий уровень частных расходов обычно связывают с тем, что уровень государственного финансирования не обеспечивает достаточного объема спроса на бесплатной основе и населению приходится обращаться к частному сектору, который предоставляет платные медицинские услуги. В Казахстане именно с этой причиной связывают высокий уровень наличных и неформальных платежей в здравоохранении. Также высокий уровень личных платежей граждан связывают с приобретением дорогостоящих препаратов, которые не покрываются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Перечень ГОБМП не пересматривался много лет, что привело к тому, что государство покрывало расходы на те услуги, которые не пользовались спросом среди населения. В этой связи в 2018 г. перечень бесплатных медицинских услуг был пересмотрен с целью снижения уровня наличных расходов населения и предотвращения угрозы приближения к черте бедности.

Также на частные расходы могут оказывать влияние такие социально-экономические факторы, как:

– уровень доходов населения. Вместе с ростом ВВП и ростом реальных доходов растут и личные расходы [2];

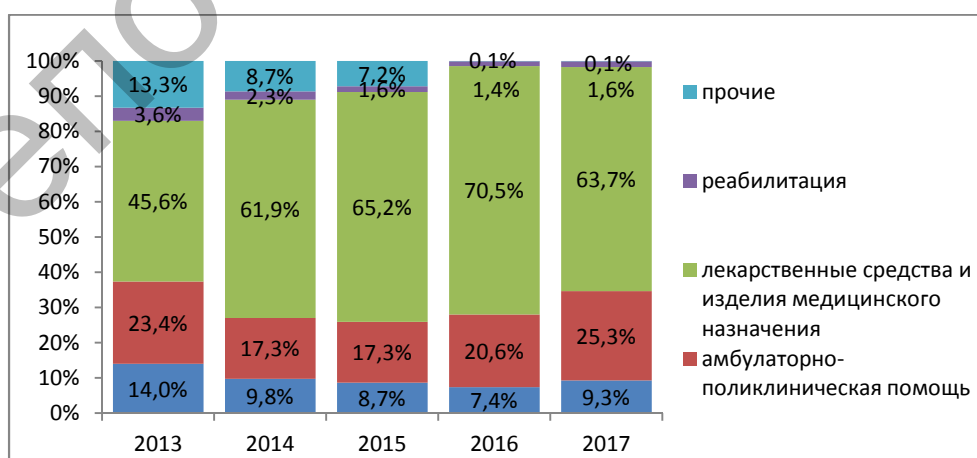
– возрастная структура и состояние здоровья населения. С ростом доли пожилого населения или ухудшением здоровья растет спрос на медицинские услуги. Поэтому от способности системы здравоохранения обеспечивать население медицинской помощью будет зависеть объем государственных [3] и частных расходов;

– уровень образования. Как показывает ряд проведенных исследований в западных странах, люди с более высоким уровнем образования склонны расходовать больше средств на медицинские услуги, что связано с более высоким уровнем осведомленности о здоровье, здравоохранении и необходимых медицинских осмотрах [4, 5].

Кроме того, очень важным является показатель именно «карманных» платежей населения. Сюда входят и расходы на платные услуги, и неформальные расходы населения. Именно наличные платежи населения характеризуют достаточность финансирования здравоохранения в целом. А поскольку в Казахстане наблюдается тенденция к постоянному росту «карманных» платежей граждан, то здесь уже налицо недофинансирование отрасли. К тому же 85 % наличных платежей населения были направлены в частные медицинские организации, и 15 % — в государственные. Это говорит о недоступности или же низком качестве медицинской помощи, предоставляемой в государственных медицинских организациях.

В структуре наличных расходов домохозяйств на услуги здравоохранения в 2017 г. основная доля приходилась на приобретение лекарств и изделий медицинского назначения — 350,1 млрд тг, или 63,7 % всех расходов населения на здравоохранение. Далее следуют оказание амбулаторных услуг — 139,2 млрд тг, или 25,3 % всех расходов домохозяйств. Наименьшая доля наличных платежей граждан приходится на оказание стационарных услуг — 9,3 %.

Стоит отметить, что в 2017 г. наблюдалось снижение частных расходов на 4,1 %, или в номинальном выражении с 573,4 до 550,1 млрд тг за счет сокращения расходов на приобретение фармацевтических товаров.



Примечание. Источник: таблицы национальных счетов здравоохранения РК за 2013–2017 гг.

Рисунок 5. Структура расходов домохозяйств на услуги здравоохранения, %

Заметим, что, несмотря на снижение расходов на лекарственные средства, расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь и стационарную помощь возросли. Уровень личных платежей граждан продолжает оставаться на высоком уровне. Адекватного эффективного замещения частных расходов государственными расходами не происходит. Поэтому имеет место дефицит доступности медицинских услуг. Высокий уровень частных расходов на услуги здравоохранения говорит о том, что население предпочитает оплачивать медицинские услуги за счет собственных средств. А это значит, что выделяемые государственные средства недостаточно эффективно используются.

Следовательно, надо ввести такой индикатор на выделяемые государственные средства, который бы реагировал на эффективность использования средств в здравоохранении. В мировой практике эффективность использования средств в здравоохранении оценивается с помощью таких показателей, как показатели качества управления бюджетными расходами, непосредственных результатов и конечных результатов.

Показатели качества управления бюджетными расходами могут включать такие, как, например, доля бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, подушевые расходы и т.д. Показатели результатов включают объем оказания амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя, объем оказания скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, соотношение плановых и экстренных госпитализаций, объем оказания стационарной помощи и т.д. Показатели конечных результатов показывают эффект от проводимой политики в области здравоохранения и могут включать следующие: смертность населения (младенческая, общая), смертность от различных причин смерти, показатели заболеваемости, удовлетворенность населения качеством медицинских услуг.

Так, несмотря на ежегодный рост средств, выделяемых на здравоохранение со стороны государства, расходы населения продолжают расти. Отсюда население берет на себя оплату относительно дешевых услуг, таких как амбулаторные услуги и приобретение лекарственных средств. Потребление амбулаторных услуг в частном секторе может быть обусловлено 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.

Несмотря на рост выделяемых средств на предоставление фармацевтических товаров со стороны государства, население продолжает приобретать лекарственные средства за счет собственных средств. Это может говорить о неэффективном распределении медикаментов на уровне амбулаторно-лекарственного обеспечения, недоступности амбулаторно-лекарственного обеспечения, личной заинтересованности врачей первичной медико-санитарной помощи выписывать рецепты определенных препаратов.

Таким образом, надо отметить, что недостаточно эффективное распределение амбулаторно-лекарственного обеспечения сдерживает развитие ПМСП. Признается необходимость проведения серьезной работы по улучшению качества медицинской помощи в государственном секторе здравоохранения. Поэтому Казахстану необходимо продвигать принципы доказательной медицины, разрабатывать и внедрять новые клинические руководства, основанные на стандартах ВОЗ, работая над улучшением качества на уровне поставщика медицинских услуг. Эти меры будут способствовать снижению частных, а именно личных расходов граждан на услуги здравоохранения.

Список литературы

- 1 A system of health accounts // OECD, Eurostat, WHO — 2011 — 522 p.
- 2 Xu K. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk / K. Xu, P. Saksena, M. Jowett et al. // *World Health Report*. — 2010. — № 19. — 22 p.
- 3 Cavalieri M. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix / M. Cavalieri, C. Guccio. — Pavia, 2006. — 32 p.
- 4 Bilger M. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? / M. Bilger, J.-P. Chaze // *Swiss Journal of Economics and Statistics*. — 2008. — № 144(3). — P. 337–358.
- 5 Sanwald A. What drives out-of-pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey / A. Sanwald, E. Theurl. — Innsbruck: University of Innsbruck, 2014. — 38 p.

6 Таблицы национальных счетов здравоохранения РК за 2010–2017 гг. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rcrz.kz>

7 Статистическая база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://stats.oecd.org/>

Б.С. Омирбаева

Денсаулыққа жеке шығындар туралы

Бүкіл әлемде денсаулық сақтау жүйесін дамыту халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған өзекті міндет болып табылады. Алайда кез келген жетілдіру әрқашан жоғары шығындарға байланысты. Сондықтан денсаулық сақтауға арналған шығыстар көрсеткіштерінің мониторингі шешім қабылдауда маңызды элемент болып табылады. Қазақстанда байқалып отырған жоғары жеке шығыстар назар аудару пәндерінің бірі болып табылады, олар денсаулық сақтау қызметтерінің қолжетімділігіне қауіп төндіреді, медициналық қызметтерді алу деңгейінде теңсіздікті күшейтеді және экономикалық өсу үшін туындайтын салдарға байланысты қымбат тұратын емдеуді сатып алу қажеттігіне байланысты қоғамның кедей топтарына қосымша ауыртпалықты жүктейді. Тегін медициналық қамтамасыз етудің елеулі шектелуі немесе оны мемлекеттік қаржыландырудың жеткіліксіздігі халықтың жеке қаражаты есебінен қажетті көмекті мәжбүрлеп сатып алуы нәтижесінде жеке шығыстар үлесінің өсуіне алып келеді. Екінші жағынан, мемлекеттік қаржыландыруды ұлғайту кезінде халықтың жеке қаражатынан шығыстардың мөлшері қоғамдық денсаулық сақтау (мысалы, дәрілік препараттарды сатып алу) шеңберінде жабылмайтын шығындар есебінен артуы мүмкін, бұл ҚР Денсаулық сақтаудағы жеке шығындардың жоғары деңгейі бойынша жағдайды түсіндіруі мүмкін.

Кілт сөздер: амбулаториялық-емханалық көмек, ЖІӨ, жалпы капитал құру, денсаулық сақтау, денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік шығыстар, үй шаруашылықтарының жеке төлемдері, ЭБДҰ, стационарлық емдеу, шығыстардың құрылымы, денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығындар, денсаулық сақтауға арналған жеке шығыстар.

B.S. Omirbayeva

On the issue of private expenses on health care

The development of health care systems around the world is always an urgent task, which is aimed at improving the health of the population. However, any improvement is always associated with high costs. That is why monitoring health expenditure is an important element in decision-making. One of the objects of attention is the high private expenses observed in Kazakhstan, which threaten the availability of health care services, increase inequalities in the level of health services and place an additional burden on the poorest segments of society, associated with the need to purchase expensive treatment with the ensuing consequences for economic growth. The significant limitation of free medical care or the lack of public funding leads to an increase in the share of private expenditure as a result of the population's forced acquisition of the necessary assistance at the expense of personal funds. On another hand, with an increase in public funding, the amount of personal expenses of the population may increase due to related expenses that are not covered by public health (for example, the purchase of medicines), which may explain the situation with regard to the high level of private costs in the health care of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: outpatient care, GDP, gross capital formation, public expenditure on health care, health care, out-of-pocket expenditures, OECD, inpatient treatment, expenditure structure, current expenditure on health care, private expenditure on health care.

References

- 1 A system of health accounts// OECD, Eurostat, WHO — 2011 — 522 p.
- 2 Xu K., Saksena P. Jowett M. et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk // Word Health Report. — 2010. — № 19. — 22 r.
- 3 Cavalieri M., Guccio C. Health expenditure in Italy: a regional analysis of the public-private mix. — Pavia, 2006. — 32 r.
- 4 Bilger M., Chaze J. -P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. — 2008. — № 144(3). — R. 337–358
- 5 Sanwald A., Theurl E. What drives out-of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey. — Innsbruck: University of Innsbruck, 2014. — 38 r.
- 6 Tablitsy natsionalnykh schetov zdravookhraneniia RK za 2010–2017 hh. *rcrz.kz*. Retrieved from <http://www.rcrz.kz>
- 7 Statisticheskaiabazadannykh OESR. *stats.oecd.org*. Retrieved from <https://stats.oecd.org/>