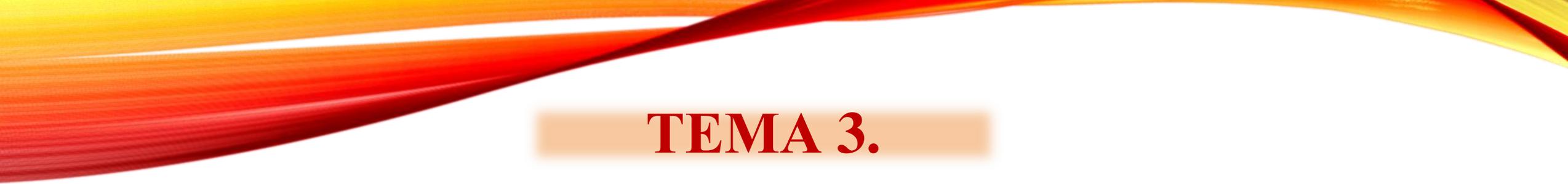


**ДИСЦИПЛИНА
«ЭКОНОМИКА И ФИНАНСИРОВАНИЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

**МОДУЛЬ 1 ВВЕДЕНИЕ В ЭКОНОМИКУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Д.м.н., профессор, Лауреат государственной премии в области науки и техники имени Аль-Фараби

Танбаева Г.З.



ТЕМА 3.

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
РЕСУРСЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ПЛАН

- 1) Принципы экономики здравоохранения. Понятие экономических ресурсов и проблема их ограниченности.
- 2) Спрос на медицинскую помощь. Спрос на здоровье, потребность. Производственные возможности общества
- 3) Ресурсное обеспечение здравоохранения как отрасли экономики
- 4) Эффективность и справедливость использования ресурсов ЗО
- 5) Рациональное использование ресурсов в здравоохранении

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЗГЛЯД НА УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНИЧНЫМИ РЕСУРСАМИ ВО ВРЕМЯ КРИЗИСА

Надежная система ОЗ

Больницы должны быть финансово стабильными, чтобы обеспечить эффективное и действенное оказание МП

Влияние кризиса на планы эффективного управления работой больниц

Во время пандемии коронавируса у части больниц ↓ доходы от плановых процедур, которые были отложены для увеличения пропускной способности пациентов с COVID-19
Согласно исследованию McKinsey, больницы сократили доходы до 50%.

Экономика ЗО

Это подход, максимизирующий эффективность, действенность и ценность оказания МП.

Благодаря эффективному управлению больничными ресурсами больницы могут поддерживать финансовую состоятельность даже в условиях кризиса

Больницы, которые используют экономику ЗО и стратегии управления больничными ресурсами, могут лучше работать во время кризисов.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: 1 - ПРИНЦИПЫ ЭКОНОМИКИ ЗО

Экономика ЗО

- одна из многих дисциплин, которые могут использоваться для анализа проблем здоровья и ЗО;

Моррис, Девлин Паркин
и Спенсер (2012)

- Экономика ЗО - это применение экономической теории, моделей и эмпирических методов к анализу принятия решений отдельными лицами, поставщиками МУ и правительствами в отношении здоровья и МП

Экономические ресурсы

- Это вид ресурсов, необходимых для производства благ — товаров и услуг
- Важное условие создания жизненных благ, к которым относятся и МУ, - наличие у субъектов экономики ресурсов необходимого качества и многообразия
- Экономические ресурсы: природные, трудовые, финансовые, материальные, производственные и др.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В ЗО: 4 ФАКТОРА ПРОИЗВОДСТВА

Земля - условие любой деятельности, земля и природные ресурсы (персонал)

Труд - трудовой потенциал в ЗО представлен различными группами мед. и административно-хозяйственного персонала

Капитал - здания, сооружения, коечный фонд, производственная инфраструктура, транспорт, медицинское, диагностическое и лабораторное оборудование, накопления в денежной форме

Предпринимательская инициатива руководителей различных подразделений МО - важное условие организации предоставления МУ.

На то, как входы преобразуются в результаты, могут влиять другие опосредующие факторы, например среда, в которой происходит производство, например, является ли клиника государственной или частной собственностью.

ОГРАНИЧЕННОСТЬ ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ



- Именно поэтому экономические субъекты в условиях многообразия потребностей при ограниченности средств удовлетворяют не все из желаемых потребностей и не в полной мере.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БЛАГО

- Термин « *экономические товары* » используется для описания товаров и услуг, которых недостаточно по сравнению с нашими потребностями в них.
- ЗО является таким же экономическим благом:

РЕСУРСЫ,
используемые
для ЗО,
КОНЕЧНЫ

можем использовать
больше этих ресурсов
для создания ЗО только
в том случае, если мы
отвлечем их от других
целей

ПОТРЕБНОСТИ
общества в
медицинской помощи
БЕЗГРАНИЧНЫ

общество потребляло бы при отсутствии
ограничений на его способность платить за
это, без известных границ.

Нигде в мире нет системы ЗО, которая выделяла
бы на ЗО достаточно ресурсов для
удовлетворения всех потребностей своих
граждан

Цель национальной системы
ЗО скорее состоит в том,
чтобы
удовлетворять *потребности*,
а не *желания*.

Но также бывает и так, что
удовлетворение одной
потребности может означать,
что другая потребность не
удовлетворена и что никто не
открыл предела потребности.

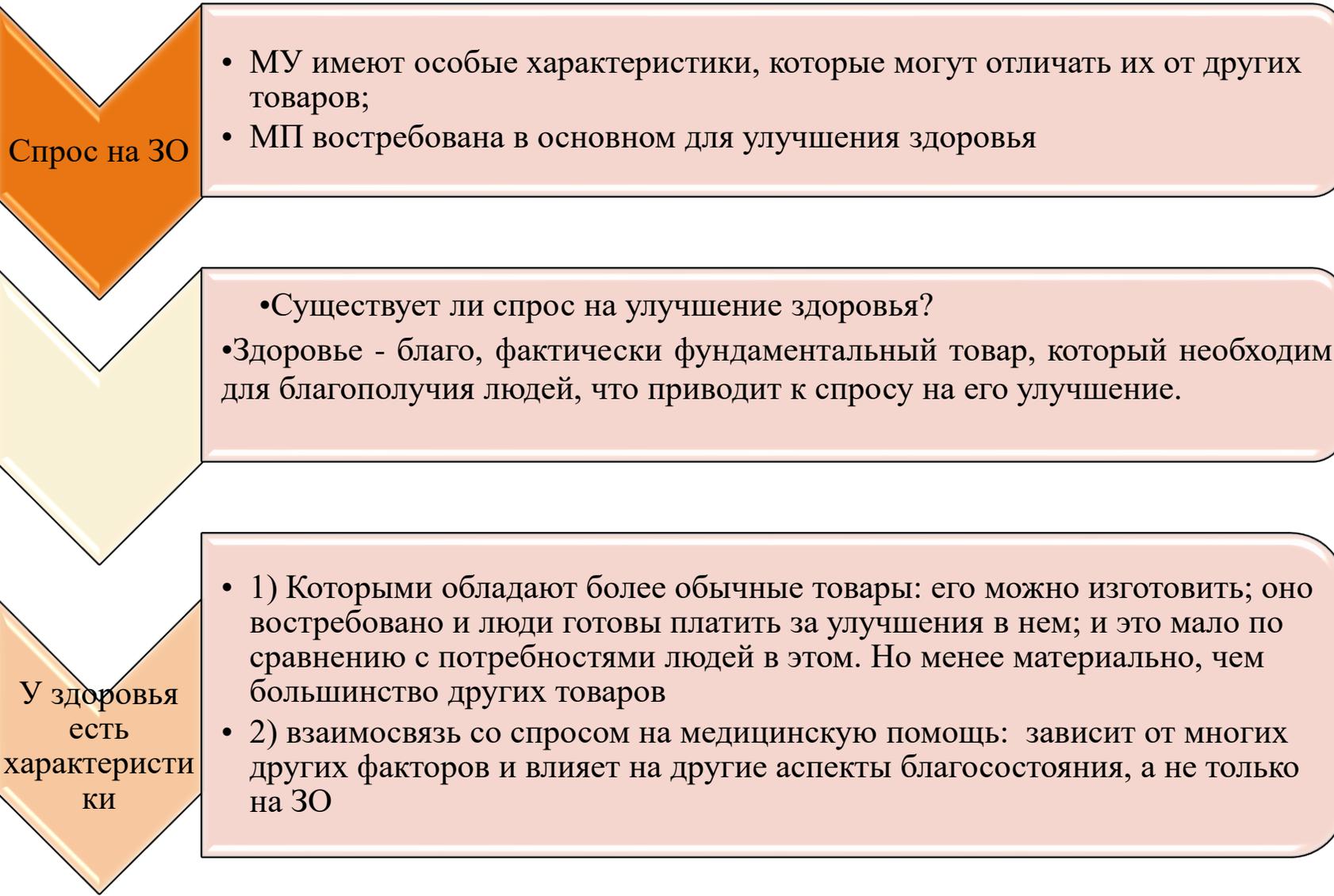
РЫНКИ, СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ В ЭО

- Хотя общество принимает коллективные решения о том, что, как и для кого производить, в большинстве современных экономик это в значительной степени осуществляется через рынки, путем взаимодействия тех, кто хочет купить (покупатели или потребители), и тех, кто хочет продать (продавцы) или поставщиков).
- **Рынки решают, что производить и для кого:** ограниченные ресурсы направляются на производство товаров, спрос на которые высок, а не других товаров, за которые желание и способность потребителей платить меньше. Спрос на такие товары ниже и цены на них ниже.
- **Рынки также помогают определить, как производятся товары, а также что и для кого.**

Если мы также предположим, что поставщики стремятся получить как можно больший доход от того, что они продают, то они захотят снизить издержки производства, выбрав наиболее эффективные методы производства.

- Конечно, реальная экономика гораздо сложнее, но дело в том, что рынки не приводят к случайному распределению дефицитных ресурсов, а являются результатом стимулов, предоставляемых экономическим субъектам, как потребителям, так и производителям, ценами.

СПРОС НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, СПРОС НА ЗДОРОВЬЕ И ПОТРЕБНОСТЬ



РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ И ПЛАТЕЖЕСОСОБНЫМ СПРОСОМ В ЗО

В контексте экономики обычных товаров и услуг

- Различие между потребностью (*желанием* что-то потреблять) и *платежеспособным спросом* (потребностью, подкрепленной готовностью и способностью платить за это);
- Платежеспособный спрос является определяющим фактором распределения ресурсов на рынке, а не потребности

В контексте ЗО

- в ЗО важны не желания и не требования, а *потребности*.
- Экономисты в области ЗО интерпретируют потребность в МП как *возможность извлечь* из нее пользу, связывают потребность в МП с потребностью в улучшении здоровья.

- Не все желания являются потребностями и *наоборот*. Например, человек может хотеть принимать пищевые добавки, даже если они не улучшат его здоровье; или они могут не захотеть посещать стоматолога, даже если это улучшит их здоровье полости рта.

ПОСТАВЩИКИ МЕД. УСЛУГ

Существуют 2 хорошо известные теоретические крайности рыночной структуры

1) В условиях совершенной конкуренции на рынке присутствует очень много фирм

Другие модели находятся где-то посередине

2) Монополия имеет только одну фирму, которая имеет большую рыночную власть,

ни одна из них не обладает реальной экон. властью, не получает прибыли, цены настолько низки, насколько это возможно, а объем производства настолько высок, насколько это возможно

получает максимально возможную прибыль, имеет более высокие цены и более низкий объем производства

С помощью этих моделей относительно легко можно проанализировать поведение некоторых МО: фармкомпаний, поставщиков стоматологических и офтальмологических услуг, а также компаний, занимающихся продажей ЛС, и коммерческих страховых компаний.

Например, регулирование сектора поставщиков услуг в Великобритании все чаще определяется использованием рыночных сил, включая возможность состязательности, для обеспечения некоторого конкурентного давления для повышения эффективности.

ИНКРЕМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И МАРЖА

Экономика анализирует многие виды экономической деятельности в соответствии с маржинальными принципами, что является частным случаем так называемого инкрементального анализа

Инкрементальный анализ - последствия изменений в использовании ресурсов исследуются в зависимости от того, насколько они отличаются от текущего использования

Анализ фокусируется на том, насколько затраты и выгоды \uparrow или \downarrow из-за изменения в использовании ресурсов, а не на абсолютных уровнях затрат и выгод, которые существуют после изменения

Анализ постепенных и предельных изменений

Предельные затраты на товар или услугу определяются как дополнительные затраты, связанные с производством еще одной их единицы.

Эти затраты могут быть большими, даже если изменение количества товара или услуги невелико.

Пример: услуга представляет собой конкретную хирургическую операцию

Операционная достигла полной мощности.

Тем не менее, предельные затраты на последнюю операцию, выполненную в рамках существующих возможностей, могли быть довольно небольшими: просто расходы на персонал операционной, расходные материалы и последующий уход

Выполнение одной дополнительной операции потребует строительства новой операционной, поэтому ее предельные затраты будут очень высокими.

ВАЖНОСТИ РАССМОТРЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ

Оценка дополнительных затрат

Оценка воздействия схем ранней выписки, направленных на ↓ стационарных хирургических затрат за счет ↓ ср. к/дня пребывания в стационаре.

Больницы могут рассчитать среднюю стоимость дня на основе информации о средней стоимости и продолжительности стационарного пребывания.



Затраты к/дня

Однако на практике стоимость каждого дня пребывания в стационаре зависит

В начале пребывания в стационаре возможны высокие затраты на хир. вмешательство и уход.

В конце пребывания может быть просто базовый уход и «гостиничные» расходы, которые будут намного меньше, чем расходы, усредненные за весь период пребывания.

Т.о., сокращение количества дней с низким уровнем зависимости в конце пребывания сэкономит гораздо меньше средств, чем можно было бы ожидать, глядя на среднее значение.

Предельная выгода — это доп. выгода, полученная от потребления еще одной единицы товара

Рассмотрим программу скрининга, которая может выполняться с различным количеством последовательных тестов.

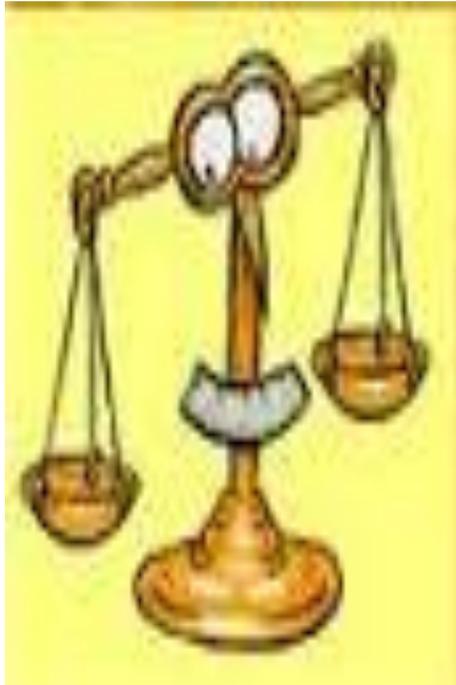
Чем > тестов проводится, тем > случаев выявляется.

Программа, использующая 1 тест, может дать 10 случаев на 1000 протестированных людей, а программа с 2 тестами может дать 11 случаев. Глядя на них с точки зрения их общего выхода, программа с двумя тестами выглядит лучше, чем программа с одним тестом.

Но инкрементальные принципы сосредоточены на предельной выгоде, которая в данном случае составляет 10 случаев для программы с одним тестом и только 1 случай для программы с двумя тестами, что выглядит не так уж хорошо

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ

Проблема выбора между социальной справедливостью и экономической эффективностью



- оценивает способ использования ресурсов с 2 основ. критериями:
- **эффективность и справедливость**

Экономический анализ

ресурсы ограничены

- существуют конкурент. способы их использования, поэтому
- должны стремиться к получению наилучшего набора применений

Если страна решает, что целью ее системы ЗО является улучшение здоровья населения

- Правительство выделяет фиксир. бюджет на ЗО, получит наибольшую пользу для здоровья,
- если скудные ресурсы ЗО в ее системе ЗО будут использоваться эффективно.

3 ТИПА ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗО

Техническая эффективность

Понятие техн. эффективности используется при анализе производства продукции ЗО и ЗО.

- Это отношение между входными и выходными ресурсами.
- **Сколько ресурсов** используется в производстве
- Производство технически эффективно, если из заданного набора ресурсов производится макс. возможная продукция или для производства данного количества продукции используется наименьшее возможное количество ресурсов.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ



Экономическая эффективность связана **со стоимостью** этих ресурсов

- Экон. эффективность достигается, если макс. возможное количество продукции производится при заданных затратах или заданное количество продукции производится при мин. возможных затратах.



Социальная эффективность

Гораздо более широкое понятие

- Не является концепцией, которая имеет практ. применение в экономике ЗО, но это важная идея для дебатов о том, следует ли использовать рынки в ЗО
- Если рынки работают идеально, то они создают социально эффективную экономику

Н-р, количество пациентов, которых можно лечить в п-ке, зависит от количества имеющегося мед. персонала. Если максимум, что может быть предоставлено 1 врачом и 2 м/с, составляет 20 процедур в день, то технически неэффективно проводить 19 процедур с использованием такого количества персонала или проводить 20 процедур с использованием большего количества персонала.

Некоторые аспекты лечения в клинике, могут осуществляться либо врачами, либо м/с.

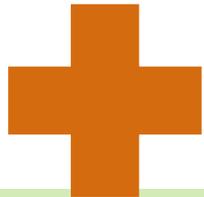
С техн. (*) зрения одинаково эффективно проводить 20 процедур е/д с участием 1 врача и 2 м/с или 2 врачей и 1 м/с.

Но если предположить, что наем врачей обходится дороже, чем м/с, то будет экономически выгодно использовать лишнюю м/с, а не лишнего врача

Однако, если рынки не работают идеально, они не создадут социально эффективной экономики. Тогда вопрос: насколько несовершенны рынки и существуют ли альтернативы, такие как гос. обеспечение, которые лучше. Он также важен как основа для формы экон. оценки - анализа затрат и результатов.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ

- Справедливость - важный критерий распределения ресурсов.
- Однако люди придают > значение справедливости в отношении здоровья и мед. обслуживания, чем многим другим товарам и услугам.
- Справедливость является важной политической целью каждой системы ЗО в мире.
- Важно отличать справедливость от равенства.



Справедливость означает справедливость;
В контексте ЗО это означает справедливое распределение здоровья и медико-санитарной помощи между людьми и справедливость в бремени финансирования ЗО.
Например, может считаться справедливым, чтобы люди, одинаково нуждающиеся в МП, имели равный доступ к ней. Это очень распространенное определение справедливости.

Равенство означает равное распределение, но быть равным не всегда справедливо.
Например, может показаться несправедливым, что и здоровым, и больным людям предоставляется одинаковое количество МУ.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ

Существуют разные подходы при определении справедливости:



Вертикальная справедливость находится в центре внимания при рассмотрении финансирования ЗО: означает, в какой степени люди с разным доходом соответственно по-разному платят за свое медицинское обслуживание.

Это заключено в **прогрессивности системы финансирования ЗО.**

Следует ожидать, что богатые люди будут платить за ЗО больше, чем бедные; в прогрессивной системе финансирования доля дохода человека, используемая для оплаты МУ, увеличивается по мере роста дохода.

МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗО

Основные фонды

здания, сооружения, коечный фонд, производственная инфраструктура, лабораторное оборудование, транспорт.

Они переносят свою стоимость в стоимость МУ по частям (физический износ мед. оборудования или здания), который равен величине амортизационных отчислений за год (от первоначальной стоимости), что составляет в среднем 5,6% для зданий; 10- 12% — для мед. оборудования.

Оборотные фонды

Одноразовые ИМН, ЛС, мягкий инвентарь, продукты питания для пациентов, денежные средства.
Если предметы и материалы имеют срок годности до года, то они относятся к оборотным фондам.

Для отечественного ЗО характерным являлся высокий уровень износа основных фондов.
Норматив обновления: здания — 3%; оборудование — 12,5; транспорт — 20%



ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ

Проблемы ЗО различных стран

- дефицит медицинских кадров
- эффективность систем ЗО зависит от качества работы, знания и мотивации мед. работников

ВОЗ: в 57 странах – критическая нехватка трудовых ресурсов в ЗО

- требуется как минимум 2360000 мед. работников и 1890000 адм. и вспомогательных работников,
- решение существующего и ожидаемого дефицита кадров в ЗО - решающее значение для охраны здоровья всего человечества.

Ключевая проблема: кадры в сельском ЗО.

- дефицит мед. работников;
- чрезмерная концентрация в крупных городах;
- серьезные различия в уровне квалификации специалистов

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ЗО

Основополагающие инвестиции в охрану здоровья населения

- расходы на значительное ↑ ЗП мед. работникам
- и другие социальные меры

Решение проблемы кадрового дефицита в ЗО

- комплексная программа по решению жилищных вопросов мед. работников (служеб. жилье, ипотеки с гос. компенсацией в зависимости от продолжительности работы специалиста)

Формирование банка данных

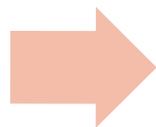
- Формирование банка данных о наличии свободных рабочих мест с предоставлением жилья позволит укрепить трудовые ресурсы



ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КАДРОВ В ЗО

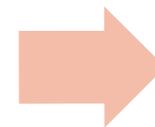
выплата стипендий студентам, в мед. вузе, бесплатный проезд на городском транспорте

- целевая подготовка врачей по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия"; дефицитным врачебным специальностям



создание системы медосмотров, ДН и санкур. оздоровления работников отрасли ЗО

- установление прямой зависимости ЗП гл.врача от средней ЗП по ЛПУ, что будет способствовать росту ЗП врачей и персонала МО



организация стажировок врачей в ведущих зарубежных клиниках

- привлечение высококвалифицированных зарубежных специалистов для проведения мастер-классов
- единовременные или месячные выплаты молодым специалистам, которые трудоустраиваются в сельские ЛПУ

ПРОГРАММА «ДЕНСАУЛЫК» - СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗО

Развитие ПМСП

новые формы оплаты труда врачей,
подготовка ВОП

укрепление диагностических служб
ПМСП и МТБ СМП



Развитие профилактического направления МП

иммунизация населения

диспансеризация



обеспечение населения высокотехнологичной МП

техническая модернизация;
увеличение квот ВТМУ для населения

информатизации МО

- Слабоуправляемое развитие ЗО в условиях ограниченного финансирования отрасли привело к росту диспропорций условий оказания МП между территориями и внутри них, истощению ресурсов, концентрации ЛПУ в адм. центрах, а, следовательно, к ↓ и ухудшению качества МП.

ПРЕДМЕТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: 2 ТИПА ДЕЙСТВИЙ

Распределение ресурсов

распределение ограниченных финансовых, материальных, трудовых и других ресурсов между альтернативными способами их использования

для получения результатов, соизмеряемых с затратами этих ресурсов;

Обмен

обмен одних благ на другие

в процессе которого стороны производят соизмерение своих затрат и результатов.

РЕЗЕРВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ ЛПУ

- новые технологии бух. учета, контроля и планирования затрат АХС.

Внедрение управленческого учета в практику ЛПУ

- внедрение паспортизации оборудования и технологических процессов

Введение эксплуатационных паспортов объектов

Перечень недопустимых нарушений в использовании оборудования

- документация АХС о местонахождении и кол-ве элементов эксплуатации"

мониторинг результатов учета и планирования затрат хозяйственными службами.



ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ БОЛЬНИЦЫ ВО ВРЕМЯ КРИЗИСОВ

- Во время госпитального кризиса приток пациентов с инф. заболеваниями может резко ↑, что подвергает м/с риску. В подобных сценариях управление рисками играет жизненно важную роль в управлении ресурсами больницы.
- Управление рисками включает обзор и анализ существующих практик для определения областей риска и определения стратегий их ↓. В других отраслях управление рисками помогает компаниям оставаться работоспособными даже в случае катастрофических событий. В ЗО практика приобретает другой уровень срочности, потому что на карту поставлены жизни.
- Руководители м/с могут влиять на решения, способствуя планированию управления рисками. Например, когда в условиях кризиса ресурсы становятся ограниченными, руководители м/с могут помочь разработать стратегии, которые превращают другие палаты в больницах в ОРИТ.
- Эффект. управление рисками может ↑ эффективность решения неотложных проблем, обеспечивая при этом безопасность людей, ↓ затрат и обеспечение бесперебойной работы объектов.
- Руководители м/с могут помочь обеспечить наличие надлежащих СИЗ для защиты м/с. Они могут проводить регулярные инвентаризации поставок и устанавливать отношения с поставщиками предметов первой необходимости.
- Внедрение стратегий управления ресурсами может улучшить использование м/с-ресурсов, что приведет к ↑ удовлетворенности работой м/с, > текучести кадров и > затрат на оплату труда.

ПРИГОТОВЬТЕСЬ СТАТЬ ЛИДЕРОМ В УПРАВЛЕНИИ БОЛЬНИЧНЫМИ РЕСУРСАМИ

- Руководители м/с, умеющие разрабатывать стратегии управления больничными ресурсами, могут обеспечить экон. и эффективную работу учреждений даже во время кризиса.
- Ключом к обеспечению финансовой эффективности больниц является подготовка влиятельных м/с-лидеров, умеющих управлять основными ресурсами на всех уровнях.
- Курсы по политике в области ЗО; информатика здоровья; а экономика ЗО, финансы и лидерство дают дополнительные знания, полезные для эффективного управления больничными ресурсами.
- В результате выпускники готовы влиять на изменение политики, что может привести к улучшению результатов лечения пациентов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ ВОПРОСЫ

- Что понимается под эффективностью в здравоохранении?
- 21. Что такое медицинская эффективность и какие уровни ее оценки Вам известны?
- 22. Как проводится анализ социальной эффективности в здравоохранении?
Перечислите объективные и субъективные индикаторы.
- 23. Как рассчитывается экономическая эффективность в здравоохранении что такое экономический эффект?
- 24. Каковы составные части экономического ущерба и какова роль здравоохранения в его предотвращении?

ЛИТЕРАТУРА

- Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под науч. ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. — 479, [1] с. — (Учебники Высшей школы экономики). — 2000 экз. — ISBN 978-5-7598-0571-7 <https://www.hse.ru/data/073/287/1240/978-5-7598-0571-7.pdf>
- Дэвид Паркин. Методы экономической оценки. -2017 г https://www-healthknowledge-org-uk.translate.google.com/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4d-health-economics/economic-ppraisal?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc

ВОПРОСЫ

1. Что понимается под эффективностью в здравоохранении?
2. Что такое медицинская эффективность и какие уровни ее оценки Вам известны?
3. Как проводится анализ социальной эффективности в здравоохранении? Перечислите объективные и субъективные индикаторы.
4. Как рассчитывается экономическая эффективность в здравоохранении что такое экономический эффект?
5. Каковы составные части экономического ущерба и какова роль здравоохранения в его предотвращении?
6. Эффективность и справедливость использования ресурсов здравоохранения
7. Охарактеризуйте сущность экономической эффективности здравоохранения

ТЕМА 3.1

Расходы на медицину Казахстана

ПОКА БОРОЛИСЬ С КОВИДОМ, ПЕРЕСТАЛИ ЛЕЧИТЬ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ

- В концепции здравоохранения Казахстана до 2025 года власти планируют за четыре года увеличить ожидаемую продолжительность жизни с нынешних 71,77 до 73,37 лет и поднять уровень удовлетворенности населения качеством медуслуг до 80%.
- Но для этого ожидаемо просят больше денег.

КОВИД-19 ОСТАЕТСЯ ГЛОБАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ ДО 2025 ГОДА

- Эксперты ВОЗ определили 10 глобальных вопросов здравоохранения, которые они будут отслеживать в 2021 году, и рекомендуют странам по всему миру, помимо продолжения борьбы с COVID-19, укреплять свои системы здравоохранения, в том числе по вопросам резистентности к противомикробным препаратам, элиминации (избавления организма от поверхностного антигена – авт.) вирусного гепатита к 2030 году. Также там советуют развивать системы развертывания глобального биобанка для содействия быстрой разработке безопасных и эффективных вакцин и лекарственных препаратов, обеспечения справедливого доступа к медицинским услугам, предотвращения и лечения неинфекционных заболеваний (НИЗ) и нарушений психического здоровья и др.
- Разработчики концепции до 2025 года актуальными глобальными угрозами для РК считают пандемию, сознательный отказ от вакцинации, распространение хронических неинфекционных заболеваний, загрязнение окружающей среды и воздуха.

ГОСРАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РК В 9 РАЗ НИЖЕ, ЧЕМ В СТРАНАХ ОЭСР

- В минздраве выяснили, что в странах ОЭСР идет преимущественное развитие ПМСП, которое составляет 61%, и дает возможность удерживать основную часть больных на этом уровне и не позволять переходить им на уровень стационаров.
- Во-вторых, для стран ОЭСР характерен довольно высокий уровень финансирования отрасли.
- «Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП составляет 9,4%, в Казахстане – 3,0%. В целом, государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане в 9 раз ниже, чем в странах ОЭСР: Казахстан – 268 долл. США; ОЭСР – 2414 евро», — говорится в концепции.

РАСХОДЫ НА МЕДПОМОЩЬ В 35,4% ПРИБЛИЖАЮТ НАСЕЛЕНИЕ К ЧЕРТЕ БЕДНОСТИ

- Вследствие недостаточного финансирования ЗО в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК – 35,4%, ОЭСР – 19,6%, ЕС – 16,3%).
- По данным ВОЗ, уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы ЗО. Он означает приближение населения к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическая продуктивность, уменьшение спроса на МУ), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.
- В странах ОЭСР высокая доступность к основным ЛС. Низкий уровень доступности к лекарственному обеспечению сдерживает успешное развитие ПМСП и провоцирует избыточную госпитализацию в стационар. Поэтому роль лекарственного обеспечения очень высока и находится на одном уровне с ПМСП.
- Отличительной особенностью для стран ОЭСР является приоритетное развитие медицинской науки. По их мнению, инвестиции в научные исследования – это инструмент ускорения технологического прогресса, который ведет к росту ВВП, появлению новых продуктов, новых рабочих мест с высокими заработными платами и высоких стандартов жизни.

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗО ДО 2025 ГОДА:

- В концепции до 2025 года перед сферой здравоохранения поставлены четыре задачи:

развитие сферы
здравоохранения

формирование
современной
системы
эпидемиологическог
о прогнозирования и
реагирования

развитие
отечественной
фармацевтической
промышленности

формирование у
населения
приверженности к
здоровому образу
жизни, правильному
питанию, занятию
спортом

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УВЕЛИЧАТ ДО 5% ОТ ВВП

- Широкий охват населения качественными МУ планируют обеспечить за счет увеличения объема финансирования системы ЗО из всех источников до 5% от ВВП.
- Повышение доступности медицинской помощи будут осуществлять через снижение доли расходов домохозяйств за счет средств ГОБМП и системы ОСМС, увеличения АЛО, развития системы ДМС.
- Для повышения потенциала АПП МЗ обещает развивать амбулаторные виды медицинской помощи, продолжить открытие центров лучших практик и развитие конкурентной среды для оказания медицинской помощи.
- Кроме того, планируется открытие новых региональных реабилитационных центров, оказывающих помощь в рамках ГОБСП и ОСМС.
- Обеспечить социальное благополучие разработчики концепции планируют за счет единого цифрового пространства ЗО (eHealth, mHealth), включая цифровизацию сан-эпидемиологической и лабораторной служб, а также повышение качества оказания гос.услуг в электронном формате.
- Дальнейшее расширение подготовки прикладных и академических бакалавров, по замыслу МЗ РК, даст возможность передать ряд функций врачей и усилит роль средних мед. работников.

ДЛЯ РЕГИОНОВ ВВЕДУТ ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ В РАСПРЕДЕЛЕНИИ ГОБМП И ОСМС

- Для совершенствования системы финансирования медицинской помощи будет пересмотрено планирование медицинской помощи в части распределения объемов ГОБМП и ОСМС по регионам с учетом поправочных коэффициентов, учитывающих эпидемиологические и демографические особенности.
- Будут пересмотрены тарифы на МУ с учетом реальных затрат на их оказание с учетом повышения заработной платы, обновления основных средств и уровня инфляции.
- Будет внедрен переговорный процесс в процедуры закупок медицинской помощи для распределения объемов наиболее эффективным поставщикам путем переговоров по снижению тарифов за счет экономии через эффект масштаба (оплата по тарифам ниже установленных уполномоченным органом).
- Для своевременного реагирования СЭС будет внедрена новая модель системы эпидемиологического прогнозирования и реагирования. Для улучшения инфраструктуры будут построены 3 новых лаборатории и реконструированы 6 лабораторий санитарно-эпидемиологической экспертизы.

КОМПЕНСИРУЮТ ЗАТРАТЫ НА ЗАРУБЕЖНУЮ РЕГИСТРАЦИЮ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЗДЕЛИЙ

- Для развития отечественной фармацевтической промышленности будут разработаны программы по возмещению затрат на регистрацию ЛС за рубежом, механизма налоговых и таможенных послаблений и льготное кредитование экспортных операций, а также совершенствование фармацевтического инспектората РК и принятие мер по вступлению Национального фармацевтического инспектората в систему международного сотрудничества фармацевтических инспекций (PIC/S)».
- Внедрение механизма цифрового персонифицированного учета ЛС и ИМН улучшит обеспеченность пациентов, находящихся на наблюдении. Будут усилены лаборатории для проведения доклинических исследований и лабораторий.

ДОЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВ НА МЕСТНОМ РЫНКЕ ДОСТИГНЕТ 50%

- Будет увеличена доля ЛС и ИМН отечественного производства на локальном фармацевтическом рынке до 50%.
- Для формирования ЗОЖ будет увеличен охват населения, занимающегося физической культурой и спортом в стране, в том числе людей с особыми потребностями, с внедрением национальных видов спорта.
- Также будет создана единая цифровая платформа e-sport, которая обеспечит доступность данных о спортивных учреждениях, составе команд, тренерах, судьях и спортивных мероприятиях.
- Среди ожидаемых результатов исполнения концепции:
 - рост продолжительность жизни казахстанцев до 73,37 лет,
 - снижение младенческой смертности до 7,2 случаев на 1000 родившихся живыми,
 - материнская смертность уменьшится до 33,4 случаев,
 - уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг достигнет 80%.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЕЛЫ В ВОПРОСЕ ФОРМИРОВАНИЯ ГОБМП И ПАКЕТА ОСМС

- Законодательные нормы Кодекса о здоровье определяют принципы формирования ГОБМП, однако ни он, ни Закон об ОСМС не определяют принципы формирования медицинской помощи в системе ОСМС.
- Отсутствие принципов формирования медицинской помощи в системе ОСМС и принципов для разделения медицинской помощи на ГОБМП и ОСМС усугубляется отсутствием критериев отбора медицинских услуг в пакеты медицинской помощи».
- Для сбалансированной и устойчивой системы обеспечения гарантий и обязательств оказания медицинской помощи требуется участие в процессе принятия решений по вопросам формирования пакетов ГОБМП и ОСМС всех представителей заинтересованных сторон: государства, бизнеса, ФСМС, поставщиков, медиков и пациентов.

- В концепции говорится, что за счет значительного увеличения текущих расходов на обеспечения медицинской помощи повысилась доступность медицинской помощи.
- Однако номинальное увеличение финансирования не может гарантировать повышение доступности. На это влияет инфляция, импортозависимость отрасли, чувствительность процесса определения потребности населения в медицинской помощи и прочие аспекты.
- Также не указываются прямые меры по снижению импортозависимости отрасли и меры для обеспечения стабильности покупательской способности Фонда медицинского страхования для закупа медицинской помощи для населения на фоне удорожания ЛС и ИМН.