

Инновация здравоохранения Республики Казахстан в условиях новой модели экономического роста

Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Аннотация. В статье авторы анализируют, о некоторых результатах научного исследования в мире глобальных модели в отрасли здравоохранения, ими представлено рекомендация инновация здравоохранения Республики Казахстан в условиях новой модели экономического роста.

Ключевые слова: глобализация, экономика, модели, здравоохранения, инновация, модернизация, риск, конкурентоспособность.

В условиях глобализации современной экономики ситуация в мире динамично меняется. Это новая глобальная реальность.

В своем Послании народу Казахстана «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» Президент РК Н. Назарбаев поставил задачу «О необходимости создание новой модели экономического роста, которая обеспечит глобальную конкурентоспособность страны».

В настоящее время во всех отраслях экономики Республики Казахстан, реализуются модернизация экономики и их рыночных отношении, в том числе и в сфере здравоохранения РК.

Например, по данным анализа текущей ситуации Министерства здравоохранения страны в настоящее время в оздоровительной системе существует 3 ключевые системные проблемы:

Отсутствие солидарности граждан и работодателей в охране здоровья. При этом бремя охраны здоровья лежит только на государстве. Гражданам характерно потребительское отношение к здравоохранению, имеется слабая приверженность к здоровому образу жизни.

Финансовая неустойчивость системы. Недостаточно эффективная структура оказываемой медпомощи, высокая доля расходов на стационарную помощь. Высокий удельный вес теневых платежей населения (37,4% от общих расходов здравоохранения, в ОЭСР – в среднем 17%). Имеется фрагментация потоков финансовых средств.

Неэффективное управление системой. Низкая эффективность медицинских организаций. Слабая тарифная политика и непрозрачное распределение средств. Низкий уровень качества услуг и компетенции системы.

В отрасли здравоохранения сохраняются основные системные риски:

- роста потребления услуг;
- риск роста стоимости здравоохранения;
- риск недостаточности государственного бюджета и возможности компенсации;
- риск неэффективности – не достижения конечных результатов.

Существующие ключевые проблемы и ожидаемые

системные риски требуют кардинального пересмотра модели системы здравоохранения. Министерством здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство) разработан концептуальные подходы по внедрению обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) в Казахстане.

По результатам научного исследования в мире существуют три глобальные модели здравоохранения:

- государственная (Великобритания, Испания, Италия, Швеция),
- общественное страхование (Германия, Франция, Бельгия),
- частное страхование (США).

Большинство стран комбинируют их, чем фокусируются на одной. Общая тенденция – конвергенция «бюджетных» и «страховых» моделей: бюджетные перенимают страховые принципы распределения средств. Страховые перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств.

Также в страховых системах наблюдается тенденция увеличения роли государства.

Отчетлива тенденция централизации и укрупнения фондов ОМС с целью увеличения эффективности, упрощения управления и сокращения неравномерностей распределения средств.

Для взаимодействия по ОСМС Казахстан с зарубежными государствами в процессе инновация в системе здравоохранения РК, необходимо изучить их опыты работ по внедрению системы медицинского страхования (СМС).

Например, во многих зарубежных странах СМС не является основным источником финансирования здравоохранения. При этом практически во всех странах с СМС государство оставляет за собой финансирование расходов из госбюджета, на примере Германии, это расходы на общественное здравоохранение, образование, науку, содержание медицинских служб силовых структур, капитальные инвестиции и эксплуатационные расходы, которые составляют порядка 11% от общих расходов на здравоохранение.

Прогноз финансирования ОСМС в РК предполагает поэтапное уменьшение финансирования за счет общих налогов (ГБ на ГОБСП) с 32% в 2017 году до 10% к 2020 году, за счет взносов в ОСМС увеличение поступлений и взносов с 28% в 2017 году до 62% к 2020 году. Все это отразится на частных платежах населения, которые должны быть уменьшены с 36% в 2017 году до 25% к 2020 году.

Пакет медицинских услуг является главным составляющим ОСМС.

Мировой опыт показывает, что каждая страна формирует пакеты услуг исходя из возможности и особенности своих стран.

В Германии существует единый и широкий пакет за счет СМС. При этом имеется альтернативный

пакет частного страхования, на который имеют право лица, с доходом более 49,5 тыс.Евро в год (это 11% населения страны). В Литве, Польше, Венгрии и Молдове также существует широкий единый пакет для всех застрахованных ОСМС. ДМС играет минимальную роль в этих странах.

В Нидерландах имеют два пакета в рамках ОСМС: стандартный пакет для всего населения и дополнительный пакет для лиц пожилого возраста на случаи хронических болезней, ухода и т.п.

В России принят гарантированный государством пакет для всех граждан и базовый пакет в рамках ОМС для застрахованных граждан.

В Казахстане исходя из норм Конституции определены: пакет для ГОБМП для всего населения и пакет ОСМС для застрахованных.

Во многих странах мира, пакеты услуг включают социально-значимые заболевания. При этом они в некоторых странах СЗЗ выделены отдельным перечнем. В Германии и Франции нет данных о существовании отдельного списка СЗЗ. В Литве нет отдельного списка, но они включены в пакет ОСМС, список опасных заражаемых болезней, больные которыми автоматически становятся застрахованным ОСМС, туда включены 14 нозологий.

В России список СЗЗ входит 9 болезней и отдельный список особо опасных 15 болезней. В Беларуси нет списка СЗЗ, существует список опасных инфекционных болезней из 6 нозологий. В нашей стране существует оба списка: СЗЗ – 12 болезней и ООЗ – 15 болезней. В рамках ОСМС предполагается поэтапное включение в пакет ОСМС социально-значимых заболеваний. В настоящее время все эти болезни включены в перечень ГОБМП.

Одним из острых вопросов является оказание экстренной медицинской помощи гражданам.

В настоящее время в РК существует перечень показаний (как больные и пострадавшие), по которым предоставляется неотложная медицинская помощь в рамках ГОБМП. Но с внедрением ОСМС состояния экстренной помощи (острые заболевания, обострения хронических болезней, роды, травмы и т.д.) исходя из положительного международного опыта будут возмещаться за счет госбюджета.

Перераспределение видов медицинской помощи в рамках ОСМС будет осуществляться из ГОБМП в СМС с учетом поэтапного повышения ставки взносов государства за экономически неактивное население.

При этом на первом этапе с 2017 по 2019 годы, за счет госбюджета будут предоставляться амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением для непродуктивно занятого населения и 10 видов социально значимых заболеваний перейдут из ГОБМП в ОСМС.

Начиная с 2019 года, с внедрением повсеместного декларирования доходов и расходов граждан будут ужесточены требования к системе ОСМС. Граждане сами начнут платить взносы в СМС (в 2019 г. -1% от дохода, с 2020 г. – 2%). Это стимулирует граждан к повышению их ответственности собственному здоровью. При этом государство поэтапно будет расширять пакет ОСМС для застрахованных граждан.

Таким образом, вся система медицинского страхования создается ради основной цели - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых

случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения.

Страхователями определены все работодатели, (включая самодельную часть населения), а также бюджетные организации. Внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования также являются страхователями, призванными не только аккумулировать средства первичных страхователей, но и организовать систему учета, поступления и расходования средств на обязательное медицинское страхование.

Страховые организации – это именно те новые структуры, которые появились на рынке медицинских услуг и стали своеобразной, но очень важной финансовой надстройкой, выполняющей посреднические функции. Главное – воплотить в жизнь основной принцип страхования: «Деньги идут за пациентом». Для пациента это означает, что страховая компания экономически заинтересована в том, чтобы выбрать для него лучшего врача и лучшее лечебное учреждение, для медиков - что они перестают получать деньги «по потребности», их приходится зарабатывать. Таким образом, медицинское страхование гарантирует и делает доступными высококачественные медицинские услуги, а во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), в которых производятся и предоставляются медицинские услуги, выступают на рынке продажи страховых услуг как самостоятельно хозяйствующие субъекты, несущие «предпринимательский риск» в конкурентной борьбе за право заключения договоров со страховыми компаниями, располагающими платежными средствами застрахованного населения.

В итоге, введение обязательного медицинского страхования в Казахстане приведет:

- к освобождению от всех видов дополнительных платежей за медицинскую помощь, предусмотренных в рамках пакетов ГОБМП и ОСМС;
- население получит полный доступ к расширенному и улучшенному по составу и перечню лекарственных средств, предоставляемых в любой аптеке страны (который зарегистрирован в Фонде как поставщик фармацевтических услуг);
- предоставит возможность получения ежемесячной информации о взносах, перечисленных в пользу населения и медицинских услугах, полученных в медицинских организациях;
- защита Фондом прав и интересов застрахованных граждан в случае некачественного обслуживания или нарушения прав, как участника ОСМС.

Список литературы:

1. <http://xn--80aja6bcnka.xn--p1ai/referat-378652.html>
2. <http://www.znay.ru/guide/medins/11-14.shtml>
3. *Years of Low Interest Rate Environment - Experiences From The Japanese Life Insurance Market by Dr. Dirk Nieder // Gen Re April 2013.*
4. *Public Health Insurance in Japan Tetsuo Fukawa 2002. 23 pages.JMA Perspectives on the Universal Health.*
5. *Тинасилов М.Д., Муқанов К.Н. Инновационное развитие страхового дела в Германии // Тезисы докладов II международной конференции (Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г.). - Бишкек, 2010.*
6. *Тинасилов М.Д. Инновация экономики стран Центральной Азии / Монография. - Алматы: Изд. КазНТУ им.К.И. Сатпаева, 2017.*