

Правительства Свердловской области от 29 декабря 2016 года № 919-ПП // Кодекс. Электронный фонд правовой и нормативно-технической информации [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/453135198>

2. Русакова О.В., Ключева Г.А. Вариативность стратегий взаимодействия техникума с работодателями в условиях моногорода // Среднее профессиональное образование. 2015. № 10. С.3–7.

3. Основные направления совершенствования системы социального партнерства [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://vuzlit.ru/145571/osnovnye_napravleniya_sovershenstvovaniya_sistemy_sotsialnogo_partnerstva

4. Образование и наука в России: состояние и потенциал развития: сборник научных трудов. М.: Центр социологических исследований, 2016. 384 с.

А.Н. Крыжевская, В.В. Манушина, научный руководитель Н.А. Ащеулова,
Каспийский университет, Алматы, Казахстан

Источники и направления финансирования здравоохранения Казахстана

Аннотация. Современный период экономического развития Республики Казахстан характеризуется социальной направленностью. Одним из приоритетных направлений в данном спектре развития нашего государства является сфера здравоохранения. В Казахстане сейчас наиболее актуальной проблемой является повышение эффективности качества оказываемых медицинских услуг.

Ключевые слова: Финансы, здравоохранение, медицина, социум, государство.

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности общества и социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами [1]. Ни одна отрасль современной рыночной экономики, куда относится здравоохранение, не может функционировать и развиваться без отлаженной системы и источников финансирования. В современных условиях финансирование социальной сферы построено на соответствующем механизме получения и использования финансовых средств, специфика которого связана с особенностями социальной сферы и ее составных частей [2].

Источниками финансирования государственного здравоохранения являются:

- средства республиканского и местного бюджетов,
- выделяемые по долговременным экономическим нормативам;
- отчисления от дохода хозяйствующих субъектов,
- целевые субсидии министерств, ведомств и других органов управления;
- средства международных организаций по специальным программам;

- валютные ассигнования из республиканского и местных валютных фондов;
- средства медицинских учреждений, полученные за выполнение сверхнормативных медицинских услуг работодателем и за оказание платных услуг и других видов хозяйственной деятельности;
- благотворительные вклады организаций и граждан, в том числе других государств.

Средства государственного здравоохранения направляются на:

- оказание медицинской помощи гражданам;
- целевые комплексные программы здравоохранения;
- развитие материально-технической базы государственного здравоохранения;
- содержание лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений;

подготовку и повышение квалификации медицинских кадров;

- развитие и внедрение медицинской науки;
- ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний.

Для развития здравоохранения РК потребовалось перейти к экономическим методам нормирования, так как бюджетные ассигнования на территориальном уровне выделяются в расчете на одного жителя, а учреждения здравоохранения получают средства по государственному заказу в расчете на единицу объема деятельности. Отменено планирование работы амбулаторнополиклинических учреждений и врачей амбулаторного приема из числа посещений больных, стационарных учреждений – количества коек и численности врачебных должностей [3]. Одним из главных направлений финансирования системы здравоохранения за счет республиканского бюджета является формирование механизма взаимодействия между производящими и финансирующими структурами здравоохранения на основе государственных заказов.

С января 1999 года в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан все внебюджетные фонды, в т.ч. и Фонд обязательного медицинского страхования (далее ФОМС), были упразднены и включены в государственный бюджет. С прекращением деятельности ФОМСа финансирование производителей медицинских услуг осуществляется по двум направлениям:

- полное содержание медицинских учреждений, к которым были отнесены противотуберкулезные, психиатрические, инфекционные организации, центры СПИД, учреждения санэпидслужбы, дома ребенка (100% финансирование из бюджета, где не оказывают платные услуги);
- закупка медицинских услуг посредством размещения госзаказа среди государственных предприятий и частных структур.

В свою очередь, государственный заказ разработан в целях:

- создания механизма реализации конституционных прав граждан Казахстана на получение бесплатной медицинской помощи;

- организации единой системы планирования оказания и финансирования бесплатной медицинской помощи;
- обеспечения соответствия обязательств Республики по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых ресурсов;
- повышения эффективности использования бюджетных средств на оказание бесплатной медицинской помощи.

Для доступности оказания медицинской помощи в рамках государственного заказа финансирование осуществляется по программам и подпрограммам на республиканском и местном уровнях, где предусматриваются следующие виды услуг и принципы расчета, которые отражены в таблице 1. В настоящее время при планировании бюджетов приобрели актуальность такие понятия, как «стратегическое планирование» и «текущее планирование».

Таблица 1. Принципы расчета оказываемых медицинских услуг

№	Наименование медицинской помощи	Принцип расчета
1	Оказание первичной медико-санитарной помощи по модели фондодержания: оказание первичной медицинской помощи в семейных врачебных амбулаториях, сельских врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах	по подушевому нормативу на каждого жителя
2	Оказание амбулаторно – поликлинических услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи, комплекс консультативно – диагностических и лечебных мероприятий пациентам, не требующим постоянного (круглосуточного) пребывания в стационаре	по подушевому нормативу на каждого жителя, по амбулаторно-поликлиническому тарификатору – объему оказываемых медицинских услуг
3	Оказание скорой помощи: учетной единицей работы скорой помощи является количество обслуженных вызовов	по объему оказываемых медицинских услуг – вызовы, категории сложности
4	Оказание стационарной помощи, в том числе специализированной медицинской помощи населению, включает в себя комплекс консультативно – диагностических, лечебных мероприятий, осуществляемых стационарными, в том числе специализированными, предприятиями пациентам, требующим постоянного (круглосуточного) пребывания в стационаре	по пролеченным случаям

Примечание: источник [4]

Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений этой отрасли, связанные с предоставлением бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом. Как известно, при планировании бюджетных расходов здравоохранения необходимо иметь четкое представление об объемах распределения средств на первичную медико-санитарную помощь и стационар с учетом определенных тарифов. Таким образом, в республике действует разработанная методика формирования тарифов на медицин-

ские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от 29 сентября 2005 года № 490.

Наряду с этим, тарифная политика служит мощным инструментом для экономического управления системой здравоохранения, обеспечивает ее эффективность и выполнение основных функций по охране здоровья граждан. Методы оплаты медицинской помощи влияют на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи [5]. К примеру, если повышаются тарифы на первичную помощь, то направление денежных потоков меняется в сторону первичной медико-санитарной помощи. Аналогично, если тарифы на стационарную помощь увеличиваются, это приводит к увеличению количества пролеченных случаев, где финансовые средства и специалисты преимущественно перемещаются в сторону стационарной помощи. Следовательно, система тарифов на медицинские услуги имеет определенное влияние при распределении и использовании ресурсов.

В Республике Казахстан для обеспечения устойчивости системы здравоохранения были внедрены методы оплаты по принципу внутриотраслевого перераспределения средств (подушевое финансирование, амбулаторно-поликлинический тарификатор, клинко-затратные группы), утверждены квоты на госпитализацию больных в республиканские клиники. Метод финансирования за пролеченного больного по клинко-затратным группам (КЗГ) является одним из известных видов оплаты стационарной помощи, который содержит наиболее сильные стимулы к эффективному функционированию сети ЛПУ. Метод финансирования по КЗГ представляет собой дифференцированную оплату стационарной помощи за конечный результат («выбывший больной») в зависимости от тяжести заболевания, произведенной операции, понесенных затрат.

Однако, большая часть систем использует сразу несколько различных механизмов оплаты, а значит, и методов стимулирования, поэтому результат в каждом случае оказывается разным. В оптимальном варианте система оплаты должна побуждать поставщиков предоставлять высококачественное и эффективное лечение и одновременно заинтересовывать их в более рациональном использовании ресурсов здравоохранения. Бюджетная модель в здравоохранении основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение. Бюджетное финансирование здравоохранения было вновь введено в Казахстане в 1999 году после неудачной попытки ввести систему обязательного медицинского страхования [6].

В таблице 2 представлены характеристика и причины рассматриваемых методов оплаты на примере стационарной помощи. Как видно из таблицы, по результатам отечественного опыта можно судить о наличии противоречий между разными целями. Одинаково важные цели бывают взаимоисключающими в том смысле, что разные принципы оплаты служат для достижения разных целей, и системы оплаты, позво-

ляющие достичь одних целей, могут становиться препятствием для достижения других.

Таблица 2. Характеристика методов оплаты

№	Характеристика методов оплаты
1	<u>Постатейный бюджет</u> основан на расходах, с платежами, определяемыми и осуществляемыми перспективно. Обычно правила ограничивают возможность поставщиков переводить средства с одной статьи на другую и, следовательно, отсутствует стимул или механизм достижения наиболее эффективного распределения расходов.
2	<u>Оплата за услугу поставщику</u> – возмещается стоимость каждой оказанной услуги. Система оплаты за услуги может основываться на расходах, так и на результатах. Оплата осуществляется ретроспективно.
3	<u>Посуточная оплата</u> – за каждый проведенный пациентом койко – день. Основана на результатах.
4	<u>Глобальный бюджет</u> представляет собой заранее установленный платеж на покрытие общих расходов медицинского учреждения, согласованного набора услуг за определенный срок.
5	<u>Оплата по пролеченному случаю</u>

Примечание: источник [6].

На основании вышерассмотренного стоит отметить, что клинико-затратные группы применяются в качестве инструмента передачи средств поставщикам медицинских услуг. Основным экономическим параметром КЗГ является коэффициент затратоемкости, который отражает соотношение затрат данной группы заболеваний к средним затратам по всем группам. По принципу нейтральности бюджета повышение цен на отдельные виды помощи может производиться только путем понижения стоимости на другие виды стационарного лечения, или сумма коэффициентов затратоемкости по всем группам должна быть равна 1.

Список литературы

1. *Ma, Ching-to Albert*, 1994. «Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives» *Journal of Economics & Management Strategy*, Wiley Blackwell, vol. 3(1), pages 93-112, Spring.
2. *Hausman, Dan & Le Grand, Julian*, «Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service,» *Social Science & Medicine*, Elsevier, vol. 49, issue 10, p.1299-1307.
3. *Майкл Боровиц, Шила О'Дозрти, Шерил Викам*, Программа ЗдравРеформ – Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. Алматы, Сентябрь 2009. С. 53.
5. *Головтеев В.В.* Основы экономики советского здравоохранения. М.: Медицина, 1974. С. 77.
6. *Исахова П.Б.* Бюджетирование, ориентированное на результат, как способ повышения эффективности бюджетных расходов на социальную защиту населения // *Транзитная экономика*, 2007. №3. С. 37-43.