

**Список использованной литературы:**

1. Абрамов В.С. Типичные ошибки и нарушения в учете кредиторской задолженности: информационный аспект // В сборнике: Экономика, управление и финансы: современные подходы и конкурентное развитие сборник статей Международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 14-18.
2. Волостникова А.Ю. Проблемы учетно-аналитического обеспечения дебиторской и кредиторской задолженности предприятия: автореферат дис. кандидата экономических наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 26 с.
3. Богомолов А. М. Управление дебиторской и кредиторской задолженностью как элемент системы внутреннего контроля в организации // Современный бухучет. — 2012. — N 5. — С. 46–51.

УДК 336.61  
ГРНТИ 06.73

---

**ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА**

---

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2019.1.69.473

*Рахимова Г.А., Досбергенова А.С., Саренова Г.Д.  
Университет «Туран-Астана»***АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются вопросы финансового обеспечения зарубежом с целью определения новых путей и моделей финансирования системы здравоохранения в Республике Казахстан

**ABSTRACT**

The article discusses the issues of financial support abroad in order to identify new ways and models of financing the health care system in the Republic of Kazakhstan

**Ключевые слова:** Система здравоохранения, модель финансирования, бюджеты всех уровней, налог на добавленную стоимость, финансирование здравоохранения

**Keywords:** Health system, financing model, budgets of all levels, value added tax, health financing

Построение эффективных систем здравоохранения в развитых странах вызывает повышенный интерес в современных условиях реформирования отечественного здравоохранения. Системы организации здравоохранения различных стран характеризуются разнообразием и национальной спецификой. Однако, проходя множество реформ, они постоянно видоизменяются и обогащаются заимствованными друг у друга идеями. Соответственно, жестко классифицировать такие модели практически невозможно [1, с.3].

Последние два десятилетия в Европе ознаменовалось ростом стоимости медицинского обслуживания. В связи с этим, многие страны пересматривают свои системы здравоохранения, разрабатывают альтернативные стратегии финансирования и предоставления медицинского обслуживания более эффективным и справедливым образом.

В странах Центральной и Восточной Европы реформы стали проводиться под влиянием политических изменений, произошедших в конце 80-х годов. Некоторые страны, например, Франция, Бельгия, Италия до последних лет не предприняли серьезных попыток реализации рыночной реформы. Другие, как, Нидерланды, Швеция, Германия, Израиль начали осуществление реформы в урезанном виде – либо на уровне региональных экспериментов (Швеция), либо отказавшись от наиболее радикальных предложений (Нидерланды). В полном объеме намеченная концепция реформы почти реализовалась в Великобритании, которая затрагивалась в работах экономиста Шеймана И.М.

Несмотря на реформы здравоохранения (переход от финансирования на основе налогообложения к модели, в которой акцент сделан на национальную систему медицинского страхования с финансированием за счет налогов на зарплату), страны Центральной и Восточной Европы продолжают во многом полагаться на бюджетное финансирование.

В ходе рассмотрения результатов реформы Национальной Службы Здравоохранения (далее НСЗ) Великобритании, которая началась в 1991 году можно проследить, что затронут широкий спектр вопросов управления и финансирования системы. При этом не отвергнуты базовые принципы построения системы финансового обеспечения (общедоступность и бесплатность оказания медицинской помощи для всего населения), а также главные формы организации НСЗ.

К тому же, не был отвергнут принцип финансирования Национальной службы здравоохранения преимущественно из общих бюджетных поступлений. Предложения перейти на страховой принцип формирования средств общественного здравоохранения были отвергнуты. Более важным вопросом в ходе реформ был характер взаимодействия между финансирующей стороной и поставщиками медицинских услуг. Подавляющая часть финансовых ресурсов НСЗ (83%) поступает из бюджетов всех уровней. Дополнительным источником являются взносы на социальное страхование, исчисляемые в виде процента от фонда оплаты труда. В отличие от российской практики, целевым этот взнос назвать

трудно, поскольку он «растворяется» в общей системе социальных налогов и распределяется в зависимости от сложившихся приоритетов из распределения на нужды пенсионного обеспечения, страхования по безработице, здравоохранения и др. Следует отметить, что выделяемая здравоохранению часть «социального пирога» поступает под прямой контроль Министерства здравоохранения, сливаясь с бюджетными поступлениями. На долю этого взноса приходится 12% поступлений НСЗ. Примерно 4% средств Национальной службы здравоохранения формируются из соплатежей населения (главным образом за выписку и оплату части стоимости лекарств в аптечной сети). За рамками финансовых обязательств НСЗ население может приобрести медицинские услуги в государственных и частных учреждениях здравоохранения, оплачивая их напрямую или через систему частного медицинского страхования. Общее соотношение между общественным и частным финансированием медицинской помощи составляет соответственно почти 85 и 15% [2, с.23].

При этом система здравоохранения остается жестко централизованной и сохраняется государственное финансирование. Налоговые поступления централизуются и распределяются сначала в регионы, а затем в районы.

Следует отметить, что Британская система здравоохранения характеризуется тремя ключевыми особенностями. Во-первых, оплата медицинских услуг основана на системе подушевого финансирования с учетом нормативов. Во-вторых, профиль медицинского обслуживания определяется частнопрактикующим врачом общей практики, который призван обеспечить первичное медицинское обслуживание, давать направление на консультацию специалистам, а также предоставлять разрешение на госпитализацию (за исключением экстренных). В-третьих, вся стационарная служба является собственностью государства, а врачи специалисты – государственными служащими. Считается, что благодаря такой системе существует возможность регионального регулирования финансовых потоков, поступающих в сектор здравоохранения, а также планирования бюджета здравоохранения, по крайней мере, на ближайшую перспективу.

В сравнении с Великобританией система здравоохранения Канады, финансируется на основе целевого налогообложения и осуществляется на уровне отдельных провинций, а также на уровне федерального правительства. При этом вклад федерального правительства составляет около 40%, другая часть медицинских услуг оплачивается из бюджета провинций. Важной особенностью канадской системы является то, что ее финансирование никак не ассоциировано с занятостью. Практически все граждане Канады получают одинаковый пакет медицинских услуг, независимо от того, работают ли они или нет, а также независимо от региона проживания. Это достаточно объемный пакет, который включает

широкий спектр госпитального и амбулаторного обслуживания. Другой особенностью канадской системы является запрет частным страховым компаниям покрывать те услуги, которые покрываются за счет государственного страхования.

В Канаде не принята система подушевого финансирования как в Великобритании, основная форма оплаты – это непосредственная выплата за индивидуальную медицинскую процедуру. Стоимость этих процедур строго регламентирована, устанавливается на основании периодических переговоров между ассоциациями врачей и администрациями провинций, которые руководствуются рамками бюджета здравоохранения. Кроме того, Канада использует единый бюджет для контроля финансовых ресурсов больниц, цен, амбулаторных услуг с разной степенью успеха.

По сравнению с Соединенными Штатами Америки где затраты на здравоохранение составляют 14,5% ВВП, а в Канаде аналогичные затраты составляют 9,6%. Выделяют три основных механизма контроля над стоимостью медицинского обслуживания в Канаде. Во-первых, – это относительно низкие административные расходы, что связано с существованием единого плательщика медицинских услуг – администрации провинций. Во-вторых, из-за ограничений технологического оснащения стоимость койко-дней в стационарах является относительно низкой. В-третьих, оплата частнопрактикующим также лимитирована, хотя и ниже, чем в США. Расходы на здравоохранение в Канаде, тем не менее остаются сравнительно более высокими, чем во многих европейских странах. Многие видят основную причину в отсутствии системы подушевого финансирования (такой, как в Великобритании) или регламентированной системы бюджетного финансирования (такой, как в Германии).

Американское здравоохранение, представляет собой одну из крупнейших отраслей в стране, где расходы на охрану здоровья растут наиболее быстрыми темпами. Достаточно отметить, что расходы на здравоохранение в США составляют 14,2% к ВВП, по сравнению, например с Германией, Великобританией и Канадой, где указанные цифры составляют 10,4%, 6,9%, и 9,6% соответственно. К примеру, такой факт, в абсолютном измерении расходы на здравоохранение в США возросли с 800 миллиардов в 1995 году до 1 триллиона долларов США в 2000 году. При этом около 42 миллионов американцев лишены медицинского страхования и поэтому не имеют адекватного доступа к медицинскому обслуживанию.

В США применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. В последнем случае предприниматель и все его рабочие и служащие приобретают единый страховой полис. Групповым страхованием охвачено 74% рабочих и служащих частного

сектора экономики, и 80% государственного сектора. Правительство данной страны оплачивает более 40% расходов на здравоохранение (где в 1960 г. — 21%). Очевидно, что за последние 30 лет произошел значительный сдвиг в сторону роста государственных расходов на здравоохранение.

К тому же, Правительство оплачивает расходы на здравоохранение через две основные программы — «Медикэйд» и «Медикэр». В соответствии с программой «Медикэр» осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет, а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные нарушения здоровья, такие как, например, заболевания почек. Программа «Медикэр» частично финансируется через особый налог на всех работников, определенную долю которого они платят сами, другую же — работодатель. В целом этот налог составляет около 15% дохода занятых американцев. Другая часть «Медикэр» финансируется из общих поступлений подоходного налога.

Программа «Медикэйд» предусматривает страхование нуждающихся американцев, преимущественно женщин и детей из бедных семей. Кроме того, в рамках этой программы оплачивается пребывание в домах престарелых тех, кто требует постоянного ухода и не может обходиться без ежедневной посторонней помощи. Также, следует заметить, что программа «Медикэйд» финансируется и федеральным правительством, и органами управления штатов. Федеральное правительство оплачивает свою долю расходов по «Медикэйд» из поступлений от общего налога. В целом, огромные расходы на здравоохранение в США не приносят адекватных результатов. Число нуждающихся граждан в медицинской помощи с каждым годом растет, и проблема доступности медицинских услуг до сих пор остается нерешенной до конца.

Система финансирования здравоохранения Швеции характеризуется политической, социальной и экономической стабильностью в течение многих десятилетий, поэтому шведская модель признана одной из лучших в мире. Основой впечатляющих успехов в здравоохранении Швеции является демократия, которая обеспечивается на трех уровнях:

- Парламент и Национальное правительство;
- Региональное правительство – 26 Советов Кантин (регионов) по проблемам здравоохранения, социальных проблем, транспортных вопросов и т.д.;
- Местное правительство – 286 муниципалитетов (образование, общественное здоровье, службы социального обеспечения и т.д.).

Система налогов в стране определяется национальным правительством, она прогрессивная. Основы медицинского обслуживания базируются на государственной основе, которая обеспечивает 3/4 всех расходов на здравоохранение [3,с.37].

Также, основная часть доходов центрального правительства обеспечивается налогообложением. Источники поступлений (располагаемые по

значимости): 1) налог на добавленную стоимость, составляющий до 23,5% стоимости большинства имеющихся на рынке товаров и услуг; 2) подоходный налог и налог на капитал; 3) обязательные взносы нанимателей в национальную схему социального страхования; 4) особые налоги на определенные товары и услуги (табак, алкогольные напитки, бензин, энергия, пользование дорогами и так далее).

Жители Швеции имеют право выбирать семейного врача для оказания первичной медицинской помощи. При этом, семейные врачи могут обслуживать 1000-3000 пациентов и могут получать средства из Совета кантин исходя из подушевого норматива на каждого своего пациента, который может варьировать в зависимости от пациента.

На финансирование здравоохранения областными советами выделяется более 80% подоходного налога, собираемого с жителей области. Советы являются владельцами клиник, медицинских центров и координаторами их деятельности. В основном бремя расходов на медицинскую помощь несет государство, однако примерно 10% услуг оплачивает само население. Так, например, визит к врачу обходится пациенту в 100-300 шведских крон, а день пребывания в стационаре – примерно 80 крон. При покупке лекарств, выписанных врачом, медицинская страховка с учетом их общей стоимости возвращает больному от 50 до 90% расходов. В результате никому не приходится тратить на лекарства более 1300 крон в год. Аптеки получают возмещение непосредственно из фондов медицинского страхования.

Национальная система страхования гарантирует денежные компенсации при болезни всем жителям Швеции, чей годовой доход (вне зависимости от того, работают по найму или не по найму) составляет, по крайней мере, 6000 шведских крон. Право на оплату периода временной нетрудоспособности не распространяется на тех, чей годовой доход превышает базовую сумму в 7,5 раза; это – потолок для доходов, при превышении которого система социального страхования уже не действует (понятие «базовая сумма» введен для того, чтобы обеспечить гибкую связь между размером пособий и доходов и изменениями в уровне жизни; ежегодно эта сумма определяется правительством, в 1997 году она составляла 36300 крон) [4,с.44].

Всем известно, что показатель экономического благосостояния – объем произведенного валового национального продукта (ВВП), от него зависят расходы на здравоохранение. Так, например в США расходы на отрасль составляют 14,2%, в Великобритании – 6,9%, в странах Европейского союза в среднем – 8%.

Таким образом можно выделить три базовые модели финансирования здравоохранения:

- Государственная, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных

источников. Действует в Великобритании, Дании, Швеции.

- Бюджетно-страховая, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. При этом финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%).

- Частнопредпринимательская, финансируемая, главным образом, за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

Изучая зарубежный опыт системы финансирования некоторых индустриально развитых стран было выявлено, что за последние 10-15 лет резко возросли затраты на здравоохранение, при этом во многих государствах увеличение расходов опережает темпы роста валового внутреннего продукта (ВВП).

Основными факторами повышения расходов, для разных стран послужили:

- увеличение косвенного финансирования – обязательного страхования под эгидой государства;

- рост технической оснащенности медицинских служб, повышение интенсивности и качества лечения;

- инфляция;

- демографические сдвиги в структуре населения в сторону увеличения доли пожилых и престарелых, которым требуется объем медицинской помощи в 11 раз больше, чем лицам трудоспособного возраста;

- рост потребления лекарств.

В тех случаях, когда здравоохранение финансируется местными властями (Дания, Швеция), центральное правительство может уменьшить размеры выделяемых субсидий. Однако при желании местные власти могут компенсировать недостаток средств за счет повышения местных налогов. Тем не менее, как показывает практика, бюджетные ограничения могут быть эффективным рычагом сдерживания роста расходов [5, с.2].

На примере развитых стран можно выделить основные модели системы здравоохранения такие как: национальная система здравоохранения, социальное страхование здравоохранения, местная (региональная) система прямых платежей и модель добровольного частного страхования (таблица 1).

Таблица 1

**Модели систем здравоохранения в развитых странах**

Национальная система здравоохранения (например, Великобритания, Скандинавские страны)	Местная/региональная система прямых платежей (например, Канада, некоторые региональные службы Испании)
Социальное страхование здравоохранения – Система Бисмарка (например, Германия, Япония)	Модель добровольного частного страхования (например, США)

Таким образом, рассматривая мировой опыт развития моделей финансирования здравоохранения можно сформулировать следующие выводы:

- 1) Системы предоставления услуг и механизмы материального стимулирования поставщиков представляют собой лишь дополнительные инструменты, которые могут способствовать решению очевидных проблем неэффективности, присущих сектору здравоохранения зарубежных стран. Проблемы здравоохранения тесно взаимосвязаны, и для их решения требуется хорошо продуманная и широкомасштабная стратегия реформ, включающая конкретные программы, четкую структуру управления, профессиональных и преданных делу организаторов и руководителей здравоохранения, а также поддержку идей и целей реформ со стороны всего медицинского сообщества в целом.

- 2) Совершенствование систем оплаты поставщиков медицинских услуг, связаны с проблемами развития, в том числе, проблемами неформальных платежей и децентрализации общественных средств здравоохранения.

- 3) В сравнении с зарубежными странами мы еще отстаем в разработке новых механизмов оплаты. Однако опыт этих стран более разнообразен, поскольку они различаются как на

макрэкономическом уровне, так и по фискальному потенциалу и возможностям управления новыми институтами и финансовыми механизмами.

### Список литературы

1. Тусеева М.Х. Проблемы эффективности бюджетного финансирования социально-экономической программы «Здравоохранение Казахстана» // Каржы-Каражат. – 2003.- № 3.
2. Ким С.В., Кайрбеков А.К., Абылкасымов Е.А. Варианты финансирования здравоохранения Республики Казахстан на 2001-2002 гг. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2001.- № 22.
3. Садвокасова А. Относительные оценки эффективности бюджетных программ // Бухучет и налоги в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения, от 6 октября 2006 года N 965.
4. Капсаямова С.С. Понятие и правовая характеристика бюджетного контроля // Экономика и право Казахстана -2008.- №19.
5. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности здравоохранения: Нормативные документы с комментариями. - М.: МЦФЭР, 2005.