

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ И РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ НОРМАТИВОВ БЮДЖЕТНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.Е.Кратёнок, В.М.Писарик, В.М.Хавратович, В.В.Кулинка

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В статье рассмотрены некоторые подходы к формированию нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях. Представлена разработанная методика формирования данных нормативов.

Ключевые слова: бюджетное финансирование; амбулаторно-поликлиническая помощь; норматив бюджетной обеспеченности; методика формирования нормативов; коэффициент потребности; коэффициент дифференциации.

Введение. Разработка новых подходов к формированию нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, определяется потребностью в повышении эффективности управления отраслью здравоохранения на основе современных научных представлений для установления зависимости финансирования бюджетных амбулаторно-поликлинических и больничных организаций от результатов их деятельности при расширении экономической самостоятельности и ужесточении ответственности администрации организаций здравоохранения (ОЗ) за результаты деятельности.

Цель настоящей публикации – рассмотреть некоторые подходы к формированию нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях в расчете на одного жителя, и представить разработанную методику формирования нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую городскими поликлиниками и поликлиническими подразделениями больничных организаций, которые функционируют по территориально-участковому принципу.

Подходы к формированию нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь. В сложившейся в белорусском здравоохранении ситуации особое значение приобретает ряд факторов, которые необходимо учитывать при определении нормативов бюджет-

ного финансирования медицинской помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими организациями в расчете на одного закрепленного жителя.

Первый фактор – необходимость сдерживания затратного механизма.

Расчет нормативов бюджетного финансирования на основе затрат за объемы оказываемой в амбулаторных условиях медицинской помощи (посещения врачей и среднего медицинского персонала, стоимость отдельных медицинских услуг) несет в себе сильный потенциал затратных тенденций. В Беларуси число посещений поликлиник на одного жителя примерно в 2 раза выше по сравнению с ведущими европейскими странами.

Если осуществлять планирование бюджетного финансирования поликлиник только по числу посещений к медицинскому персоналу, возможно появление ситуации, когда поликлиники будут вынуждены либо «дотягивать» объемы до плановых значений (иначе можно потерять финансирование в следующем календарном периоде), либо выходить за их пределы. Опыт использования метода оплаты за посещения привел в системе страховой медицины Российской Федерации к многочисленным припискам в поликлиниках и искусственному дроблению каждого случая лечения на ненужные посещения, которые положено оплачивать. В итоге, пациенты будут так же часто обращаться к медицинскому персоналу за необходимой помощью. Без сильных стимулов к профи-

лактике заболеваний и более эффективному наблюдению за хроническими больными поликлиники не могут контролировать посещения врачей и среднего медицинского персонала.

Второй фактор – повышение роли первичной и вторичной медицинской профилактики. Нехватка бюджетного финансирования амбулаторно-поликлинической помощи делает профилактику заболеваний и их обострений особенно важной. Поэтому для поликлиник повышается значение не только тех услуг, которые можно измерить количественными показателями, учитываемыми при определении норматива бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь (например, количество посещений врачей и среднего медицинского персонала), но и комплекса действий медицинских работников по активному выявлению лиц с высоким риском развития неинфекционных заболеваний, предотвращению перехода острых заболеваний в хронические и обострения хронических заболеваний, а также обеспечению преемственности на каждом этапе для снижения потребности населения в скорой и стационарной медицинской помощи.

Учитывая это, ряд российских авторов предлагает отказаться от планирования объемов амбулаторной помощи по показателям посещений и обращений при планировании заданий ОЗ, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению. Эти показатели, безусловно, нужны при планировании объема работ отдельных подразделений поликлиник, но при их использовании при планировании деятельности ОЗ в целом они неизбежно становятся финансирующими: от выполнения плана по объемам услуг зависит объем финансирования поликлиник. Поликлиники будут вынуждены наращивать объемы в ущерб качеству лечебно-профилактической помощи. То, что можно сделать для больного в рамках одного посещения, «расписывается» на несколько посещений, а, главное, – поликлинике выгодно каждое дополнительное обращение пациентов с обострениями хронических заболеваний. Отсюда и высокая и постоянно растущая частота вызовов скорой медицинской помощи, высокая нагрузка на стационар [1, 2].

Вместо числа посещений предлагается планировать:

численность закрепленного населения с выделением половозрастных групп с разными потребностями в амбулаторной помощи;

размер подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи в расчете на одного закрепленного жителя;

интегральные показатели результативности деятельности амбулаторно-поликлинических организаций (АПО), например, снижение потребности населения в скорой и стационарной медицинской помощи, уменьшение частоты перехода острых заболеваний в хронические.

Такой подход объясняется спецификой амбулаторно-поликлинической помощи. Ее успешность зависит не столько от числа посещений поликлиник, сколько от комплексности лечения, координации ведения пациента на разных этапах его лечения, профилактической направленности деятельности врача и целого ряда других факторов, не поддающихся достоверному измерению.

При этом, важно сохранить учет объемов амбулаторной помощи для планирования оказания медицинской помощи на уровне АПО.

Интересна практика перехода на подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи в Казахстане в рамках существующей системы страхового финансирования здравоохранения [3; 4]. Особенностью принятого подхода является существенное смещение приоритета финансирования в сторону амбулаторно-поликлинической помощи. Из республиканского бюджета были выделены дополнительные средства для выравнивания финансирования по регионам страны на основе комплексного подушевого норматива (КПН), являющегося единым по стране (до этого фактические подушевые расходы на амбулаторную помощь отличались, в зависимости от региона, в 3–4 раза). Одновременно с этим, в два раза увеличены расходы на стимулирование работников первичного звена здравоохранения за вклад в достижение конечного результата деятельности поликлиник на основе установленных индикаторов.

Разработана методика финансирования по комплексному подушевому нормативу по принципу частичного фондодержателя. Этот норматив устанавливается для звена амбулаторно-поликлинической помощи и включает расходы по восьми базовым специальностям. Участковая служба является фондодержателем всех средств на развитие амбулаторной помощи. Важно отметить, что в состав КПН включены расходы на повышение квалификации медицинских работников. Поликлиникам предложено зарабатывать средства на последипломное обучение и самостоятельно оплачивать соответствующие расходы.

При расчетах КПН материально-техническая оснащенность поликлиник не учитывается, но используются поправочные коэффициенты на работу в сельских районах, половозрастную структуру и плотность населения. Проведена большая

работа по обоснованию нормативов для отдельных половозрастных групп. Она была основана на методе поэлементного расчета услуг путем анализа большого числа медицинских амбулаторных карт. Эта часть расчетов оказалась особенно важной, поскольку разница в половозрастном составе закрепленного населения оказалась довольно значительной по отдельным амбулаторным учреждениям.

Для перехода на подушевое финансирование с 2013 г. в Казахстане проведена масштабная работа по свободному прикреплению граждан к амбулаторным учреждениям, а также уточнены зоны обслуживания, что создало возможность учета реальной численности обслуживаемого населения.

Пример здравоохранения Казахстана свидетельствует о том, что установление подушевого норматива базируется преимущественно на агрегированных фактических расходах, но полученный подушевой норматив корректировался на условия оказания медицинской помощи и состав закрепленного населения. Метод поэлементной оценки дополняет макрорасчеты – главным образом для определения половозрастных коэффициентов [4].

Данный опыт здравоохранения Российской Федерации и Республики Казахстан целесообразно использовать при разработке методики определения и применения нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в Беларуси городскими поликлиниками и поликлиническими подразделениями больничных организаций в расчете на одного закрепленного жителя.

Материалы и методы. Для анализа использованы показатели расходов бюджетных средств на финансирование планов объемов медицинской помощи, предоставляемых населению Гродненской области за 2018–2020 гг.; государственная статистическая отчетность: форма 1-организация (Минздрав) «Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях», отчеты городских поликлиник и больничных ОЗ Гродненской области, имеющих в своем составе поликлинические подразделения.

При анализе показателей использованы методы: аналитический, статистический, ранжирования, организационного моделирования, прогнозирования, ситуационного анализа. Обработка результатов осуществлялась на персональных компьютерах с помощью пакетов прикладных программ «Microsoft Office».

Разработка методики формирования нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях. В Законе «О бюджете Республики Беларусь» определен размер норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение (НБОРЗ) в расчете на одного жителя в целом по стране и отдельно для каждой области, г. Минска и ОЗ республиканского подчинения. Формирование данного норматива осуществляется на прогнозную численность населения страны в среднегодовом исчислении на текущий год. При распределении денежных средств за основу принимается численность закрепленного (обслуживаемого) населения, а не население территории по факту прописки.

НБОРЗ на одного жителя выполняют функции основного социального стандарта в области здравоохранения и утверждаются в целом на год без фиксированной разбивки по кварталам года, и по их годовой величине анализируется размер бюджетных расходов на здравоохранение, утверждаемых местными советами. Данные нормативы являются минимальными и могут быть увеличены, исходя из финансовых возможностей административной территории [5–7].

НБОРЗ в расчете на одного жителя устанавливается ежегодно в размере не менее уровня расходов за предыдущий год в сопоставимых ценах с учетом дополнительных поправочных коэффициентов на особенности инфраструктуры каждого территориального объекта, региональные показатели здоровья населения, уровень развития системы здравоохранения, соотношения городских и сельских жителей. Следует отметить, что норматив обеспеченности на одного жителя по бюджетам областей и г. Минска ниже среднереспубликанского.

В табл. 1 приведен норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь в целом и по семи административным территориям в отдельности. Исходя из представленных данных, наблюдается тенденция ежегодного роста этого норматива. Наибольшее номинальное значение установлено для Минска, наименьшее – для Минской области.

В табл. 2 представлен минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Гродненской области в разрезе районов на 2018–2021 гг. в белорусских рублях. Как следует из представленных данных, норматив варьирует в довольно широких пределах, например, в 2021 г. –

Таблица 1

Минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь

Регион / Год	2018	2019	2020	2021
Брестская область	387,60	440,30	508,60	558,70
Витебская область	406,60	465,90	524,75	582,33
Гомельская область	403,10	456,20	533,52	592,80
Гродненская область	391,80	444,60	516,88	571,67
Минская область	360,80	412,90	476,88	529,70
Могилевская область	407,00	460,00	527,48	588,90
г. Минск	461,80	520,40	572,82	634,38
Республика Беларусь	501,10	567,44	660,50	760,31

Таблица 2

Минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Гродненской области

Район / Год	2018	2019	2020	2021
Берестовицкий район	323,86	346,39	400,98	433,34
Волковысский район	311,90	357,80	424,29	458,81
Вороновский район	275,07	316,88	377,12	394,01
Дятловский район	353,24	403,85	486,06	484,41
Зельвенский район	369,08	403,76	504,55	519,11
Ивьевский район	340,60	377,20	452,35	503,13
Кореличский район	342,02	377,21	454,67	485,62
Лидский район	283,99	322,96	374,22	396,58
Мостовский район	301,29	350,50	411,19	438,85
Новогрудский район	289,56	327,55	382,56	419,65
Островецкий район	345,23	443,35	607,66	689,37
Ошмянский район	282,60	300,36	348,30	402,55
Свислочский район	403,61	442,00	538,63	623,57
Слонимский район	297,87	319,95	385,09	425,10
Сморгонский район	282,54	309,88	356,34	418,78
Щучинский район	296,08	317,84	384,32	454,26
город Гродно	194,81	224,37	263,09	294,97

от 294 рублей 97 копеек для города Гродно и до 689 рублей 37 копеек для Островецкого района.

НБОРЗ явился первым компонентом в разрабатываемой методике формирования нормативов бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях.

Виды и объемы медицинской помощи, оказываемой населению конкретной территории страны за счет республиканского и местного бюджетов, закрепляются в соответствующих нормативных правовых и локальных актах различных уровней (республиканском, областном, городском, районном). Они расцениваются как минимальные и могут быть изменены только в сторону увеличения в зависимости от конкретных факторов, влияющих на потребность в медицинской помощи, и финансовых возможностей территориальных образований.

В табл. 3 представлены нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи (АПП), предоставляемой населению административно-территориальной единицы Республики Беларусь за счет средств бюджета в расчете на 1000 жителей на 2020–2021 гг. Исходя из представленных данных, на 2021 год запланировано такое же число визитов к врачам (посещений врачей), как и было в 2020 г. на республиканском уровне, а на областном уровне – чуть больше. Число запланированных на 2021 год посещений пациентов врачами на дому меньше, чем было в 2020 г. Уровень госпитализации в отделения дневного пребывания оставался без изменений.

Анализ текущих финансовых расходов (без учета капитальных расходов) по выполнению объемов медицинской помощи, предусмотренных планами объемов медицинской помощи Гродненской области за 2018–2020 гг., показывает, что

Таблица 3

Нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи, предоставляемой населению административно-территориальной единицы Республики Беларусь за счет средств бюджета в расчете на 1000 жителей на 2020–2021 гг.

Вид помощи	Показатель	Областной уровень (без учета организаций здравоохранения республиканского подчинения (ОЗРП))		Республика Беларусь (с учетом ОЗРП)	
		2020	2021	2020	2021
Амбулаторно-поликлиническая помощь	Число посещений врачей	10 770	10 890	10 990	10 990
	в том числе: число посещений врачами на дому	940	875	945	880
	Уровень госпитализации в отделения дневного пребывания	60,5	60,5	61,0	61,0

половина расходов приходилась на стационарную помощь (48,1% в 2018 г., 47,7% в 2019 и 52,4% в 2020 г.) (данные за 2020 год представлены на рис.1). Следующую позицию по финансовым затратам занимает амбулаторно-поликлиническая помощь (32,2% в 2018, 33,2% в 2019 и 31,7% в 2020 г. (32,4% в среднем за 3 года). Кроме того, следует отметить, что существенную долю затрат составляют текущие бюджетные трансферты на льготное обеспечение (7,1%, 6,4% и 5,6% за указанные годы соответственно), причем наблюдается четкая тенденция ее снижения. На все остальные виды медицинского обслуживания (скорая медицинская помощь, больницы (койки) сестринского ухода, прочие виды медицинской помощи) приходится суммарно чуть более 10% финансовых расходов.

Среднее значение доли плановых и фактических финансовых расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в общих текущих расходах (без учета капитальных расходов) по выполнению объемов медицинской помощи на год в нормативе бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение по Гродненской области в расчете на одного жителя может быть использовано для определения норматива бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Доля текущих расходов на АПП в нормативе бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Гродненской области в среднем за 3 года (2018–2020 гг.) составила 32,4% (табл.4).



Рис. 1. Доля расходов по видам медицинской помощи в 2020 г. по Гродненской области (в процентах)

Таблица 4

Доля текущих плановых и фактических финансовых расходов по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях, предусмотренных планами объемов медицинской помощи на 2018–2020 гг. в нормативе бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение по Гродненской области

Амбулаторно-поликлиническая помощь: все виды	Доля плановых расходов на АПП (в процентах)	Доля фактических расходов на АПП (в процентах)
2018	32,2	32,7
2019	33,2	33,1
2020	31,7	31,4
Среднее за 3 года	32,4	32,4

$ДФФР_{АПП}$ – доля текущих финансовых фактических расходов по выполнению объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи в нормативе бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение административной территории. Этот показатель используется в качестве первого поправочного коэффициента в разработанной методике, причем при расчете для каждого предстоящего финансового года целесообразно использовать данные за предыдущий финансовый год.

Как отмечено выше, норматив бюджетной обеспеченности расходов по выполнению объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи отличается в разных районах Гродненской области. Так, на рис. 2 показан результат применения ранжирования к полученным отклонениям – районы расположены в порядке возрастания значения от -26,18% в Новогрудском районе до +37,38% в Свислочском районе.

На основе отклонений от норматива бюджетной обеспеченности расходов на АПП за преды-

дущий финансовый год по центральным районным больницам (ЦРБ) и АПО г. Гродно рассчитываются средние коэффициенты территориальной дифференциации бюджетной обеспеченности расходов на АПП по каждой административной территории (район, город) на предстоящий финансовый год (табл. 5). Суть данного коэффициента дифференциации заключается в следующем: на какое число (коэффициент) следует умножить значение норматива бюджетной обеспеченности расходов на АПП по Гродненской области для того, чтобы получить фактическое значение данного показателя для отдельной ОЗ (в данном случае – для ЦРБ и АПО г. Гродно).

Коэффициент территориальной дифференциации (КТД) – расчетный показатель, применяемый к базовому нормативу бюджетной обеспеченности расходов на одного жителя для оказания амбулаторно-поликлинической помощи с целью учета особенностей инфраструктуры и уровня развития системы здравоохранения административной территории (районный, город-

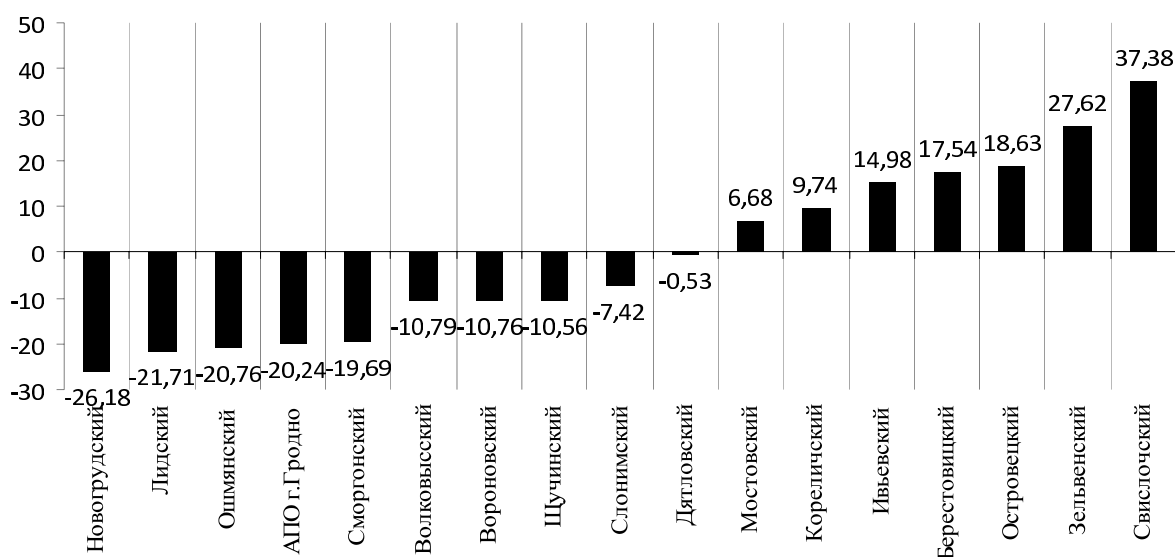


Рис. 2. Ранжирование районов по среднему отклонению за 3 года (2018–2020 гг.) от норматива бюджетной обеспеченности расходов на АПП по Гродненской области (в процентах)

Отклонение от норматива бюджетной обеспеченности на здравоохранение по Гродненской области в разрезе районов и г. Гродно за 2018–2020 гг. и коэффициент территориальной дифференциации (КТД) оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (фактические расходы)

Районы и организации здравоохранения	Отклонение от норматива бюджетной обеспеченности расходов на АПП (все виды) за 2018–2020 гг. (в процентах)			КТД		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Берестовицкий	20,55	6,85	25,23	1,2055	1,0685	1,2523
Волковысский	-11,07	-11,54	-9,78	0,8893	0,8846	0,9022
Вороновский	-27,54	-11,15	6,42	0,7246	0,8885	1,0642
Дятловский	14,81	12,65	-29,03	1,1481	1,1265	0,7097
Зельвенский	33,21	22,63	27,00	1,3321	1,2263	1,27
Ивьевский	4,84	3,68	36,41	1,0484	1,0368	1,3641
Кореличский	14,59	3,88	10,74	1,1459	1,0388	1,1074
Лидский	-12,66	-13,71	-38,76	0,8734	0,8629	0,6124
Мостовский	6,55	4,44	9,05	1,0655	1,0444	1,0905
Новогрудский	-20,16	-24,04	-34,34	0,7984	0,7596	0,6566
Островецкий	7,66	22,82	25,40	1,0766	1,2282	1,254
Ошмянский	-15,55	-23,86	-22,88	0,8445	0,7614	0,7712
Свислочский	41,25	34,63	36,25	1,4125	1,3463	1,3625
Слонимский	-4,64	-9,50	-8,12	0,9536	0,905	0,9188
Сморгонский	-15,79	-16,29	-26,99	0,8421	0,8371	0,7301
Щучинский	-1,44	-12,76	-17,48	0,9856	0,8724	0,8252
АПО г. Гродно	-22,19	-20,62	-17,92	0,7781	0,7938	0,8208
Гродненская область	-	-	-	1,0000	1,0000	1,0000

ской уровень). Это второй поправочный коэффициент в разработанной методике.

Затраты на АПП существенно зависят от половозрастной структуры обслуживаемого населения, в основном, в связи с тем, что в среднем женщины посещают поликлиники чаще, чем мужчины, а дети и пожилые люди – чаще, чем лица трудоспособного возраста. Поэтому для расчета комплексного норматива бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на одного жителя необходимо учитывать различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными группами населения.

В качестве корректирующих коэффициентов оказания медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры обслуживаемого населения используются коэффициенты, определенные инструкцией о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 30.03.2010 №38/55 (табл. 6) [8].

Рассчитанные для разных возрастных групп и пола корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи в административной территории, учитывающие различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными группами населения, фактически являются эквивалентными (сопоставимыми) единицами потребления медицинской помощи в расчете на одного жителя, которые следует использовать для определения комплексного норматива бюджетной обеспеченности расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях в административных территориях Гродненской области.

Половозрастной корректирующий коэффициент ($ПВК_{ПВГ}$) – показатель, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными группами населения.

На основе $ПВК_{ПВГ}$ для каждой административной территории с учетом закрепленного количества мужчин и женщин в соответствующих возрастных группах и приведенных в табл. 6 коэффициентов рассчитываются коэффициенты дифференциации организаций здравоохранения по половозрастной структуре населения – $КД_{ПВСН}$.

Таблица 6

Корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи в Республике Беларусь в зависимости от пола и возраста

Номер возрастной группы (n)	Количество лет	Половозрастной корректирующий коэффициент оказания медицинской помощи (ПВК _{ПВГ})	
		мужчины	женщины
1	0–4	1,8273	1,4075
2	5–9	0,6150	0,4653
3	10–14	0,6143	0,4540
4	15–19	0,7089	0,6079
5	20–24	0,7423	1,1105
6	25–29	0,6404	1,1288
7	30–34	0,6021	0,8117
8	35–39	0,6158	0,5837
9	40–44	0,7820	0,6629
10	45–49	1,0593	0,8555
11	50–54	1,4434	1,1164
12	55–59	1,6576	0,9931
13	60–64	1,3780	0,8308
14	65–69	1,7709	1,0407
15	70 и старше	2,0447	1,4447

$KD_{ПВСН}$ отражает отношение коэффициента потребности в АПП для конкретной ОЗ (ЦРБ, городская поликлиника) к среднему по административной территории (областной, городской уровень) коэффициенту потребности в амбулаторной медицинской помощи.

Полученный коэффициент дифференциации $KD_{ПВСН}$ учитывает только половозрастную структуру населения и не учитывает сложившуюся потребность в АПП закрепленного к организации здравоохранения населения. Для этого необходим второй коэффициент дифференциации, который учитывал бы сложившуюся потребность в АПП (заболеваемость и объем оказываемых услуг) на одного закрепленного жителя. Таким показателем выступает число фактических посещений АПО за предыдущий год в расчете на одного жителя.

В основе определения данного коэффициента дифференциации для организации здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу, лежит сравнительный анализ среднего уровня посещаемости конкретной ОЗ (городской поликлиники, ЦРБ) на одного закрепленного жителя с фактическим уровнем посещаемости в целом для города или области. Коэффициент дифференциации амбулаторно-поликлинических ОЗ по числу посещений ($KD_{ЧП}$) – расчетный показатель, позволяющий учесть различия в количестве посещений за год на одного жителя конкретной ОЗ (поликлиники центральной районной больницы, городской поликлиники) к среднему уровню числа посеще-

ний в целом по административной территории (областной, городской уровень).

Затем для каждой организации здравоохранения определяется усредненный коэффициент дифференциации ($KD_{ОБЩ}$), учитывающий половозрастную структуру населения и число посещений на одного обслуживаемого (закрепленного) жителя. Для этого сумму коэффициента дифференциации по половозрастной структуре ($KD_{ПВСН}$) и коэффициента дифференциации по числу посещений ($KD_{ЧП}$) делят на 2 (два):

$$KD_{ОБЩ} = (KD_{ПВСН} + KD_{ЧП})/2.$$

При этом, коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения ($KD_{ПВСН}$) рассчитывается на основе численности закрепленного населения и корректирующих коэффициентов оказания медицинской помощи в Республике Беларусь в зависимости от пола и возраста, представленных в табл. 6, а коэффициент дифференциации по числу посещений АПО рассчитывается на основе числа фактических посещений за предыдущий год на одного жителя ($KD_{ЧП}$).

Таким образом, комплексный норматив бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на одного жителя административной территории (районный, городской уровень) на год определяется по формуле:

$$KN_{АПП} = НБОРЗ_{РГ} * ДФФР_{АПП} * КТД * KD_{ОБЩ}$$

где * – знак умножения;

$KN_{АПП}$ – комплексный норматив бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на одного жителя админи-

стративной территории (районный, городской уровень), рублей;

$НБОРЗ_{рг}$ – норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя административной территории (областной уровень) на рассчитываемый год, рублей;

$ДФФР_{АПП}$ – доля текущих финансовых фактических расходов по выполнению объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи в нормативе бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение административной территории (областной уровень) за предыдущий финансовый год;

$КТД$ – коэффициент территориальной дифференциации для учета особенностей инфраструктуры и уровня развития системы здравоохранения административной территории (районный, городской уровень) за предыдущий финансовый год;

$КД_{Общ}$ – усредненный коэффициент дифференциации по половозрастной структуре населения и по числу посещений организации здравоохранения, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, административной территории (районный, городской уровень).

Планирование расходов бюджета на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с использованием комплексных нормативов бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на одного жителя $КН_{АПП}$ планируется осуществлять следующим образом.

Расчет коэффициентов потребности в АПП, коэффициентов дифференциации по половозрастной структуре населения и по числу посещений на закрепленное население на предстоящий финансовый год осуществляют ОЗ, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь. Полученные по каждой ОЗ данные в установленные сроки передаются в организационно-методический отдел областной больницы, осуществляющий планирование объемов медицинской помощи, предоставляемых гражданам, статистический учет и финансово-экономический анализ деятельности соответствующих ОЗ области.

Организационно-методический отдел областной больницы совместно с планово-экономическим отделением главного управления по здравоохранению определяют средние по области (району, городу) коэффициенты потребности в АПП, коэффициенты дифференциации по половозрастной структуре населения и по числу посещений на закрепленное население, комплексный норматив бюджетной обеспеченности расходов на АПП

на одного жителя административной территории и общий объем бюджетного финансирования организации здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, на предстоящий финансовый год.

Главное управление по здравоохранению облисполкома утверждает среднеобластные нормативы объемов медицинской помощи и нормативы бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на одного жителя для каждой организации здравоохранения административной территории на предстоящий финансовый год.

Общий объем бюджетного финансирования организации здравоохранения на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на предстоящий финансовый год планируется исходя из объема средств, формируемого на основе комплексного норматива бюджетной обеспеченности расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в расчете на одного жителя в год, численности закрепленного населения и фактической потребности в финансировании капитальных расходов, расходов на текущий ремонт зданий и помещений, текущих бюджетных трансфертов на льготное обеспечение и иных расходов с учетом изменения основных параметров экономического развития страны.

Заключение. Для практической оценки предложенной методики необходимо проведение пилотного проекта на базе организаций здравоохранения Гродненской области, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Применение разработанной методики будет способствовать модернизации системы управления государственными финансами в сфере здравоохранения Республики Беларусь в направлении совершенствования нормативного программно-целевого планирования бюджета на оказание медицинской помощи, ориентированной на результат.

Литература

1. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы / С.В.Шишкин, И.М.Шейман, А.А.Абдин, С.Г.Боярский, С.В.Сажина: доклад НИУ ВШЭ. – НИУ ВШЭ, 2016.
2. Клюковкин, К.С. Научное обоснование совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в крупном городе / К.С.Клюковкин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2008.
3. Аналитическая записка по итогам выполнения первого этапа Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. – Республиканский

- центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения Респ. Казахстан, 2014.
4. Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования [Электронный ресурс]: приказ Министра здравоохранения Респ. Казахстан, 21 дек. 2020 г., №КР ДСМ-309/2020; зарегистрирован в Министерстве юстиции Респ. Казахстан, 22 дек. 2020 г., №21858. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021858#z1530>. – Дата доступа: 21.10.2021.
 5. Мониторинг и совершенствование системы государственных гарантий в здравоохранении Республики Беларусь / А.К.Цыбин, К.А.Мовчан, И.В.Малахова, А.А.Гракович, Т.И.Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №2. – С.6–10.
 6. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 10 нояб. 1999 г., №322-3 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
 7. Планирование, финансирование и ценообразование в здравоохранении: учеб.-метод. пособие / Е.И.Ткачева, В.С.Глушанко, А.П.Грузневич, А.П.Тимофеева; под ред. д-ра мед. наук, профессора В.П.Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 217 с.
 8. Об утверждении Инструкции о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 29 сентября 2000 г. №40/101 [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь и Министерства финансов Респ. Беларусь, 30 марта 2010 г., №38/55 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

ANALYSIS OF APPROACHES AND DEVELOPMENT OF METHODOLOGY FOR FORMATION OF BUDGET NORMS OF EXPENSES FOR MEDICAL CARE PROVIDED ON AN OUTPATIENT BASIS

V.E. Kratenok, V.M. Pisaryk, V.M. Khauratovich, V.V. Kulinkina

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Some approaches are presented to budget norms formation of expenses for medical care provided on an outpatient basis. Developed methodology for these norms formation is presented.

Keywords: budget financing; outpatient care; budget provision norm; methodology for budget norm formation; requirement ratio; differentiation ratio.

Сведения об авторах:

Кратенок Валерий Егорович, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: vkratenok@belcmt.by.

Писарик Виталий Михайлович, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: vpisaryk@belcmt.by.

Хавратович Виктория Михайловна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: v_khauratovich@belcmt.by.

Кулинка Валентина Вячеславовна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313414, e-mail: vkulinkina@belcmt.by.

Поступила 28.12.2021 г.