
Научные исследования

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ: АПРОБАЦИЯ И ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТА

И.И.Новик, А.И.Русенчик, Т.В.Ясюля, Е.А.Карканица, В.М.Хавратович

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

В связи с ростом стоимости медицинского обслуживания в последние годы активно идет поиск альтернативных стратегий более эффективного и справедливого финансирования здравоохранения, при этом неизменным условием дальнейшего совершенствования белорусского здравоохранения является рациональное использование всех имеющихся ресурсов. В мировой практике совершенствование финансирования с отработкой механизмов новых принципов оплаты труда медицинских работников на всех уровнях и с учетом специфики каждой конкретной организации здравоохранения осуществляется с использованием системы индикаторов. Итогом запланированного пилотного проекта в Могилевской области должна стать разработка «общей» модели внедрения инновации с учетом положительных и отрицательных результатов всех участников эксперимента.

Стратегической целью развития системы здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. является повышение эффективности ее функционирования на основе улучшения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли, усиления профилактической направленности здравоохранения.

Одно из основных направлений развития системы здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. – совершенствование финансирования. В данном случае речь идет не только и не столько о необходимости увеличения объема выделяемых ассигнований на здравоохранение, а, в первую очередь, о механизме их эффективного использования, т.е. об изменении подходов к планированию, распределению и использованию финансовых ресурсов. Отсюда задачами улучшения финансового обеспечения отрасли являются:

повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения;

обеспечение взаимосвязи объемов финансирования с качественными и количественными показателями деятельности организаций здравоохранения;

перераспределение финансирования между больничными и амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения с целью усиления первичной медицинской помощи.

На базе организаций здравоохранения Могилевской области запланировано осуществление пилотного проекта, направленного на совершенствование финансирования и оплаты труда работников здравоохранения. Это – комплексная работа по структурным преобразованиям в отрасли, которая затронет в дальнейшем все регионы [1].

В рамках эксперимента планируется апробировать следующие направления оптимизации системы финансирования здравоохранения:

направление до 40% общего объема финансирования здравоохранения на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях;

расширение прав и самостоятельности руководителей организаций в управлении расходами;

создание системы материального стимулирования, направленной на формирование у каждого работника личной заинтересованности в производительном труде и его высоких результатах.

В рамках последнего направления предусмотрено совершенствование оплаты труда медицинских работников посредством разработки и внед-

рения в организациях здравоохранения системы экономического стимулирования работников за достижение наилучших показателей в обеспечении населения медицинской помощью надлежащего качества.

Всемирная организация здравоохранения определила основные требования к качеству медицинской услуги: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам...; при этом, для достижения такого результата, должны быть привлечены минимальные средства...; пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи...» [2].

Использование методов финансирования здравоохранения с элементами материального стимулирования за достигнутый результат (pay-for-performance) в последние годы получило значительное распространение во всем мире.

В Великобритании с 1991 г. врачебные практики при сохранении базовых принципов системы (общедоступность и бесплатность медицинской помощи, государственное финансирование и лечебная сеть) стали частными фондодержателями, с 2004 г. с врачами общей практики были заключены контракты в рамках «pay-for-performance».

Данные контракты предполагали увеличение заработной платы на 25% в соответствии с достигнутыми результатами по клиническим, организационным показателям, а также показателям удовлетворенности пациентов. Система контрактов в корне изменила работу врачей общей практики, у них появилась заинтересованность в улучшении показателей здоровья прикрепленного населения (смертность, онкозаболеваемость, инвалидность и т.д.) и в повышении качества оказываемой помощи. Став фондодержателями, врачи общей практики более эффективно и экономно используют полученные финансовые средства [3, 4].

В США действует свыше 150 программ «pay-for-performance», различающихся как по набору индикаторов, так и по методологии, но все они являются действенным инструментом для повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

В России система материального стимулирования, ориентированная на результат, активно используется в ряде регионов, но в российской модели данные по индикаторам собираются в конце года и используются для расчета подушевого норматива на следующий год. Региональные особенности проводимых преобразований системы оказания меди-

цинской помощи и оплаты труда медицинских работников влияют в конечном итоге на эффективность функционирования системы здравоохранения Российской Федерации в целом [5–8].

В Республике Казахстан с 2011 г. на уровне первичной медико-санитарной помощи начато внедрение стимулирующего компонента к подушевому нормативу [9–11]. В основе программ «pay-for-performance» – современные методы администрирования, принципы оплаты труда ориентированы на качество лечения и удовлетворенность пациента. В организациях осуществляются выплаты к действующему окладу врачам и медицинским сестрам в зависимости от их вклада и профиля деятельности.

Международный опыт свидетельствует о высокой эффективности материального стимулирования медицинских работников, ориентированного на результат. Международные эксперты выделяют три основных положительных результата метода:

улучшение качества оказания медицинской помощи;

улучшение уровня обслуживания пациента; улучшение результативности деятельности организации и системы здравоохранения в целом.

Очевидно, что эффективные механизмы финансирования системы здравоохранения Республики Беларусь должны быть определены только в результате практического поиска.

Для оценки как количественных, так и качественных показателей деятельности организаций здравоохранения, отдельных структурных подразделений и каждого медицинского работника в ходе осуществления эксперимента предложена система индикаторов качества оказания медицинской помощи (месяц, квартал, полугодие, год). При этом, индикаторы качества отражают такие основные характеристики работы организации, медицинского работника, как:

результативность, безопасность, оптимальность, включая использование медицинских технологий с доказанной эффективностью, стабильность осуществления лечебного процесса и результата, преемственность и непрерывность,

приемлемость (своевременность, способность удовлетворить ожидания и потребности пациента).

Заинтересованность медицинского персонала в наборе максимального количества баллов по профильным индикаторам формируется выплатой стимулирующих надбавок и направлена на повышение как доступности медицинской помощи, так и ее качества.

Критериями эффективности пилотного проекта должны стать:

- снижение смертности населения, в том числе в трудоспособном возрасте;
- повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях;
- оптимизация работы коечного фонда; увеличение занятости койки, оборота койки; уменьшение повторной госпитализации;
- увеличение числа пролеченных пациентов на койках дневного пребывания;
- повышение заинтересованности руководителей и специалистов в обеспечении эффективной деятельности организации здравоохранения;
- закрепление медицинских кадров в организациях здравоохранения;
- стимулирование трудовой активности медицинских работников, в том числе желание максимально использовать свой опыт и квалификацию, повышение у каждого работника личной заинтересованности в производительном труде и высоких результатах.

Таким образом, практическая значимость эксперимента по совершенствованию финансирования и оплаты труда работников здравоохранения заключается в отработке механизмов новых принципов оплаты труда медицинских работников на всех уровнях и с учетом специфики каждой конкретной организации здравоохранения.

Главной целью пилотного проекта является улучшение качества и доступности медицинской помощи, поэтому оценка динамики медико-демографических показателей позволит установить степень соответствия предлагаемой системы индикаторов указанным конечным целям.

Анализируя медико-демографическую ситуацию за 2012 г., в целом по Могилевской области отметим следующее.

Численность населения Могилевской области сократилась на 7973 чел. (0,7%) по сравнению с 2011 г. и составила 1 080 120 чел.

Общий коэффициент рождаемости в Могилевской области увеличился до 11,8‰ (2011 г. – 11,1‰), что несколько ниже, чем в целом по республике – 12,2‰ (2011 г. – 11,5‰). Значение суммарного показателя рождаемости в 2011 г. – 1,57 рожденных детей на одну женщину, по республике – 1,52 рожденных детей на одну женщину [12, 13].

Число случаев смерти от всех причин в целом по области за 12 месяцев 2012 г. на 7,9% меньше числа случаев смерти за 2011 г. (2012 г. – 15531, 2011 г. – 16875). По предварительным дан-

ным, общий коэффициент смертности в 2012 г. снизился до 14,4 промилле (2011 г. – 15,6 промилле), что в целом выше республиканского уровня, который в 2012 г. составил 13,3 на 1000 населения.

Смертность в возрасте от 0 до 14 лет снизилась. Число случаев смерти от всех причин в этой возрастной группе в 2012 г. – 70 чел. (0,5%), из них 35 чел. – в возрасте до 1 года, в 2011 г. умерло 86 чел. (0,5%), из них 40 чел. – до 1 года.

Смертность в трудоспособном возрасте снизилась на 8,4% и составила 5,2‰. Число случаев смерти от всех причин в этой возрастной группе в 2012 г. – 3420 чел., что составило 22,0% всех умерших в Могилевской области, в 2011 г. умерло 4149 чел. (24,6% всех умерших в Могилевской области).

Смертность в возрасте старше трудоспособного выросла в процентном соотношении: в 2012 г. умерло 12028 чел. (77,4% всех умерших), в 2011 г. – 12637 человек (74,9%).

В разрезе районов отметим, что показатели смертности по сравнению с 2011 г. снизились только в Дрибинском районе (на 7,7%), а среди трудоспособного населения – снизились в трех районах: Мстиславском (на 9,3%), Славгородском (на 5,4%) и Чаусском (на 2,3%).

Наиболее высокие показатели смертности зафиксированы в Дрибинском – 25,3‰ (при этом смертность снижается), Чаусском – 23,3‰ (смертность растет) и Быховском – 22,7‰ (смертность осталась на уровне 2011 г.) районах. Наиболее низкие показатели смертности – в г. Могилёве и одноименном районе (11,0‰, при этом смертность растет) и г. Бобруйске и одноименном районе (12,9‰, при этом смертность осталась на уровне 2011 г.).

Наиболее высокие показатели смертности трудоспособного населения зарегистрированы в Дрибинском – 10,1‰ (смертность в этой возрастной группе растет), Хотимском – 8,6‰ (смертность растет) и Мстиславском – 8,0‰ (смертность снижается) районах.

Наиболее низкие показатели смертности трудоспособного населения – в г. Могилёве и одноименном районе (4,0‰, при этом смертность выросла в этой возрастной группе на 19,9% по сравнению с 2011 г.), в Горьком районе (4,4‰, смертность выросла на 12,0%) и в г. Бобруйске и одноименном районе (4,9‰, смертность выросла на 11,7% по сравнению с 2011 г.).

Основной причиной смерти населения Могилевской области в 2012 г., как и в 2011 г., являлся класс IX «Болезни системы кровообращения», на

долю которого пришлось в 2012 г. 51,8% всех случаев смерти (2011 г. – 51,2%) (рис. 1, 2).

Второе место в структуре причин смерти населения области, так же, как и в 2011 году, принадлежит классу XVIII «Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». От причин, входящих в данный класс, умерло 15,8% всех умерших по области (2011 г. – 14,8%).

Третье место занял класс II «Новообразования» (2012 г. – 13,5%, 2011 г. – 12,4%).

Далее по убыванию расположились класс XX «Внешние причины смерти» (2012 г. – 9,6%, 2011 г. – 10,6%), класс XI «Болезни органов пищеварения» (2012 г. – 2,9%, 2011 г. – 3,8%), класс V «Психические расстройства и нарушения поведения» (2012 г. – 2,4%, 2011 г. – 2,5%).

Ведущими причинами смерти для возрастной группы от 0 до 14 лет являются: 1-е место «Внешние причины смерти», 2-е место – «Врожденные пороки (аномалии развития), деформации и хромосомные нарушения», 3-е место – «Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

Ведущими причинами смерти в трудоспособном возрасте стали: 1-е место – «Внешние причины смерти», 2-е место – «Болезни системы кровообращения», 3-е место – «Новообразования»; для группы старше трудоспособного возраста: 1-е место – «Болезни системы кровообращения», 2-е место – «Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» и 3-е место – «Новообразования».

Анализируя показатели деятельности организаций здравоохранения Могилевской области,



Рис. 1. Структура причин смертности населения Могилевской области в 2012 г.

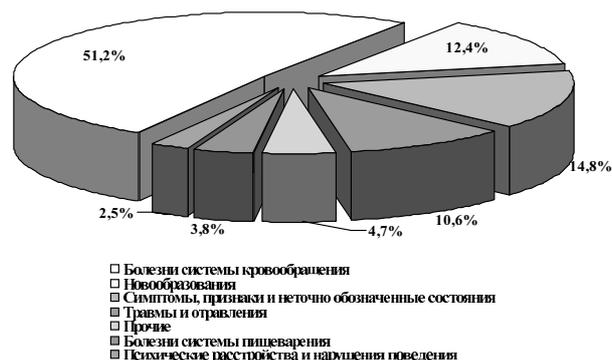


Рис. 2. Структура причин смертности населения Могилевской области в 2011 г.

следует констатировать, что на 31.12.2012 г. в 19 центральных районных больницах (ЦРБ) функционировало 2836 коек, при этом число среднегодовых коек составило 2851 [12, 13]. В динамике за два года можно отметить, что коечный фонд ЦРБ не претерпел существенных изменений.

Фактическая занятость коек различных профилей либо превышает оптимальное значение занятости койки (кардиологические, инфекционные для детей, травматологические для взрослых, урологические для взрослых, для беременных и рожениц (кроме патологии беременности), наркологические и сестринские), либо ниже данного значения (терапевтические, реабилитационные для взрослых, инфекционные для взрослых, нефрологические для взрослых, хирургические для взрослых, гнойной хирургии для взрослых, гинекологические (кроме коек для производства аборта), неврологические для взрослых, отоларингологические для взрослых, педиатрические и реанимационные для взрослых). Это свидетельствует о недостатке коек одного профиля и, в то же время, о простое коек другого профиля.

При достаточно высоких показателях занятости коек отмечается некоторое снижение данного показателя в Климовичской, Осиповичской и Чаусской ЦРБ. Несмотря на то, что желаемые показатели занятости коек в целом по ЦРБ не достигнуты, следует отметить прогресс в деятельности Быховской, Глусской, Горецкой, Кировской, Кличевской, Круглянской, Мстиславской, Шкловской ЦРБ. По-прежнему остается актуальной низкая эффективность работы маломощных ЦРБ (Дрибинской, Краснопольской, Славгородской, Хотимской и Чериковской).

Всего в 2012 г. в ЦРБ Могилевской области был пролечен 80321 пациент, что меньше на 291 чел. по сравнению с 2011 г.

Основная доля пациентов была госпитализирована с заболеваниями системы кровообращения

ния. Далее следовали обращения по поводу болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваний органов дыхания, а также по причине беременности, родов и послеродового периода. Среди БСК основная часть приходилась на ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярные болезни и болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

В Могилевской области в 2012 г., в сравнении с 2011 г., в целом отмечалось увеличение абсолютного числа посещений врачей АПО (на 3,3%), в том числе по поводу заболеваний взрослых (1,6%) и детей (5,7%), а также числа посещений врачами на дому взрослых (на 2,5%) и детей (на 0,2%). При расчете на 1000 населения картина аналогичная. При этом по 24 врачебным специальностям отмечалось увеличение количества посещений на 1000 населения, по 9 – снижение, а по 4-м нагрузка осталась на уровне предыдущего года.

Основная часть посещений – это посещения к врачам-терапевтам (24,1%), врачам-педиатрам (11,5%) и к врачам-акушерам-гинекологам (8,5%).

Количество посещений на 1000 населения в 2012 г. увеличилось в 13 районах, уменьшилось – в 8 районах, и составило от 11045,2 посещений в Осиповичском районе до 4775,7 посещений в Славгородском районе.

В амбулаторно-поликлинических организациях Могилевской области в 2012 г., в сравнении с 2011 г., наряду с увеличением числа как штатных, так и занятых должностей врачей-терапевтов, педиатров, общей практики, акушеров-гинекологов, хирургов, травматологов-ортопедов, инфекционистов, неврологов, оториноларингологов, офтальмологов, эндокринологов, отмечено уменьшение числа физических лиц по пяти специальностям (акушеры-гинекологи, травматологи-ортопеды, инфекционисты, оториноларингологи и эндокринологи).

В 2012 г. количество посещений, включая профилактические, увеличилось к врачам семи специальностей из указанных выше: к терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, акушерам-гинекологам, хирургам, оториноларингологам и офтальмологам. Рост количества посещений на 1 физическое лицо в 2012 г. отмечен у врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, инфекционистов, оториноларингологов и эндокринологов.

В центральных районных больницах сельских районов Могилевской области с численностью населения 10–15 тысяч жителей в 2012 г. амбулаторно-поликлинический прием по отдельным спе-

циальностям не проводился из-за отсутствия врачей, а во многих ЦРБ амбулаторно-поликлинический прием проводился врачами-специалистами, работавшими по совместительству.

Нет физических лиц врачей-хирургов на амбулаторном приеме в Глусской, Краснопольской, Круглянской, Хотимской и Чериковской ЦРБ. Не проводился амбулаторный прием врача-невролога в Дрибинской и Краснопольской ЦРБ, врача-инфекциониста – в Круглянской ЦРБ. На амбулаторном приеме врача-инфекциониста работали совместители в Кличевской, Краснопольской, Славгородской, Хотимской и Чериковской ЦРБ.

В 12 ЦРБ Могилевской области для ведения амбулаторного приема введено от 0,25 до 0,75 должности врача-инфекциониста, в 3 ЦРБ не было амбулаторного приема врача-эндокринолога, в 11 ЦРБ введено от 0,25 до 0,5 должности врача-эндокринолога, в 5 ЦРБ – от 1,0 до 1,25.

В 2012 г. в Могилевской области были развернуты и функционировали дневные стационары в 19 ЦРБ, 91 участковой больнице и амбулатории, а также в 24 поликлиниках области [12]. В течение 2012 г. количество коек в отделениях дневного пребывания при АПО Могилевской области увеличилось на 14 (с 1608 до 1622), показатель обеспеченности койками в дневных стационарах на 10 тыс. населения увеличился с 14,8 до 15,1.

Количество пролеченных пациентов осталось практически на том же уровне (2012 г. – 64798, 2011 г. – 64751), уровень госпитализации на 10 тыс. населения несколько вырос: с 59,8 до 60,1. При этом количество койко-дней уменьшилось на 17145 (3,5%), снизился и показатель числа койко-дней на 1 тыс. населения – с 443,8 до 431,0.

При снижении средней длительности пребывания пациента в отделениях дневного пребывания АПО Могилевской области с 7,4 до 7,2 дней отмечалось и снижение занятости койки с 299 до 286 дней. Оборот койки остался на прежнем уровне – 40.

Показатель занятости койки в отделениях дневного пребывания находился в пределах от 969,1 дней в Горецкой ЦРБ до 133,6 дней в Хотимской ЦРБ. Подобная разница в показателях может свидетельствовать как о достаточно высокой востребованности данного вида медицинской помощи и его авторитете среди обслуживаемого населения, так и о наличии проблемных моментов, в первую очередь, кадровых.

В 2012 г., в сравнении с 2011 г., повысилась интенсивность использования коек дневного пребывания в ЦРБ, врачебных амбулаториях и участковых больницах Могилевской области. Показа-

тель занятости койки дневного стационара составил в 2012 г. в ЦРБ 303 дня (2011 г. – 286), во врачебных амбулаториях и участковых больницах – 254 дня (2011 г. – 248). В то же время в поликлиниках показатель снизился с 323 до 302 дней.

Средняя длительность лечения пациентов в дневных стационарах составила в 2012 г. в ЦРБ 7,2 дней (2011 г. – 7,0), во врачебных амбулаториях и участковых больницах – 6,5 дней (2011 г. – 6,6), в поликлиниках показатель остался прежним – 6,6 дней.

При росте количества койко-дней на 1000 населения в дневных стационарах ЦРБ (с 84,1 до 86,1), врачебных амбулаторий и участковых больниц (с 80,2 до 85,7) отмечено небольшое снижение показателя в поликлиниках (с 201,5 до 197,8). В то же время данный показатель по поликлиникам области является самым высоким, что свидетельствует о большей востребованности у населения и лучшей организации работы дневных стационаров в городских поликлиниках [12, 13].

Наряду с дневными стационарами при АПО, в некоторых районах Могилевской области в обслуживании населения применялся и такой вид медицинской помощи, как стационары на дому. При этом заслуживает внимания тот факт, что согласно форме государственной статистической отчетности 1-организация (Минздрав) в 12 из 21 района (57,1%) данный вид медпомощи в 2012 г. не использовался.

В 2012 г. в Могилевской области отмечено уменьшение количества пролеченных в стационарах на дому пациентов с 7650 до 7601 (0,6%), количество дней снизилось с 65793 до 64573 (1,9%). Средняя длительность лечения сократилась с 8,6 до 8,5 дней.

Количество выездов бригад скорой медицинской помощи в целом по Могилевской области в 2012 г. составило 334617 и уменьшилось по сравнению с 2011 г. на 1374 выезда (0,4%). Количество выездов бригад СМП в 19 сельских районах области в 2012 г. составило 139231 и уменьшилось в сравнении с 2011 г. на 369 выездов (0,3%).

Подводя итог, можно предположить, что при реализации пилотного проекта прозвучат и критические мнения, но эксперимент и предназначен для отработки практических вопросов совершенствования системы финансирования и выявления проблемных моментов, возникающих в ходе его проведения. Важно выявить сложности, нестыковки, недостатки компьютерных технологий при совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников, в результате отработки этих вопросов должны появиться альтернативные варианты решения возникающих проблем.

Осуществление пилотного проекта в определенной мере позволит изучить и проблемы совершенствования системы финансирования здравоохранения малонаселенных сельских районов [1]. Для этих территорий достаточно актуальными являются задачи обеспечения кадрами, как врачебными, так и сестринскими, и вопросы качества и доступности медицинской помощи для них являются более острыми, чем в организациях здравоохранения областного, городского и районного (с большей численностью населения) уровней.

Итогом реализации пилотного проекта должна стать разработка «общей» модели внедрения инновации с учетом положительных и отрицательных результатов участников эксперимента. Важно также, чтобы стимулирующий фонд стал дополнительным источником финансирования, а его введение не должно сопровождаться сокращением финансовых средств, предназначенных для оплаты по «основной» системе финансирования.

В результате эксперимента должен быть осуществлен переход к новым методам оплаты стационарной помощи с созданием стимулов для использования современных медицинских технологий, повышения качества стационарной помощи. Параллельно будут решаться задачи, связанные с обоснованием необходимых затрат на реализацию программы государственных гарантий и внедрением единых медицинских технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жарко, В.И.* Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013 год / В.И.Жарко // Медицинский вестник. – 7 февраля 2013 г. – №6 (1101).
2. *Михайлова, Н.В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания / Н.В. Михайлова, Д.Ф. Гилязетдинов // Стандарты и качество. – 1999. – №3.
3. *Шейман, И.М.* Зарубежный опыт реализации рыночных моделей здравоохранения / И.М.Шейман // Здравоохранение (Москва). – 2009. – №4. – С.59–74.
4. *Пирогов, М.В.* Международный и отечественный опыт реформирования здравоохранения / М.В.Пирогов, И.В.Успенская, С.В.Козаченко // Приложение к журналу «Главный врач». – 2012. – №10. – 80 с.
5. *Шейман, И.М.* Первый опыт реализации системы «Поликлиника – фондодержатель» / И.М.Шейман // Менеджер здравоохранения. – 2011. – №5. – С.15–26.
6. *Попович, Л.Д.* Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д.Попович, Е.Г.Потапчик, С.К.Салахутдинова, Е.В.Селезнева, И.М.Шейман, С.В.Шишкин; под ред. И.М.Шеймана, С.В.Шишкина. – М.: Изд-во «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с. – (Сер. «Экономическая политика: между кризисом и модернизацией»).

7. Уйба, В.В. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В.Уйба, В.М.Чернышев, О.В.Пушкарёв, О.В.Стрельченко, А.И.Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.
8. Артеменко, Е.А. Экономическое стимулирование работников бюджетного сектора в условиях внедрения новых систем оплаты труда (на примере муниципального учреждения здравоохранения Челябинской области «Южноуральская центральная городская больница»): препринт WP8/2011/01 [Текст] / Е.А.Артеменко, И.М.Степанов, К.И.Головщинский; Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2000. – 80 с.
9. Ахметова, А.Н. Современные методы финансирования стационарной помощи за пролеченного больного по системе клинико-затратных групп / А.Н.Ахметова // Терапевтический вестник. – 2011. – №3 (31). – С.5–6.
10. Доклад Министра здравоохранения Республики Казахстан С.Каирбековой на заседании коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан 03.02.2012 г. «Об итогах деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2011 год и задачах на 2012 год». – Режим доступа: <http://ru.government.kz/documents/publications/495>. – Дата доступа: 10.12.2012.
11. Методические рекомендации по определению стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) для организации первичной медико-санитарной помощи. – Астана 2011.
12. Государственная статистическая отчетность учреждений здравоохранения Могилевской области «Форма 1-стационар Минздрав».
13. Государственная статистическая отчетность учреждений здравоохранения Могилевской области «Форма 1-организация Минздрав».

IMPROVING MECHANISMS FOR DISTRIBUTION OF FINANCIAL RESOURCES: APPROBATION AND EXPECTED RESULTS OF THE EXPERIMENT

I.I.Novik, A.I.Rusenchik, T.V.Yasiulia, E.A.Karkanitza, V.M.Khavratovich

Republican Scientific and Practical Centre for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Belarus

Because of cost increase on medical services, the search for alternative strategies of more effective and equitable health care financing is underway in recent years. And at the same time the indispensable condition for further improvement of the health care system in Belarus is an efficient use of all available resources. Worldwide, improvement of financing with testing mechanisms of new remuneration principles of health workers at all levels and taking into account the specificity of each health care institution is carried out using a system of indicators. The implementation of the pilot project in Mogilev region will result in the development of a “general” model of innovation introduction taking into consideration positive and negative outcomes of all participants in the experiment.

Поступила 17.05.2013 г.