

Получена: 29 сентября 2021 / Принята: 20 октября 2021 / Опубликовано online: 31 октября 2021

DOI 10.34689/SH.2021.23.5.001

УДК 614.2.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ОРГАНИЗАЦИЮ ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Айгерим Б. Мухамедьярова¹, <https://orcid.org/0000-0001-9152-6777>

Толбай К. Рахыпбеков², <https://orcid.org/0000-0002-5699-3086>

Ажар А. Дюсупова³, <https://orcid.org/0000-0002-8857-4118>

Анар Е. Турсынбекова⁴, <https://orcid.org/0000-0002-0248-5174>

Раида И. Фаизова³, <https://orcid.org/0000-0002-7168-6826>

Татьяна М. Беляева³, <https://orcid.org/0000-0002-2565-2393>

Оксана П. Цигенгагель^{3*}, <https://orcid.org/0000-0002-3170-9712>

¹ НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан;

² «Национальная Ассоциация «Primary Health Care», г.Нур-Султан, Республика Казахстан;

³ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

⁴ Городская клиническая больница №5, г. Алматы, Республика Казахстан.

Резюме

Актуальность. В Республике Казахстан, как и во многих других странах, актуально использование схем подушевой оплаты в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Несмотря на эту популярность, в некоторых исследованиях обсуждается роль в снижении качества первичных медицинских услуг. Данная проблема особенно актуальна в условиях пандемии COVID-19. В данном исследовании авторы используют финансовые и административные отчеты поставщиков ПМСП, чтобы определить, как кризисная ситуация влияет на работу учреждений ПМСП в рамках подушевого финансирования. Показатели эффективности включают как финансовые показатели, так и показатели качества.

Цель исследования - изучить влияние пандемии COVID-19 на работу поставщиков первичных медицинских услуг в рамках подушевой системы оплаты в Республике Казахстан.

Стратегия поиска: Ретроспективное поперечное исследование. Проведен поиск научных работ в поисковых системах Scopus, Web of Science Core Collection, MedLine, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar в электронной научной библиотеке e-Library.ru, CyberLeninka. Глубина поиска литературы составила 4 года (2018-2021 гг.), материалом исследования были официальные отчеты и данные Министерства здравоохранения РК и Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, оригинальные статьи, обзоры литературы, мета-анализы, нормативно-правовые документы на английском и русском языках. Качественные данные представлены в виде абсолютных чисел и их процентов.

Результаты и выводы: Анализ данных литературы показал, что в исследуемый период пандемии Covid-19 подушевая система оплаты оказалась недостаточно эффективной в отношении предоставляемых услуг поставщиками ПМСП, а также выделения денежных средств в ПМСП со стороны государства.

Ключевые слова: COVID-19, первичная медико-санитарная помощь, эффективность, финансирование, подушевая оплата.

Abstract

THE IMPACT OF COVID-19 ON THE PERFORMANCE OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICE PROVIDERS IN A CAPITATION PAYMENT SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aigerim B. Mukhamedyarova¹, <https://orcid.org/0000-0001-9152-6777>

Tolebay K. Rakhypbekov², <https://orcid.org/0000-0002-5699-3086>

Azhar A. Dyusupova³, <https://orcid.org/0000-0002-8857-4118>

Anar E. Tursynbekova⁴, <https://orcid.org/0000-0002-0248-5174>

Raida I. Faizova³, <https://orcid.org/0000-0002-7168-6826>

Tatiana M. Belyaeva³, <https://orcid.org/0000-0002-2565-2393>

Oxana P. Tsigengagel^{3*}, <https://orcid.org/0000-0002-3170-9712>

¹ NJSC "Astana medical university", Nur-Sultan city, the Republic of Kazakhstan;

² Head of the Kazakhstan's National Association «Primary Health Care», Nur-Sultan city, the Republic of Kazakhstan;

³ NCJSC «Semey Medical University», Semey c., Republic of Kazakhstan;

⁴ City Clinical Hospital №5, Almaty c., Republic of Kazakhstan.

Introduction. In Republic of Kazakhstan, as in many other countries, the use of capitation payment schemes in primary health care is popular. Despite this popularity, the subject literature discusses its role in decreasing the quality of primary medical services. This problem is particularly important during COVID-19. In this study the authors use data from interviews with personnel of medical entities and financial and administrative reports of primary health care providers in order to identify how this crisis situation impacts the performance of primary health care entities, under capitation payment system. The performance indicators include both the financial and quality measures.

Objective: The objective of the study is to examine the effects of COVID-19 pandemic on the performance of the primary health care providers in Republic of Kazakhstan under a capitation payment scheme

Results and conclusions: Capitation payment system proved to be inefficient, in the studied pandemic period, in terms of the services provided by primary health care service providers to patients and the funds paid to them, in exchange, by the government entities.

Search strategy: The search for sources was carried out in the following bases: Scopus, Web of Science Core Collection, MedLine, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar in the electronic scientific library e-Library.ru, CyberLeninka. Inclusion criteria: the depth of the literature search was 4 years (2018-2021), the material of the study was the official reports and data of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and the National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova and original articles, literature reviews, meta-analyses, regulatory documents in English and Russian. This analysis takes into account changes in financial measures-revenues, costs and medical margins (financial performance) and productivity measures-based on health services performed (quality performance).

Key words: COVID-19, primary health care, performance, funding, capitation payment.

Түйіндеме

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ- САНИТАРИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ЖАН БАСЫНА ШАҚҚАНДАҒЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУҒА COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫНЫҢ ӘСЕРІ

Айгерим Б. Мухамедьярова¹, <https://orcid.org/0000-0001-9152-6777>

Толбай К. Рахыпбеков², <https://orcid.org/0000-0002-5699-3086>

Ажар А. Дюсупова³, <https://orcid.org/0000-0002-8857-4118>

Анар Е. Турсынбекова⁴, <https://orcid.org/0000-0002-0248-5174>

Раида И. Фаизова³, <https://orcid.org/0000-0002-7168-6826>

Татьяна М. Беляева³, <https://orcid.org/0000-0002-2565-2393>

Оксана П. Цигенгагель^{3*}, <https://orcid.org/0000-0002-3170-9712>

¹ «Астана медицина университеті» КеАҚ, Нур-Султан қ., Қазақстан Республикасы;

² «Primary Health Care» Ұлттық қауымдастығы», Нур-Султан қ., Қазақстан Республикасы;

³ «Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

⁴ №5 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

Кіріспе. Көптеген елдер секілді Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) жүйесінде жан басына шаққандағы төлем сызбасын пайдалану өзекті. Оның кеңінен танымалдығына қарамастан, кейбір зерттеулерде алғашқы медициналық қызметтер сапасының төмендеуіндегі рөлі талқыланады. Аталған мәселе әсіресе COVID-19 пандемиясы жағдайында өзекті болып отыр. Аталған зерттеуде авторлар кризистік жағдайдың жан басына шаққандағы қаржыландыру шеңберінде МСАК мекемелерінің жұмысына қалай әсер етіп жатқанын анықтау үшін МСАК жеткізушілерінің қаржы және әкімшілік есептерін пайдаланып отыр. Тиімділік көрсеткіштері қаржы көрсеткіштерін және сапа көрсеткіштерін құрайды.

Мақсаты: COVID-19 пандемиясының Қазақстан Республикасында төлемнің жан басына шаққандағы жүйесінің шеңберінде алғашқы медициналық қызметтерді жеткізушілердің жұмысына әсерін зерттеу.

Іздеу стратегиясы: e-Library.ru, CyberLeninka электрондық ғылыми кітапханада Scopus, Web of Science Core Collection, MedLine, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar іздеу жүйелеріндегі ғылыми жұмыстарға іздеу жүргізілді. Іздеу критерийлері әдебиетті іздеу тереңдігі 4 жылды (2018-2021 жж.) қамтыды, ретроспективтік көлденең зерттеу. Зерттеу материалдары ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің және Салидат Каирбекова атындағы Ұлттық денсаулық сақтауды дамыту ғылыми орталығының ресми есептері және деректері, түпнұсқа мақалалар, әдебиетке шолулар, мета-талдаулар, ағылшын және орыс тілдерінде нормативтік-құқықтық құжаттар. Сапалық деректер абсолютті сандар және олардың пайыздары түрінде ұсынылған.

Нәтижелер және қорытындылар: Әдебиет деректерін талдау зерттелетін кезең Covid-19 пандемиясында төлемнің жан басына шаққандағы жүйесі МСАК жеткізушілерінің ұсынатын қызметтеріне, сонымен қатар мемлекет тарапынан МСАК ақшалай қаражат бөлуге қатысты жеткілікті тиімді болмағанын көрсетті.

Негізгі сөздер: COVID-19, алғашқы медициналық-санитариялық көмек, тиімділік, қаржыландыру, жан басына шаққандағы төлем.

Библиографическая ссылка:

Мухамедьярова А.Б., Рахымбеков Т.К., Дюсупова А.А., Турсынбекова А.Е., Фаизова Р.И., Беляева Т.М., Цигенгагель О.П. Влияние пандемии COVID-19 на организацию подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан // Наука и Здоровоохранение. 2021. 5(Т.23). С. 6-12. doi 10.34689/SH.2021.23.5.001

Mukhamedyarova A.B., Rakhymbekov T.K., Dyusupova A.A., Tursynbekova A.E., Faizova R.I., Belyaeva T.M., Tsigengagel O.P. The impact of COVID-19 on the performance of primary health care service providers in a capitation payment system in the Republic of Kazakhstan // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2021, (Vol.23) 5, pp. 6-12. doi 10.34689/SH.2021.23.5.001

Мухамедьярова А.Б., Рахымбеков Т.К., Дюсупова А.А., Турсынбекова А.Е., Фаизова Р.И., Беляева Т.М., Цигенгагель О.П. Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсетуді жан басына шаққандағы қаржыландыруды ұйымдастыруға COVID-19 пандемиясының әсері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2021. 5 (Т.23). Б. 6-12. doi 10.34689/SH.2021.23.5.001

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) как основа сильной системы здравоохранения [1]. Первоначально основы ПМСП были представлены в Алма-Атинской декларации, разработанной во время Международной конференции по ПМСП в 1978 г., организованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ). Основываясь на этой декларации, всем странам необходимо разработать политику ПМСП и всеобъемлющую национальную систему здравоохранения для сохранения здоровья населения. Этого можно достичь за счет «более эффективного использования мировых ресурсов» [2]. Здравоохранение, финансируемое государством, способствует улучшению здоровья населения, и оказывает помощь в борьбе с широко распространенными заболеваниями, например, с пандемией Коронавирусной инфекцией Covid-19. С 1978 г. в Алма-Атинской декларации появилось много инициатив в области ПМСП. Ежегодно ВОЗ разрабатывает руководящие принципы в отношении национальных стратегий ПМСП [3], однако ВОЗ утверждает, что остаётся много стран, которые недостаточно выделяют денежных средств на здоровье общества и что финансы расходуются неэффективно. В этой связи, ВОЗ объявила о новых, улучшенных целях ПМСП, связанных с целями устойчивого развития [4]. Качество и экономия объявлены очень важными факторами новой стратегии [5].

Согласно Посланию Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана, было отмечено, что в условиях пандемии COVID-19 сфера медицины нуждается в объемном финансировании. Речь идет об инфраструктуре, кадрах, лекарственном обеспечении [6].

Целью первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан (РК) является предоставление

всем лицам, имеющим право на получение пособий, комплексных и скоординированных медицинских услуг по месту жительства. Данные услуги предоставляются в государственных медицинских центрах, поликлиниках, кабинетах врачей. [7].

В настоящее время, первичную медико-санитарную помощь населению оказывают более 7 тыс. организаций ПМСП, в том числе 2 991 медицинский пункт, 836 фельдшерско-акушерских пунктов, 1 379 врачебных амбулаторий и 2 182 поликлиники. Медицинские услуги ПМСП оказывают 59% государственных и 41 % частных организаций здравоохранения. Доля финансирования амбулаторной поликлинической помощи составляет 52,4% от общего объема гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). В организациях ПМСП работают порядка 10 тыс. врачей и 28 тыс. средних медицинских работников, в том числе 47% врачей и средних медицинских работников в сельской местности. Структура ПМСП состоит из: семейный врач - 1 на 1700 населения, семейная медсестра – 3.0 на 1 врача, акушерка – 1 на 3000 ЖФВ, социальный работник – 1 на 10 тыс.чел. психолог – 1 на 10 тыс.чел [8].

Бюджет ГОБМП в 2014 году составил 679,7 млрд.тенге, из них ПМСП (без КДУ) составило 122,8 млрд.тенге или 18%. В свою очередь, бюджет здравоохранения в 2020 году по плану закупа фонда социального медицинского страхования (ФСМС) составил 1 717,243 млрд.тенге, из них ПМСП (без КДУ) составил 336,7 млрд.тенге или 19,6% (рисунок 1).

Система ПМСП в РК финансируется на основе подушевой системы оплаты, которая основана на умножении количества пациентов, зарегистрированных в медицинском учреждении, на подушевую ставку на одного человека [9].

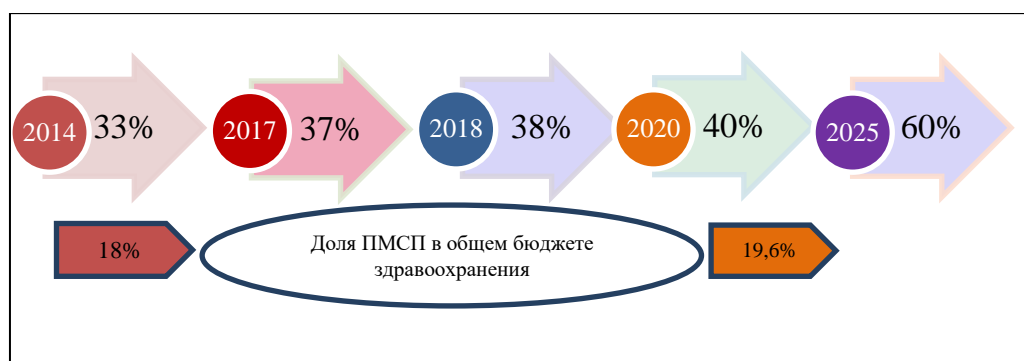


Рисунок 1 Динамика финансирования амбулаторно – поликлинической помощи и службы общественного здравоохранения.

(Figure 1 Dynamics of funding of outpatient care and public health services).

В рамках подушевой оплаты поставщики получают согласованную сумму денег за каждого пациента, зарегистрированного в течение определенного периода времени, чтобы предоставить ему заранее определенные услуги, с ожиданием, что подушевая оплата будет способствовать эффективному использованию ограниченных ресурсов здравоохранения за счет контроля объемов предоставленных услуг и сопутствующих расходов. Основными причинами введения подушевой системы оплаты, являются снижение затрат, содействие профилактике заболеваний, обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию и улучшение качества ухода за пациентами. [10].

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19), вызванная вирусом SARS-CoV-2, потребовала огромных изменений в повседневной жизни для снижения передачи, заболеваемости и смертности [11]. Данное инфекционное заболевание также привело к значительным изменениям в функционировании ПМСП. Наряду с изменением процедур оказания медицинской помощи также необходимо изменить оценку их качества и доступности. Деятельность в условиях пост-COVID-19 нельзя планировать на основе предыдущих решений. [12]. Прежде всего, необходимо разработать и внедрить новые нормы и стандарты для поддержания качества и доступности медицинских услуг, которые позволят системе ПМСП быстрее адаптироваться к меняющейся среде. Особенно сейчас, в связи с пандемией COVID-19, возникает вопрос, как модели подушевой оплаты ПМСП влияют на затраты, финансовые показатели, предложение и качество медицинских услуг, количество обслуживаемых пациентов и выполненные консультативно - диагностические услуги (КДУ), которые являются определяющими факторами непрерывности и качества ухода за пациентами.

Ряд исследований предполагает некоторые положительные эффекты, такие как сдерживание затрат и повышение доходов после введения схемы подушевой оплаты [13-20]. Также было указано, что подушевая система оплаты не увеличивает общие расходы [21]. Тем не менее, в литературе есть некоторые отрицательные моменты относительно системы подушевого финансирования. Данные касаются в первую очередь качества работы и доступа к медицинской помощи. Существуют также исследования,

в которых утверждается, что медицинские организации, работающие по подушевому финансированию, имеют тенденцию к снижению качества и количества оказываемых услуг [22-25].

Кроме того, в условиях пандемии COVID-19 в РК отмечены ряд проблем, а именно неполная оплата фактически оказанных услуг мобильной бригады при ПМСП (оплачивается только первичный вызов); организации ПМСП не могут в полной мере развернуть деятельность мобильных бригад для оказания медицинской помощи на дому из-за отсутствия полного покрытия затрат услуг мобильной бригады ПМСП. Организации ПМСП в большинстве случаев перестали регистрировать повторные выезды мобильных бригад, либо кодируют их как активы, что искажает реальный объем услуг ПМСП пациентам с COVID-19, отсутствие оплаты за проведение вакцинации против COVID-19. Определены требования к организации прививочного пункта и прививочной бригады для выездов и оснащение, которые требуют дополнительных затрат: на оплату труда работников (врач, медсестра и регистратор), на приобретение медицинских изделий, термоконтейнеров, средств индивидуальной защиты (СИЗ) и дезинфекционных средств, на утилизацию медицинских отходов; на агитационную работу и тд [26].

Таким образом, фундаментальный вопрос заключается в том, как система финансирования ПМСП работает в кризисной ситуации, такой как пандемия COVID-19, когда система здравоохранения должна быть особенно эффективной, чтобы обеспечивать справедливое распределение ресурсов в соответствии с потребностями пациентов. Данное исследование подчеркивает важность политической стабильности и поддержки в улучшении общественного здоровья.

Цель исследования - изучить влияние пандемии COVID-19 на финансовые и качественные показатели поставщиков ПМСП в РК в рамках подушевого финансирования.

Материалы и методы:

Дизайн исследования был описательным. Исследование проведено на основе анализа официальных финансовых отчетов Министерства здравоохранения РК и других источников административных данных за период с 2018 г. (период до COVID-19) и до 2021 г, за 6 мес. (в период COVID-19).

Результаты и обсуждение

В 2014 году происходит централизация бюджета на уровне республики, выделены дополнительные средства на выравнивание тарифов, значительный рост стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (СКПН), в 2 раза для ПМСП. Внедрена новая методика расчета комплексного подушевого норматива (КПН) (ПКозф) (КПН = ПМСП+КДП (консультативно-диагностическая помощь) / СКПН), последующие изменения произошли только через 3 года, где внедряется подушевой норматив на 1 школьника, школьные медсестры включены в штат ПМСП, медицинские услуги предоставляются через организации ПМСП. Позднее в 2018 году внедрен подушевой норматив в расчете на 1 чел. населения, 1 бригада неотложной помощи (НП) на 10 тыс. населения; создаются отделения НП при ПМСП / либо аутсорсинг (КПН = ПМСП+КДП + НП / СКПН). В 2020 году КПН включает услуги ПМСП (ГОБМП), внедрен КДУ на 1 жителя - оплата за услугу КДУ разделены на ГОБМП и ОСМС, неотложная помощь оплачивается отдельным подушевым нормативом (КПН = ПМСП / СКПН). В связи с ростом заболеваемости COVID 19, в 2021 году внедрены дистанционные услуги, сформированы мобильные бригады ПМСП, надбавки к заработной плате работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с COVID-19 и группы рисков, а также организовано проведение вакцинации населения (таблица 1).

Таблица 1. Этапы изменений структуры и подходов финансирования ПМСП.

(Table 1. Stages of changes in the structure and approaches of financing PHC).

Годы	Изменения в системе ПМСП
2014	Комплексный подушевой норматив - фондодержание
2017	КПН + школьная медицина
2018	КПН + неотложная помощь по вызовам 4-й категории
2020	Из КПН исключены КДП и НП – отмена фондодержания
2021	КПН+Covid-19

Влияние моделей оплаты ПМСП на различные аспекты первичной медицинской практики уже были предметом обширных исследований в литературе, например [17-20]. Исследования показывают, что поставщики медицинских услуг очень быстро адаптируются к текущим моделям оплаты, чтобы обеспечить прибыльность.

Финансовая модель ПМСП: фондодержание или оплата по тарифу за КДУ. ПМСП обеспечивает управление бюджетом КДУ за счет снижения необоснованного потребления данных услуг и добивается этого путем: повышения компетенций специалистов ПМСП; повышения эффективности профилактики; и внедрения ресурсосберегающих технологий. Вследствие снижения необоснованного потребления КДУ ПМСП получает экономию, за счет которой стимулирует своих специалистов к профилактике и развитию профессиональных компетенций и навыков. В 2018 году всего на КДУ

выделено 70,4 млрд.тг, то есть 320 тенге на 1 жителя в месяц. Из этого следует, что подушевое финансирование имеет мотивационный стимул, ПМСП не заинтересовано в необоснованном наращивании КДУ. Создается экономическая заинтересованность в здоровом населении (таблица 2).

Таблица 2. Модель фондодержания (2018 год).

(Table 2. Model of fund holding (2018)).

	Сумма, млрд.тг.	На 1 чел., тг. в месяц
КПН – ФОНДОДЕРЖАНИЕ	232,7	1060
КПН – гарантированная часть;	210,8	960
в том числе: ПМСП	163,3(77%)	744
КДУ в КПН	47,5(23%)	216
СКПН – стимулирующая часть	21,9	100
КДУ ВНЕ КПН	22,9	104

С 2019 года ПМСП обеспечивает направление пациентов на КДУ и стремится освоить плановый объем выделенного бюджета следующими способами: врачи ПМСП становятся «диспетчерами» доступа к КДУ; из-за роста требования пациентов к доступу КДУ возросло число необоснованных направлений; увеличение бюджета КДУ в 5 и более раз и тарифов, тем самым создавая заинтересованность у профильных служб повысить свою доходность за счет наращивания услуг и возможных приписок. Создаются в структуре ПМСП консультативные и диагностические службы, чтобы сохранить бюджет на КДУ. Возросли риски необоснованного сдерживания к соисполнителям, формируется внутренняя очередность. Таким образом, подушевое финансирование на КДУ в расчете на 1 жителя не создает мотивацию ПМСП, организациям ПМСП выгодно стать поликлиникой со своей службой КДП, организации ПМСП не выгодно управлять потреблением КДУ, оплата КДУ становится по факту. Всего на КДУ выделено 947 тенге на 1 жителя в месяц. Таким образом, рост отмечается в 3 раза (таблица 3).

Таблица 3. Действующая модель фондодержания (2021 год).

(Table 3. The current model of fund holding (2021))

	Сумма, млрд.тг.	На 1 чел., тг. в м-ц
КПН – ФОНДОДЕРЖАНИЕ	364,1	1605
КПН – гарантированная часть;	341,4	1505
в том числе: ПМСП	341,4 (100%)	1505
КДУ в КПН	нет	нет
СКПН – стимулирующая часть	22,7	100
КДУ ВНЕ КПН	208	947

Доля фонда заработной платы в структуре расхода организаций ПМСП составляет около 90%. Имеет место снижение дохода ПМСП вследствие покрытия превышения затрат по неотложной помощи и КДУ, вследствие возросших расходов на диагностику (COVID- 19 тестов) и удорожание лечения инфицированных пациентов.

Таблица 4.

Оценка и динамика затрат в организациях ПМСП – 6 мес. 2021 (по данным организаций).

(Table 4. Estimation and dynamics of costs in PHC facilities per 6 months 2021 (according to facilities' data).

Наименование	ПМСП - 67 тыс.чел.		ПМСП 52 тыс.чел.	
	%	на 1 жителя, тг.	%	на 1 жителя, тг.
Население		67 000		52 000
ДОХОД на ПМСП , млн.тг.	100%	1 323	100%	1 513
Покрытие расходов:	15%	195	8%	127
превышение фактических затрат неотложной помощи над плановым объемом	8%	107	3%	43
сверх объем КДУ (снят с оплаты)	7%	87	6%	84
ФАКТИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ	85%	1 129	92%	1 386
Зарботная плата	87%	1 155	88%	1 329
Налоги и обязательные платежи в бюджет	5%	66	8%	121
Приобретение медикаментов и МИ	2%	26	2%	37
Приобретение топлива (ГСМ)	0,3%	4	0,3%	4
Приобретение прочих товаров	3%	34	3%	40
Оплата коммунальных услуг	2%	23	2%	27
Оплата услуг связи	0,1%	1	0,1%	2
Текущий ремонт				
Повышение квалификации, итого	0,9%	12	1,1%	17
Командировочные расходы				1,3
Прочие услуги и работы	2,7%	35	2,4%	36
Приобретение основных средств				
ИТОГО	102,6%	1 357	106,5%	1 613

Выводы. Результаты этого исследования показывают, что отмена фондодержания лишило ПМСП дополнительных экономических стимулов повышения доходности через совершенствование эффективной деятельности ПМСП и несмотря на увеличение суммы подушевого финансирования, в системе ПМСП остаётся много неразрешённых проблем. Пересмотр подушевого норматива осуществлялся в основном из-за повышения оплаты труда работников здравоохранения без учёта структурных и функциональных изменений, что привело к увеличению затрат на организацию ПМСП в условиях пандемии COVID-19. Стоит отметить, что в период пандемии COVID-19 выросли затраты на цифровизацию: обеспечение персонала ноутбуками, планшетами и мобильными устройствами, а также увеличились расходы на сопровождение информационных систем. Таким образом, тариф не покрывает себестоимость, тем самым сохраняя устойчивую проблему снижения финансовой устойчивости ПМСП.

В этой связи, важно пересмотреть подушевой норматив для ПМСП с учетом норм кадровой обеспеченности и объема услуг исходя из их функционала, внедрить фондодержание; определить перечень КДУ для включения в КПН; закуп дорогостоящих КДУ через ФМС; включить в тариф затраты на обновление основных средств, на развитие цифровых технологий в ПМСП и тд.

Кроме того, рекомендуется производить оплату за фактические выезды мобильных бригад согласно утвержденных Методических рекомендаций по организации мобильной бригады по наблюдению за больными с COVID-19, в том числе пациентов с

факторами риска (гипертензия, сахарный диабет, ИБС, ХОБЛ, астма и другие) и пневмонией (вероятный случай COVID 19) на амбулаторном уровне (приказ № 478 от 11.08.2021). Вероятно, необходимо убрать ограничение в функционале ИС "ЕПС" и загружать все выезды мобильных бригад из МИС организаций ПМСП для оплаты всех выездов к пациентам с подозрением на COVID-19 и больным с COVID-19.

Данное исследование имеет несколько ограничений. Следует отметить, что оценка качества услуг основана на административных и финансовых данных и не включает опросы пациентов. В этом исследовании не проводилось сравнение качества обслуживания в других платежных системах в период пандемии COVID-19. Кроме того, необходима оценка восприятия медицинских работников, чтобы получить более полное представление о качестве услуг. Несмотря на вышеупомянутые ограничения, представленные результаты позволяют достаточно критично оценить влияние кризисных ситуаций, как например пандемия COVID-19, на работу поставщиков ПМСП в рамках подушевого финансирования. Следовательно, очевидно, что подушевое финансирование, является недостаточно эффективным в условиях пандемии COVID-19, в следствии чего необходима разработка и внедрение стратегий финансового управления рисками на уровне ПМСП в период чрезвычайных ситуаций.

Вклад авторов:

Мухамедьярова А.Б., Турсынбекова А.Е – набор данных, описательная часть, формальный анализ.

Рахымбеков Т.К., Цигенгагель О.П. - научное руководство, концепция и концептуализация.

Дюсупова А.А., Фаизова Р.И., Беляева Т.М - набор данных и менеджмент ресурсов исследования.

Финансирование: Сторонними организациями финансирования не осуществлялось.

Конфликтов интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Сведения о публикации: Данный материал не был опубликован в других изданиях и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. L'Esperance V., Sutton M., Schofield P., et al. Impact of primary care funding on secondary care utilisation and patient outcomes: a retrospective cross-sectional study of English general practice // *Br J Gen Pract.* 2017. 67(664):e792-e799. doi:10.3399/bjgp17X693101.

2. O'Connor J.S., Bankauskaite V. Public health development in the Baltic countries (1992-2005): from problems to policy // *Eur J Public Health.* 2008. 18(6):586-592. doi:10.1093/eurpub/ckn097.

3. World Health Organization: (Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review. 2018. p. 28., Primary Health Care: Closing the Gap between Public Health and Primary Care through Integration, 2018. p. 20. Global Strategy for Health for All by the Year 2000). Geneva, Switzerland, 2021.

4. Goals S.D. A vision for health care in the 21st Century // *Int. Nurs. Rev.* 1999. 46:102-103. doi:10.1046/j.1466-7657.46.no4issue346.4.x.

5. World Health Organization. Quality in Primary Health Care. WHO; Geneva, Switzerland: 2018. p. 32

6. <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-183048>, (Дата обращения: 15.09.2021).

7. http://www.rcrz.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=753 (Дата обращения: 17.09.2021).

8. Электронный адрес: <https://www.primeminister.kz/ru/news/dlya-uluchsheniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoshchi-prodvigaetsya-operacionnyu-mehanizm-astaninskoj-deklaracii-pmsp-a-soy-224650> (Дата обращения: 01.09.2021).

9. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021831> (Дата обращения: 01.09.2021).

10. Hill H., Howarth E., Walsh T., Tickle M., Birch S., Brocklehurst P. The impact of changing provider remuneration on clinical activity and quality of care: Evaluation of a pilot NHS contract in Northern Ireland // *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2020. 48:395-401. doi:10.1111/cdoe.12544.

11. Anderson K.M., Stockman J.K. Prevention among U.S. Women in the COPE Study // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020. 18:180. doi:10.3390/ijerph18010180.

12. Bernacet A., Zhang Y., Nguyen R., Leung M., Smith L. Impacts of COVID-19 on Quality Measures - The Medical Care Blog. (accessed: 24 November 2020)] <https://www.themedicalcareblog.com/impacts-of-covid-19-quality-measures/>

13. Christianson J.B., Manning W., Lurie N., Stoner T.J., Gray D.Z., Popkin M., Marriott S. Utah's Prepaid Mental Health Plan: The first year // *Health Aff.* 1995, 14:160-172. doi:10.1377/hlthaff.14.3.160.

14. Nguyen H.T.H., Bales S., Wagstaff A., Dao H. Getting Incentives Right? The Impact of Hospital Capitation Payment in Vietnam // *Health Econ.* 2017. 26:263-272. doi:10.1002/hec.3294.

15. Schneider P., Hanson K. The impact of micro health insurance on Rwandan health centre costs // *Health Policy Plan.* 2007. 22:40-48. doi:10.1093/heapol/czl030.

16. Bloom J.R., Hu T., Wallace N., Cuffel B., Hausman J.W., Sheu M.-L., Scheffler R. Mental Health Costs and Access under Alternative Capitation Systems in Colorado // *Health Serv. Res.* 2002. 37:315-340. doi:10.1111/1475-6773.025.

17. Barros P.P. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system // *J. Health Econ.* 2003. 22:419-443. doi:10.1016/S0167-6296(02)00119-4.

18. Barham V., Milliken O. Payment Mechanisms and the Composition of Physician Practices: Balancing Cost-Containment, Access, and Quality of Care // *Health Econ.* 2015;24:895-906. doi:10.1002/hec.3069.

19. Clemens J., Gottlieb J.D. Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health? // *Am. Econ. Rev.* 2014. 104:1320-1349. doi:10.1257/aer.104.4.1320.

20. Helmchen L., Lo Sasso A. How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics // *Health Econ.* 2010. 19 doi: 10.1002/hec.1551.

21. Waitzberg R., Aissat D., Habicht T., Hernandez-Quevedo C., Karanikolos M., Kroneman M., Merkur S., Quentin W., Scarpetti G., Webb E., et al. Compensating healthcare professionals for income losses and extra expenses during COVID-19 // *Eurohealth.* 2020; 26:83-87.

22. Siita S., Cox S.E., Hanson K. Does capitation affect patient satisfaction and prevalence of out-of-pocket payments in the insured? A propensity score analysis of Ghana's demographic and health survey data // *BMC Health Serv. Res* // 2019;19:1-10. doi:10.1186/s12913-019-4581-4.

23. Hennig-Schmidt H., Selten R., Wiesen D. How payment systems affect physicians' provision behaviour—An experimental investigation // *J. Health Econ.* 2011. 30:637-646. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.05.001.

24. Carrin G., James C. Key performance indicators for the implementation of social health insurance // *Appl. Health Econ. Health Policy.* 2005;4:15-22. doi:10.2165/00148365-200504010-00004.

25. Carrin G., Hanvoravongchai P. Provider payments and patients charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? *Hum. Resour. Health.* 2003. 1:6. doi:10.1186/1478-4491-1-6.

26. <http://1gp.kz/docs/prikazi/prilozhenie-k-pikazu-505.pdf>. (Дата обращения: 24.09.2021).

Контактная информация:

Цигенггель Оксана Павловна – докторант Ph.D по специальности «Общественное здравоохранение».

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 060000, г. Атырау, ул. проспект Абылхайыр Хана, 61- 51.

E-mail: tsigengagel.o@gmail.com

Телефон: 7 747 6218603