

Евразийский национальный университет
им. Л.Н. Гумилева
Экономический факультет
Кафедра «Государственный аудит»



ТОО «Центр исследований, анализа
и оценки эффективности»
Счетного комитета по контролю за
исполнением республиканского бюджета



**«ЦИФРЛЫҚ ЭКОНОМИКАНЫ ДАМУДЫҢ ЖАҢА
ҚАРЖЫЛЫҚ МОДЕЛІ»**

халықаралық онлайн-конференциясының

ЕҢБЕКТЕР ЖИНАҒЫ

17 сәуір 2020 ж.

СБОРНИК ТРУДОВ

международной онлайн-конференции

**«НОВАЯ ФИНАНСОВАЯ МОДЕЛЬ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ
ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ»**

17 апреля 2020 г.

PROCEEDINGS

international online conference

**«A NEW FINANCIAL MODEL IN THE CONTEXT OF THE
DEVELOPMENT OF THE DIGITAL ECONOMY»**

17 April 2020

Нұр-Сұлтан, Қазақстан
Nur-Sultan, Kazakhstan

УДК 336.11
ББК 65.261

Редакционная коллегия:

Профессор кафедры «Государственный аудит» д.э.н., профессор Сембиева Л.М.
Декан Экономического факультета д.э.н., профессор Макъш С.Б.
Заведующий кафедрой «Государственный аудит» к.э.н., доцент Бейсенова Л.З.
Зав.отделом прикладных научных исследований ТОО «Центр исследований, анализа и оценки эффективности»
Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета, (г.Нур-Султан), к.э.н. Карыбаев
А. А.
Руководитель НОД «Учет, анализ и аудит» АО «Университет НАРХОЗ», (г. Алматы), доктор PhD, к.э.н.,
Джондельбаева А.
Зам.руководителя Департамента «Учета, анализа и аудита» по научной работе в ФГОБУ ВО «Финансовый
университет при Правительстве Российской Федерации, (г. Москва), д.э.н., профессор Петров А.М.
Зам.руководителя департамента «Учета, анализа и аудита» по учебной работе в ФГОБУ ВО «Финансовый
университет при Правительстве Российской Федерации, (г. Москва), д.э.н., профессор Никифорова Е.В.
Доцент Черкасского института Государственного высшего учебного заведения «Университет банковского
дела», (г. Черкассы), к.т.н. Пантелеева Н.Н.
Заведующий кафедрой «Бухгалтерского учета, анализа и аудита в отраслях народного хозяйства» БГЭУ (г.
Минск), д.э.н., профессор Панков Д.А.
Зав. кафедрой «Бухгалтерского учета, анализа и аудита» ГБОУВО РК «Крымский инженерно-педагогический
университет» (г. Симферополь), д.э.н., профессор Абдуллаев Р.А.
Доцент кафедры «Бухгалтерского учета, анализа и аудита» ГБОУВО РК «Крымский инженерно-
педагогический университет» (г. Симферополь), к.э.н., доцент Мандражи З.Р.

«Цифрлық экономиканы дамытудың жаңа қаржылық моделі» халықаралық онлайн – конференциясының еңбектер жинағы. – Нұр-Сұлтан: Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2020.

Новая финансовая модель в условиях развития цифровой экономики: Сборник материалов международной онлайн – конференции. – Нур-Султан: Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, 2020.

Proceeding international online conference **«A new financial model in the context of the development of the digital economy»** - Nur-Sultan, L.N.Gumilyov Eurasian National University, 2020.

Халықаралық онлайн-конференциясының еңбектер жинағында азаматтардың табыстылығының кепілі болатын және қазіргі әлемнің сұрауларына жауап бере алатын, цифрлық экономиканы дамыту кезінде жаңа қаржылық моделін жасау бойынша өзекті мәселелер қарастырылған

В сборнике материалов международной онлайн – конференции рассмотрены актуальные вопросы формирования новой финансовой модели, в условиях развития цифровой экономики отвечающей вызовам современного мира и обеспечивающей залог успешности государства через повышение благосостояния граждан.

Materials of the international online conference address the current issues of a new financial model in the context of the development of the digital economy responding the modern world challenges and providing a key to success of the state in increasing the welfare of citizens

УДК 336.11
ББК 65.261

ISBN 978-601-337-321-8

© Л.Н.Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2020
© Евразийский Национальный университет им. Л.Н. Гумилева, 2020
© L.N. Gumilyov Eurasian National University, 2020

реттеу, өсімдік шаруашылығындағы міндетті сақтандыруды мемлекеттік қолдау саласындағы мемлекеттік саясатты қалыптастыру және іске, өсімдіктерді қорғау және карантин, ветеринария, сусындарды (алкоголь өнімі мен этил спиртінен басқа), теріні (илеу және әрлеу), мақта талшығын және жүнді қайта өңдеуді қоса алғанда, тамақ өнімдерін өндіру бөлігінде өңдеу өнеркәсібі, Ауыл шаруашылығы машиналарын жасау (іріден басқа), агроөнеркәсіптік кешенді техникалық жарақтандыру, мал шаруашылығы, мелиорация, ирригация және дренаж, ауыл шаруашылығы ғылымдары; 2) бәсекеге қабілетті ауыл шаруашылығы тауарын өндірушілерді құру негіздерін қалыптастыру, Қазақстан Республикасының азық-түлік қауіпсіздігін және жұмылдыру дайындығын қамтамасыз ету; 3) орман, аңшылық, балық және су шаруашылығы, ерекше қорғалатын табиғи аумақтар саласын және ауылдық аумақтарды дамыту мәселелерін қоспағанда, реттелетін салада мемлекеттік бақылауды, қадағалауды және басқаруды қамтамасыз ету; 4) агроөнеркәсіптік кешенді ақпараттық-консультациялық қамтамасыз ету.

Әдебиеттер

1. kazportal.kz Қазақстан Республикасының ауыл шаруашылық жүйесі сайты
2. ru.wikipedia.org Қазақстанның ауыл шаруашылығы
3. moa.gov.kz Қазақстанның ауыл шаруашылығы министрлігі

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Булхайрова Д.С., Оспанов Ч.К.

Магистранты 2 курса экономического факультета специальности
«Государственный аудит»

Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева, г. Нур-Султан,
Республика Казахстан

E-mail: dina.bulkhairova@mail.ru , ospanov.chingizz@gmail.com

Аннотация: Система здравоохранения является одной из основополагающих основ любого государства, поскольку она напрямую влияет на жизнь и процветание граждан. Каждое государство стремится создать наиболее эффективную систему здравоохранения. Уровень затрат на здравоохранение показывает значимость данной сферы для государства. Вследствие этого, государства создают системы финансирования здравоохранения, которые фокусируются только на данной отрасли. При создании системы финансирования, государства используют ранее созданные системы как основу, как правило, перенимают опыт других стран. При становлении своей системы здравоохранения, Республика Казахстан только

частично использовала опыт других стран, с уже существующей системой здравоохранения. Как итог, Казахстан занимает лишь 64-ое место в рейтинге Всемирного агентства здравоохранения. Это свидетельствует то, что государству необходимо улучшить систему здравоохранения, путем использования опыта зарубежных стран и одним из главных факторов является эффективное финансирование системы здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, система здравоохранения, ВВП, затраты на здравоохранение, медицинское страхование, экономическая модель, эффективность.

Annotation: The health system is one of the fundamental foundations of any State, as it directly affects the lives and prosperity of citizens. Every State is committed to the establishment of the most effective health system. The level of health care costs shows the importance of this sphere for the state. As a result, states are creating health-care financing systems that focus only on the industry. In establishing a funding system, states use previously established systems as a basis, as a rule, to take on the experience of other countries. In establishing its health-care system, the Republic of Kazakhstan only partially used the experience of other countries with an already existing health-care system. As a result, Kazakhstan ranks only 64th in the ranking of the World Health Agency. This shows that the State needs to improve the health system by drawing on the experience of foreign countries and one of the main factors is the effective financing of the health system.

Аннотация: Денсаулық сақтау жүйесі кез келген мемлекеттің іргелі негіздерінің бірі, өйткені ол азаматтардың өмірі мен өркендеуіне тікелей әсер етеді. Әр мемлекет денсаулық сақтаудың тиімді жүйесін құруға ұмтылады. Медициналық қызметке шығындар деңгейі бұл саланың мемлекет үшін маңыздылығын көрсетеді. Нәтижесінде, үкіметтер денсаулық сақтау саласын қаржыландыруды тек осы салаға бағыттайды. Қаржыландыру жүйесін құру кезінде мемлекеттер негізінен бұрын құрылған жүйелерді қолданады, әдетте, басқа елдердің тәжірибесін қабылдайды. Денсаулық сақтау жүйесін құру кезінде Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің басқа елдерінің тәжірибесін ішінара қолданды. Нәтижесінде, Дүниежүзілік денсаулық сақтау агенттігінің рейтингінде Қазақстан тек 64-інші орынға ие. Бұл мемлекеттің денсаулық сақтау жүйесін шет елдердің тәжірибесін қолдану арқылы жетілдіруге мұқтаж екендігін көрсетеді және басты факторлардың бірі денсаулық сақтау жүйесін тиімді қаржыландыру болып табылады.

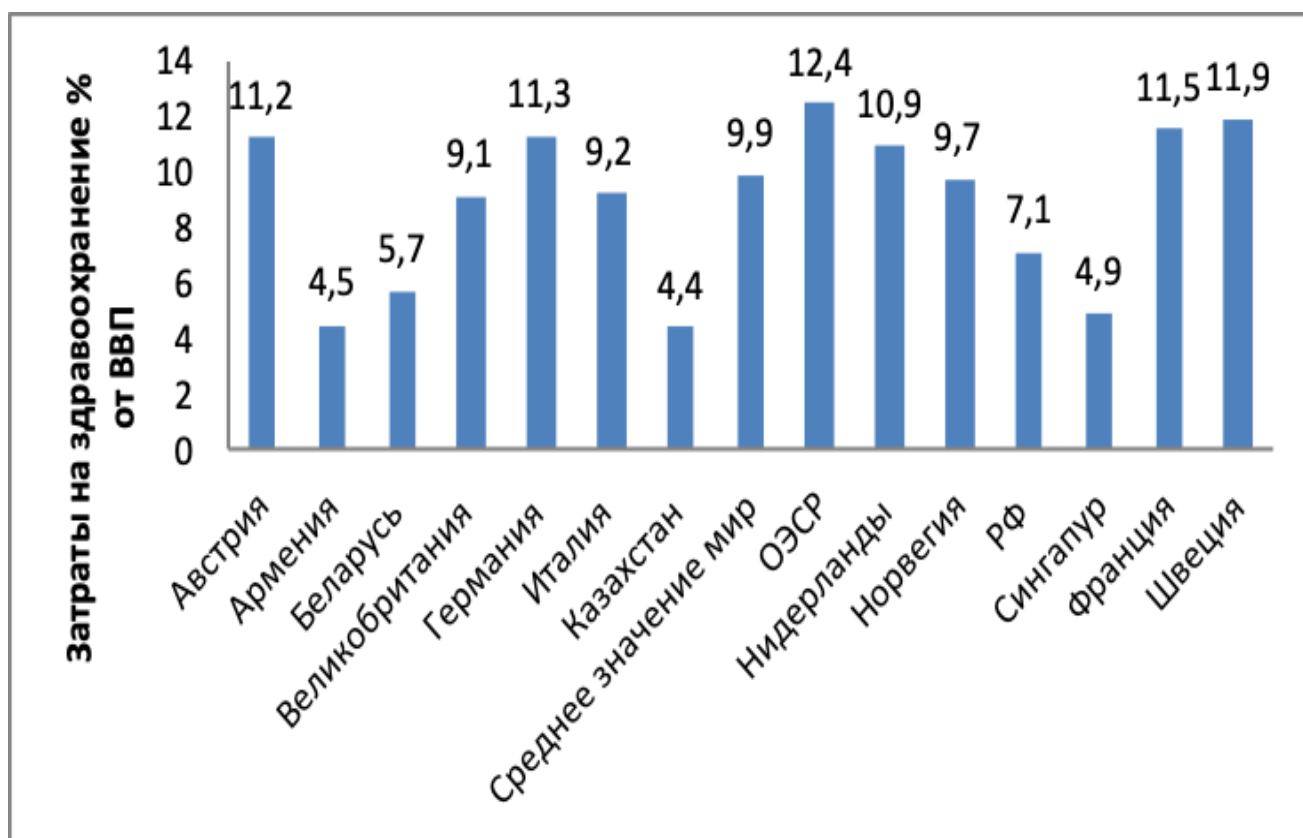
Рост стоимости оказания медицинских услуг является глобальной проблемой современности. Темпы роста расходов на здравоохранение в некоторых странах превышают темпы экономического роста. При анализе системы финансирования здравоохранения большинство стран используют такой показатель, как процент от Валового внутреннего продукта, необходимый на покрытие расходов в сфере здравоохранения.

По оценке Всемирного агентства здравоохранения Казахстан по

эффективности системы здравоохранения занимает 64-ое место, далеко отставая от таких стран как Франция (1-ое место), Сингапур (6) и Великобритания (18-е место). В тоже время в Казахстане наблюдается самый низкий уровень финансирования системы здравоохранения в сравнении со средним значением в мире в 9,9% от ВВП и в сравнении с развитыми странами Европы. Согласно, составленному в 2018 году, рейтингу Всемирного экономического форума, который рассматривает 33 показателя Целей устойчивого развития в области здравоохранения, топ лучших стран по системе здравоохранения также занимают Сингапур (2-ое место), Швеция (3-е место), Франция (24-е место), Германия (15-е место), Великобритания (5-е место). [1]

В данной статье будет рассмотрен зарубежный опыт систем финансирования здравоохранения.

Рисунок 1. Затраты на здравоохранение % от ВВП.



Примечание: составлено автором на основе [2]

Для **Франции** характерна частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования (ОМС). [3] Высшим органом здравоохранения Франции является Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Социальное страхование во Франции было введено в 1946 г., таким образом была обеспечена доступность медицинской помощи широким слоям населения. В

2000 году правительство ввело программу Всеобщего охвата здоровья (Couverture maladie universelle), для тех слоев граждан, не имеющих возможности почувствовать в государственной страховой системе.

Система здравоохранения Франции в июне 2000 г. была признана ВОЗ «лучшей системой оказания медицинской помощи в мире». В то же время расходы на здравоохранение в стране весьма высоки – около 11,5% ВВП.

Государственная система страхования здравоохранения финансируется за счет налогов на заработную плату работника и предпринимателя (43%), национального подоходного налога (33%), налога на табачную и алкогольную продукцию (8%), государственные субсидии (2%) и трансферов от других ветвей социальной защиты (8%). Программа всеобщего охвата финансируется за счет целевого налога на табачную и алкогольную продукцию и 2,5% налога на прибыль от дополнительного частного страхования здоровья. [4]

Государственная система страхования здравоохранения управляется советом директоров, которые представлены в равном количестве представителями от предприятий и работниками (профсоюзы). Каждый год Парламент утверждает потолок для роста расходов на систему здравоохранения на следующий год. В 2004 году было создано две новые организации Национальная ассоциация фонда медицинского страхования и Национальная ассоциация фонда добровольного частного медицинского страхования, объединяющие все государственные и частные фонды медицинского страхования. Эти фонды определяют социальный пакет, утверждают цены и долевое участие в издержках.

Частная система страхования здоровья дополнительно покрывает издержки населения. В основном предоставляются взаимными ассоциациями и покрывают 87-90% населения. Система покрывает те же расходы, что и государственное страхование. С 2000 года граждане с низким уровнем дохода могли получить дополнительную страховку по очень низкой ставке или бесплатно. С недавнего времени четыре коммерческие страховые компании начали покрывать расходы, не включаемые государственной страховой системой.

Великобритания является примером развитой европейской страны, в которой действует бюджетная модель финансирования здравоохранения. Это первая капиталистическая страна, создавшая Национальную службу здравоохранения. Во время Второй мировой войны британское правительство предприняло крупномасштабную трансформацию системы социального обеспечения. Была создана система здравоохранения под названием Национальная служба здравоохранения (NHS), в которой медицинское обслуживание является бесплатным по мере необходимости. Этот тип системы ориентирован на потребности широкой общественности и основан на принципе единого плательщика. Национальная служба здравоохранения Великобритании объединяет все государственные медицинские учреждения, контролирует и финансирует деятельность многих частных медицинских учреждений, которые обязались соблюдать ее правила. Создание НСЗ облегчило доступ к

медицинской помощи для многих категорий населения и позволило государству контролировать деятельность медицинских учреждений, что позволило несколько ограничить рост стоимости лечения. [5]

НСЗ покрывает все расходы на здравоохранение примерно 88% населения страны. Около 12% дополнительно используют гарантии ДМХ. Заработная плата медицинского персонала выплачивается из общей суммы налоговых поступлений. Бюджет здравоохранения Великобритании, являющийся частью национального бюджета, тесно связан с другими государственными расходами. 18 процентов финансирования организаций НСЗ поступает из других источников, включая пожертвования, коммерческую деятельность и государственное страхование.

Однако потребности населения Великобритании в медицинском обслуживании все больше выходят за рамки возможностей государства. При официально бесплатном доступе населения к медицинским учреждениям, в Великобритании некоторые услуги в больницах покрываются за счет личного бюджета пациента, обеспечиваются расходы на питание. Были введены фиксированные доплаты за оказание стоматологических услуг, некоторые офтальмологические услуги и за отпуск рецептов.

Дефицит в Национальной службе здравоохранения смягчается развитием системы ДМС. Не справляясь с задачами здравоохранения населения, руководство государственной системы здравоохранения взяло курс на расширение сферы платной медицинской помощи, тем самым увеличив возможности частного медицинского страхования. В то же время основной принцип деятельности частных страховых компаний – это дополнение к общественному здравоохранению. Страхование распространяется только на те риски, которые не покрываются Национальной службой здравоохранения. Поэтому сфера деятельности медицинского страхования достаточно ограничена и охватывает только платную медицинскую помощь, как в коммерческих, так и в государственных учреждениях. Наличие страховки становится возможностью своевременного получения медицинской помощи в стационаре, своевременной консультации специалистов.

Шведская система здравоохранения является примером фискальной модели, основанной на принципе децентрализации. В Швеции 95% здравоохранения является государственным, но ответственность за здоровье и медицинское обслуживание разделяется между государством и местными властями. Отрасль финансируется за счет налогов. 12% собираемых налогов поступает в бюджеты округов (в каждый округ в зависимости от численности жителей, но на каждого жителя приходится одинаковая сумма), и до 90% поступающих средств тратится на здравоохранение. [6]

Присутствуют и соплатежи населения, однако максимальная сумма затрат пациента на визиты к врачу и лекарства, приобретенные по рецептам, ограничена; все расходы, ее превышающие, компенсируются государством. Частичная финансовая компенсация медицинских услуг включается в гонорар врача.

Сингапур предлагает гражданам всеобщее медицинское страхование с системой финансирования, основанной на сочетании принципов индивидуальной ответственности и доступности медицинского обслуживания для всех. Сингапурское здравоохранение имеет смешанную систему финансирования с несколькими уровнями защиты для предоставления льгот сингапурским гражданам и постоянным жителям. Общественное здравоохранение обеспечивает до 80% услуг в секторе неотложной медицинской помощи. Частный сектор занимает 80 процентов рынка первичной медико-санитарной помощи. Уход на дому, дома престарелых, государственные больницы и хосписы предоставляются многими добровольными организациями, большинство из которых финансируются правительством.

Экономические модели систем здравоохранения

В настоящее время все существующие системы здравоохранения, в соответствии с установившимися отношениями между государством, производителем и потребителем медицинской помощи, сводятся к трем основным экономическим моделям. Этот:

- Платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- Государственная медицина с системой бюджетного финансирования;
- система здравоохранения, основанная на принципах рыночного регулирования с многоканальной системой финансирования.

В первой модели отсутствует единая система государственного медицинского страхования, медицинская помощь оказывается в основном на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг. Рынок здравоохранения - это основной инструмент удовлетворения потребностей в здравоохранении. При этом государство заботится только о той части потребностей, которая не удовлетворяется рынком (бедные, пенсионеры, безработные). Наиболее яркая система здравоохранения представлена в США, где основой организации здравоохранения является частный рынок медицинских услуг, дополненный государственными программами здравоохранения для малоимущих «Medicaide» и пенсионеров «Medicare». Эту модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда-системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется важной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет государственного бюджета, налогов на бизнес и населения. Медицинская помощь населению оказывается бесплатно (за исключением небольшого количества медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, удовлетворяя большую часть потребностей общества в здравоохранении. Рынок здесь играет второстепенную роль, как правило, под контролем государства. Эта модель датируется 1948 годом. существует в Великобритании. Она также характерна для Ирландии, Дании, Португалии, Италии, Греции и Испании.

Третья модель определяется как система регулируемого социального страхования или медицинского страхования. Данная модель здравоохранения базируется на принципах смешанной экономики, сочетающей рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социального обеспечения, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется главным образом наличием обязательного медицинского страхования для всего или почти всего населения страны, с некоторым государственным участием в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении социальных потребностей всех или большинства граждан в здравоохранении, независимо от уровня их доходов, не нарушая при этом принципов рынка оплаты медицинской помощи. Роль рынка здравоохранения заключается в удовлетворении потребностей населения за пределами гарантированного уровня, гарантируя свободу выбора и суверенитет потребителей. Система многоканального финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений из заработной платы, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и стабильность финансовой базы социальной и страховой медицины. Наиболее яркая данная модель используется в Германии, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Нидерландов, Швейцарии, Канады и Японии.

Рекомендации

Во – первых, следует, как минимум, отложить введение обязательного медицинского страхования. На данный момент, Правительство Казахстана проводит про-циклическую фискальную и монетарную политику, что может ослабить восстановление экономики Казахстан.

В период стагфляции, то есть когда экономический спад или стагнация, сочетаются с непрерывным ростом цен – инфляцией, проводимая политика может негативно сказаться на экономическом росте. Помимо внешних причин (снижение цен на энергоносители), Правительство Казахстана, также, усугубляет положение 1) увеличением налога через обязательное медицинское страхование с 2017 года 2) введение утилизационного сбора на автомобильные запчасти и расходные материалы.

Введение дополнительного налога приведет к увеличению налоговой нагрузки и замедлит темпы восстановления экономического роста.

Вторая важнейшая проблема – это неэффективное расходование бюджета. Эффективность расходования средств государственного бюджета за последние три года (2012 – 2014 гг.) стала ниже, чем за период с 2009 по 2011 гг. Рост затрат государственного бюджета стал меньше влиять на темпы экономического роста.

Тратятся большие государственные средства на поддержку экономики. Главный вопрос - это правильная стоимость проектов.

МВФ проводил независимое исследование по 15 развивающимся странам с ресурсной экономикой еще в 2000г, в их числе был и Казахстан. Они установили, что в этих странах разница в цене на аналогичные проекты может

в 6 раз превышать стоимость проектов в США или Европе. А сроки сдачи проекта завершаются на несколько месяцев позже, запланированной даты.

В третьих, в Казахстане высока доля самозанятых — 24% с низким уровнем дохода, из числа которых 42% имеют только среднее общее или начальное образование. Численность самозанятых и безработных с доходами ниже 60 тысяч тенге (меньше 200 долларов) составляет 853 тысяч человек, из них в сельской местности проживают 716 тысяч человек. [7]

Есть вероятность, что эти слои населения окажутся не покрытыми страховкой и не смогут позволить себе лечение.

В тоже время, при том, что в Казахстане медицинские услуги оказываются бесплатно, по результатам опросов в 2001 году 35% людей, которые сообщили о своей болезни, не принимали лечения, так как не смогли позволить себе его. Это число значительно снизилось в 2010 и составило 4,1%. [8]

В четвертых, ситуация с АО «СК-Фармация», которая занимается поставками медицинских препаратов и ненадлежащая работа которой была даже озвучена Главой государства требует определения новых подходов к этому вопросу и опыт Германии в этом вопросе актуален для Казахстана. Например, в Германии стоимость лекарств одинакова. Такой опыт может быть использован и в Казахстане. Но прежде чем внедрять новое необходимо разобраться с нарушениями в старой системе поставок медикаментов и в первую очередь с используемой системой ценообразования. Возможно, анализ позволит выявить характерные черты ценового сговора.

Литература

1. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext)
2. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
3. Снежицкий В. и Сурмач М., 2014. «Сравнительный анализ источников финансирования здравоохранения и медицинского образования в некоторых странах». Медицинские новости №1 стр. 43-50
4. Дюранд Залезски И., н.д. «The health system in France». Eurohealth vol 14 No 1
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405352/> - Grosios K., Gahan P. and Burbidge J., 2010. “Overview of healthcare in the UK”
6. Сачек М., Малахов И., Хейфец Н., Щавелева М., 2011 «Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2»
7. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M. and Rechel B., 2012. “Kazakhstan health system review” Health systems in transition. Vol 14 #4
8. Balabanova D et al., 2011. “Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition.” Health service research.