

ОТРАСЛЬ

УДК 330.3

**ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Джапарова Дамира, профессор, д. э. н.,
Кыргызско-Турецкий университет «Манас» <damirajaparova@mail.ru>

Аннотация

Здравоохранение Кыргызской Республики в переходный период характеризовалось низким уровнем финансирования, наличием теневого рынка медицинских услуг, неэффективной структурой и распространенностью дорогостоящего стационарного лечения. В статье исследуется формирование рыночной модели финансирования отрасли в переходный период, в условиях отсутствия государственного регулирования. Реформирование системы здравоохранения в Кыргызской Республике сопровождается совершенствованием форм и методов финансирования отрасли, вводится новый механизм финансирования медицинских услуг.

Ключевые слова: принципы финансирования, программа госгарантий, обязательное медицинское страхование, платные медицинские услуги.

**FORMATION OF A MARKET MODEL IN THE FINANCING OF HEALTH CARE
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

Prof., Doctor of Economic Sciences **Dzhaparova Damira**, Kyrgyz-Turkish Manas University
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

The health care of the Kyrgyz Republic during the transition period was characterized by low levels of funding, a shadow health care market, an inefficient structure and the prevalence of expensive inpatient treatment. The article explores the formation of a market model for financing the industry during the transition period, in the absence of government regulation. Reform of the health care system in the Kyrgyz Republic is accompanied by improvements in the forms and methods of financing the industry; a new mechanism for financing medical services is being introduced.

Keywords: principles of financing, program of state guarantees, compulsory health insurance, paid medical services.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА САЛАМАТТЫКТЫ САКТООДО КАРЖЫЛООНУН
РЫНОКТУК МОДЕЛИНИН КАЛЫПТАНЫШЫ**

Джапарова Дамира, профессор, э. и. д., Кыргыз-Түрк Манас университетинин
<damirajaparova@mail.ru>

Кыскача мүнөздөмө

Кыргыз Республикасында өткөөл мезгил шартында саламаттык сактоо системасы төмөнкү денгээлдеги каржылоо, көмүскө экономика, натыйжасыз түзүлүш жана кымбатка турган стационардык дарылоо менен мүнөздөлгөн. Макалада тармакты каржылоодо мамлекеттин жөнгө салуусунун тышында рыноктук модельдин калыптанышы изилденет. Кыргыз Республикасында саламаттык сактоо системасын реформалоо, каржылоо системасынын түрлөрүн жана ыкмаларын өздөштүрүү менен коштолот.

Негизги сөздөр: каржылоо принциптери, мамлекеттик кепилдик программа, милдеттүү түрдө камсыздандыруу, акы төлөнүүчү тейлөө.

1. Введение

Переходная экономика, повлекшая за собой формирование нового типа экономической системы, обусловила некоторые особенности отрасли здравоохранения Кыргызской Республики, связанные с сохранением некоего наследия прежней советской системы, предоставлявшей медицинские услуги на монопольной основе, и созданием новой рыночной системы. Процесс сопровождался снижением уровня финансирования, расширением теневого рынка медицинских услуг, неэффективностью структуры и преобладанием высокочрезмерно затратного стационарного лечения. В советское время экономическая статистика рассматривала здравоохранение как отрасль непромышленной сферы. И соответственно ресурсы этой сферы деятельности создавались согласно остаточному принципу финансирования. Финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществлялись на основе нормативов, которые разрабатывались для каждого медицинского учреждения органами государственного управления. В таких условиях отсутствовали мотивация труда и экономические стимулы, а также оценки результатов труда. Органы управления здравоохранения не искали каких-либо альтернатив при определении объема средств финансирования медицинских учреждений, учитывая их ограниченность. [1]

В этих условиях невозможно было получить ответы на вопросы: строить или реконструировать больницу, лечить пациента в стационаре или в поликлинике, взять нового врача или больше заплатить работающему врачу? В итоге имели место перегрузка стационаров, недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, что вело к большим экономическим потерям. Результатом являлись низкая эффективность использования ресурсов, уравниловка, низкое качество медицинской помощи и, в конечном итоге, низкий социальный эффект.

2. Основная часть

С 1996 г. в здравоохранении республики на основе реформирования и изменений законодательной базы здравоохранения произошел переход от государственной медицины к бюджетно-страховой. Была введена система обязательного медицинского страхования. Отсутствие государственного регулирования обусловило расширение теневого рынка медицинских услуг. Неофициальная плата явилась не регулируемым государством дополнением к рыночной цене медицинских услуг как устойчивая тенденция, которую при отсутствии государственных рычагов управления невозможно отменить. Образовалась резкая диспропорция в обеспечении кадрами. В регионах ощущается недостаток врачей. Так, в городе Оше на 10 000 населения приходится 13 врачей, в Таласской области, Нарыне и в других отдаленных от центра регионах – менее 9. Наблюдается значительный отток врачей в Бишкек и Чуйскую область, а также в ближнее зарубежье. Только за 2016 г. выехало за границу 100 дипломированных врачей. Средняя заработная плата врачей, работающих в поликлиниках, в 2017 г. достигла лишь 12 105 сом., врачей стационаров – 13 006 сом. [2]. В связи с низкой заработной платой квалифицированные врачи уезжают в Россию, Казахстан и дальше зарубежье, их места занимают молодые специалисты, только что окончившие медицинский институт и медицинское училище.

В системе здравоохранения Кыргызской Республики имеются два основных источника финансирования: государственный и частных лиц. Они представляют собой потоки внутренних расходов. Частные средства финансирования здравоохранения – это выплаты за лечение средств доходов домохозяйств. Пациенты осуществляют официальные и неформальные расходы за оказываемые им медицинские услуги, кроме того, покупают лекарства за собственные средства.

Среди всех доходов Единого плательщика республиканский бюджет является главным источником финансов, направляемых на поддержку государственных лечебных организаций.

Средства из Социального фонда застрахованных граждан и государственного бюджета для незастрахованных граждан, поступающих согласно Программе государственных гарантий, образуют Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). К категории застрахованных граждан за счет государственного бюджета относятся граждане в возрасте 70 лет и выше, дети, не достигшие 5-летнего возраста, студенческая молодежь, граждане, имеющие инвалидность. Для того чтобы показать реальные тенденции, рассмотрим динамику расходов Единого плательщика. Это можно увидеть по данным табл. 1. Рост расходов республиканского бюджета в номинальных показателях за 2017 г., по сравнению с 2009 г., составил 2,4 раза. или 9 514,7 млн. сом. против 4008,3 млн. сом. в 2009 г. (табл. 1).

Национальной программой «Манас Талими», нацеленной на осуществление реформы финансовой системы в сфере здравоохранения, предусмотрено снизить значимость бюджетов местного уровня. [3] В связи с этим в последние годы местные бюджеты практически не участвуют в финансировании здравоохранения на территории КР, кроме Бишкека.

Таблица 1. Динамика общих расходов здравоохранения Кыргызской Республики (млн. сом.)

Основн. источн.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 г. в % к 2009 г.
Респуб. бюджет	4008,3	4216,5	6056,7	7920	8481,4	8177,1	8551,9	9081,8	9 514,7	237,4
ФОМС	765,4	774,4	1062,2	1210	1390	1856,8	1855,7	1916,0	2 270,4	250,3
Частные	333,8	347,2	434,5	538,4	660,3	841,8	924,1	1328,5	1414,4	397,9
Всего	5107,5	5338,1	7553,4	9668,4	10531,7	10875,8	15590,9	12326,5	13199,5	241,3

Источник: данные ФОМС КР за 2009-2017 гг.

Однако, несмотря на определенный рост финансирования сектора здравоохранения, доля расходов государства в бюджете КР остается незначительной, составляя порядка 10%, или продолжается традиционный остаточный принцип финансирования системы здравоохранения. По данным табл. 2 расходы на здравоохранение по отношению к ВВП за анализируемый период почти не изменились. Рассмотрим динамику расходов государства по источникам финансирования. Анализ источников бюджета Единого плательщика показывает, что доля финансовых ресурсов, поступивших из республиканского бюджета, за анализируемый период увеличилась лишь на 0,9%.

Таблица 2. Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП (%)

Основн. источн.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 г. в % к 2009 г.
Бюджет	2,0	1,9	2,0	2,1	2,8	2,6	2,1	2,02	2,9	+0,9
ФОМС	0,38	0,35	0,34	0,37	0,45	0,43	0,37	0,39	0,54	+0,16
Частные	0,16	0,16	0,15	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9	0,25	+0,09
Всего	2,54	2,41	2,49	2,62	3,45	3,23	2,67	3,31	3,2	+0,66

Источник: данные ФОМС КР за 2009-2017 гг.

Следует отметить, что за период 2009-2017 гг. произошел определенный рост количества граждан, получающих социальные пособия: детей, пожилых людей пенсионного возраста и категорий населения, получающих социальные пособия. При этом финансирование указанных категорий населения не пересматривалось. Поэтому финансирование лечения детей, пенсионеров и инвалидов далеко не соответствует реальным потребностям указанных категорий населения. Таким образом, низкий уровень бюджетных расходов и поступлений по ФОМС объясняется тем, что на протяжении многих лет происходило недофинансирование сектора здравоохранения.

По данным табл. 3, недофинансирование составило в 2016 г. 169 292,9 сом., или 56,3% от потребностей, рассчитанных в денежных средствах. Если учесть, что потребности, с учетом ограниченности ресурсов, рассчитаны по минимуму, и они не покрываются, то это является причиной, носящей декларативный характер.

И лица, оставшиеся без работы, и студенты остаются за пределами Программы государственных гарантий. Они не могут рассчитывать на медицинскую помощь со стороны государства. Если учесть, что данная категория населения представляет собой потенциальный трудовой ресурс на рынке труда, то ее качество будет влиять на развитие реального сектора экономики.

Таблица 3. Исполнение средств ОМС, выделяемых из республиканского бюджета на социальные категории населения Кыргызской Республики за 2016 г. (млн. сом.)

Категория населения	Потребность	Профинансировано	Профинансировано в % к потребностям
Дети до 16 лет	284,689	160,397	56,34
Пенсионеры	771,812	598,37	77,5
Лица, получающие социальные пособия	126,61	105,01	83,3
Безработные	4641,6	*	*
Военнослужащие	829,5	*	*
Студенты	200,26	*	*
Всего	400,029	230,736	

Источник: данные Министерства здравоохранения КР за 2016 г.

*Финансирование не предусматривается.

Статистика свидетельствует, что львиная доля средств, которые государство предоставляет сфере здравоохранения, идет на помощь льготникам. Это большой показатель – 94%, для остальных средств явно не хватает для обеспечения лечения и профилактики заболеваний граждан, которые вынуждены сами (и граждане, и работодатель) финансировать оказываемые услуги. Таким образом, декларируется одно, а в реальности мы наблюдаем иные экономические условия. Для того чтобы получить медицинскую помощь, необходимо нести все больше и больше расходов, поскольку они непрерывно растут. Как было отмечено выше, базовая программа ОМС покрывает лишь 57% минимальных потребностей социальных категорий населения, которые нуждаются в бесплатном лечении. И для решения проблем со здоровьем, чтобы выжить, они должны самостоятельно оплачивать медицинские услуги. Как показывает практика, этот процесс стихийный и бессистемный. Нет продуманной и объективно обусловленной стратегической программы замены бесплатных услуг на платные. Поэтому встретить что-то подобное в официальных или законодательных материалах не приходится. Однако она реально существует.

Связь видится в существовании старых преискурентов. Датируемые еще 2008 г., некоторые расценки ниже себестоимости затрат на препаратные процедуры. Например, это касается рентгена и развернутого анализа крови. Так, в городе Таласе рентген работает только для стационара и стоит 50 сом. Цены на анализы не покрывают затраты. Технологии старые, томографическое обследование отсутствует. Ультразвук стоит 25 сом., обследование желчного пузыря и печени – 38 сом., прокол гайморовой пазухи – 64 сом., вскрытие паратонзиллярного абсцесса – 47 сом. А в частной клинике только общий анализ крови стоит 160-300 сом.

Исследование методом анкетирования показало, что пациент, обратившийся в лечебное заведение по поводу хирургической операции, зачастую вносит, кроме сооплаты,

дополнительные средства. Среди опрошенных по этому поводу высказалось 26,9% пациентов. Этим можно объяснить, почему многие пациенты высказываются за легализацию дополнительно вносимых средств. Из обследованных пациентов за легальную оплату медицинской помощи высказалось 70,2%. [4]

На вопрос: «Считаете ли нужным платить медицинским работникам за качество лечения?», 36,4% пациентов поликлиники ответили «да». При этом 67,8% пациентов поликлиник абсолютно не знают о существовании перечня 24 бесплатных медицинских услуг по Программе государственных гарантий. В настоящее время одни и те же медицинские работники и на одном и том же оборудовании оказывают и платные, и бесплатные услуги. В этих условиях не обойтись без нарушений и теневых доходов в системе здравоохранения.

Из числа опрошенных пациентов 58% считают, что качественное лечение можно получить только путем оплаты лечения, и 28,6% опрошенных пациентов оплачивают медицинские услуги наличными врачам. [4] При этом удельный вес поступлений от частных выплат, как сооплата и официальная плата за медицинские услуги, поступающие в доходы Единого плательщика, составляет лишь 10,8%. Это значит, что реальная плата за услуги имеет неофициальную форму. [5] Высказывая свою позицию в этом вопросе, отметим, что не считаем взяткой платежи, которые попадают в руки врача по неформальным каналам. В системе финансирования здравоохранения не разработан регулирующий механизм. Мы не можем отменить неофициальные платежи, которые в этих условиях дополняют рыночную цену. И это никем не регулируется. Значит, правы те, кто требует легализовать эти дополнительные платежи. Тем самым они будут на виду, и их можно будет регулировать. Специальные средства, или поступления от платных услуг, должны стать источником собственного фонда доходов поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы работников, предоставляющих медицинские услуги. А пока эти средства, как дополнительный взнос за оказанную медицинскую услугу (это может быть плата за медицинские препараты, презенты доктору и его помощникам, денежные средства за операционное вмешательство), поступают, минуя кассу.

Специальные средства, поступающие в учреждения здравоохранения за оказанные дополнительные услуги гражданам, возросли в целом по республике за 8 лет в 8,6 раза (табл. 4). Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышает 6%. Это значит, что значительную часть платы за услуги следует характеризовать как «неформальные платежи».

Поступление по регионам неравномерное. Наиболее высокий рост наблюдается в Таласской (в 39,5 раза), Баткенской (14,7 раза) и Ошской (7,8 раза) областях (см. табл. 4). В г. Бишкеке, Чуйской и Иссык-Кульской областях темпы роста поступлений спецсредств примерно одинаковые.

Это можно объяснить тем, что ввиду отсутствия необходимой технологии лечения и диагностики в регионах больные вынуждены ехать в столицу или в областные центры и оплачивать медицинские услуги.

Рассмотрим направления расходования спецсредств по поставщикам медицинских услуг по статьям затрат. Как видно из табл. 5, спецсредства медицинских учреждений возросли в целом более чем в 8,4 раза. Из них средства, направляемые на финансирование первичной медико-санитарной помощи, выросли в 3,4 раза, а стационаров – в 8,2 раза. За 2008-2016 гг. рост финансирования за счет специальных средств основных статей расходов, как расходов на медикаменты, составляет всего 23% и питание – 7,4%. Причем большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Таким образом, больные люди, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивают заработную плату врачам, при этом незначительная доля их средств используется для лечения и питания в стационарах.

Таблица 4. Поступление специальных средств в систему здравоохранения Кыргызской Республики в разрезе территорий за 2009-2016 гг. (млн. сом.)

Территория	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 к 2009 в %
г. Бишкек	32,1	33,8	42,0	63,8	95,8	287,6	244,0	254,4	792,5
Область:									
Чуйская	10,1	13,1	16,2	19,6	26,0	33,7	49,0	66,7	660,4
Ошская	15,3	28,3	39,0	51,5	56,5	62,4	101,4	119,0	777,7
Баткенская	2,0	3,2	5,8	6,5	8,5	21,2	17,6	29,4	1470
Джалал-Абадская	5,6	7,7	9,2	10,9	16,6	30,8	50,0	87,0	1554
Иссык-Кульская	5,5	6,4	7,8	10,3	14,8	19,7	47,5	31,2	567,3
Нарынская	1,3	1,6	2,3	3,4	4,0	7,6	15,9	19,2	1477
Таласская	0,6	0,9	1,0	2,0	3,2	3,8	6,7	23,5	3926
Всего	73,0	95,0	123,3	168,0	225,4	466,8	532,1	630,4	863,6

Источник: данные ФОМС КР за 2009-2016 гг.

Таблица 5. Удельный вес ПГГ по поставщикам медицинских услуг (%)

Вид помощи	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Стационарная	60,4	58,1	60,0	61,1	76	70	71	71	+10.6
Амбулаторная	39,6	41,9	40,0	38,9	24	30	29	29	-10.6
Всего	100	-							

Источник: данные ФОМС КР за 2009-2016 гг.

В рамках базовой программы ОМС оказывается помощь и на уровне поликлиник, служб скорой помощи и профилактики. Это первичный уровень медицинской помощи. Согласно экспертизе качества медицинских услуг на первичном уровне дефекты лечения составили 46,4%. Для выяснения причин рассмотрим структуру и динамику расходов Программы госгарантий по поставщикам медицинских услуг.

Из табл. 5 видно, что 71% средств Программы государственных гарантий направляется на оказание стационарной помощи, которая увеличилась в 2016 г. по сравнению с 2009 г. на 10,6%, напротив, расходы на амбулаторную помощь сократились на ту же сумму. И эта тенденция преимущественного финансирования стационарного лечения по сравнению с оказанием первичной санитарно-профилактической помощи населению продолжается. Напомним, что для всех регионов с 2010 г. были введены единые нормативы финансирования. [6] Это касается учреждений первичной медико-санитарной помощи. Норматив на душу населения – это средний расчетный показатель. Он рассчитывается на одного обслуживаемого или прикрепленного жителя. Поправочные коэффициенты корректируются.

3. Выводы

Человеческий фактор является основной производительной силой и главным ресурсом страны, поэтому необходимо пересмотреть приоритет сферы здравоохранения и увеличить средства, выделяемые государством.

Необходимо пересмотреть объем финансирования из республиканского бюджета для лечения граждан, достигших пенсионного возраста, детей, не достигших 16 лет, граждан,

живущих на социальные пособия. Для обеспечения соответствия государственных гарантий их реальному финансированию, необходимо конкретизировать виды бесплатной медицинской помощи в рамках госгарантий и платных медицинских услуг.

Наличие теневого рынка медицинских услуг говорит о том, что рыночный механизм развивается, однако без государственного регулирования. Неофициальная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене медицинских услуг.

Необходимо регулировать процесс замены бесплатной помощи на платные услуги, сейчас он стихийный. Следует разработать новые прецеденты и легализовать платные медицинские услуги в соответствии с новыми ценами на медицинские услуги.

Специальные средства, или поступления от платных услуг должны стать источником собственного фонда поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы медицинским работникам. Поступление спецсредств и их использование должно быть прозрачным, что повысит ответственность и заинтересованность врачей и руководителей организаций здравоохранения.

Использованные источники

1. Шейман, И. М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 6. – С. 47-55.

2. Отчет об итогах деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2017 год. – Бишкек: ФОМС при Правительстве КР, 2018.

3. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы. – Режим доступа: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/57155?cl=ru-ru>.

4. Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР. Проект КТУ «Манас» № 2013.SOB.08 / Д. Джапарова, Д. Ч. Бектенова. – Бишкек, 2014.

5. Джапарова, Д. Мотивация труда медицинских работников в Кыргызстане – путь повышения качества медицинских услуг // Economics. – М., 2016. – №9 (18). – С. 14-20.

6. Калиев, М. Т. Обязательное медицинское страхование в Кыргызской Республике (20 лет опыта) / М. Т. Калиев, Т. С. Мейманалиев. – Бишкек, 2016.-С. 62-64.

7. Каратаев, М. М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана) // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 2/3. – С. 18-20.

8. Необходимо неотлагательно остановить отток семейных врачей. – Режим доступа: <http://zdorovie.akipress.org/news: 21995>

9. Отчеты об итогах деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2009-2016 гг. – Бишкек: ФОМС при Правительстве КР, 2017.