

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоосун каржылоо булактары жана аларды арттыруу жолдору

Дамира ДЖАПАРОВА¹¹

Мазмун

Саламаттыкты сактоо үчүн ресурстардын потенциалдуу булактарын издөө каржылоону жакшыртууну талап кылат. Республикалык бюджеттин каражаттары чыгашаларынын негизги булагы болуп калууда. Мамлекеттик кепилдиктер менен медициналык жардамды алуунун реалдуу экономикалык шарттарынын ортосунда ажырым бар. “Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасы”, камсыздандыруунун чыныгы үлгүсү болуп эсептелбейт, анткени ал салык органдары жана Социалдык фонд кызматкерлери тарабынан топтолуучу камсыздандыруу төгүмдөрүн кайра бөлүштүрүү функциясын гана аткарат. Камсыздандырылган бейтап ММК системасынын субъектилеринин мамилелер системасынан тышкары болот. Акылуу медициналык кызмат көрсөтүүлөр саламаттык сактоо бюджетиндеги үлүшү 6%дан ашпайт, төлөмдүн олуттуу бөлүгү «формалдуу эмес төлөмдөрдүн» формасына ээ болот. Стационарларда дарылоо үчүн кошумча төлөө көлөмүн белгилөө принциби негиздүү эмес экенин белгилеп коюу керек.

Ачык Сөздөр: мамлекеттик бюджет, милдеттүү медициналык камсыздандыруу, мамлекеттик кепилдиктер, акылуу кызмат, медицинадагы формалдуу эмес төлөмдөр

Funding For the Health System and Ways to Increase Them

Abstract

Finding potential sources for health expenditure resources requires improvement in funding. The main sources of expenses are funds from the republican budget. The financial resources received from the state budget to finance the program of state guarantees, do not correspond to its real needs. “The compulsory health insurance system” is not a real insurance model, because it only performs the function of redistributing insurance premiums collected by tax authorities and Social Fund employees. The insured patient is outside the scope of compulsory health insurance. The share of indicators of paid medical services does not exceed 6% in the health care budget, a significant portion of payments are in the form of “informal payments”. In addition, it should be noted that for hospital treatment, the principle of determining the amount of additional payments is not reasonable.

Key Words: State budget, Compulsory health insurance, State guarantees, Paid service, Informal payments in medicine

Atıf İçin / Please Cite As:

Джапарова, Д. (2020). Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоосун каржылоо булактары жана аларды арттыруу жолдору. *Manas Sosyal Arařtırmalar Dergisi*, 9(3), 1564-1572.

Geliř Tarihi / Received Date: 31.07.2019

Kabul Tarihi / Accepted Date: 10.12.2019

¹¹ Prof. Dr. Damira JAPAROVA - Kırgızstan-Türkiye Manas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, damira.japarova@manas.edu.kg - ORCID: 0000-0002-4035-9099

Киришүү

Сапаттуу жана жеткиликтүү медициналык кызмат көрсөтүүлөрдү камсыздоо ар бир мамлекеттин милдети болуп эсептелет. Кыргыз Республикасында (мындан ары – КР) мамлекеттик программалардын финансылык булактары аларды ишке ашыруу муктаждыктарын канааттандырбаганы саламаттык сактоо системасын модернизациялоонун башкы көйгөйү болууда. КРда Бирдиктүү төлөөчүнүн системасы каржылоонун бир нече булагына ээ: мамлекеттик бюджет, милдеттүү медициналык камсыздандыруу (мындан ары – ММК), кошумча төлөө жана акылуу кызмат көрсөтүүлөр. Ресурстар булагынын көп түрүүлүгүнө карабастан каржылоонун көлөмү саламаттык сактоонун чыныгы муктаждыктарына ылайык келбейт. Кыргыз Республикасында саламаттыкты сактоонун калдык принциби сакталат.

Саламаттыкты сактоо үчүн колдонулуучу ресурстардын потенциалдуу булактарын издөө жана аларды бөлүштүрүүнүн натыйжалуу жолдорун аныктоо жана пайдалануу мамлекеттик саламаттык сактоо уюмдарын каржылоону жакшыртууну талап кылат. Ага байланыштуу кошумча каржылоо булактарын тартуу механизмдерин иштеп чыгуу жана аларды натыйжалуу пайдалануу актуалдуу болуп эсептелет.

Тема боюнча изилдөөлөр

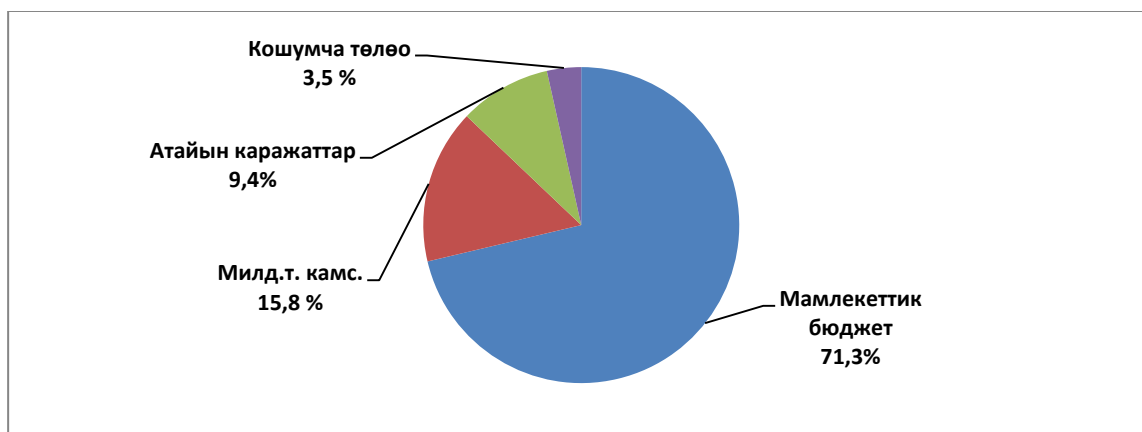
Саламаттыкты сактоо жана аны каржылоо көйгөйлөрүн изилдөө системасын модернизациялоо теориясын иштеп чыгууга Ю.П. Лисицын, В.З. Кучеренко, И.М.Шейман, О.П. Щепин, А. М. Таранов, А. В. Решетников ж.б. олуттуу салым кошушкан. Социалдык чөйрөнү, анын ичинде саламаттык сактоону өнүктүрүү теориясы менен практикасынын кээ бир аспектилерин боюнча ата мекендик экономист окумуштуулар: Т. К. Койчуев, В. И. Кумсков, Н. Х. Кумскова, А.А. Саякбаева, Р.М. Учкеширова жана башкалардын эмгегин белгилеп койсок болот.

КР мисалында базар экономикасына өтүү шартында улуттук илимде саламаттык сактоону каржылоо системасына илимий негиздемени М.М. Каратаев, А.А.Саякбаева ж.б. беришкен. Н.Т. Токтоматов (2006-ж.) КРдагы саламаттык сактоо системасын реформалоодо Кыргыз Республикасынын стационардык медициналык жардамын башкаруу боюнча илимий эмгеги менен өз салымын киргизген.

Саламаттык сактоонун экономикалык көйгөйлөрү Г.Т. Асаналиеванын «Өткөөл экономика шартындагы социалдык кызмат көрсөтүүлөр чөйрөсү: Кыргыз Республикасынын материалдарында» (2012-ж.), Р.Э. Асизбаевтин «Индикативдик пландоонун негизинде социалдык чөйрөнү өнүктүрүүнү жөнгө салуу» (2015-ж.), А.А. Бексултановтун «КРдагы социалдык-экономикалык процесстерди финансылык жөнгө салуу» (2018-ж.) диссертацияларында чагылдырылган. Бирок окумуштуулар тарабынан көйгөйлөрдүн аспектилерин жетишерлик кеңири чагылдырылганына карабастан, саламаттык сактоону каржылоону тыкыр иликтөө зарылдыгы шек туудурбайт. КРдагы саламаттык сактоону каржылоону модернизациялоо маселелерин изилдөө керек экендиги, ошондой эле системаны каржылоонун бардык булактарын пайдалануу боюнча сунуштар иштелип чыгуу заманбап муктаждыкты шарттайт.

Саламаттыкты сактоо системасынын финансылык булактары

КР саламаттык сактоосу төмөнкү негизги булактардан финансыланат: мамлекеттик республикалык бюджет, ММК (милдеттүү түрдө камсыздандыруу) фондунун жана Бишкек шаарынын жергиликтүү бюджетинин каражаттары, ошондой эле бейтаптардын кошо төлөөлөрү.



Сүрөт 1. Каржылоо булактар боюнча Бирдиктүү төлөөчүнүн 2018 жылындагы бюджетти

Булак: КР ММКФ маалыматтары боюнча эсептелди. [Отчеты об итогах деятельности ФОМС за 2018 г.]

ММКФ(милдеттүү түрдө камсыздандыруу фонду) – саламаттык сактоонун финансыларынын бардык негизги булактарын бириктирет жана финансы ресурстарын КР аймактарындагы саламаттык сактоо уюмдарынын ортосунда бөлүштүрөт.

Бирдиктүү төлөөчү системасы Мамлекеттик кепилдиктердин программасын ишке ашыруу менен алектенет жана медициналык тейлөө кызматтарын сатып алуучуларды да, жеткирүүчүлөрдү да аныктайт, бейтаптардын копо төлөө системасын уюштурат. 2018жылкы көрсөткүчтөргө көңүл бурсак, каржылоонун негизи булагы мамлекеттик бюджет экенин көрө алабыз.

2016-жылы КР калкына биринчи медициналык-санитардык жардамды 64 ҮМБ (уялуттук медициналык борбор), стационардык жардамды 141 оорукана көрсөткөн. Муну менен бирге, дарыгерлердин саны 2016-жылы 13209, же 10000 калкка 21,9 түзгөн [Отчет Министерства здравоохранения КР за 2016 год].

2016-жылы ММКФнын саламаттык сактоонун мамлекеттик системасындагы чыгашаларынын суммасы (финансылоонун тышкы каналдарын эске албаганда) 12255,9 млн. сомду түзгөн, бул ИДПга карата 3,2% түзгөн. Ал эми 2009-жылы Бирдиктүү төлөөчүнүн бюджетти ИДПга карата 2,5% түзгөн. Саламаттык сактоонун чыгашаларынын негизги булагы болуп республикалык бюджеттин каражаттары калууда (таблица - 1). Калган булактар каражаттарынын көлөмү боюнча мамлекеттин бюджетинен келип түшкөн финансы ресурстарынан бир топ артта калат. Саламаттык сактоону 2009-2016-жж. республикалык бюджеттин эсебинен финансылоо 2,3 эсеге өскөн, же 2009-ж. 4008,3 млн. сомго каршы 9081,8 млн. сомду түзгөн. Бирок, саламаттык сактоого болгон мамлекеттин чыгашаларынын үлүшү КР бюджетинде аз бойдон калып келет, же 10% түзөт. Бул системаны каржылоонун калдык принцибинин улантылышын мүнөздөйт (табл-2.). БСУ (бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму) сунуштамасы боюнча саламаттык сактоого ИДПнын 5-6% аз эмес бөлүнүшү керек.

Таблица 1. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тармагындагы жалпы чыгымдардын өзгөрүү динамикасы (млн сом)

Негизги булактар	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016-ж. 2009-ж. млн сом.	2016-ж. % 2009-ж.
Республика-лык бюджет	4008,3	4216,5	6056,7	7920	8481	8177,1	8551,9	9081,8	+5073,5	226,5
ММКФ	765,4	774,4	1062,2	1210	1390	1856,8	1855,7	1916,0	+1150,6	250,3
Жеке	333,8	347,2	434,5	538,4	660,3	841,8	924,1	1328,5	+994,7	397,9
Баары	5107,5	5338,1	7553,4	9668,4	10532	10875,8	115590,9	12326,5	+7219,0	241,3

Булак: КР ССМ маалыматтары боюнча эсептелди [Отчеты об итогах деятельности ФОМС за 2009-2016 гг.]

Мамлекеттик бюджеттен түшкөн финансылык ресурстар 2016-жылга карата Мамлекеттик кепилдиктер программасын каржылоо үчүн, мурунку көлөмдө эле калып, анын реалдуу муктаждыктарына ылайык келбейт. (Программа государственных гарантий 2015г.) Бирдиктүү төлөөчүнүн каражат булактарын талдоо, республикалык бюджеттен түшкөн финансылык ресурстар, талдоо мезгилинде, 0,8%га (табл.2) гана өстү.

Ушул эле учурда 2009-2016-ж.ж. төрөлгөндөрдүн жана пенсия курагындагы адамдардын санынын көбөйүшүнөн улам социалдык жөлөкпул алган адамдардын саны өскөнүн байкоого болот. Бирок калктын көрсөтүлгөн категориясын каржылоо кайра каралган эмес. Ошондуктан балдарды, пенсионерлерди жана майыптарды каржылоо реалдуу муктаждыктарга туура келбейт.

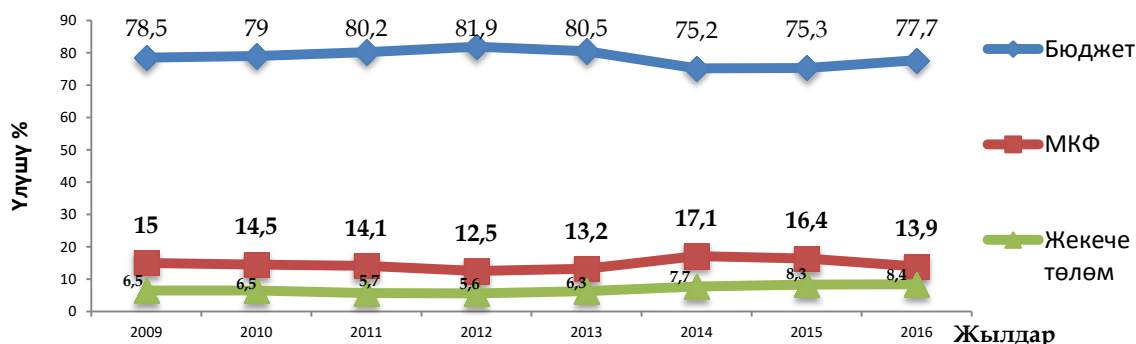
ММКФ (Милдеттүү медициналык камсыздандыруу Фонду) боюнча саламаттык сактоо уюмдарына бюджеттик чыгымдардын жана кирешелердин төмөнкү деңгээли саламаттык сактоо секторунун жакшы каржыланбаганы менен түшүндүрүлөт. 3-таблицанын маалыматтары боюнча 2016-жылы жетишерлик каржы бөлбөө 169,293 млн сом же эсептелген муктаждыктан 42,3%ды түзгөн. Ресурстардын чектелгенин эске алуу менен минимум боюнча эсептелди, ага ылайык, бул КР Мамлекеттик кепилдиктер программасынын декларативдүү мүнөзүнүн себеби болуп эсептелет. 3-таблицадан жумушсуз калган адамдар жана студенттер Мамлекеттик кепилдиктер программасынан тыш калган жана мамлекет тарабынан медициналык жардамды ала алышпайт.

Таблица 2. КРде ИДПга карата саламаттык сактоого кеткен чыгымдар (% менен)

Негизги булактар	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016-ж. % 2009-ж.
Бюджет	2,0	1,9	2,1	2,8	2,6	2,1	2,02	2,9	+0,9
ММКФ	0,38	0,35	0,37	0,45	0,43	0,37	0,39	0,54	+0,16
Жеке	0,16	0,16	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9	0,25	+0,09
жалпы	2,54	2,41	2,62	3,45	3,23	2,67	3,31	3,2	+0,66

Булак: КР ССМ маалыматтары боюнча эсептелди [Отчеты об итогах деятельности ФОМС за 2009-2016 гг.]

Эгер калктын бул категориясы эмгек рыногундагы потенциалдуу эмгек ресурсун өзүнө камтыса, анын сапаты экономиканын реалдуу секторунун өнүгүшүнө таасир тийгизет. Ошондуктан бекер жана акы төлөнүүчү медициналык жардамдын турлөрүн конкреттүү түрдө ажыратып көрсөтүү зарыл.



Сүрөт 2. КРде каржылоо булактары боюнча саламаттык сактоого мамлекеттин чыгымдарынын салыштырмалуу салмагынын өзгөрүү динамикасы, %

Булак: КР ММКФ маалыматтары боюнча эсептелди [Отчеты об итогах деятельности ФОМС за 2009-2016 гг.]

Мамлекеттик кепилдиктер программасына ылайык, адис дарыгердин кабыл алуусу жана консультациясы, калк жазылган бейтапканын алгачкы деңгээлдеги профилактика жана иммундаштыруу бекер ишке ашырылат. Бирок өзүңздөр реалдуу турмушта байкагандай, мындай шарт бүгүнкү күнү чындыкка дал келбейт. Андан тышкары профилактикага финансылык каражаттар бөлүнбөйт, бул медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн бул түрү ошондой эле формалдуу бойдон калууда.

Медициналык камсыздандыруу калкты социалдык коргоонун формасы болуп эсептелет. Камсыздандыруу учуру жаралганда, камсыздандыруучу топтогон каражаттардын эсебинен

медициналык жардам кепилденет [Калиев, М. Т. Обязательное медицинское страхование в КР. 2016г.]. КР “Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасы”, камсыздандыруунун чыныгы үлгүсү болуп эсептелбейт, анткени ал салык органдары жана Социалдык фонд кызматкерлери тарабынан топтолуучу камсыздандыруу төгүмдөрүн кайра бөлүштүрүү функциясын гана аткарат.

ММК каражаттары ММК системасы түзүлгөн учурдан тартып Социалдык фондго келип түшөт жана андан кийин ММКФга жөнөтүлөт (Саякбаева, А. А. Проблемы развития здравоохранения. 2005г.). Изилдөөнүн натыйжасында, ММК (Милдеттүү медициналык камсыздандыруу) улуттук системасынын олуттуу кемчиликтеринин бири болуп экономикалык шартталган формалардын жана камсыздандырылган бейтапты, керектөөчүнү, медициналык кызматтардын камсыздандыруу мамилелер системасына киргизүү механизмдеринин жоктугу эсептелинерин көрсөттү.

Таблица 3. 2016-жыл үчүн КР калкынын социалдык категориясына республикалык бюджеттен бөлүнүүчү ММК каражаттарын аткаруу

	<i>Муктаждык млн.сом.</i>	<i>Каржыланган млн.сом.</i>	<i>Муктаждыктарга менен каржылоо</i>	<i>%</i>
16 жашка чейинки балдар	284,689.1	160,397.3	56,34	
Пенсионерлер	771,81.2	598,37.7	77,5	
Социалдык төлөмдөрү алуучу адамдар	126,61.4	105,01.6	83,3	
жумушсуздар	4641.6	*	*	
Аскер кызматчылары	829.5	*	*	
Студенттер	200,26.8	*	*	
Баары	400,029.5	230,736.6		

*Каржылоо каралбайт. Булак: КР ССМ 2016-ж. маалыматтары боюнча эсептеди [Отчеты об итогах деятельности ФОМС за 2016 гг.]

ММК -милдеттүү төлөм катарында мамлекеттик каржылоо системасынын кайсы бир түрүн сунуштайт. КР ММК колдонуудагы системасында, камсыздандыруу учуру, камсыздандыруу тобокели деген түшүнүктөр жок, ал эми финансылык компенсациялар, эреже катары, сандык параметрлер боюнча: баа мүнөздөмөсүнө өзүнчө алынган кызмат көрсөтүүлөр, амбулатордук келип көрүнүү кирет. Камсыздандырылган бейтап ММК системасынын субъектилеринин мамилелер системасынан тышкары болот.

Таблица 4. КР жана чет өлкөлөрдүн колдонуудагы тарифтери

<i>Өлкө</i>	<i>ММК фондуна чегерүүлөр (%)</i>	
	<i>Жумуш берүүчүдөн</i>	<i>Жеке адамдан</i>
Кыргызстан	2	-
Россия	5,1	-
Грузия	3.0	-
Молдова	3,5	3,5
Германия	7,45	7,45

Булак: Германиядагы мамлекеттик медициналык камсыздандыруу. Тарыхый тамырлар жана принциптер [Ананко, А. Государственное медицинское страхование в Германии. 2018г.]

Биз жүргүзгөн социологиялык текшерүүгө ылайык, стационардык дарылоодогу суралган бейтаптардын 63% Мамлекеттик кепилдиктер программасы боюнча бекер медициналык кызмат көрсөтүүлөр жөнүндө билбегенин айтышкан. [Джапарова, А. Экономический анализ системы здравоохранения в КР. проект КТУ «Манас», Бишкек, 2014].

ММКдан түшкөн Бирдиктүү төлөөчүнүн кирешелеринин динамикасы ММК каражаттарынын салыштырма салмагы 2016-жылдагы саламаттык сактоонун жалпы чыгымдары 2009-жылга каршы 1,1%га кыскарып, Бирдиктүү төлөөчүнүн кирешелеринин 13,9% гана түзгөнүн көрсөткөн. Мунун себеби ММКнын чыныгы булактары өтө эле чектелгенин менен түшүндүрүлөт. Андан тышкары, камсыздандыруу төгүмдөрүнүн ченеми жумуш берүүчүнүн эмгек акы фондунун болгону 2% түзөт, көрүнүп тургандай, бул дагы төмөн (табл.4 карагыла).

Коммерциялык түзүмдү толук камтуу үчүн жана алардын кызыгуусун жогорулатуу үчүн ММК каражаттарынын жекелештирилген каттоосун киргизүү сунушталат. Муну менен камсыздандыруу эсептеринин ачык-айкын болушу шарт. Андан тышкары, саламаттык сактоону каржылоонун

потенциалдуу булагы катары чет өлкөлүк жарандарды камсыздандыруунун милдеттүү системасын түзүү талап кылынат. ММКФда топтоо системасы жок. Эгер адам көбүрөөк иштей баштаса, ал камсыздандырылгандардын тизмесинен автоматтык түрдө чыгарылат. Ишмердик чөйрөсүн жана башка критерийлерди эске алуу менен ийкем дифференцияланган, камсыздандырылган эсептер үчүн ачык-айкын жана жеткиликтүү камсыздандыруу системасы менен түзүү зарыл.

Мамлекеттик кепилдиктер менен медициналык жардамды алуунун реалдуу экономикалык шарттарынын ортосунда ажырым бар. Расмий документтерде жана ченемдик актыларда бекер медициналык жардамды акылууга алмаштыруу стратегиясы жазылбайт, анын үстүнө ал чынында эле жок. Бул медициналык кызмат көрсөтүүлөргө баалардын преysкуранты, рентгенге, кандын анализин алганга ж.б. кеткен өздүк баасын актабайт. КР аймактарындагы жана Бишкек шаарындагы стационардык дарылоодогу бейтаптарды сурамжылоо, 26,9% оорунуларды хирургиялык операциялар үчүн тең төлөөдөн ашык жүргүзүшкөн. Ушул себептен стационардагы бейтаптардын 70,2% медициналык кызмат көрсөтүүлөргө легалдуу төлөө керек деп эсептешет. Азыркы учурда КРда медициналык жардамдарга – дары каражаттарын түз сатып алууга, толук баасындагы акылуу кызмат көрсөтүүлөргө жана формалдуу эместерге жеке чыгымдардын кийинкидей формасы бар.

Акылуу кызмат көрсөтүүлөрдөн түшкөн атайын каражаттар – медициналык кызмат көрсөтүүлөр (стоматология ж.б.) жана медициналык эмес мүнөздөгү кызмат көрсөтүүлөргө төлөмдөр: медициналык уюмдардын (дарыкана, күркө ж.б.) балансындагы имараттарды жана башка объектилери ижаралоо акысы, стационарлардагы ж.б. жогорулатылган жайлуулуктагы палаталар үчүн төлөмдөр. Бул финансылык каражаттар саламаттык сактоо уюмдарына медициналык кызматтарга түз төлөө формасында келип түшөт. Акылуу медициналык кызмат көрсөтүүлөр жаңы медициналык технологияларды активдүү жайылтууга көмөктөшөт, бюджеттик дефициттин курчутугун төмөндөтөт, аны менен бирге көйгөйлөрдүн жаралышына да шарт түзөт. Биринчиден, акылуу медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн көлөмү каралган эмес, преysкуранттар эскирген (2008 жылкы).

Таблица 5. КР саламаттык сактоо системасына 2009-2016-ж.ж. үчүн аймактарга карата атайын каражаттардын түшүүсү, млн сом.

Аймактар	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016-ж. 2009-ж.%
Бишкек ш. областтар:	32,1	33,8	42,0	63,8	95,8	287,6	244,0	254,4	792,5
Чүй	10,1	13,1	16,2	19,6	26,0	33,7	49,0	66,7	65,3
Ош	15,3	28,3	39,0	51,5	56,5	62,4	101,4	119,0	777,7
Баткен	2,0	3,2	5,8	6,5	8,5	21,2	17,6	29,4	1470
Жалал-Абад	5,6	7,7	9,2	10,9	16,6	30,8	50,0	87,0	15,5
Ысык-Көл	5,5	6,4	7,8	10,3	14,8	19,7	47,5	31,2	5,7
Нарын	1,3	1,6	2,3	3,4	4,0	7,6	15,9	19,2	14,8
Талас	0,6	0,9	1,0	2,0	3,2	3,8	6,7	23,5	39,2
Баары	73,0	95,0	123,3	168,0	225,4	466,8	532,1	630,4	8,6

Булак: КР ССМ маалыматы боюнча эсептеден [Отчеты об итогах деятельности ФОМСза 2009-2018 г.]

Экинчиден, акылуу кызмат көрсөтүүлөр мамлекеттик саламаттык сактоонун базасында ишке ашырылат жана кошумча финансылык чыгымдарды талап кылат, бул стационардык жардамды жакшыртууга каршы келет. Атайын каражаттар, КРде 2009-2016-ж.ж. 8,6 эсе (табл.5) жогорулаган. Бирок алардын саламаттык сактоо бюджетиндеги үлүшү 6%дан ашпайт, же кызмат көрсөтүүлөр үчүн төлөмдүн олуттуу бөлүгү «формалдуу эмес төлөмдөрдүн» формасына ээ болот.

Биздин көз карашыбызда, медицинадагы формалдуу эмес төлөмдөр, тактап айтканда, дарыгерге түз төлөгөндөр, «пара» катары эсептелет, анткени жөнгө салуунун адекваттуу механизми жок шартта медициналык кызмат көрсөтүүлөр үчүн расмий эмес төлөмдөр мамлекет тарабынан жөнгө салынбаган базар баасына кошумча катары каралып, андан баш тартууга да болбойт. Бирден-бир ыкма аларды кандайдыр-бир алкакка киргизип, аларды мыйзамдаштыруу керек. Кызмат көрсөтүүлөрдөн келип түшкөндөр медициналык кызматкерлердин эмгек акысын жогорулатуу үчүн

биринчи кезекте пайдаланылуучу саламаттык сактоо уюмунун өздүк фондунун булагы болушу керек.

Саламаттык сактоо уюмдарын кошумча каржылоонун маанилүү булагы болуп, стационарларда дарылоо үчүн кошумча төлөө түрүндө төлөнүүчү жарандардын каражаты эсептелет. КРда Бирдиктүү төлөөчү системасына ылайык кошумча төлөө каражаттары бирдиктүү фондго түшөт, андан кийин дарыланган бейтаптардын саны жөнүндө өткөн жыл үчүн алгачкы уюмдардын (ооруканалардын) отчетуна ылайык стационардык бөлүмдөргө кайра бөлүштүрүлөт. 2009-2016-жж. үчүн КРда тең төлөө номиналдык эсепте 2,3 эсе өстү, бирок алардын салыштырмалуу салмагы дээрлик өзгөрүлгөн эмес жана 2016-жылы 3,9% түздү, 2013-ж. 3,2% болгон (табл. 6). КР аймактары боюнча калктын кошумча төлөмүнөн түшкөн каражаттар

(6 -табл.) 2009-2016-жж. 2,3 эсе өстү жана алардын бирдей эмес өсүүсү байкалууда. Көбүрөөк өсүш Бишкек шаарында - 2,9 эсе байкалган. Бул Бишкек шаарындагы жана областтын борборлорундагы аймактардан келген жана медициналык камсыздандыруусу жок бейтаптардын санынын көбөйүшү менен байланыштуу экени айкын.

Таблица 6. 2009-2016-жылдар үчүн КР аймактары боюнча кошумча төлөө каражаттарынын түшүүсү, млн сом.

аймактар	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016-ж. % 2009-ж.
Бишкек ш.	62,4	89,5	95,6	121,6	156,9	215,1	155,9	180,6	289,4
<i>областтар:</i>									
Чүй	22,3	27,9	33,3	43,2	39,5	38,1	35,9	43,1	193,3
Ош	35,0	45,8	65,5	83,4	72,7	71,1	66,4	81,9	234,0
Баткен	18,8	14,5	22,0	32,0	22,4	20,9	22,0	26,3	139,9
Жалал-Абад	24,9	27,9	37,7	49,1	42,6	43,0	39,9	45,6	183,1
Ысык-Көл	13,9	17,8	22,2	28,5	23,9	24,6	24,2	28,5	205,0
Нарын	5,9	7,6	9,2	12,8	10,1	11,3	11,8	15,5	262,7
Талас	5,3	7,2	9,8	15,0	11,6	10,8	10,5	12,2	230,1
Баары	188,5	238,2	295,3	385,6	379,7	434,9	366,6	433,8	230,1

Булак: КР ММКФ маалыматтары боюнча эсептелди [Отчеты об итогах деятельности ФОМСза 2009-2018 г.]

Кошумча төлөө көлөмүн белгилөө принциби негиздүү эмес экенин белгилеп коюу керек. КРда 2003-жылы ПРООН Ысык-Көл областынын тургундарынын арасында үй-бүлөлөрдүн медициналык дарылоого 1 жыл ичинде сарптаган чыгымдары жөнүндө сурамжылоо жүргүзгөн. Бул чыгымдар орточо – 1200 сом тең төлөөнүн негизине салынган, бул конкреттүү бейтапка чыгымдар, ошондой эле оорунун кайсы бир конкреттүү түрү менен байланышы жок. “Калктын дары-дармектерге Кошумча төлөө тартиби жөнүндө Жободо” “Кошумча төлөөнүн көлөмү саламаттык сактоонун финансылык ресурстарындагы муктаждыктарынан улам аныкталат” – деп жазылган [Положение о сооплате за медицинские услуги, 2012г.]. Мындан кээ бир бейтаптар үчүн кошумча төлөө өлчөмүнүн критерийлерин белгилөө жана анын үстүнө аны дарылоого кеткен чыныгы чыгымдарды эске алуу кыйын. 2016-жылдагы кошумча төлөө Бирдиктүү төлөөчүнүн кирешелеринин 4% гана түзгөн. Колдонуудагы методикага ылайык, мамлекет тарабынан чыныгы материалдык колдоо алуунун ордуна бир бейтаптар башка бейтаптардын чыгымдарын жабууга мажбур болушат.

Өздүк дарылануунун баасынын бөлүгүн бейтаптарга төлөө, биздин көз карашыбызда, аны дарылоо үчүн бейтаптарды тартуунун адилеттүүрөөк жолу болуп эсептелет. Бул бейтаптарды дарылоодо медициналык жардам катары пайдаланылуучу дарыларды дифференция-ланган тең төлөөнү киргизүүгө карата белгиленген тең төлөөлөрдүн ордуна талап кылынат (кээ бир чет өлкөлөрдүн, анын ичинде Түркиянын позитивдүү тажрыйбасы боюнча).

Жыйынтыктар

Аналитикалык жана теориялык изилдөөлөр төмөндөгү корутундуларды жана сунуштарды аныктоого мүмкүндүк берди.

- Саламаттыкты сактоо системасынын социалдык-экономикалык аспектилерин изилдөө адамдын ден соолугу өлкөнүн өнүгүүсүндөгү негизги стратегиялык ресурс болуп эсептелет деген корутунду чыгарууга мүмкүндүк берди. Ушуга байланыштуу саламаттык сактоого артыкчылык берүү жана саламаттыкты сактоо системасына мамлекеттик финансылоону көбөйтүү артыкчылыктарын карап көрүү сунушталат.
- Мамлекеттик кепилдиктер жана финансылык коопсуздук ортосунда түшүнбөстүктү жоюу үчүн, акысыз жана акы төлөнүүчү медициналык кызматтарды чектеп, медициналык жардамдагы мамлекеттик кепилдикти конкреттештирүү керек.
- Социалдык кызматтын бул секторун изилдөөдө Кыргыз Республикасындагы медициналык кызматтардын көмүскө рыногу бар экендигин аныктоого мүмкүндүк берди, муну рынок механизми мамлекеттик жөнгө салуусуз өнүгүп жаткандыгы күбөлөндүрөт. Расмий эмес төлөөлөр мамлекет тарабынан жөнгө салынбаган медициналык кызматтын рыноктук баасына толуктоо катарында чыгат жана аны артка кайтаруу мүмкүн эмес, ошондуктан, аларды легалдаштыруу талап кылынат. Буга далил, өнүккөн өлкөлөрдүн практикасында медициналык кызмат көрсөтүүнүн мыйзамдуу рыногун түзүү көмүскө рынокту легалдаштырып түзөт жана финансы ресурстарын эффективдүү пайдаланууну камсыз кылат.
- Азыркы учурдагы ММК системасын анализдөө каржылоо системасындагы саламаттык сактоону каржылоодо бюджеттик-камсыздандыруу системасына негизделген камсыздандыруу принциби боюнча кайра түзүү керектигин аныктады. ММК системасына соода структурасын камтуу үчүн, камсыздандыруу эсептеринин ачык-айкындуулугун камсыз кылуу менен ММК каражаттарынын эсебин жекелештирүү сунушталат.
- ММКФда топтоо системасы жок. Топтоо системасы ММКда камсыздандыруу тарифин жогорулатуу мүмкүнчүлүгүн берип, камсыздандыруу базасын жогорулашына жол берет. Камсыздандыруу эсеби үчүн айкындуулук жана жеткиликтүүлүк менен ишмердүүлүк чөйрөсүн жана башка камсыздандыруу критерийлерин эске алуу менен жиктелген ийкемдүүлүктү орнотуу керек.
- Медицинадагы формалдуу эмес төлөмдөрдү жөнгө салуу механизмдинин жоктугунан жемкорлук иш-аракети болуп жатат деп эсептөөгө болбойт, алар азырынча жокко чыгарууга мүмкүн болбогон, мамлекет тарабынан жөнгө салынбаган рынок баасына толуктоо катары саналат. Акы төлөнүүчү кызматтарды акысыз жардамга алмаштыруу өзүнөн-өзү жана системасыз жүргүзүлөт деп белгиленди. Акылуу медициналык кызмат чөйрөдөн тышкары мамлекеттик башкаруунун таасиринде көрсөтүлгөн (баа тизмеси бар, бирок алар эскирген, көрсөтүлүүчү кызматтардын көлөмү каралган эмес) баа ченемдерин кайрадан карап чыгуу жана акы төлөнүүчү медициналык кызмат көрсөтүүлөрдү калктын акы төлөө жөндөмдүүлүгүнө жараша мыйзамдыштыруу сунушталат.

Кыскасы

- Asanaliyeva, G. T. (2012). *Sfera sotsial'nykh uslug v usloviyakh perekhodnoy ekonomiki: na materialakh Kyrgyzskoy Respubliki*. Avtoreferat kand. Dissertatsii, Bishkek.
- Asizbayev, R. E. (2012). *Regulirovaniye razvitiya sotsial'noy sfery na osnove indikativnogo planirovaniya* Avtoreferat kand. Dissertatsii d.e.n., Bishkek.
- Sayakbayeva, A. A. (2005). *Problemy razvitiya zdavookhraneniya i metodika formirovaniya novoy modeli sotsial'noy zashchity v Kyrgyzskoy Respublike* // Vestnik KNU im. ZH. Balasagyna. Bishkek: KNU.
- Anenko, A. (2018). *Gosudarstvennoe meditsinskoe strahovanie v Germanii. Istoricheskie korni i printsipi*. [elektronnyy resurs]. – Medicus Amicus.; <http://medicusamicus.com/index.php?action=7x994-9egx1>.
- Akipress (2015) *Neobhodimo neotlogatel'no ustanovit' ottok semeynykh vrachey*. [elektronnyy resurs]. – Bishkek. –: <http://zdorovie.akipress.org/news/21995>.
- Beksultanov, A. A. (2018). *«Finansovoe regulirovaniye sotsial'no-ekonomicheskikh-prosessov v KR»*. Bishkek.
- Japarova, D. (2014) *Ekonomicheskij analiz sistemi zdavookhraneniya v KR*. Proekt KTU «Manas» № 2013.SOB.08/ D. Japarova, D. – Bishkek.
- Kaliev, M. T. (2016). *Obyazatel'noe meditsinskoe strahovanie v Kyrgyzskoy Respublike (20 let opyta)*. M.T. Kaliev, T.S. Meymanaliev. -Bishkek., -236s.
- Otçeti ob itogah deyatel'nosti Fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strahovania pri Pravitel'stve Kyrgyzskoy Respubliki za 2009-2016gg, (2017, 2018)* Bishkek: FOMS pri Pravitel'stve KR.
- Otçet Ministerstva zdavookhraneniya KR za (2016)*.

Programma gosudarstvennib garantiy po obespeçeniü grajdan mediko-sanitarnoy pomoş'yu ot 20 noyabru 2015 doda № 790
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/98211?cl=ru-ru>

Polojenie o sooplate za meditsinskie uslugi, predostavleyeme organizatsiami zdavoohraneniya, rabotayuşimi v sisteme Edinogo platel'shika ot 24 avgusta 2012 goda № 363 Ministerstva zdavoohraneniya KR.

Sayakbaeva, A. A. (2005). *Problemi razvitiya zdavoohraneniya i metodika formirovaniya novoq modeli sosial'noy zaxiti v Kargyzskoy Respublike*. A. A Sayakbaeva // Vestnik KNU im. J. Balasagına. Bişkek KNU.

Çetin, A. C. (2007). Performansa dayali döner sermaye prim sistemi uygulamasinin hizmet sunumuna sađlık çalıřanlarına memnuniyeti üzerine etkileri: Isparta sađlık ocaklarında bir arařtırma [Tekir] / A. C. Çetin, H. Sađlam // Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5, 56-78.

EXTENDED ABSTRACT

In the Kyrgyz Republic, the mismatch of financial resources with the needs of state programs and their implementation is the main problem of modernizing the healthcare system. In this regard, the development of mechanisms to attract additional sources of funding and their rational use is relevant. The main source of spending on health care is the republican budget. The remaining sources are much lower in volume than the state budget. It should be noted that the residual principle of financing the health care system remains in the Kyrgyz Republic.

There is a difference between state guarantees of medical care and real economic sources of their coverage. In connection with this, the low-income part of the population is not able to receive state medical care. This category of population represents a potential labor force in the labor market, and its quality affects the development of the real sector of the economy. Thus, it is necessary to specify the medical care that will be provided free of charge and the list of paid medical services. At the same time, it is proposed to give priority to health care and consider an increase in public funding of the health care system.

The “Compulsory health insurance system” in the Kyrgyz Republic is not a real form of insurance, because it only performs the function of redistributing insurance premiums collected by tax authorities and Social Fund employees. The insured person is outside the system of relations of the subjects of compulsory health insurance. To fully cover the commercial system and increase their interest, it is proposed to introduce personalized registration of compulsory health insurance funds. In this case, insurance accounts must be transparent. It is necessary to increase the insurance rate, which will lead to an increase in the insurance base. At the same time, flexibility is necessary considering the scope of activities and other insurance criteria.

The provision of paid medical services contributes to the spread of new medical technologies, reduces the stress of the budget deficit. However, there are a number of problems: the price lists of paid medical services are outdated; there is no list and volume of paid services.

Paid services are carried out on the basis of state health organizations and require additional financial costs, which contradicts the optimization of inpatient care. The study of this sector of social services made it possible to establish the existence of a shadow market for medical services in the Kyrgyz Republic; this is evidenced by the development of a market mechanism without government regulation.

Informal payments in medicine should not be considered a “bribe”, since in the absence of an adequate regulatory mechanism, this type of service payment acts as an unregulated state addition to the market price, which cannot be canceled. The only way to formalize them is legalization. Receipts from paid services should be a source of their own stock of health care organizations, used primarily to increase the salaries of medical workers.

An important source of additional funding for health care organizations is co-payment of citizens for inpatient treatment. The basis for the introduction of co-payment in certain foreign countries is to limit the patient from his desire to receive additional treatment at the expense of insurance. In the Kyrgyz Republic, according to the Single Payer system, co-payment funds are transferred to a single fund, and then in accordance with the report of primary organizations (hospitals) over the past year on the number of patients treated, they are redistributed to inpatient units. In 2016, additional payments accounted for only 4% of the Single Payer's income. In accordance with the methodology used, instead of real provision by the state, some patients are forced to cover the costs of other patients.

In our opinion, the most fair are payments by patients of a part of the base of individual treatment (according to the experience of some countries, namely from the positive experience of the Turkish Republic).