

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Д. Жапарова, доцент КТУ «Манас»

В связи с распадом Союза произошло сокращение финансирования расходов на здравоохранение, ухудшение инфраструктуры и качества предоставляемых услуг. В целях реформирования системы здравоохранения в Кыргызстане были разработаны программы «Манас» и «Манас таалими». Предполагалось переориентировать систему здравоохранения на качественное первичное медицинское обслуживание путем сокращения обслуживания в клиниках и перевода основной нагрузки медицинского обслуживания на семейную медицину в поликлиниках. При этом большое внимание уделялось профилактике заболеваний и вовлечению населения в деятельность по охране здоровья.

В ходе реформы были внедрены система обязательного медицинского страхования и институт семейной медицины, определены новые принципы формирования бюджета. По программе государственных гарантий создана система «Единого плательщика» в виде Фонда обязательного медицинского страхования, ответственного за покупку медицинских услуг. Сектор здравоохранения разделен на «покупателя» и «поставщиков» медицинских услуг. Здесь необходимо уточнить: кто продает и кто покупает медицинские услуги? Изначально предполагалось, что государственные больницы, входящие в систему Министерства здравоохранения в качестве «поставщиков» медицинских услуг, будут на конкурентной основе бороться за деньги ФОМС – «заказчика» и «покупателя» медицинских услуг. Но в реальности ФОМС подчиняется Минздраву. Директор ФОМС является заместителем министра здравоохранения, а сейчас ФОМС вводят в состав Министерства здравоохранения. В результате «покупатель» услуг

находится в прямом подчинении «поставщика» медицинских услуг!

Наметилась тенденция к увеличению финансирования здравоохранения. В 2010 г. по сравнению с 2006 г. увеличение составило 10,6%. Однако, если учесть инфляцию, то роста практически не произошло. Несмотря на то, что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами и государство тратит на здравоохранение из года в год больше средств, ощутимой пользы пока нет. Бюджетно-страховая система, которая сложилась на сегодняшний день, мало влияет на качество оказания медицинской помощи. Об этом свидетельствует тенденция роста заболеваемости в Кыргызской Республике за последние годы. По данным табл. 1, заболеваемость по Кыргызстану и регионам из года в год растет. Виден устойчивый рост числа заболевших граждан по всем регионам Кыргызстана и в особенности в Бишкеке, что связано с продолжением процесса внутренней миграции в республике. Таким образом, основная проблема здравоохранения – все увеличивающийся разрыв между ростом расходов на здравоохранение и возможностями государства финансировать его на достаточном уровне. Система здравоохранения не в состоянии обеспечить доступ населения к качественной медицинской помощи.

Следует отметить, что при изучении зарубежного опыта в целях его использования в Кыргызстане следует учитывать разные условия финансирования здравоохранения. Например, в странах с развитой рыночной экономикой существует необходимость снижения расходов на здравоохранение и рационального использования имеющихся в их распоряжении ресурсов. В Кыргызской Республике главным образом ищут возможности

повышения объема ресурсов. И это происходит в условиях экономически необоснованной платы за лечение (сооплаты), отсутствия стандартов и прозрачности, развития платно-

сти по произвольным ценам и других бесконтрольных процессов.

Таблица 1 – Заболеваемость впервые, всего по Кыргызской Республике за 2005-2009 гг.

Область	Впервые					Впервые на 100 000 населения				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Кыргызская Республика	1237355	1288859	1324038	1346186	1425568	24187,2	24957,5	25427,8	25641,0	26481,4
Баткенская	131593	152497	139366	160283	152930	31639,2	36251,8	32824,6	37405,4	35528,2
Джалал-Абадская	178590	177262	220126	211637	219251	18715,8	18328,3	22531,3	21440,2	21602,1
Иссык-Кульская	84163	89363	77462	88077	120319	19690,5	20798,8	17943,0	20307,2	27376,8
Нарынская	53484	57287	57301	55450	57808	20088,2	21390,4	21281,3	20488,4	22379,7
Ошская	204056	204363	201906	205287	212396	19596,7	19332,8	18881,3	18985,6	19143,2
Таласская	36476	32637	36322	30483	33874	17136,7	15193,6	16752,7	13952,1	14879,9
Чуйская	183824	203179	209376	198259	196211	24425,5	26927,4	27610,1	26044,8	24378,2
г.Бишкек	290023	305641	319818	336932	355627	36492,0	38083,8	39470,8	41139,0	43553,0
г.Ош	52242	530,6	56135	53521	63743	20858,8	21207,0	22475,0	21393,7	24653,3
РАПО	3453	6282	6226	6257	3409	-	-	-	-	-

Источник: данные Министерства здравоохранения КР.

Ключевым элементом проводимой реформы здравоохранения в Кыргызской Республике на первичном уровне системы здравоохранения стало внедрение подушевого финансирования медицинских услуг на уровне групп семейных врачей. Политика Министерства здравоохранения, направленная на развитие первичной медикосанитарной помощи, предполагала, что сокращение стационарной помощи и применение ресурсосберегающих технологий приведет к перерас-

пределению финансовых средств в секторе здравоохранения. Однако этого не произошло. Именуемые в системе здравоохранения ресурсы используются неэффективно. Существующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских учреждений с низким материально-техническим оснащением; доминированием стационарной помощи, низкой приоритетностью первичной медико-санитарной помощи.



Источник: ФОМС, 2010

Рост госпитализаций с 2004 по 2010 г.

На рисунке виден неуклонный рост количества госпитализаций за период 2004-2010 гг. Если говорить о распределении финансовых средств, то в настоящее время в Кыргызстане более 60% средств, выделяемых здравоохранению, приходится на содержание стационаров. По сравнению с амбулаторным, стационары - наиболее дорогостоящий вид оказания медицинской помощи, и такое распределение финансов, при их остром дефиците, является неэффективным. Сравним число коек на 1000 человек: в Англии - 3-5, Дании - 4-5, в Кыргызстане - 8-8, в Бишкеке - 15. Если обратиться к опыту Беларуси, где большая часть финансовых средств сосредоточена на уровне поликлиник и первичная помощь оказывается бесплатно, в первичном контакте пациент-врач выявляются патологии и 70% больных не доходят до критичного уровня и не нуждаются в медицинской помощи на уровне стационаров. В результате сегодня там самая высокая продолжительность жизни из всех стран СНГ и самый низкий показатель младенческой смертности.

Кроме того, методы оплаты стационарных услуг «за пролеченный случай» приводят к искусственному увеличению количества госпитализаций и необоснованному назначению диагностических и лечебных процедур.

В республике исполняется ряд национальных, государственных, целевых программ по приоритетным направлениям охраны здоровья населения. Программы государствен-

ных гарантий остаются декларативными, практически ни одна из них не получила необходимого финансового обеспечения и реализуются они в основном за счет международных доноров. Например, для реализации Закона КР «О сахарном диабете» на бесплатное медикаментозное обеспечение (инсулин и таблетированные препараты) ежегодно выделяется более 60 млн. сом., а фактическая потребность - 177 млн. В целях исполнения Закона КР «О защите населения от туберкулеза» выделяется 334 млн. сом., что составляет 60% от потребности. По Закону КР «Об онкологической помощи населению» финансовые средства практически не выделяются. А для приобретения лечебно-диагностического оборудования и высокоэффективных лекарственных средств онкологическим больным ежегодно необходимо 310 млн. сом. Таким образом, сейчас покрывают лишь 30% потребности здравоохранения в финансах [1].

За I полугодие 2011 г. расходы из консолидированного бюджета на одного больного в день на медикаменты составили 111,22 сом., на питание пациента в стационарах – 39,0 сом. Несмотря на увеличение финансирования организаций здравоохранения, расходы на питание одного больного в день остаются ниже 41 сом. - норматива, утвержденного постановлением Правительства КР от 15 января 2008 г., № 7.

Таблица 2 - Исполнение консолидированного бюджета за 2011 г.

	Сумма, млн. сом.		Рост, %	Удельный вес, %	
	2006 г.	2011 г.		2005 г.	2011 г.
Всего,	2 421,2	4771,8	97,08	100%	100%
в том числе средства: республиканского бюджета	1454,4	2932,0	201,6	60,1	61,4
местного бюджета	312,0	386,5	123,9	12,9	8,1
обязательного медицинского страхования	393,2	1085,3	276,2	16,2	22,7
сооплаты	188,0	256,6	136,5	7,8	5,4
Специальные средства	73,6	75,9	103,1	3,0	1,6

Источник: данные Министерства здравоохранения КР за 2006-2011 гг.

По данным табл. 2, за последние пять лет бюджет здравоохранения Кыргызстана вырос почти в 2 раза. Однако по количеству заболеваний по Кыргызстану в целом, а также по регионам наблюдается тенденция роста (табл. 1). По данным табл. 2, доля государственного бюджета продолжает оставаться преобладающей, тогда как доля финансов местного бюджета сократилась. Одним из важных источников финансовых средств здравоохранения является Фонд обязательного медицинского страхования. Это система предоставления гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет обязательных отчислений из фонда заработной платы. Они предназначены для страхования здоровья работающих граждан. Причиной введения медицинского страхования является непредсказуемость болезни, что ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Такие медицинские услуги, как длительное пребывание в больнице, сложные хирургические процедуры, диагностика, консультации специалистов могут стоить очень дорого и быть недоступными определенной категории граждан, что в свою очередь может иметь катастрофические последствия для бюджета всей семьи.

Структура финансовых ресурсов в здравоохранении Кыргызстана характеризует незначительную долю средств ОМС в финансовых источниках здравоохранения, что составляет всего 22,7%. Причина заключается в том, что основными плательщиками взносов системы ОМС в Кыргызстане являются работники бюджетной сферы, имеющие небольшие фиксированные доходы, обеспечивающие незначительный абсолютный размер поступлений по обязательному медицинскому страхованию.

В 2011 г. системой ОМС было охвачено 77,7% населения. По структуре доходов доля работающих, имеющих реальные доходы, составляет всего 22,8%, значительная часть из них пенсионеры и дети. А количество людей, самостоятельно купивших полисы ОМС, - 0,05% (2,7 тыс. человек), что характеризует непривлекательность услуг по системе ОМС [2].

Часть населения, представляющая коммерческую структуру и имеющая более высокие доходы, несмотря на принятый закон, обязывающий работодателей, независимо от

форм собственности, платить страховые взносы, системой страхования здоровья почти не охвачена. Кроме того, иностранные граждане, проживающие продолжительное время в Кыргызстане не имеют возможности страховать собственное здоровье. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых иностранным гражданам, необоснованно высока, что способствует увеличению количества платежеспособных пациентов, вынужденных искать и обращаться к частнопрактикующим врачам, в обход государственных поликлиник. В период острого дефицита денежных ресурсов потенциальными дополнительными источниками финансирования медицины могут быть иностранные граждане. Система медицинского страхования Кыргызстана не гарантирует страховой поддержки безработной части населения. Независимо от того, что ранее средства перечислялись на страховой счет, при потере работы по истечении двух месяцев со дня прекращения отчислений работодателем человек теряет право на медицинское страхование. Итак, главной проблемой системы здравоохранения в Кыргызстане остается недостаток финансовых средств.

Как мы видели выше, средства ОМС не оказали серьезного влияния на финансовое положение здравоохранения. И в таких условиях ФОМС представляет собой громоздкую структуру, где часть бюджета тратится на содержание работников этой структуры. При этом в систему «Единого плательщика» не входят такие крупные республиканские организации, как национальные центры гематологии, онкологии, Республиканский центр психического здоровья, что приводит к нарушению прав пациентов.

Если обратиться к опыту других стран, то большинство стран в своих схемах финансирования переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как сооплата. Важнейшим обоснованием для введения сооплаты является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. В Кыргызстане сооплата вводилась только из-за ограниченности средств на лечение (табл. 3).

Согласно системе «Единого плательщика», средства от сооплаты поступают в единый фонд, а затем, по отчету первичных медицинских учреждений (больниц) о количестве пролеченных больных, перераспре-

деляются стационарным отделениям. Как видно из табл. 2, доля средств сооплаты в 2011 г. по сравнению с 2006 г. снизилась до 5,4% и составила 256 млн. сом. В 2006 г. она равнялась 7,8% от источников финансирования здравоохранения, что объясняется расширением перечня льготных категорий граждан, имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание. Это дети в возрасте до 5 лет, беременные женщины и пенсионеры старше 75 лет.

Ввиду ограниченности ресурсов в стационарах осуществляется жесткая экономия средств, поступивших по системе «Единого

плательщика». Поскольку эффективные средства лечения стоят дороже, врачи вынуждены приобретать более дешевые препараты на лечение. Например, при инфекционных заболеваниях за счет средств «Единого плательщика» назначается самый дешевый, недостаточно эффективный антибиотик ампицилин. Такой подход преждевременно обрекает больного, независимо от размера его материального вклада, на некачественное лечение, если оно ограничится только средствами, предоставляемыми медицинскими учреждениями.

Таблица 3 – Условия сооплаты в системе здравоохранения КР

Виды сооплаты			Областные, районные, городские стационары	Республиканские стационары
Сооплата терапевтического профиля	При наличии направления на госпитализацию	Минимальный уровень	300	300
		Средний уровень	750	1040
		Максимальный уровень	1630	1920
	Без направления		3280	3860
Сооплата хирургического профиля	При наличии направления на госпитализацию	Минимальный уровень	390	390
		Средний уровень	975	1350
		Максимальный уровень	2115	2500
	Без направления		4260	5015

Источник: данные Минздрава КР.

Врачи, заинтересованные в реальном выздоровлении своего пациента, сами вынуждены рекомендовать дополнительные, более качественные и дорогостоящие препараты и платные медицинские услуги. И здесь у него есть возможность злоупотреблять своим преимущественным положением - определять спрос на медицинские услуги, что лежит на совести врача, давшего клятву Гиппократу. Кроме того, указанная методика установления норм далеко не соответствует 50% реальных затрат на лечение больного. Даже одинаковый тип заболевания для разных категорий

больных разного возраста и состояния организма требует индивидуального подхода к лечению и соответственно дифференцированных затрат. Согласно существующей методике, вместо получения реальной материальной поддержки со стороны государства одни пациенты вынуждены покрывать расходы других больных. Оплата больным части собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливой в привлечении пациента для его лечения.

Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют

неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому медперсоналу и непосредственно денежные вознаграждения (особенно за операции). Кроме того, очень часто врач направляет больного в определенную аптеку или лабораторную клинику, имея при этом долю от стоимости проданных пациенту лекарств или лабораторных исследований, в которых, возможно, даже нет необходимости.

Хотя 20% НДС с лекарств сняты, но на самом деле они не стали дешевле. Все это свидетельствует о том, что больной с введением сооплаты вынужден теперь многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии полного выздоровления. Поэтому по совокупности этих причин целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи ввести сооплату по отношению к лекарствам, то есть оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного (опыт Турции).

Из-за дефицита средств в 1999 г. приняли Закон «О внебюджетной деятельности государственных учреждений здравоохранения». Он позволяет получать специальные средства в части оказания населению платных услуг. Однако их доля в бюджете здравоохранения не превысила 1,6%. Следует отметить, что платные медицинские услуги оказались вне сферы воздействия государства (прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен). Кроме того, появилась тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг. То есть платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений. В этой связи имеют место необоснованные госпитализации в государственной больнице, в так называемых платных палатах. В связи с ними появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения и дополнительных расходов на коммунальные услуги. Все это противоречит оптимизации стационарной помощи.

Чем больше объемы платных услуг на душу населения, тем выше уровень и длительность госпитализации, тем больше коечный фонд. Из-за платных услуг возникают лишние мощности учреждений, которые связаны с большими затратами. Ресурсы больниц используются на большое количество госпитализаций и, как следствие, снижается финан-

сирование лечения и соответственно качество медицинской помощи. То есть платные услуги в данном случае снижают эффективность использования ресурсов. В стационарах Кыргызстана наблюдается крайне неэффективное использование больничного фонда, о чем свидетельствует наличие множества свободных мест. И если эти мощности действительно лишние, то их надо просто закрыть.

Следует отметить, что средства, поступающие от платных медицинских услуг, не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Кроме того, в Кыргызстане имеют место следующие формы личных расходов на медицинскую помощь – прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости и неформальные, то есть незаконные платежи за услуги. С нашей точки зрения, неформальные платежи в медицине, то есть то, что платят врачу, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования экономических отношений в медицине, данная плата выступает как нерегулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить или уничтожить. Единственный способ приведения этих неформальных отношений в какие-то рамки – это их легализация.

Говоря о структуре расходов, на наш взгляд, не совсем логично осуществлять отчисления в социальный фонд из средств обязательного медицинского страхования. Сам этот фонд представляет собой одну из форм социальных отчислений. Его нужно использовать по назначению, то есть обеспечить застрахованному плательщику нормальное качество лечения. А для страхования медицинских работников необходимо искать другие источники. Например, работники Министерства внутренних дел республики, не оплачивая страховую сумму, пенсию и пособия получают за счет государственного бюджета.

Использованные источники

1. Ниязалиева, Д. В Кыргызстане финансирование здравоохранения в 6 раз меньше потребностей [Электронный ресурс] 28/03/11 09:15, Бишкек – ИА «24.kg», Айзада Кутуева.

2. Данные Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 2006-2011 гг.

3. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Под редакцией Элайаса Моссиалоса, Анны Диксон, Жозепа Фигераса и Джо Кутцина. – М.: издательство «Мир», 2002.

Январь 2012 г.

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ МАССОВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ [1]

Б.Д. Мотукеев, кандидат педагогических наук,
Бишкекский филиал Московского института предпринимательства и права

Массовая физкультурно–спортивная деятельность может осуществляться полнокровно в обществе лишь тогда, когда: 1) она, кроме исполнения функции улучшения здоровья населения и повышения физической подготовленности людей, будет тесно связана с другими социально–общественными сторонами жизнедеятельности человека, в том числе с развитием духовно–нравственных его качеств; 2) посредством ее человек сможет решать все свои личные жизненные проблемы социального роста, статуса, имиджа, профессионального, семейного и т.д.

Так как по результатам социологических исследований, около 82–87% населения страны не имеют реального интереса к физкультурно–спортивным занятиям и свои личные жизненные цели, интересы и потребности связывают и осуществляют за «пределами» физкультурно–спортивной деятельности, а нам необходимо, наоборот, привлечь именно данную категорию людей к отмеченной деятельности, то государству нужно сделать следующий шаг в социально–педагогическом направлении: помочь им в достижении этих личных целей и удовлетворить их потребности и интересы, предоставляя определенные социально–экономические и морально–этические поощрения, но поставив перед ними при этом одно условие: иметь хороший уровень физической подготовленности. Какие это могут быть поощ-

рения: например, оказать моральную поддержку школьникам младшего возраста, поместив их фото на видном месте в школе или предоставив учебные книги в библиотеке на льготных финансовых условиях; добавить дополнительные баллы школьникам старшего возраста для поступления в вуз; предоставить место службы в армии по их желанию после окончания общеобразовательной школы; предоставить большее количество отпусков домой или сократить срок службы в армии; уменьшить контрактную сумму платы за учебу в вузе; продвинуть чиновника по государственной службе и повысить ему жалование; повысить пенсионное обеспечение населению старшего возраста и т.д. [2].

В таком случае в обществе формируется высокая потребность в физкультурно–спортивной деятельности, так как человек убеждается, что его жизненные цели, не связанные с физической культурой и спортом, достигаются более эффективно, если он коренным образом изменит свое отношение к физкультурно–спортивной сфере, проявив высокую активность в физкультурно–спортивной деятельности. И в данном случае происходит гармоничное сочетание личных и общественных интересов в реальной жизни человека.

При предоставлении такого рода социально–экономических поощрений достигается эффективная реализация одной из важных