

# ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Д. Джапарова, доцент КТУ «Манас»

В макроэкономике человеческий капитал является главным фактором и стратегическим ресурсом экономического развития государства. Поэтому обеспечение приоритета, сохранение и улучшение здоровья населения, как важнейшей производительной силы общества, является основой социальной политики государства. В развитых странах здоровье населения рассматривается как один из важнейших показателей, характеризующих уровень социально-экономического развития.

В рамках Программы развития ООН разработан индекс развития человеческого потенциала, который можно считать обобщающим показателем, характеризующим качество жизни людей в той или иной стране. В его основе лежит идея о том, что главная цель социального и экономического прогресса состоит не в ускорении развития экономики, а в обеспечении каждому человеку возможностей реализовать свой потенциал, вести здоровую, полноценную, творчески активную жизнь.

В структуре накопления национального богатства развитых стран все большая доля приходится на невещественное богатство, которое формируется в значительной степени за счет вложений в человека («человеческий капитал»). Вложение в человека включает затраты на образование и профессиональное обучение, охрану здоровья и культуру, другие социальные расходы. Этот процесс отражает возрастающую роль человеческого капитала в современном развитии общества. По оценкам экспертов Всемирного банка, в развитых странах в структуре национального богатства на душу населения (в долларах США) доля человеческого капитала составляет от 68 до 76% [1]. Итак, динамика человеческого капитала становится важной характеристикой социально-экономического развития страны.

Следует отметить, что государственные расходы социального характера и на экономический рост находятся в сложной диалектической взаимосвязи. С одной стороны, государственные расходы

способствуют экономическому росту. Перераспределяя доходы через налоговую систему и социальные выплаты, государство увеличивает потребительский спрос. Кроме того, государственные расходы на образование, здравоохранение, фундаментальные исследования, на поддержание важных научно-технических проектов и отраслей - необходимое условие развития любой страны. Однако по мере увеличения государственных расходов начинают усиливаться признаки их отрицательного влияния, это:

- рост налогового бремени;
- отсюда - снижение нормы сбережений и инвестиций;
- расширение теневой экономики.

Кроме того, рост государственных расходов без увеличения налогов сопровождается хроническим бюджетным дефицитом, что создает условия для инфляции. В связи с этим возникает вопрос: существует ли между экономическим ростом и увеличением государственных расходов количественная зависимость, которая могла бы служить ориентиром для политики государства? Такая однозначная зависимость на практике не наблюдается. В качестве примера, подтверждающего данное заключение, рассмотрим соотношение между долей государственных расходов в ВВП и темпами роста экономики на протяжении послевоенного периода в развитых капиталистических странах. В течение 50-х и 60-х гг. доля государственных расходов увеличивалась, рос и валовой внутренний продукт. Увеличение государственных расходов, видимо, не только не мешало, но и служило одним из сильных стимулов высоких темпов развития. Более того, сами высокие темпы роста создавали материальную основу для увеличения бюджетных расходов государства.

Все вышесказанное свидетельствует об огромной значимости роли системы здравоохранения в жизни современного общества. Особые формы экономических

отношений в здравоохранении обусловлены спецификой данной отрасли, то есть здравоохранение как отрасль общественного хозяйства обладает рядом характеристик, нарушающих действие рыночного механизма. Во-первых, часть медицинских услуг обладает свойствами «общественных благ». Медицинские услуги при этом являются объектом коллективного потребления. То есть услуги, потребляемые одним человеком, становятся доступными другим членам общества. Например, противоэпидемиологические мероприятия становятся достоянием больших групп населения. При этом в дополнение к индивидуальной потребности возникает полезность для третьих сторон, так называемый «внешний эффект», когда услуга предоставляется конкретному лицу, но ее полезный эффект ощущают многие другие люди. Так, прививки против туберкулеза приносят пользу не только отдельным лицам, получившим прививки, но и обществу в целом, так как ограничивается распространение этого заболевания. Поэтому в сфере здравоохранения распределение ресурсов происходит не только на основе платежеспособного спроса и предпринимательских мотивов, но и для удовлетворения потребностей общества. То, что противоэпидемиологические медицинские услуги финансируются из государственного бюджета, характеризует нарушение рыночного механизма. Следует отметить, что такими свойствами общественного блага обладает лишь незначительная часть медицинских услуг.

Теперь обратим внимание на те услуги, которые обладают свойствами частного блага, и для них тоже характерны отклонения от обычной рыночной модели или «изъяны рынка». Прежде всего - это недостаточная информированность потребителя. Во-первых, больной человек не обладает знаниями, необходимыми для определения нужных для его лечения перечня и объема медицинских услуг. Ему сложно выбрать врача и лекарственные препараты. В отличие от обычных рынков, в здравоохранении производитель, а не потребитель определяет объем и цену предоставляемых услуг. То есть врачи не только определяют и предлагают медицинские услуги, но и формируют спрос

на них. В результате у врачей появляется возможность для обеспечения своих экономических интересов. То есть они могут увеличить объем и виды услуг, выбирая не очень нужные или совсем ненужные для выздоровления больного, исключая при этом относительно дешевые методы лечения. Врачи стационара, например, могут увеличить объем услуг и тем самым обеспечить загрузку имеющихся мощностей (кочного фонда, медицинского оборудования и пр.) и, в конечном итоге, - увеличить свой доход. Поэтому, имея возможность увеличить используемые ресурсы, они не заинтересованы в рациональном использовании ресурсов. Таким образом, информационная асимметрия повышает вероятность формирования затратного механизма в здравоохранении.

Объем потребления медицинских услуг не зависит от уровня платежеспособности человека, то есть его доходов. Напротив, человек, имеющий более высокие доходы, меньше нуждается в медицинской помощи, так как качество его жизни позволяет иметь хорошее здоровье. Таким образом, наибольшую потребность в медицинской помощи имеют лица с низким доходом, и для обеспечения равного доступа к медицинским услугам, со стороны государства, требуется корректировка рыночного механизма распределения ресурсов в пользу стариков, детей, лиц с низким доходом, хронических больных и т.д. Основой развития отрасли становится принцип общественной солидарности: богатый платит за бедного, здоровый за больного. Реализация этого принципа требует активного вмешательства государства.

Любой человек вынужден учитывать риск заболевания и связанные с ним затраты. Чтобы избежать больших единовременных затрат, человек в ситуации неопределенности склонен прибегать к различным формам страхования. Здоровые люди вносят определенные суммы в общий страховой фонд, который управляется специальным страховым институтом или страховой компанией, затем получают возможность лечиться за счет собранных средств. Однако страховые компании заинтересованы иметь дело с относительно здоровыми категориями населения и избегают тяжелобольных людей,

лечение которых требует больших затрат. Чтобы обеспечить доступ населения к страховым и медицинским услугам, требуются различные формы государственного регулирования. Однако проблемы и «изъяны рынка» возникают и в системе страхования здоровья. Пациент, имеющий медицинскую страховку или право на получение бесплатной медицинской помощи в системе государственного страхования, не видит перед собой ценового «сигнала», то есть условий ограничений. У него возникает искушение получить максимальный объем услуг, например, посетить лишний раз специалиста, настоять на госпитализации или получить дорогое лекарство. Данная ситуация тоже требует вмешательства со стороны государства.

В экономической литературе на протяжении многих лет здравоохранение рассматривалось как отрасль «непроизводственной сферы», и, согласно такому представлению, медицинские работники не участвуют в создании национального дохода, а лишь потребляют его. И в этих условиях ресурсы этой сферы деятельности образуются согласно «остаточному» принципу финансирования.

Финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществляются на основе нормативов, устанавливаемых и спускаемых до каждого медицинского учреждения органами государственного управления. В таких условиях нет мотивации труда и экономических стимулов, а также оценки его результатов. Иначе говоря, в сфере медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях нет полноценных экономических отношений. Это привело к тому, что управление отечественным здравоохранением строилось и продолжает осуществляться преимущественно на административных методах.

Организаторы здравоохранения оценивали объем средств на содержание медицинских учреждений без поиска альтернативных вариантов вложения ограниченных ресурсов. В таких условиях невозможно 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, имеет место перегрузка стационаров, недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, что ведет к большим экономическим потерям. Результатом всего этого является низкая эффективность использования ресурсов и непрофессиональное отношение медицинских работников к своим обязанностям, а также поборы. Все эти недостатки связаны с тем, что здравоохранение, как и другие отрасли услуг, имеет экономическое начало, а также свою специфику. Непризнание этого влечет за собой уравниловку, низкое качество медицинской помощи и, в конечном итоге, низкий социальный эффект.

Анализ проблем системы финансирования здравоохранения можно проводить по двум направлениям: первый - по источнику формирования средств и второй - по форме их распределения. Консолидированный бюджет сектора здравоохранения республики на 2009 г. составил 5494,8 млн. сом., что на 11,5% больше объема утвержденного бюджета 2008г. И бюджет Фонда ОМС системы Единого плательщика составил соответственно 4161,3 млн. сом., или на 23,0% больше, чем в 2008 г. Несмотря на то, что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами и государство тратит на здравоохранение из года в год больше, ощутимой пользы пока нет. Бюджетно-страховая система, которая сложилась на сегодняшний день, мало влияет на качество оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что при изучении проблем здравоохранения Кыргызстан сравнивают с зарубежными странами. На наш взгляд, это не совсем правильно, так как там существует проблема необходимости снижения расходов, и они ищут пути оптимизации затрат, то есть рационального использования всех ресурсов. Мы же, главным образом, ищем пути повышения объема ресурсов. И это происходит в условиях экономически необоснованных плат за лечение (сооплата), отсутствия стандартов и прозрачности, развития платности по произвольным ценам и других бесконтрольных процессов.

Согласно системе Единого плательщика, средства от сооплаты поступают в единый фонд, а затем, согласно отчету первичных медицинских учреждений (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных, перераспределяются стационарным отделениям. 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 – пеницилин или его заменители. Такой подход преждевременно обрекает больного, независимо от размера его материального вклада, на некачественное лечение, если оно ограничится только средствами, предоставляемыми медицинскими учреждениями.

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 лечения и, соответственно, дифференцированных затрат. Согласно существующей методике, вместо получения реальной материальной поддержки со стороны государства одни пациенты вынуждены покрывать расходы других больных.

Если обратиться к опыту других стран, то большинство из них 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. Индивидуальные схемы сооплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном существуют три типа таких схем: удержание; сострахование (застрахованный должен определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи); соучастие в оплате услуг.

В наших условиях, пациенты, кроме установленной сооплаты, дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому медицинскому персоналу и непосредственно денежные вознаграждения (особенно плата 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 платы за лабораторные исследования, в которых даже если 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, не имея в итоге гарантии на полное выздоровление.

Оплата больным части затрат на собственное лечение, на наш взгляд, является более справедливым путем привлечения средств пациента для его лечения. Поэтому по совокупности этих причин было бы 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. (Практика, например, Турции)

Следующим источником финансирования являются платные услуги: официальные и неофициальные. Эти финансовые средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Сегодня в Кыргызстане имеют место следующие формы личных расходов на медицинскую помощь: прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости и

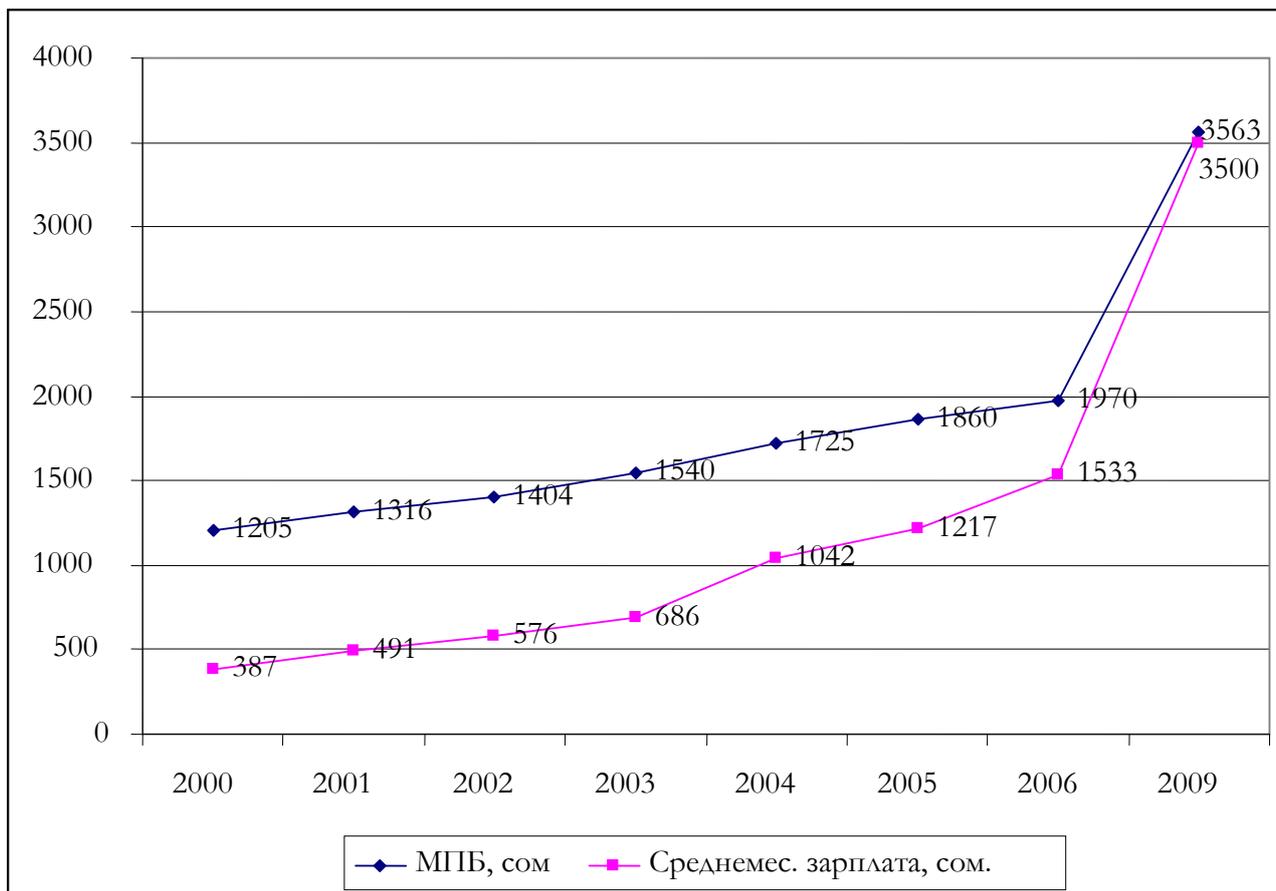
неформальные, то есть незаконные платежи за услуги. С нашей точки зрения, неформальные платежи в медицине, то есть то, за что платят врачу, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования данная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить или уничтожить. Единственный способ приведения их в какие-то рамки, формы – это их легализация. Тем более, что часть платных услуг вышла из тени.

Платные медицинские услуги способствовали активному внедрению новых медицинских технологий. Более интенсивно стала использоваться материально-техническая база, кадровые ресурсы и т.д. Конечно, это снимает остроту бюджетного дефицита переходного к рынку периода. Однако здесь возникли серьезные проблемы. Во-первых, платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства (прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен). Во-вторых, появилась тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг, то есть платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений. Поэтому имеют место необоснованные госпитализации в государственной больнице, в так называемых платных палатах. В связи с ними появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения и дополнительные расходы 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. Ресурсы больниц «размазываются» на большое количество случаев госпитализации и, как следствие, снижается стоимость одного случая лечения, а значит, и качество медицинской помощи. Во многом из-за платных услуг возникают

лишние мощности учреждений, которые связаны с большими затратами. То есть, платные услуги в данном случае снижают эффективность использования ресурсов. Поэтому, если эти мощности лишние, то их надо закрыть – независимо от источника финансирования (бесплатной или платной помощи).

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 застрахованного плательщика нормальным качеством лечения. А для страхования медицинских работников необходимо искать другие источники. Например, работники Министерства внутренних дел республики, не оплачивая страховую сумму, пенсию, пособия получают за счет государственного бюджета. Анализ оплаты труда в системе здравоохранения республики за последние годы показал устойчивую тенденцию роста заработной платы медицинских работников (см. рисунок). С 1 января 2008 г. это повышение составило 30%. Однако следует отметить, что при начислении заработной платы, как и во всех бюджетных структурах страны, не учитывается уровень инфляции, и повышение оплаты труда представляет собой лишь частичную компенсацию роста цен.

По данным рисунка, в настоящее время даже непрерывное повышение заработной платы медицинских работников позволяет едва покрывать минимальный потребительский бюджет, что и объясняет реальную причину неофициальной оплаты медицинских услуг. При таком уровне заработной платы трудно говорить о присутствии реальной мотивации к труду.



Источник: Данные Министерства здравоохранения КР, 2010.

#### Динамика роста среднемесячной заработной платы работников здравоохранения по отношению к МПБ

Прежде чем приступить к факторам стимулирования труда в этой сфере, раскроем современные принципы оплаты труда медицинских работников. Размер заработной платы определяется исходя из должностного оклада, рассчитанного на базе Единой тарифной сетки и разрядных коэффициентов, и начисляется с учетом выполнения нормы рабочего времени. При начислении заработной платы применяются надбавки и доплаты к должностным окладам работников здравоохранения. Надбавки предусмотрены: за продолжительность непрерывной работы, за сложность, напряженность и качество работы, а также ученую степень.

Доплаты к должностным окладам осуществляются: за совмещение профессий, расширение зон обслуживания и увеличение объема выполняемых работ, а также врачам-руководителям.

Формирование фонда оплаты труда организаций здравоохранения, работающих в

системе Единого плательщика, осуществляется за счет: средств государственного бюджета; средств обязательного медицинского страхования; специальных средств; средств сооплаты.

Самое главное, следует учитывать, что фонд оплаты труда в стационарах определяется на основе затрат прошлого года за «пролеченный случай», что далеко не соответствует «пролеченности» больного. Лечение осуществляется путем использования твердых нормативов, где из нескольких альтернатив закладываются минимальные затраты лечения больного. Отсюда возникает вопрос: где реальный источник материального стимулирования хорошей работы врача? В производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В медицине источником поощрения выступает заранее определяемый на основе учета прошлых затрат фонд оплаты труда. И по логике, увеличение стимулирующей части должно происходить

за счет основной части оплаты труда, так как: от перемены мест слагаемых сумма фонда оплаты труда остается неизменной. В этой связи, поскольку в медицине нет прибыли в качестве источника поощрения, тогда, может быть, использовать часть специальных средств, образованных за счет платных услуг?

Таким образом, следует обратить внимание на опыт стран, где в системе управления здравоохранения важная роль отводится мотивации труда. Иными словами, используются экономически обоснованные подходы, способные перевести такую нематериальную категорию, как здоровье, в экономическую, материальную, измеряемую конкретными показателями. Основополагающим в изучении механизма мотивации труда на основе его оценки и стимулирования является отказ от повременной системы оплаты труда и максимальное внедрение ее сдельной формы в различных модификациях. При этом важнейшим и единственным критерием оценки труда медицинского работника является состояние здоровья пациента после проведения соответствующих медицинских мероприятий.

#### Источники:

1. Здоровье нации, как парадигма экономического и социального развития. Проблемы ответственности бизнеса: Аналитический доклад Совета Федерации Федерального Собрания РФ, 2002.

2. Игнатов В.Г., Батурин А.А., Бутов В.И. и др. Экономика социальной сферы. – Ростов-на-Дону: Изд. Центр МарТ, 2001.

3. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России. – М.: НПО Медсоцэкономинформ Министерства здравоохранения РФ, 1998.

4. Health Care Financing Review, 1996. Medicare and Medical Statistical Supplement.

5. Healthy people 2000 Review, NCHS, N.Y., October, 2001.

Июнь 2010 г.

