

**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Д. Жапарова, доцент Кыргызско-Турецкого университета «Манас»
<damirajaparova@mail.ru>

**ECONOMIC ANALYSIS OF THE HEALTHCARE SYSTEM
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

D. Japarova, Assoc. Prof. Dr. of the Kyrgyz-Turkish Manas University
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

Government budget remains as the main source of finance for healthcare sector in Kyrgyzstan. Mandatory health insurance system is not a pure “model of insurance”. Part of population working in private sector and some part of foreigners in Kyrgyzstan are not covered by the system of health insurance. The main reason of low quality of health services is insufficient wage and absence of modern medical technology. Old clinical protocols and other formal restrictions cause low quality of health services and diseases become chronic. Free health services are replaced by commercial services spontaneously. Principles of setting the amount of co-payment are not reasonable. Tendency of advantageous financing of inpatient treatment is continuing. Wages of doctors do to stimulate them to work in their profession. Stimulation of work is only within the wage payment. Government investment into health infrastructure in Kyrgyzstan is not planned.

Key words: health care reform, especially economic relations in health care, inefficiency of funding, unofficial fees, co-payment, distribution and use of the budget.

Аннотация

Государственный бюджет остается основным источником финансирования для сектора здравоохранения в Кыргызстане. Система обязательного медицинского страхования не является чистой «моделью страхования». Часть населения, работающая в частном секторе, и часть иностранцев в Кыргызстане не охвачены системой медицинского страхования. Основной причиной низкого качества медицинских услуг является недостаточная заработная плата и отсутствие современных медицинских технологий. Старые клинические протоколы и другие формальные ограничения обуславливают низкое качество медицинских услуг, а болезни становятся хроническими. Бесплатные медицинские услуги заменяются коммерческими службами самопроизвольно. Принципы определения суммы доплаты не являются разумными. Заработная плата врачей не стимулирует их профессиональный рост. Государственные инвестиции в инфраструктуру здравоохранения в Кыргызстане не планируются.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, особенности экономических отношений в здравоохранении, неэффективность финансирования, неофициальная плата, сооплата, распределение и использование бюджета.

Введение

Анализ результатов реформы здравоохранения показывает неэффективность существующей системы финансирования, оплаты труда и, самое главное, низкое качество медицинских услуг. Фундаментальные проекты [1, 2], исследовавшие здравоохранение Кыргызстана, насыщены информацией, констатирующими фактами, но отсутствует экономический анализ источников финансовых ресурсов, механизма их распределения и

использования. Не показано, насколько эффективно используются финансовые ресурсы. Нет связи между качеством оказываемых услуг и ресурсами, выделяемыми на развитие отрасли.

Целью нашего исследования явилось выявление причин неэффективного лечения и реальных возможностей предоставления качественных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях. Для достижения цели предполагалось проанализировать источники финансирования с выявлением потенциала их использования; методы распределения средств с учетом конечной цели – улучшения здоровья; использование ограниченных в медицине ресурсов; методы и формы повышения мотивации медицинских работников на предоставление качественных медицинских услуг.

В процессе исследования были изучены особенности здравоохранения как отрасли услуг, опыт реформирования здравоохранения других стран и специфика переходного периода к рынку. Использован метод опроса и анкетирования врачей и пациентов больниц и поликлиник в семи областях Кыргызстана и г. Бишкеке, составлено и проанализировано 1500 анкет.

Реформа здравоохранения в Кыргызстане

В Кыргызстане завершилась 15-летняя реформа системы здравоохранения. Основным направлением Национальной программы реформирования сектора здравоохранения явилось развитие первичного здравоохранения: фельдшерско-акушерских пунктов, групп семейных врачей, службы скорой и специализированной помощи и общественного здравоохранения. Соответственно ставилась задача совершенствования методов и внедрения новых механизмов финансирования медицинских услуг. Предполагалось создание модели, основанной на принципах справедливого, прозрачного и устойчивого финансирования сектора здравоохранения.

В 2003 г. была создана система Единого плательщика, предусматривающая единый финансирующий орган здравоохранения, уполномоченный управлять средствами государственного бюджета и обязательного медицинского страхования [3]. Исполнительным органом стал Фонд обязательного медицинского страхования.

Введение системы Единого плательщика позволило к 2009 г. выровнять финансирование бюджета по регионам, а также установить единый норматив финансирования скорой помощи (табл. 1).

Таблица 1 – Выравнивание уровня финансирования стационарной помощи по регионам республики

Регион (область)	Базовая ставка финансирования из бюджета	
	2002 г.	2009 г.
Чуйская	775	1340
Иссык-Кульская	770	1340
Нарынская	390	1340
Таласская	695	1340
Ошская	500	1340
г. Ош	470	1340
Джалал-Абадская	460	1340
Баткенская	500	1340
г. Бишкек	830	1455

Источник: данные Министерства здравоохранения КР.

Несмотря на проделанную работу, дефицит государственной программы только за последний год составил 1,5 млрд. сом. Это означает, что финансовых средств катастрофически не хватает, и система здравоохранения не в состоянии обеспечить доступ населения к качественной медицинской помощи. Это особенно касается социально незащищенных слоев населения.

Надо отметить, что по доле личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение Кыргызстан находится на уровне стран с низким доходом на душу населения, а по уровню государственных обязательств он впереди многих стран с развитой рыночной экономикой.

На медицинское обслуживание одного человека, по данным Министерства здравоохранения, государство выделяет около 50 долл. В эту сумму входит лечение в стационаре, питание, заработная плата медицинским работникам и оплата коммунальных услуг учреждениями здравоохранения. Между тем в России этот показатель составляет 460 долл. [4].

Ясно, что без всеобщего оздоровления экономики республики существенных изменений в системе здравоохранения не произойдет. Но экономический рост – это вопрос будущего, а люди нуждаются в медицинской помощи сейчас. В связи с этим следует рассмотреть причины неэффективности системы отечественного здравоохранения.

Экономические отношения в системе здравоохранения

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». То есть услуги, потребляемые одним человеком, становятся доступными другим членам общества. Медицинские услуги при этом являются объектом коллективного потребления. Например, противоэпидемиологические мероприятия становятся достоянием больших групп населения. Поэтому в сфере здравоохранения распределение ресурсов нередко происходит не на основе платежеспособного спроса и предпринимательских мотивов, а в целях удовлетворения потребностей общества.

В связи с этим противоэпидемиологические медицинские услуги финансируются из государственного бюджета, что характеризует нарушение рыночного механизма. Следует отметить, что такими свойствами общественного блага обладает лишь незначительная часть медицинских услуг.

Теперь обратим внимание на 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. 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 обеспечения своих экономических интересов. Поэтому при наличии возможности увеличения потребляемых ресурсов они не заинтересованы в рациональном их использовании. Такая ситуация 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.

Наибольшую потребность в медицинской помощи имеют лица с низкими доходами, и для обеспечения равного доступа к медицинским услугам со стороны государства требуется

корректировка рыночного механизма: распределение ресурсов в пользу стариков, детей, лиц с низким доходом, хронических больных и т.д.

Любой человек вынужден учитывать риск заболевания и связанные с ним затраты. Для того чтобы избежать больших единовременных затрат, человек в ситуации неопределенности склонен прибегать к различным формам страхования. Однако страховые компании заинтересованы иметь дело с относительно здоровыми категориями населения и избегают тяжелобольных людей, лечение которых требует больших затрат. Для обеспечения доступа населения к страховым и медицинским услугам требуются различные формы государственного регулирования.

Пациент, имеющий медицинскую страховку или право на получение бесплатной медицинской помощи в системе государственного страхования, не видит перед собой условий для 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.

Необходимость государственного регулирования здравоохранения может рассматриваться как полное огосударствление здравоохранения. В таких условиях медицинские организации имеют статус государственных учреждений и управляются только государственными органами управления здравоохранения.

Договорные отношения между финансирующей стороной и медицинской организацией отсутствуют. Работа медицинских учреждений осуществляется на основе установленных сверху нормативов, без права на свободное маневрирование ресурсами. В целом применяются административные методы управления.

С другой стороны, использование только рыночных регуляторов не решает задачи доступности медицинской помощи для населения и не позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Специфика рынка медицинских услуг требует особых форм государственного регулирования.

Во многих странах ведется активный поиск смешанной модели, основанной на сочетании рыночных регуляторов и планирования, осуществляемых органами государственного управления, финансирующими сторонами и медицинскими организациями.

Разновидности этой модели получили название «внутреннего рынка» (Великобритания), «планируемого рынка» (Швеция) и «регулируемой конкуренции» (США, Нидерланды). Излагаемые модели регулируемого рынка вбирают в себя главные черты разных моделей.

Государство в той или иной форме регулирует цены, устанавливает стандарты медицинской помощи, осуществляет лицензирование медицинских организаций, планирует трудовые и материальные ресурсы и осуществляет другие регулирующие функции.

Здравоохранение переходной экономики

Система здравоохранения переходного периода характеризуется дополнительными особенностями, обусловленными наследием прежней системы, монопольно предоставляющей медицинские услуги. Основными из них являются: низкий уровень финансирования, наличие значительного по масштабам теневого рынка медицинских услуг, неэффективная структура и преобладание высокзатратного стационарного лечения.

В советское время здравоохранение рассматривалось как отрасль непроизводственной сферы, финансировавшейся согласно «остаточному принципу». Финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществлялись на основе нормативов, устанавливаемых для каждого медицинского учреждения органами государственного управления. В таких условиях отсутствовали мотивация, экономические стимулы и оценка результатов труда.

Наличие теневого рынка медицинских услуг говорит о том, что рыночный механизм развивается без государственного регулирования. Неофициальная плата выступает как нерегулируемое государством дополнение к рыночной цене медицинских услуг, вследствие чего ее невозможно отменить. Единственным способом эффективного использования ресурсов в переходный к рынку период является трансформация теневого рынка медицинских услуг в легальный.

Организаторы здравоохранения прежней системы оценивали объем средств на содержание медицинских учреждений без поиска альтернатив вложения ограниченных ресурсов. В таких 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 имела место перегрузка стационаров, недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, что вело к большим экономическим потерям.

Результатом явилась низкая эффективность использования ресурсов, уравниловка, низкое качество медицинской помощи и, в конечном итоге, низкий социальный эффект.

В связи с распадом Союза система здравоохранения Кыргызстана испытала серьезные негативные изменения, связанные с сокращением финансирования расходов на здравоохранение, а также ухудшением инфраструктуры и качества предоставляемых медицинских услуг.

С 1996 г. в здравоохранении республики на основе реформирования и изменения законодательной базы произошел переход от государственной медицины к бюджетно-страховой. Введена система обязательного медицинского страхования.

Первая цель реформы, предусматривавшая сокращение в республике смертности, особенно детской и материнской, не была достигнута. Показатель младенческой смертности в стране, по данным Минздрава КР, на 1 тыс. новорожденных в 2013 г. составил 22,5, тогда как в среднем по странам СНГ – 11,7, в России – 8,7. Высоким остается показатель материнской смертности по республике.

Не достигнута и вторая цель реформы – снижение заболеваемости населения и увеличение числа вылеченных пациентов. Распространенность заболеваний по основным классам в Кыргызской Республике в 2009-2013 гг. показывает устойчивый рост числа заболевших граждан по основным видам заболеваний (табл. 2).

И только третья цель – реформа структуры отрасли и ее финансирования – достигнута частично. Но это произошло за счет сокращения фельдшерско-акушерских пунктов, слияния детских и взрослых больниц и поликлиник в ущерб педиатрии.

Следует отметить, что объединение поликлиник, взрослых и детских, и ограничение госпитализации привели к тому, что в очереди к врачу сидят мамы с грудным ребенком и детьми и взрослые с открытой формой туберкулеза. Как же в таких условиях учитываются интересы пациента, тем более врача, который должен вылечить и детей, и взрослых, не допуская их к госпитализации?

В странах, откуда мы заимствовали этот опыт, другая техническая оснащенность амбулаторного звена, другое распределение кадрового и технического потенциала между амбулаторным и стационарным участками здравоохранения.

Российские ученые считают необоснованным сокращение нормативного срока лечения в стационарах до двух недель. Обследования, проведенные Российской академией наук в Таганроге и Москве, показали, что средняя фактическая продолжительность лечения в стационаре должна быть свыше 20 дней.

Кроме того, есть и другие примеры: в Японии, стране с самым высоким показателем продолжительности жизни, длительность лечения в стационарах составляет 71 день. И здесь не собираются вводить стационаро-замещающие технологии.

В 2013 г. первичную медико-санитарную помощь населению республики оказывали 65 центров семейной медицины, стационарную помощь – 141 больница. Обеспеченность врачами по сравнению со странами СНГ из года в год снижается.

Таблица 2 – Распространенность заболеваний по основным классам в Кыргызской Республике в 2009-2013 гг.

	Абсолютное значение					На 100 000 населения				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
ВСЕГО	1803554	1835244	1902566	2118796	2118602	47996,8	48248,3	49550,9	54344,3	53237,4
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	60062	58984	60747	64088	63427	1598,4	1550,7	1582,1	1643,8	1593,8
Новообразования	25934	26013	28362	31882	31394	690,2	683,9	738,7	817,7	788,9
Болезни крови	91875	94167	92428	93590	88040	2445,0	2475,6	2407,2	2400,5	2212,3
Болезни эндокринной системы	110337	108799	111961	107567	108734	2936,3	2860,3	2915,9	2759,0	2732,3
Психические расстройства	52195	52561	54672	63292	67631	1389,0	1381,8	1423,9	1623,4	1699,5
Болезни нервной системы	102444	113897	117637	127842	136614	2726,3	2994,3	3063,8	3279,0	3432,9
Болезни глаза и его придатков	89651	95501	105694	120318	114846	2385,8	2510,7	2752,7	3086,0	2885,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	64186	72967	78084	74858	76408	1708,1	1918,3	2033,6	1920,0	1920,0
Болезни органов кровообращения	238072	247064	267797	287724	294471	6335,7	6495,3	6974,6	7379,7	7399,6
Болезни органов дыхания	303543	280282	278217	276041	277876	8078,0	7368,6	7246,0	7080,1	6982,6
Болезни органов пищеварения	182148	175769	193253	326106	293629	4847,4	4620,9	5033,1	8364,2	7378,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	76313	77533	76339	76780	78112	2030,9	2038,3	1988,2	1969,3	1962,8
Болезни костно-мышечной системы	65479	68397	73533	78697	83606	1742,5	1798,1	1915,1	2018,5	2100,9
Болезни мочеполовой системы	203580	214870	214852	230811	239369	5417,7	5648,9	5595,7	5920,0	6015,0
Беременность, роды, и послеродовой период	52248	58418	56947	61171	64117	2707,9	2991,4	2889,1	3065,4	3165,2
Врожденные аномалии	2906	3106	2881	3329	3830	77,3	81,7	75,0	85,4	96,2
Симптомы, признаки и неточно обозначенные	3545	4216	1811	2108	2393	94,3	110,8	47,2	54,1	60,1
Травмы и отравления	79036	82700	87351	92592	94105	2103,3	2174,2	2275,0	2374,9	2364,7

Источник: данные Минздрава КР.

Таблица 3 – Удельный вес источников финансирования в общих расходах здравоохранения в 2013 г. (%)

Источник финансирования	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. по отношению к 2009 г. (млн. сом.)	2013 г. в % к 2009 г.
Бюджет	78,5	79,0	80,2	81,9	80,5	-	+2,0
ФОМС	15,0	14,5	14,1	12,5	13,2	-	-1,8
Частные	6,5	6,5	5,7	5,6	6,3	-	-0,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-

Существует резкая диспропорция в кадрах, в регионах ощущается недостаток врачей. По данным Минздрава республики, в 2013 г. оказывали медицинскую помощь населению 12 853 врача, обеспеченность врачами составляла 22,2 на 10 тыс. человек. Обеспеченность врачами в РФ – 44,7 на 10 тыс. человек.

В связи с низкой заработной платой квалифицированные врачи уезжают в Россию, Казахстан и страны дальнего зарубежья, их места занимают молодые специалисты, окончившие медицинский институт или медицинское училище. Причины оттока квалифицированных медицинских кадров, по данным нашего исследования, заключаются в недостаточном финансировании государственных лечебных учреждений, источники которого мы и рассмотрим.

Средства республиканского бюджета остаются основным источником расходов здравоохранения (80%). Несмотря на определенный рост, доля расходов государства на здравоохранение в бюджете страны остается незначительной и составляет 13% расходов бюджета, сохраняется остаточный принцип планирования системы здравоохранения.

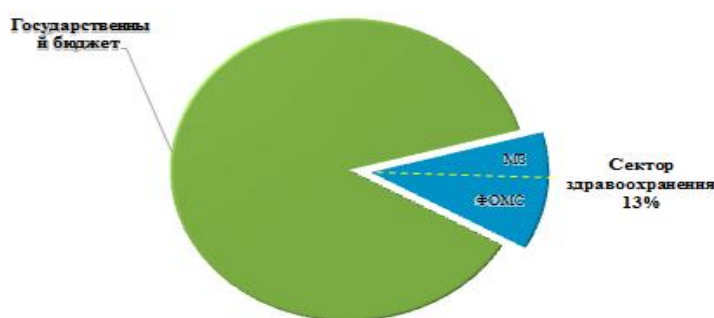


Рис. 1. Доля расходов на сектор здравоохранения от госбюджета КР за 2013 г.
Источник: данные Минздрава КР.

Исполнение базовой программы ОМС осуществляется с дефицитом в сумме 205,6 млн. сом. (табл. 4). Недофинансирование произошло за счет сооплаты и специальных средств учреждений здравоохранения. За 5 лет недособрано 288,9 млн. сом., что объясняется предоставлением большего числа льгот для отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством КР. Большой дефицит средств ощущается по таким категориям, как пенсионеры, дети и лица, получающие социальные пособия.

Таблица 4 – Выполнение плана поступлений средств за счет всех источников финансирования за 2009- 2013 гг.

Год	Бюджетные средства			ФОМС			Частные			Всего		
	план	факт	выполн.	план	факт	выполн.	план	факт	выполн.	план	факт	выполн.
2009	4008,3	4008,3	100,0	757,1	765,4	101,0	365,2	333,8	91,4	5130,5	5107,6	99,6
2010	4242,7	4216,5	99,4	845,6	774,4	91,6	371,8	347,2	93,4	5460,0	5338,2	97,8
2011	6060,5	6056,7	99,9	1062,2	1062,2	100,0	463,5	434,5	93,7	7586,2	7553,4	99,6
2012	7956,4	7920,0	99,5	1331,2	1210,0	90,9	627,9	538,4	85,7	9915,5	9668,3	97,5
2013	8553,1	8481,3	99,2	1494,7	1390,0	93,0	774,7	660,3	85,2	10822,5	10531,7	97,3
За 5 лет	30821,0	30682,8	99,6	5490,8	5202,0	94,7	2603,1	2314,2	88,9	39094,7	38199,2	97,7

Источник: данные Минздрава КР.

Если учесть, что человеческий фактор является главным ресурсом страны, необходимо пересмотреть приоритет данной сферы услуг и увеличить государственное финансирование. Необходимо увеличить отчисления из республиканского бюджета на обеспечение вышеуказанных категорий граждан.

Средства обязательного медицинского страхования

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. При возникновении страхового случая гарантируется оплата медицинской помощи за счёт накопленных страховщиком средств.

Реализованная в Кыргызстане модель, которую принято именовать «системой обязательного медицинского страхования», не является истинной моделью страхования. Она выполняет лишь функции перераспределения собираемых налоговыми органами и органами Социального фонда налогов и страховых взносов.

Одним из существенных недостатков отечественной системы обязательного медицинского страхования является отсутствие экономически обусловленных форм и механизмов включения застрахованного пациента, потребителя медицинских услуг в системы отношений страхования. Обязательный взнос на ОМС представляет некую разновидность обязательного государственного налога и государственной формы финансирования системы здравоохранения.

Застрахованный пациент находится вне системы отношений субъектов ОМС. Из числа опрошенных пациентов стационарного лечения 63% ответили, что не знают о бесплатных медицинских услугах по программе государственных гарантий, более того, они входят в параллельные внесистемные отношения с медицинскими работниками, как, например, неофициальная плата за лечение.

Изучение экономического содержания системы ОМС позволяет убедиться в том, что в системе ОМС, действующей в Кыргызстане, отсутствуют такие понятия, как страховой случай, страховой риск, а финансовые компенсации осуществляются, как правило, по количественным параметрам: стоимостным характеристикам отдельно взятой услуги, амбулаторному посещению, койко-дням. Необходимо преобразование действующей бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе.

Средства ОМС в 2013 г. составили всего 15% доходов Единого плательщика. Основными плательщиками взносов системы ОМС в Кыргызстане являются работодатели бюджетной сферы, имеющие небольшие фиксированные доходы. Это значит, что реальные источники ОМС крайне ограничены.

Как видно (табл. 5), бюджет ФОМС за 5 лет вырос в 1,7 раза. Если рассматривать структуру бюджета ФОМС, то видно, что удельный вес отчислений из фонда оплаты труда вырос на 3,7 пункта. В то же время удельный вес средств, поступающих из республиканского бюджета за пенсионеров, детей до 16 лет, сократился на 8,4 пункта. Это объясняется тем, что на протяжении многих лет, несмотря на рост численности детей, пенсионеров и лиц, получающих социальные пособия, их контингент республиканским бюджетом не пересматривался и не изменялись потоки финансирования.

Как видно (табл. 6), структура застрахованных граждан претерпела существенные изменения: уменьшилась доля работающих граждан с 27,7 до 20,1%, от которых поступала значительная часть страховых отчислений работодателей. Это связано с тем, что у работодателей отсутствует прямая мотивация поддержки медицинского страхования, скорее наоборот – стремление сократить платежи на ОМС, так как конкретному плательщику неизвестно, как используются его деньги.

Доля работающих и оплачивающих ОМС составляет лишь 20,1%. Основную часть участников «страхования» представляют потребители средств ОМС. В структуре граждан, пользующихся средствами ОМС, наибольшая доля детей в возрасте до 16 лет – 43,%, пенсионеров – 13,1% и фермеров – 9,4%.

Часть населения, работающего в коммерческих структурах и имеющего более высокие доходы, системой страхования здоровья почти не охвачена.

Таблица 5 – Динамика и структура бюджета ФОМС за 2009-2013 гг. (млн. сом.)

	2009	2010	2011	2012	2013	2013 г. в % к 2009 г.
Собственные средства ОМС из Соцфонда	765,4	774,4	1062,2	1209,9	1390,0	181,6
Средства ОМС из республиканского бюджета	259,4	259,4	259,4	259,4	259,4	100,0
Спец. средства и сооплата	261,4	278,5	356,1	434,1	548,6	209,9
Всего	1286,2	1312,3	1677,7	1903,4	2198,0	170,9
	2009	2010	2011	2012	2013	2013 г. в % к 2009 г.
Удельный вес, %						
Собственные средства ОМС из Социального фонда	59,5	59,0	63,3	63,6	63,2	+3,7
Средства ОМС из республиканского бюджета	20,2	19,8	15,5	13,6	11,8	-8,4
Спец. средства и сооплата	20,3	21,2	21,2	22,8	25,0	+4,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Источник: [5].

Необходимо заинтересовать в этом коммерческие структуры. Идентификация счетов поможет увеличить численность застрахованных. В этой связи необходимо персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования.

Иностранные граждане, проживающие продолжительное время в Кыргызстане, не имеют возможности страховать собственное здоровье. В период острого дефицита денежных ресурсов они могут представлять потенциальный дополнительный источник финансирования медицины.

Кроме того, основная часть населения Кыргызстана, то есть около 70% населения, проживающего в сельской местности, в связи с отсутствием основного места работы не принимает участия в оплате средств обязательного медицинского страхования. Однако в связи с низкой доходностью они подвержены риску заболевания больше, чем городское население. Поэтому необходимо учитывать реальную ситуацию.

Подытоживая сказанное, можно предложить следующие рекомендации:

- преобразовать бюджетно-страховую систему финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе;
- пересмотреть удельный вес средств, поступающих из республиканского бюджета для обеспечения пенсионеров и детей до 16 лет;
- персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования;

- создать систему страхования иностранных граждан как потенциальный источник финансирования медицины;
- определить источники лечения безработных граждан страны.

Таблица 6 – Динамика и структура застрахованных граждан по республике за 2012-2013 гг.

Категория граждан	2012 г.		2013 г.		Профинансировано по ОМС, (тыс. сом.)
	абсол. (тыс. чел.)	%	абсол. (тыс. чел.)	%	
Работающие	1146,3	27,7	806,6	20,1	239856,1
Пенсионеры	521,1	12,6	533,0	13,1	339510,9
Дети до 16 лет	1779,6	43,0	1768,8	44,0	574556,6
Дети от 16 до 18 лет (школьники)	216,3	5,2	208,8	5,2	36820,0
Фермеры	389,4	9,4	606,3	15,1	70391,0
Лица, получающие соц. пособия	77,5	1,9	83,4	2,1	103661,2
Лица, самостоятельно приобретшие полис ОМС	4,9	0,2	8,7	0,2	2190,2
Беженцы, за которых поступают средства из УВКБ ООН	0,2	0,0003	0,1	0,003	59,9
Военнослужащие	2,6	0,06	2,5	0,06	864,7

Источник: [5].

Анализ движения средств показывает, что финансовые средства медицинских учреждений, за исключением защищенных статей (гарантированной части заработной платы и сооплаты), по Программе государственных гарантий в первой половине финансового года, как правило, не поступают, или поступает их малая часть. Поэтому необходим более строгий контроль над движением средств из Социального фонда.

В ФОМСе нет накопительной системы. Если человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система способствовала бы заинтересованности людей в страховании своего здоровья. Необходима гибкая, дифференцированная с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев система страхования, с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.

Анализ качества оказания стационарной помощи выявил в I квартале 2014 г. 1375 дефектных случаев. Из них дефекты лечения составляют 44,2%, количество необоснованных госпитализаций – 23,4%, за что были удержаны финансовые санкции на общую сумму 1150,1 тыс. сом.

Попытаемся определить причины неудовлетворительного качества лечения. В ходе анкетирования 61,8% врачей отметили отсутствие мотивации, то есть материального стимула к повышению качества труда, 93% врачей не устраивает их заработная плата. Другая причина низкого качества лечения состоит в отсутствии современной технологии лечения. Во многих стационарах, особенно в регионах, ввиду ограниченности ресурсов невозможно сделать даже развернутый общий анализ крови или рентген. И третья причина, по мнению врачей, состоит в жесткой регламентированности лечения клиническими протоколами,

которые не пересматривались с 2008 г. Врачи считают, что они ограничивают выбор методов и средств лечения.

В целях экономии средств по нормативу заложены относительно дешевые лекарства, лечение которыми не дает должного эффекта. Несоблюдение клинического протокола грозит штрафом. Таким образом, ограничения ведут к некачественному лечению, и болезнь приобретает хроническую форму.

Доказательная медицина не соответствует возможностям пациентов, так как по ней прописываются дорогие препараты, что не соответствует финансовым возможностям многих пациентов. Согласно опросу 83,7% больных стационара имеют доходы ниже 10 тыс. сом.

Проверенные на практике лекарства самостоятельно врачи назначать не могут, и в итоге болезнь затягивается, переходя в хроническую форму, растет инвалидность, особенно среди детей, о чем говорили врачи в ходе прямой беседы.

Главная причина низких показателей лечения – недостаток врачей-специалистов. В Бишкеке, не говоря о регионах, обеспеченность детскими врачами составляет от 30 до 60%. Не хватает врачей-педиатров, неонатологов, реаниматологов. С этим, по мнению врачей, связаны высокие показатели детской смертности.

Не хватает молодых специалистов. Низкая заработная плата, отсутствие жилья и других поддерживающих программ способствуют тому, что молодые врачи выезжают за пределы страны или переходят в частные медицинские центры. В регионах молодых специалистов практически нет.

Из 518 опрошенных врачей значительную часть (51,1%) представляют люди пожилого возраста. Имеет место утечка кадров в частные медицинские центры. Например, областная больница в регионе в течение 3 лет работает без ЛОР-врача! Много ограничений со стороны ФОМС. Врачи-эксперты не имеют отношения к клинической практике, но являются проверяющими, что вызывает отрицательную реакцию со стороны врачей.

Основная часть сельского населения не имеет страховки, значит, нет поступлений средств на их лечение, отказать им в лечении невозможно, так как среди них многие с запущенной формой заболеваний. Очевидно, это и является причиной необоснованных госпитализаций.

Среди причин низкого качества лечения названа также большая загруженность врачей. Например, 40% пациентов в Токмокской территориальной больнице жители Чуйского района. На них страховые деньги не поступают. В данном случае принцип страхования «деньги идут за пациентом» не срабатывает. В результате миграции аналогичная ситуация сложилась и в городских поликлиниках и больницах г. Бишкека.

Платные услуги

На лечение льготных пациентов используется 94% выделяемых государством средств. Специальные средства, поступающие в учреждения здравоохранения на оплату оказанных дополнительных услуг гражданам, возросли в целом по республике за 5 лет в 3,1 раза. Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышает 3%. Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно. Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной не формулируется в официальных документах и нормативных актах, тем не менее она реально существует.

Прейскуранты платных услуг также не менялись с 2008 г. Они не окупают себестоимости затрат на рентген, развернутый анализ крови и другие процедуры.

Из числа опрошенных пациентов 58% считают, что качественное лечение можно получить только путем внесения платы за лечение. По результатам анкетирования 28,6% опрошенных пациентов оплачивают медицинские услуги наличными непосредственно врачам.

Из числа опрошенных 26,9% пациентов произвели оплату хирургических операций сверх средств сооплаты. Очевидно, по этой причине 70,2% пациентов стационара считают

необходимым легализовать оплату медицинских услуг. Целесообразность этой меры очевидна, при этом прейскурант услуг должен быть обновлен.

Сооплата

Источником дополнительного финансирования учреждений здравоохранения являются средства сооплаты граждан за лечение в стационарах.

Согласно системе Единого плательщика средства сооплаты поступают в единый фонд, а затем, в соответствии с отчетом первичных медицинских учреждений (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных, перераспределяются стационарным отделениям.

Сооплата – это единовременная выплата, которую потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу. Она рассматривается как дополнительный источник финансирования для поставщиков медицинских услуг разных уровней.

Многие руководители медицинских учреждений считают, что нет необходимости вносить сооплату, так как больные покупают лекарства за свой счет, выражая при этом свое недовольство. Кроме того, сам принцип установления объема сооплаты является необоснованным.

В 2003 г. ПРООН провел опрос среди жителей Иссык-Кульской области о расходах семьи на медицину в течение года. И эти затраты, составившие в среднем 1200 сом., были заложены в основу сооплаты, что не имеет ничего общего с затратами на конкретного пациента, тем более на конкретный вид болезни.

«Объем сооплаты определяется исходя из потребности здравоохранения в финансовых ресурсах», – так это формулируется в «Положении о порядке сооплаты населением медикаментов». Отсюда трудно установить критерии размера сооплаты для отдельного пациента и тем более учесть реальные затраты на его лечение.

С введением сооплаты больной вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление.

Сооплата в 2013 г. составляла лишь 4% доходов Единого плательщика.

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 справедливым способом привлечения средств пациента. Размер сооплаты должен быть приближен к реальным затратам на каждого отдельного пациента, иначе он не будет знать, за что вносится сооплата. Вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи, целесообразно ввести сооплату по отношению к лекарствам, то есть оплачивать часть стоимости лекарств, использованных на лечение больного (например, практика Турции).

Распределение бюджета

Расходы финансовых средств на душу населения по регионам республики неравномерны. Относительное перефинансирование здравоохранения, по сравнению с другими регионами страны, отмечается в Бишкеке, что требует более детального исследования.

При этом следует учитывать объективные факторы: в столице функционирует большинство лечебных учреждений третичного уровня с соответствующим финансированием; из-за отсутствия узких специалистов и при наличии материальной возможности больные со всех регионов стремятся получить лечение в столице; административные учреждения, ведомства и различные организации государственной системы здравоохранения с соответствующим финансированием также расположены в Бишкеке.

Как видно (табл. 7), до 63,3% средств реализации Программы государственных гарантий направляется на оказание стационарной помощи, которая увеличилась в 2013 г. по сравнению с 2009г. почти в 2,2 раза. И за последние 5 лет продолжается тенденция преимущественного финансирования стационарного лечения по сравнению с оказанием

первичной санитарно-профилактической помощи населению. Темпы роста расходов на содержание стационарного лечения составили в 2013 г. по отношению к 2009 г. 11,7%, тогда как расходы на первичное звено выросли на 1,4%. Количество пациентов, вынужденных обратиться в стационар, растет.

Таблица 7 – Динамика и структура расходов Программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг за 2009-2013 гг.

	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. в % к 2009 г.
Стац. помощь	2837,0	2783,9	4298,3	5478,4	6116,9	215,6
Темпы роста к пред. году, %	100,0	98,1	154,4	127,5	111,7	+11,7%
Амбулаторная помощь	1838,1	2009,4	2866,1	3493,2	3541,4	192,7
Темпы роста к пред. году, %	100,0	109,3	142,6	121,9	101,4	+1,4%
Всего	4675,1	4793,3	7164,4	8971,6	9658,3	206,6
Удельный вес ПГГ по поставщикам мед. услуг (%)						
Стац. помощь	60,7	58,1	60,0	61,1	63,3	-
Амбулаторная помощь	39,3	41,9	40,0	38,9	36,7	-
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Источник: данные Минздрава КР.

Дополнительная программа лекарственного обеспечения, реализуемая лечебными учреждениями первичного уровня, занимает от 1 до 2% общих госрасходов. Если учесть, что стационары – наиболее дорогостоящий вид оказания медицинской помощи, по сравнению с амбулаторным поликлиническим лечением, то такое распределение финансов, при их остром дефиците, является неэффективным.

Если обратиться к опыту Беларуси, то в этой республике большая часть финансовых средств сосредоточена на уровне поликлиник и первичная помощь оказывается бесплатно, уже в первичном контакте пациент–врач выявляются патологии и 70% больных не доходят до критического уровня и не нуждаются в медицинской помощи на уровне стационаров. В результате там самая высокая продолжительность жизни из всех стран СНГ и самый низкий показатель младенческой смертности.

В этой связи можно рекомендовать значительную часть средств Единого плательщика направлять на финансирование поликлинического уровня по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением.

Использование финансовых ресурсов

Важным моментом в реформировании системы финансирования сектора здравоохранения стал переход на формирование и исполнение бюджета на бесстатейной основе в программном формате (табл. 8).

Особенно высокими темпами выросли нормативы за счет республиканского бюджета – более чем в 3 раза, из них на оказание стационарной помощи – в 3,3 раза. Вместе с ежегодным увеличением нормативов финансирования за пролеченный случай, наблюдается рост госпитализаций по всем регионам республики. Как видно из анализа расходов на оказание стационарной помощи по статьям затрат, при общем увеличении расходов в 2,4 раза наблюдается значительный рост по заработной плате медицинского персонала – в 2,7

раза, с достижением 69,3% от общих расходов в 2013 г. Меньшими темпами росли расходы на медикаменты и питание – соответственно в 1,7 и 1,9 раза.

Таблица 8 – Базовые нормативы для формирования бюджета Программы государственных гарантий по видам оказываемых медицинских услуг в разрезе источников финансирования (сом.)

	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. в % к 2009 г.
Республиканский бюджет						
Стационары – базовая ставка	1340	1700	1550	4400	4400	328,3
ЦСМ – подуш. норматив	57,4	79	82	186	176	306,6
Стоматология – подушевой орматив	12,5	15	18	41	40	320,0
Скорая помощь – норматив на 1 бригаду	175000	220000	240000	550000	550000	314,3
Средства ОМС						
Стационары	700	750	1200	1650	1950	278,5
ЦСМ/ГСВ	65	70	80	100	100	153,8
ДП ОМС – подуш. норм.	30	30	30	45	45	150,0
Местный бюджет г. Бишкека						
Стационары – базовая ставка	1340	1340	1110	3387	2855	213,0
ЦСМ – подуш. норм.	-	97	94	220	222,8	-
ГСВ – подуш. норм.	-	97	93	220	222,8	-
Стоматология	-	16	14	36	32,9	-
Скорая помощь – на 1 бригаду	-	166038	176540	372252	377000	-

Источник: данные ФОМС КР.

По средствам обязательного медицинского страхования установлены единые нормативы финансирования по всей стране. В 2013 г. для ГСВ подушевой норматив на одного застрахованного гражданина в год был утвержден в размере 100 сом., за пролеченный случай в стационаре – 1950 сом.

Сложившаяся сеть медицинских учреждений и порядок взаимодействия между ними таковы, что этапность лечебно-диагностического процесса осуществляется неэффективно: с перегрузкой стационаров, недооценкой возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений и при почти полном отсутствии специализированных учреждений для долечивания и ухода.

На лечение льготных пациентов используется 94% выделяемых государством средств.

Заработная плата работников

Заработная плата врачей в Кыргызстане не мотивирует выпускников вузов идти работать по профессии. Состоит она из гарантированной и дополнительной заработной платы. Ее выплата осуществляется за счет единственного источника – фонда оплаты труда. Премирование работников здравоохранения производится за счет экономии фонда оплаты труда.

Стимулирование качества труда не выходит за рамки фонда оплаты труда, дополнительная заработная плата зависит от гарантированной, так как их сумма соответствует фонду оплаты труда.

Основой мотивации труда в медицине является отказ от повременной системы оплаты труда и внедрение ее сдельной формы в различных модификациях. Критерием оценки труда

медицинского работника является здоровье пациента после лечения. Источником начисления дополнительной заработной платы может стать фонд, создаваемый за счет платных услуг (пример Турции).

Государственно-частное партнерство

В здравоохранении государственно-частное партнерство заключается в софинансировании и разделении рисков в отношении объектов здравоохранения и медицинских услуг.

В Кыргызстане государственный сектор не обеспечивает финансирования Программы государственных гарантий, что привело к снижению объемов бесплатной медицинской помощи.

Объединение активов частного и государственного секторов обеспечивает оптимальное использование ресурсов. В Кыргызстане инвестиции в инфраструктуру здравоохранения со стороны государства не планируются, поэтому частный инвестор может построить здание современной столовой и обеспечивать питание согласно диетологическим и санитарным требованиям.

В рамках Программы государственных гарантий предлагается партнерство путем оплаты медицинских услуг со стороны государства в форме государственного заказа по обеспечению граждан медико-санитарной помощью.

- Необходимо открыть государственно-частные экспресс-лаборатории для срочных анализов при каждой больнице и поликлинике.
- Для финансирования ГЧП в сфере здравоохранения могут использоваться такие платежные механизмы, как софинансирование строительства, гарантия выплаты тарифа медицинского страхования за услуги частным медицинским центрам.

Использованные источники

1. Ибраимова, А. [и др.]. КЫРГЫЗСТАН Обзор системы здравоохранения: время перемен [текст] / А. Ибраимова, Б. Акказиева, Э. Манжиева, Б. Речел. – 2011. – Том 13, № 3 ВОЗ.

2. Анализ финансовой устойчивости Программы государственных гарантий в среднесрочном периоде [текст]: Информационный обзор № 17. – Бишкек: ФОМС и Министерство здравоохранения КР.

3. О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики [текст]: Закон КР от 30 июля 2003 г., № 15.

4. Ниязалиева, Д. В Кыргызстане финансирование здравоохранения в 6 раз меньше потребностей [электронный ресурс] / 28.03.11 09:15, Бишкек – ИА «24.kg», Айзада КУТУЕВА.

5. Андреев, Е.М. [и др.]. Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги / Е.М. Андреев, Е.А. Кваша [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php>