Внебюджетные Формы Финансирования Здравоохранения В КР

None Budgetary Forms of Health Funding in the KR

Assoc. Prof. Dr. Damira Japarova (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)

Abstract

In Kyrgyzstan, significant share of the state funds used on the preferential treatment and financing of treatment other patients largely tolerated by themselves. However, the replacement of free services with paid ones occurs spontaneously and haphazardly. The strategy of replacement of free Medicare to paid in official documents and normative acts are not formulated, however, it really exists.

With the introduction of co-payment system, patients are forced repeatedly pay for the same medical service, eventually not having a warranty for complete recovery. Many administrators in medicine believe that they do not need to take co-payment from patients, because the patients buying medicines themselves, and in this regard, there are many claims and perturbations on this subject.

Our point of view, informal payments in medicine, i.e., unofficial payments to the doctor should not be seen as a "bribe". In the absence of a regulatory mechanism, the informal payment for services acts as a state-nonregulated addition to the market price, this cannot be canceled or destroyed. The only way to put them to some kind of framework - is legalization these payments. Special funds, or receipts from paid services should become a source of own fund of a polyclinic or hospital, which can be used first of all for increasing the salaries of medical workers. Instead of fixed co-payments in medical care, it is advisable to introduce co-payment in relation to medicines, i.e. pay part of the cost of drugs used in the treatment of the patient.

1 Введение

На лечение льготных пациентов используется 94% выделяемых государством средств. Поэтому финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей. Произошел разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами. И для решения проблем со здоровьем, чтобы выжить они должны оплачивать медицинские услуги за свой счет. Однако замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно. Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной в официальных документах и нормативных актах не формулируется, тем не менее, она реально существует. Несмотря на рост государственного финансирования в последние годы, доля платных услуг в медицинской помощи увеличивается. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи.

2 Платные медицинские услуги и неформальные платежи

Платные медицинские услуги осуществляются в виде официальных и неофициальных плат пациентов за оказанные услуги. Спецсредства это поступления от платных услуг - оплата за медицинские услуги. Это – стоматология и другие услуги немедицинского характера, к которым относятся: оплата аренды помещений и других объектов, числящихся на балансе лечебного учреждения (аптеки, киоски и др.), оплата за палаты повышенной комфортности в стационарах и другие. Указанные 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, т.е. незаконные платежи за услуги.

Платные медицинские услуги способствуют 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, т. е. 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 дополнительные расходы коммунальных услуг. 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) и эти средства использовать для других целей.

Специальные средства, поступающие в учреждения здравоохранения за оказанные дополнительные услуги гражданам за оплату, возросли в целом по республике за 8 лет в 8,6 раза. (см. табл. 1) Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышает 6 процентов. Это значит, что значительная часть платы за услуги приобретает форму «неформальных платежей».

Территории									
г. Бишкек	32,1	33,8	42,0	63,8	95,8	287,6	244,0	254,4	7,9
области									
Чуйская	10,1	13,1	16,2	19,6	26,0	33,7	49,0	66,7	6,6
Ошская	15,3	28,3	39,0	51,5	56,5	62,4	101,4	119,0	7,8
Баткенская	2,0	3,2	5,8	6,5	8,5	21,2	17,6	29,4	14,7
Джалал-Абадская	5,6	7,7	9,2	10,9	16,6	30,8	50,0	87,0	15,5
Иссык-Кульская	5,5	6,4	7,8	10,3	14,8	19,7	47,5	31,2	5,7
Нарынская	1,3	1,6	2,3	3,4	4,0	7,6	15,9	19,2	14,8
Таласская	0,6	0,9	1,0	2,0	3,2	3,8	6,7	23,5	39,2
Всего	73,0	95,0	123,3	168,0	225,4	466,8	532,1	630,4	8,6

Таблица 1. Поступление специальных средств в систему здравоохранения Кыргызской Республики в разрезе территорий за 2009-2016 годы, млн сом. **Источник:** данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2016 годы.

Поступление специальных средств по регионам неравномерное. Наиболее высокий рост наблюдается в Таласской (в 39,5 раза), Баткенской (14,7 раза) и Ошской (7,8 раза) областях. В г. Бишкек, Чуйской и Иссык-Кульской областях темпы роста поступлений спецсредств примерно одинаковы. Это можно объяснить тем, что в виду отсутствия технологии лечения и диагностики в регионах, больные вынуждены ехать в столицу или в областные центры и производить оплату за медицинские услуги. Рассмотрим направления расходования спецсредств по поставщикам медицинских услуг по статьям затрат. Как видно из таблицы 2.13, спецсредства медицинских учреждений возросли в целом более чем 8,4 раза. Из них средства, направляемые на финансирование первичной медико-санитарной помощи, выросли в 3,4 раза, а на стационары - в 8,2 раза.

За 2008 -2016 годы рост финансирования за счет специальных средств основных статей расходов, как расходы на медикаменты составляют всего 23% и питание 7,4%. Причем большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Таким образом, больные люди, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивать заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств, используется для их лечения и питание в стационарах.

Как было отмечено выше, что существующие тарифы устарели, и не охватывает все виды медицинских услуг, которые реально оплачиваются неформально. В расходах статья «другие расходы» занимают значительную долю, однако нам не удалось получить расшифровку содержания данной статьи расходов.

Несмотря на рост государственного финансирования в последние годы, доля платных услуг в медицинской помощи увеличивается.

Специальные средства	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Темпы роста, 2016 г. в % к 2009 г.
Стационары									
Зарплата + Соцфонд	16,6	16,2	19,0	23,1	59,6	75,2	100,0	125,7	757,2
Коммунальные услуги	3,6	4,1	4,1	5,8	10,8	3,8	4,4	1,8	-50
Медикаменты	2,0	1,3	3,6	35,5	8,9	13,1	19,3	25,7	128,5
Питание	0,4	0,9	0,6	18,8	1,5	4,9	7,3	8,4	210,0
Другие статьи	25,4	40,2	56,5	38,9	76,1	313,9	202,8	232,7	916,1
Итого	48,0	62,7	83,8	121,9	156,9	254,2	333,8	394,3	821,4
ПМСП									
Заработная плата с отчислениями	11,4	15,1	17,1	19,8	7,4	19,0	11,4	13,9	121,9
Коммунальные услуги	1,0	0,7	1,0	1,2	3,3	1,7	0,9	1,9	190
Медикаменты	2,5	3,7	4,2	7,4	2,2	4,0	2,7	3,3	132
Питание	0,3	0,3	0,5	1,1	0,8	5,8	2,4	5,0	160,6
Другие статьи	9,7	12,5	16,8	16,5	20,7	40,9	38,4	61,8	637,1
Итого	24,9	32,3	39,5	46,1	34,4	71,4	55,8	85,9	344,9
Всего ЕП									
Заработная плата с отчислениями	28,0	31,3	36,1	42,9	95,3	145,4	154,0	188,9	674,6
Коммунальные услуги	4,6	4,8	5,0	7,0	1,2	6,2	6,7	5,5	119,5
Медикаменты	4,5	5,0	7,8	42,9	23,7	40,6	37,1	44,1	988,8
Питание	0,7	1,2	1,1	19,9	2,7	11,4	10,4	14,0	20
Другие статьи	35,5	52,7	73,4	55,4	181,9	258,3	291,3	363,3	102,3
Итого	73,3	95,0	123,3	168,0	304,8	461,9	499,5	615,8	840,1

Таблица 2. Специальные средства в разрезе статей расходов по видам медицинских услуг в Кыргызской Республике за 2009-2016 годы, млн. сом. **Источник:** данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2016годы

Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Это связано с тем, что Прейскуранты старые 2008 года. Они не окупают себестоимости затрат на рентген, развернутый анализ крови и т.д. Так в городе Талас, рентген работает только для стационара и стоит 50 сомов. Цены на анализы не покрывают затраты. Технология старая, томографии нет.

Ультразвук стоит 25 сомов, обследование желчного пузыря и печени - 38 сомов, прокол гайморовой пазухи 64 сома, вскрытие паратонзиллярного абсцесса 47 сомов (Результаты анкетирования врачей и пациентов в 2014 году). А в частной клинике только общий анализ крови стоит 160-300 сомов.

Во время анкетирования 26,9% пациентов ответили, что они произвели оплату за хирургические операции сверх сооплаты. Очевидно, по этой причине, 70,2 % пациентов стационара, считают нужным легально заплатить за медицинскую услугу. На вопрос пациентам поликлиники: «Считаете ли нужным платить медицинским работникам за качество лечения?» - 36,4 % ответили «да». При этом 67,8 % пациентов поликлиник абсолютно не знают о перечне бесплатных медицинских услуг по Программе государственных гарантий. И 41,2% пациентов считают, что гарантировать качественное лечение можно только путем оплаты за медицинские услуги.

Платные медицинские услуги в государственных учреждениях оказывают те же медики и на том же оборудовании, что и в случае бесплатной помощи, – отсюда различные злоупотребления и рост теневой экономики в здравоохранении.

Из числа опрошенных пациентов 58% считают, что качественное лечение можно получить только путем оплаты за лечение и 28,6% опрошенных пациентов оплачивают медицинские услуги в руки врачам. При этом удельный вес поступлений от частных выплат, как сооплата и официальная плата за медицинские услуги, поступающие в доходы Единого плательщика, составляет лишь 10,8,%. Это значит, что реальная оплата за услуги имеет неофициальную форму, т.е. это неформальные платежи [Шейман, 2009].

С нашей точки зрения неформальные платежи в медицине, то есть, то что платят врачу, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования, неофициальная плата за услуги 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 часть платных услуг уже вышла из тени. Специальные средства, или поступления от платных услуг должны стать источником собственного фонда поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы медицинских работников.

Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому мед.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. Все это свидетельствует о том, что больной вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление.

3 Сооплата

Важным источником дополнительного финансирования учреждений здравоохранения являются средства граждан, уплачиваемые ими в виде сооплаты за лечение в стационарах. Сооплата - участие граждан в оплате стоимости получаемых ими медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика, на амбулаторном и стационарном уровне, сверх объема финансирования ПГТ. Средства, полученные организациями здравоохранения в порядке сооплаты населения, не подлежат налогообложению и изъятию в государственный бюджет.

Сооплата на стационарном уровне вносится за хирургические и терапевтические услуги, согласно размерам, установленным Программой государственных гарантий [Национальная программа реформы здравоохранения 2006-2010 годы]. Сооплата на амбулаторном уровне вносится за лабораторные и диагностические исследования (за исключением базовых лабораторных и диагностических исследований, предоставляемых по Программе государственных гарантий бесплатно), проводимые в центрах семейной медицины, центрах общеврачебной практики амбулаторно-диагностических отделениях стационаров широкого профиля, консультационно-диагностических отделениях стационаров третичного уровня.

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

Важнейшим обоснованием для введения сооплаты во многих странах является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. Формы сооплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном существуют 3 типа таких схем: удержание; сострахование - застрахованный должен заплатить определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи; соучастие в оплате услуг осуществляется по категориям населения.

Система соплатежей в разных вариантах используется практически во всех западных странах с развитыми системами общественного здравоохранения. Размер соплатежей варьирует от символической суммы (Швеция) до достаточно высокой (Франция). В Российской Федерации, также как и в Кыргызской Республике используются натуральные соплатежи (приобретение больными лекарств, питание за свой счет, использование личного постельного белья и посуды в стационаре), что, однако, не закреплено ни в одном нормативном документе [Шейман, 2009]. Во многих странах соплатежи включены в систему ОМС, т.е. помимо взносов работодателя застрахованные также выплачивают определенные взносы.

В Швеции основное бремя расходов на медицинскую помощь несет государство, однако примерно 10% стоимости услуг оплачивает само население. Так, визит к врачу обходится пациенту в 100 – 300 шведских крон, а день пребывания в стационаре – не более 80 крон. Лечение у стоматолога для людей моложе 20 лет бесплатное, затраты остального населения частично компенсируются: начав лечение, пациент вносит только первые 700 крон, а дальнейшие расходы на 35 – 70% (в зависимости от общей стоимости лечения) ему возвращаются. Пациенты должны полностью оплачивать приобретенные лекарственные препараты до тех пор, пока затраченная сумма в течение одного года не превысит 100 долл. США. Далее, в зависимости от затраченной суммы, действует система дотаций [Колосницкая и Шейман, 2018].

- Удержание представляет собой оплату некоторой суммы наличными деньгами до начала действия механизма страхования и предоставления медицинской помощи. Например, пациент уплачивает первые \$50 наличными в счет покрытия расходов на лечение в больнице или \$200 в счет покрытия расходов на амбулаторно-поликлинические услуги за год.
- Соучастие в оплате услуг - это единовременная выплата, которую потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу. Например, \$5 за выписанный рецепт.
- Сострахование предусматривает оплату определенного процента от общей суммы самим пациентом.

Например, пациент оплачивает 20% от стоимости лечения. Сооплата рассматривается как дополнительный источник финансирования для поставщиков разных уровней. В схемы сооплаты входят медикаменты, оптика, в некоторых странах введены определенные ставки за посещения врача или пребывание в больнице.

- Сооплата по категориям населения. Уровень сооплаты зависит и от категорий населения. Это делается с целью защиты малоимущих, или тех, кто страдает тяжелыми хроническими заболеваниями. Размер сооплаты должен быть приближен к реальным затратам на каждого отдельного пациента, иначе он не будет знать за что вносится сооплата.

Согласно системе Единого плательщика средства от 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.

Источники финансирования	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2016 год в % к 2013 году
Республиканский бюджет	7,125.9	7,092.1	7,915.4	9,081.8	114,7
Средства ОМС	1,560.9	1,842.5	1,641.1	1,916.0	122,8
Средства сооплаты	379.7	434.9	393.2	480.6	126,6
Специальные средства	337.7	466.8	560.6	847.9	251
Местный бюджет г.Бишкек	1,096.0	1,075.1	575.3		
Итого	10,500.2	10,911.4	11,085.5	12,326.2	117,3

Таблица 3. - Динамика финансирования консолидированного бюджета системы Единого плательщика за 2013-2016 годы, млн. сом. **Источник:** данные ФОМС за 2013-2016 годы.

За анализируемый период, в Кыргызстане сооплата выросла в номинальном выражении в 2,2 раза, но их удельный вес практически не изменился. Он составил 3,9% в 2016 году, против 3,2% в 2013 г. До 2016 г. незначительный удельный вес сооплаты и спецсредств обусловлено расширением списка льготников по Программе государственных гарантий и незначительными изменениями в сооплате за лечение с 2002 года. Так, если в 2013 году 1,3 млн. человек, или 24,8% всего населения республики получили льготы на бесплатное получение медицинской помощи по ППГ, в 2016 году 1,075 человек, или 18,7% населения страны. Из них 17,2% граждане, имеющие льготы, по социальному статусу.

Размер сооплаты, вносимой пациентами при госпитализации остался на прежнем уровне. Так, пенсионеры до 70 лет, лица, награжденные медалью “Ветеран труда”, лица, получающие социальное пособие вносят минимальный размер сооплаты. Это 330 сом при госпитализации в терапевтическое отделение, 430 сом при госпитализации для проведения хирургических вмешательств. Застрахованная категория (дети старше 5-ти лет, работающие, фермеры и члены фермерских хозяйств, лица, имеющие Полис ОМС) вносят средний уровень сооплаты. Это 840сом/1090 сом (через дробь указано терапия/хирургия) в городских, районных областных больницах, в республиканских организациях и национальных центрах – 1160 сом/1510 сом. Остальные граждане вносят максимальный уровень сооплаты. Это 2650 сом/3440 сом в городских и районных стационарах, 2980 сом/3870 сом в республиканских организациях и национальных центрах [Роза Учкempiрова. АКИpress, 2011]. Большинство экспертов отметили, что размер сооплаты с 2002 г. как часть стоимости медицинских услуг, не меняется на фоне повсеместного удорожания продуктов питания и других услуг. Поэтому, по мнению одних экспертов, сооплату надо повысить от 50% до 300%, других экспертов – вообще отменить [Учкempiрова, 2011]. «Сооплата полностью себя дискредитировала. Ее ввели для того, чтобы легализовать неформальные выплаты, но, увы, люди платят сооплату, в придачу покупают лекарства и шприцы, и еще энную сумму вручают врачу...» [Мамбетов, 2011].

Проанализируем средства, поступающие от граждан в виде сооплаты, по регионам республики. Как видно из анализа (таблица 2.15), средства в виде сооплаты граждан возросли за 8 лет в 2,3 раза. Но по регионам наблюдается неравномерный рост. Наиболее высокий рост наблюдается в Бишкеке, где рост составил, соответственно, в 2,9 раза. Это очевидно связано с увеличением количества пациентов, в Бишкеке и областных центрах, прибывающих из регионов и не имеющих медицинскую страховку. Наименьший рост произошел в Баткенской области – всего на 1,4раза, так как люди, нуждающиеся в медицинской помощи, стараются ехать в более крупные оснащенные технологией лечения медицинские центры, как например, в городе Ош. В 2016 году средства сооплаты составили 433,8 млн. сом против 188,5 млн. сом 2009 в году. Рост в основном произошел за счет роста госпитализации в городе Бишкек и областных центрах.

С введением сооплаты, больной вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление. Многие руководители медицины считают, что сооплату с пациентов брать не нужно, т. к. больные сами за свой счет покупают лекарства, и в этой связи много претензий и возмущений.

Регион	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 % к 2009
г. Бишкек	62,4	89,5	95,6	121,6	156,9	215,1	155,9	180,6	289,4
Области:									
Чуйская	22,3	27,9	33,3	43,2	39,5	38,1	35,9	43,1	193,3
Ошская	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
Джалал-Абад.	24,9	27,9	37,7	49,1	42,6	43,0	39,9	45,6	183,1
Иссык-Куль.	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
Всего	188,5	238,2	295,3	385,6	379,7	434,9	366,6	433,8	230,1

Таблица 4. Поступление средств сооплаты в разрезе регионов за 2009-2016 годы, млн. сом. **Источник:** данные ФОМС за 2013-2016 годы

Кроме того сам принцип установления объема сооплаты является необоснованным. В Кыргызстане в 2003 году ПРООН провел опрос среди жителей Ыссык – Кульской области о расходах семьи на медицину в течение 1 года. И эти затраты – в среднем 1200 сомов 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 формулируется в «Положении о порядке сооплаты населением медикаментов» [Положение о сооплате, 2011] Отсюда трудно установить критерии размера сооплаты для отдельного пациента и тем более учесть реальные затраты на его лечение.

Сооплата в 2016 году 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 путем привлечения пациента для его лечения. Поэтому было бы целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи, ввести дифференцированную сооплату по отношению к лекарствам, т.е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного (Практика например, Турции). Если обратиться к опыту других стран, в настоящее время большинство стран в своих схемах финансирования переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как сооплата.

4 Выводы:

- Больше половины пациентов считает, что качественное лечение можно получить только путем оплаты за лечение.
- Удельный вес поступлений от частных выплат, как сооплата и официальная плата составляет лишь 6,3%. Это значит, что реальная оплата за услуги имеет неофициальную форму.
- Неформальные платежи в медицине, то есть, то, что платят врачу, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования, они выступают как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить или уничтожить.
- Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно.
- Платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства (Прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен). Необходимо пересмотреть прейскуранты и легализовать платные медицинские услуги по новым ценам на медицинские услуги.
- Специальные средства, или поступления от платных услуг должны стать источником собственного фонда поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы медицинских работников.
- Поступление спецсредств-платных услуг и их использование должно быть прозрачным, это повысит ответственность и заинтересованность врачей и руководителей организаций здравоохранения.
- С введением сооплаты, больной вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление. Оплата больным части собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливым путем привлечения пациента для его лечения.
- Размер сооплаты должен быть дифференцированным и 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, т.е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного (например, практика Турции).

Литература

- Данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2016 годы.
- Данные ФОМС КР за 2009-2016 годы.
- Колосницкая М.Г. Шейман И.М. Шишкин С.В. «Экономика здравоохранения» 2018.
- Мамбетов Марат: Международных доноров надо убеждать, а не поддакивать им *«Вечерний Бишкек»* 03/05/20211 /members.vb.kg/2011/06/03/bezret/1.html
- Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 годы. cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/57155?cl=ru-ru.
- Положение о сооплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения по Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, Утвер. пост. Прав-ва КР от 1 июля 2011 №350.
- Результаты анкетирования врачей и пациентов 2014 году в городе Бишкек в семи регионах республики
- Учкемпирова Роза. *АКИpress*, 17.10. 2011
- Шейман И.М. Экономика здравоохранения. 2009. N 6. с. 47 -55.