Формирование Рыночной Модели в Финансировании Здравоохранении Кыргызской Республики

Formation of a Market Model in the Financing of Health Care in the Kyrgyz Republic

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

Abstract

Due to the collapse of the Union, there was a reduction in funding for health care costs, as well as deterioration in the infrastructure and quality of medical services. The transitional economy in the Kyrgyz Republic has identified additional features in the health system. The main ones are the low level of funding, the presence of the shadow market of medical services, inefficient structure and the prevalence of high-cost hospital treatment. The market mechanism is developing, however, without state regulation.

The Kyrgyz Republic continues to reform its health-care system. The task was to improve the methods of their financing. New mechanisms for financing medical services have been introduced. Despite the reduction in the number of hospitals, the number of patients treated in hospitals has increased.

1 Введение

Переходная экономика в Кыргызской Республике определила дополнительные особенности в системе здравоохранения. Она несет в себе наследие системы, монополично предоставляющей медицинские услуги. Основные из них – это низкий уровень финансирования, наличие значительного по масштабам теневого рынка медицинских услуг, неэффективная структура и преобладание высокочастотного стационарного лечения. В советское время в экономической литературе здравоохранение рассматривалось как отрасль непродовольственной сферы. И в этих условиях ресурсы этой сферы деятельности образуются согласно остаточному принципу финансирования. Финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществлялось на основе нормативов, спускаемых до каждого медицинского учреждения органами государственного управления. В таких условиях нет мотивации труда и экономических стимулов, а также оценки его результатов. Организаторы здравоохранения оценивали объем средств на содержание медицинских учреждений без поиска альтернативных вариантов вложения ограниченных ресурсов [Шейман И.М. Экономика здравоохранения, 2000.].

В этих 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 имела место перегрузка стационаров, недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, что вело к большим экономическим потерям. Результатом являлась низкая эффективность использования ресурсов. Непризнание этого влечет за собой уравниловку, низкое качество медицинской помощи, и в конечном итоге, низкий социальный эффект.

2 Основная Часть

В связи с распадом Союза система здравоохранения Кыргызстана испытала серьезные негативные последствия, 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 изменений законодательной базы здравоохранения произошел переход от государственной медицины к бюджетно-страховой. Введена система обязательного медицинского страхования.

Наличие теневого рынка медицинских услуг говорит о том, что рыночный механизм развивается, однако без государственного регулирования. Неофициальная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене медицинских услуг, что невозможно отменить или уничтожить.

Существует резкая диспропорция в обеспечении кадрами, в регионах ощущается недостаток врачей. Так, в городе Оше на 10 000 населения приходится 13 врачей, в Таласской области, Нарыне и в других отдаленных от центров регионах – менее 9. Наблюдается значительный отток врачей в Бишкек и Чуйскую область, а также в ближнее зарубежье. Только за 2016 г. выехало за границу 100 дипломированных врачей [Необходимо неотлагательно остановить отток семейных врачей.]. Средняя заработная плата врачей, работающих в поликлиниках, в 2017 г. достигла лишь 12105 сом, врачей стационаров – 13006 сом [Отчет об итогах деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2017 год]. В связи с низкой заработной платой квалифицированные врачи уезжают в Россию,

Казахстан и в дальнейшем зарубежье, их места занимают молодые специалисты, только что окончившие медицинский институт и медицинское училище.

В системе здравоохранения Кыргызской Республики имеются два основных источника финансирования: государственный и частных лиц. Они представляют собой потоки внутренних расходов. Частные средства финансирования здравоохранения – это выплаты за лечение средств доходов домохозяйств. Пациенты осуществляют официальные и неформальные расходы за оказываемые им медицинские услуги, кроме того, покупают лекарства за собственные средства.

Среди всех доходов Единого плательщика республиканский бюджет является главным источником финансов, направляемых на поддержку государственных лечебных организаций. Средства из Социального фонда застрахованных граждан и государственного бюджета для незастрахованных граждан, поступающих согласно Программе государственных гарантий, образуют Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). К категории застрахованных граждан за счет государственного бюджета относятся граждане в возрасте 70 лет и выше, дети, не достигшие 5-летнего возраста, студенческая молодежь, граждане, имеющие инвалидность. Для того чтобы показать реальные тенденции, рассмотрим динамику расходов Единого плательщика. Это можно увидеть по данным таблицы 1. Рост расходов республиканского бюджета в номинальных показателях за 2017 г. по сравнению с 2009 г., составил 2,4 раза. или составил 9 514,7 млн. сом против 4008,3 млн. сом в 2009 г (табл.1).

Национальной программой «Манас Талими», нацеленной на осуществление реформы финансовой системы в сфере здравоохранения, предусмотрено снизить значимость бюджетов местного уровня [Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы]. В связи с этим в последние годы местные бюджеты практически не участвуют в финансировании здравоохранения на территории КР, кроме Бишкека.

Основн. источн.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 г. в % к 2009 г.
Респуб. бюджет	4008,3	4216,5	6056,7	7920	8481,4	8177,1	8551,9	9081,8	9 514,7	237,4
ФОМС	765,4	774,4	1062,2	1210	1390	1856,8	1855,7	1916,0	2 270,4	250,3
Частные	333,8	347,2	434,5	538,4	660,3	841,8	924,1	1328,5	1414,4	397,9
Всего	5107,5	5338,1	7553,4	9668,4	10531,7	10875,8	15590,9	12326,5	13199,5	241,3

Таблица 1 – Динамика общих расходов здравоохранения Кыргызской Республики (млн. сом) Источник: Данные ФОМС КР за 2009-2017г

Однако несмотря на определенный рост финансирования сектора здравоохранения, доля расходов государства в бюджете КР остается незначительной, составляя порядка 10%, или продолжается традиционный остаточный принцип финансирования системы здравоохранения. По данным табл. 2, расходы на здравоохранение по отношению к ВВП за анализируемый период почти не изменились. Рассмотрим динамику расходов государства по источникам финансирования. Анализ источников бюджета Единого плательщика показывает, что доля финансовых ресурсов, поступивших из республиканского бюджета за анализируемый период, увеличилось лишь на 0,9%.

Основн. источн.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 г. в % к 2009 г.
бюджет	2,0	1,9	2,0	2,1	2,8	2,6	2,1	2,02	2,9	+0,9
ФОМС	0,38	0,35	0,34	0,37	0,45	0,43	0,37	0,39	0,54	+0,16
Частн.	0,16	0,16	0,15	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9	0,25	+0,09
Всего	2,54	2,41	2,49	2,62	3,45	3,23	2,67	3,31	3,2	+0,66

Таблица 2 – Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП (%). Источник: Данные ФОМС КР за 2009-2017г

Однако следует отметить, что за период с 2009-2017 гг. произошел определенный рост количества граждан, получающих социальные пособия. Это увеличение количества детей, пожилых людей пенсионного возраста и категорий населения, получающих социальные пособия.

Но при этом финансирование указанных категорий населения не пересматривалось. Поэтому финансирование лечения детей, пенсионеров и инвалидов далеко не соответствует реальным потребностям указанных категорий населения. Таким образом, низкий уровень бюджетных расходов и поступлений по ОМС объясняется тем, что на протяжении многих лет происходило недофинансирование сектора здравоохранения.

По данным таблицы 3, недофинансирование составило в 2016 г. 169292,9 сом, или 56,3% от потребностей, рассчитанных в денежных средствах. Если учесть, что потребности, с учетом ограниченности ресурсов, рассчитаны по минимуму, и они не покрываются, это и является причиной декларативного характера. Программы государственных гарантий в Кыргызстане. И лица, оставшиеся без работы, и студенты остаются за пределами Программы государственных гарантий. Они не могут рассчитывать на медицинскую помощь со стороны государства. Если учесть, что данная категория населения представляет собой потенциальный трудовой ресурс на рынке труда, то ее качество будет влиять на развитие реального сектора экономики.

Категория населения	Потребность	Профинансировано	Профинансировано в % к потребностям
Дети до 16 лет	284,689	160,397	56,34
Пенсионеры	771,812	598,37	77,5
Лица, получающие социальные пособия	126,61	105,01	83,3
Безработные	4641,6	*	*
Военнослужащие	829,5	*	*
Студенты	200,26	*	*
Всего	400,029	230,736	

Таблица 3 – Исполнение средств ОМС, выделяемых из республиканского бюджета на социальные категории населения Кыргызской Республики за 2016 г. (млн. сом.)* Финансирование не предусматривается. **Источник:** Данные Министерства здравоохранения КР за 2016 г

Статистика свидетельствует, что львиная доля средств, которые государство предоставляет сфере здравоохранения, идет на помощь льготникам. Это большой показатель – 94%, для остальных средств явно не хватает для обеспечения лечения и профилактики заболеваний граждан, которые вынуждены сами (и граждане, и работодатель) финансировать оказываемые услуги. Таким образом, декларируется одно, а в реальности мы наблюдаем иные экономические условия. Для того чтобы получить медицинскую помощь, необходимо нести все больше и больше расходов, поскольку они непрерывно растут. Как было отмечено выше, базовая программа ОМС покрывает лишь 57% минимальных потребностей социальных категорий населения, которые нуждаются в бесплатном лечении. И для решения проблем со здоровьем, чтобы выжить они должны самостоятельно оплачивать медицинские услуги. Как показывает практика, этот процесс стихийный и бессистемный. Нет продуманной и объективно обусловленной стратегической программы замены бесплатных услуг на платные. Поэтому встретить что-то подобное в официальных или законодательных материалах не приходится. Несмотря на это, она реально существует.

Связь видится в существовании старых прецедентов. Датированные еще 2008 г., некоторые расценки ниже себестоимости затрат на препаратные процедуры. Например, это касается рентгена и развернутого анализа крови. Так в городе Таласе рентген работает только для стационара и стоит 50 сом. Цены на анализы не покрывают затраты. Технология старая, томографии нет. Ультразвук стоит 25 сом, обследование желчного пузыря и печени – 38 сом, прокол гайморовой пазухи – 64 сом, вскрытие паратонзиллярного абсцесса – 47 сом. А в частной клинике только общий анализ крови стоит 160-300 сом. Исследование методом анкетирования показало, что пациент, обратившийся в лечебное заведение по поводу хирургической операции, зачастую вносит, кроме сооплаты, дополнительные средства. Среди опрошенных по этому поводу высказалось 26,9% пациентов. Этим можно объяснить, почему многие высказываются за легализацию дополнительно вносимых средств. Из обследованных пациентов за легальную оплату медицинской помощи высказалось 70,2% [Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР. Проект КТУ «Манас»].

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 24 бесплатных медицинских услуг по Программе государственных гарантий. И 41,2% пациентов считают, что гарантировать качественное лечение можно только путем оплаты медицинских услуг. В настоящее время одни и те же медицинские работники и на одном и том же оборудовании оказывают и платные, и бесплатные услуги. В этих условиях не обойтись без нарушений и теневых доходов в системе здравоохранения.

Из числа опрошенных пациентов 58% считают, что качественное лечение можно получить только путем оплаты лечения, и 28,6% опрошенных пациентов оплачивают медицинские услуги в руки врачам [Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР. Проект КТУ «Манас» 2014г.]. 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 [Джапарова, Д. Мотивация труда медицинских работников

в Кыргызстане – путь повышения качества медицинских услуг, 2016г.]. Высказывая свою позицию в этом вопросе, отметим, что не считаем взяткой платежи, которые попадают в руки врача по неформальным каналам. В системе финансирования здравоохранения не разработан регулирующий механизм. Мы не можем отменить неофициальные платежи, которые в этих условиях дополняют рыночную цену. И это никем не регулируется. Значит, правы те, кто требует легализовать эти дополнительные платежи. Тем самым они будут на виду, и их можно будет регулировать. Специальные средства, или поступления от платных услуг, должны стать источником собственного фонда поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения доходов работников, предоставляющих медицинские услуги. А пока эти средства, как дополнительный взнос за оказанную медицинскую услугу (это может быть плата за медицинские препараты, презенты доктору и его помощникам, денежные средства за операционное вмешательство) поступают, минуя кассу.

Территории	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 к 2009 в %
г. Бишкек	32,1	33,8	42,0	63,8	95,8	287,6	244,0	254,4	792,5
Области									
Чуйская	10,1	13,1	16,2	19,6	26,0	33,7	49,0	66,7	660,4
Ошская	15,3	28,3	39,0	51,5	56,5	62,4	101,4	119,0	777,7
Баткенская	2,0	3,2	5,8	6,5	8,5	21,2	17,6	29,4	1470
Джалал-Абад.	5,6	7,7	9,2	10,9	16,6	30,8	50,0	87,0	1554
Иссык-Куль.	5,5	6,4	7,8	10,3	14,8	19,7	47,5	31,2	567,3
Нарынская	1,3	1,6	2,3	3,4	4,0	7,6	15,9	19,2	1477
Таласская	0,6	0,9	1,0	2,0	3,2	3,8	6,7	23,5	3926
Всего	73,0	95,0	123,3	168,0	225,4	466,8	532,1	630,4	863,6

Таблица 4– Поступление специальных средств в систему здравоохранения Кыргызской Республики в разрезе территорий за 2009-2016 гг. (млн. сом.) **Источник:** Данные ФОМС КР за 2009-2016гг.

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 (табл. 2.8). Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышает 6%. Это значит, что значительная часть платы за услуги приобретает форму «неформальных платежей».

Поступление по регионам неравномерное. Наиболее высокий рост наблюдается в Таласской (в 39,5 раза), Баткенской (14,7 раза) и Ошской (7,8 раза) областях (см. табл. 2.8). В г. Бишкеке, Чуйской и Иссык-Кульской областях темпы роста поступлений спецсредств примерно одинаковые.

Это можно объяснить тем, что ввиду отсутствия технологии лечения и диагностики в регионах, больные вынуждены ехать в столицу или в областные центры и производить оплату медицинских услуг. Рассмотрим направления расходования спецсредств по поставщикам медицинских услуг по статьям затрат. Как видно из табл. 2.9, спецсредства медицинских учреждений возросли в целом более чем в 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 гг. рост финансирования за счет специальных средств основных статей расходов, как расходов на медикаменты, составляет 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, доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств используется для лечения и питания в стационарах.

В рамках базовой программы ОМС оказывается и помощь на уровне поликлиник, служб скорой помощи и профилактики. Это первичный уровень медицинской помощи. Согласно экспертизе качества медицинских услуг на первичном уровне, дефекты лечения составили 46,4%. Для выяснения причин рассмотрим структуру и динамику расходов Программы госгарантий по поставщикам медицинских услуг.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Удельный вес ПГТ по поставщикам медицинских услуг, %									
Стационарная помощь	60,4	58,1	60,0	61,1	76	70	71	71	+10.6
Амбулаторная помощь	39,6	41,9	40,0	38,9	24	30	29	29	-10.6
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	-

Таблица 5 – Динамика и структура расходов Программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг за 2009-2016 гг. **Источник:** Данные ФОМС КР за 2009-2016 гг.

Из табл. 3.5 видно, что 71% средств Программы государственных гарантий направляется на оказание стационарной помощи, которая увеличилась в 2016 г. по сравнению с 2009 г. на 10,6%, напротив, расходы на амбулаторную помощь сократились на ту же сумму. И за последние годы продолжается тенденция преимущественного финансирования стационарного лечения по сравнению с оказанием первичной санитарно-профилактической помощи населению. Напомним, что для всех регионов с 2010 г. были введены единые нормативы финансирования [57]. Это касается учреждений первичной медико-санитарной помощи. Норматив на душу населения – это средний расчетный показатель. Он рассчитывается на одного обслуживаемого или прикрепленного жителя. Поправочные коэффициенты корректируются.

3 Выводы

Человеческий фактор является основной производительной силой и главным ресурсом страны, поэтому необходимо пересмотреть приоритет сферы здравоохранения и увеличить средства, выделяемые государством.

Необходимо пересмотреть объем финансирования из республиканского бюджета для лечения граждан, достигших пенсионного возраста, детей, не достигших 16 лет, граждан, живущих на социальные пособия. Чтобы было соответствие государственных гарантий их реальному финансированию, необходимо конкретизировать виды бесплатной медицинской помощи в рамках госгарантий и платных медицинских услуг.

Наличие теневого рынка медицинских услуг говорит о том, что рыночный механизм развивается, однако без государственного регулирования. Неофициальная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене медицинских услуг, что невозможно отменить или уничтожить.

Необходимо регулировать процесс замены бесплатной помощи на платные услуги, сейчас он стихийный. Следует разработать новые 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 и их использование должно быть прозрачным, что повысит ответственность и заинтересованность врачей и руководителей организаций здравоохранения.

Литература

- Джапарова, Д. Мотивация труда медицинских работников в Кыргызстане – путь повышения качества медицинских услуг / Д. Джапарова // Economics. – М., 2016. – №9 (18). – С. 14-20.
- Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР. Проект КТУ «Манас» № 2013.SOB.08 / Д. Джапарова, Д. Ч. Бектенова. – Бишкек, 2014.
- Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана) Экономика здравоохранения. 2000.- № 2/3.- С. 18-20
- Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы // <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/57155?cl=ru-ru>.
- Необходимо неотлагательно остановить отток семейных врачей. <http://zdorovie.akipress.org/news:21995>
- Отчет об итогах деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2017 год [Текст]. – Бишкек: ФОМС при Правительстве КР, 2018.
- Отчеты об итогах деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2009-2016 гг. Бишкек: ФОМС при Правительстве КР, 2017.
- Шейман И.М. Экономика здравоохранения / 2000. N 6. с. 47 -55.