Анализ практики финансирования государственной системы здравоохранения в КР

Analysis of Financing Practice of the State Healthcare System in the Kyrgyz Republic

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

Abstract

Health care in the Kyrgyz Republic is financed from the following sources: the national budget, the funds of the Compulsory Health Insurance Fund and the local budget of the city of Bishkek, as well as co-payments of patients. Financial resources received from the state budget to finance the State Guarantee Program do not meet its real needs. The Kyrgyz Republic maintains a residual principle of health financing. Finding potential sources of resources for health and identifying ways to distribute and use them effectively requires better funding for public health organizations. In this regard, it is relevant to develop a mechanism to attract additional sources of funding and their effective use. The article assesses the sources of funding for public health organizations and examines potential sources of the public health system.

1 Введение

Здравоохранение в Кыргызской республике финансируется из следующих источников: республиканский бюджет, средства Фонда обязательного медицинского страхования и местного бюджета города Бишкек, а также сооплаты пациентов. Финансовые ресурсы, поступившие из государственного бюджета для финансирования Программы госгарантий не соответствуют реальным ее потребностям. В Кыргызской Республике сохраняется остаточный принцип финансирования здравоохранения. Поиск потенциальных источников ресурсов для здравоохранения и определение путей эффективного их распределения и использования требуют совершенствования финансирования государственных организаций здравоохранения. В связи с этим является актуальной разработка механизма привлечения дополнительных источников финансирования и результативного их использования. В статье дается оценка источникам финансирования государственных организаций здравоохранения и рассматриваются потенциальные источники государственной системы здравоохранения.

Сектор здравоохранения не выдержал испытания, связанного с охватившей планету пандемией коронавируса. Обострились многие проблемы, которые нарастали еще задолго до пандемии, в том числе кадровая, инфраструктурного порядка, обеспечения безопасности и качества услуг здравоохранения. Реальная ситуация, выразившаяся в показателях высокой смертности от COVID-19 и заболеваемости среди медиков, свидетельствует о серьезных системных проблемах в сфере здравоохранения. Прежде всего они связаны с недообеспечением отрасли финансовыми ресурсами и отсутствием эффективного управления и организации медицинской помощи и на амбулаторно-поликлиническом, и стационарном уровне. Финансовая поддержка отрасли в основе своей многоканальна, однако количество источников финансирования не обеспечивает объем, соответствующий потребностям отрасли.

Усугубляет положение наличие остаточного принципа финансирования медицинской сферы в республике. Возникает потребность в дополнительных источниках финансирования и рациональном использовании поступающих средств, правильном их распределении среди государственных организаций здравоохранения. Перед исследователями ставится задача – поиск дополнительных источников финансирования, создание механизма их привлечения, рационального распределения и эффективного использования.

2 Источники финансирования

Финансирование здравоохранения, находящегося на государственном обеспечении, осуществляется преимущественно из государственного бюджета – главного источника финансовых ресурсов для обеспечения потребностей данной социальной сферы. На поддержку государственных лечебных организаций направляются также средства Фонда обязательного медицинского страхования, местного бюджета столицы республики города Бишкека, и значительную часть финансов составляют средства граждан, участвующих в сооплате с медицинскими учреждениями за оказанные услуги (табл. 1).

Несмотря на то, что за период 2009-2019 гг. по данным анализа источников средств Единого плательщика финансовые ресурсы системы здравоохранения значительно выросли (с 4008,3 млн. сом. в 2009 г. до 15720,5 млн. сом. в 2019 г.), доля государственных расходов на здравоохранение в бюджете страны по-

прежнему не удовлетворяет потребностям отрасли, и в процентном выражении составляет 8,7 (рис. 1), поскольку сохраняется остаточный принцип финансирования.

	2009	2011	2013	2015	2016	2018	2019	2019 г. в % к 2009 г.
Республиканский бюджет	4008,3	6056,7	8481	8551,9	9081,8	10466,7	11129,2	277,7
ФОМС	765,4	1062,2	1390	1855,7	1916,0	2328,4	2388,3	304,2
Частные	333,8	434,5	660,3	924,1	1328,5	1784,3	2213	662,9
Всего	5107,5	7553,4	10532	115590,9	12326,5	4579,4	15720,5	307,8

Таблица 1. Динамика общих расходов здравоохранения Кыргызской Республики (млн. сом.) **Источник:** Таблица рассчитана по данным МЗ КР за 2009-2019 гг.

Рис. 1. Расходы государственного бюджета Кыргызской Республики на здравоохранение (млн. сом.)

Источник: Данные Национального статистического комитета, 2020.

Как следует из анализа источников бюджета Единого плательщика, доля поступлений из республиканского бюджета за это десятилетие увеличилась всего на 0,1% (табл. 2). Акцентируем внимание на том, что в течение рассматриваемого десятилетия увеличилось количество граждан, которым выплачивается пособие по социальным показаниям: дети, пенсионеры и другие категории людей, нуждающихся в государственной поддержке. Однако рост количества этих категорий граждан не повлиял на объемы финансирования выплачиваемых им пособий.

Вместе с тем возросли реальные потребности данной категории населения, и можно говорить о возникшем несоответствии между потребностями и возможностями их финансирования. Наблюдается расхождение между заявленной в Программе госгарантий бесплатной услугой населению в виде приема и консультации врача-специалиста, профилактических мер и вакцинации, имеется в виду население, приписанное к той или иной поликлинике, и реальным положением дел. В связи с этим должны быть четко прописаны виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно, на основе бюджетных средств. И поскольку на меры профилактики деньги не предусмотрены, эти услуги надо признать существующими формально на бумаге.

Основные источники	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2019	2019 г. в % к 2009 г.
Бюджет	2,0	1,9	2,1	2,8	2,6	2,1	2,02	2,1	+0,1
ФОМС	0,38	0,35	0,37	0,45	0,43	0,37	0,39	0,47	+0,09
Частные	0,16	0,16	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9	0,43	+0,27
Всего	2,54	2,41	2,62	3,45	3,23	2,67	3,31	3,0	+0,46

Таблица 2. Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП (%) **Источник:** Таблица рассчитана и составлена по данным МЗ КР за 2009-2019 гг.

Остаются неохваченными Программой госгарантий граждане, потерявшие работу, и студенческая молодежь. И эта категория населения, которой не может быть предоставлена медицинская помощь за счет государства, составляет значительную часть (табл. 3). А ведь эти граждане через определенное время могут занять свое место на рынке труда и от качества этого трудового ресурса будет зависеть развитие производственных предприятий, представляющих реальный сектор экономики. По данным табл. 3 недофинансирована медицинская помощь и такой социально уязвимой категории людей, как пенсионеры и дети, находящиеся на лечении в стационарах.

Следствием остаточного принцип финансирования является слабая материально-техническая база учреждений системы здравоохранения. Здесь и отсутствие средств на проведение капитального ремонта, и проблемы, связанные с государственными закупками лекарственных средств, оборудования, товаров и услуг. Эта причина лежит в основе неудовлетворительного качества оказываемых медицинских услуг, имеются в виду услуги, оказываемые бесплатно по Программе госгарантий. И еще раз подчеркнем необходимость конкретизации в Программе помощи, оказываемой на основе средств госбюджета, и указания тех видов услуг, на финансирование которых у государства нет средств, и их должны оплачивать пациенты сами.

л	Профинансировано	Потребность в стационарном лечении	Отклонение
Безработные	2,6	7,4	-4,8
Лица, получающие соц. пособия	9,4	133,2	-123,8
Студенты	20,9	51,4	-30,5
Военнослужащие	0,4	3,9	-3,5
Пенсионеры	73,4	421,9	-348,5
Дети	322,9	1 227,6	-904,7
Итого по бюджету	429,6	1 945,4	-1 415,8

Таблица 3. Информация о финансировании на ОМС социально уязвимых категорий населения из бюджета Фонда ОМС на 2019 г. (тыс. сом.). **Источник:** Таблица составлена по данным ФОМС КР за 2019 г.

Для получения бесплатных услуг, к каковым относятся, например, лабораторные и диагностические исследования, пациент должен получить врачебное направление. Если говорить о реальной ситуации, то сплошь и рядом пациенты обращаются за лабораторными исследованиями в частные медицинские центры и лаборатории. А предусмотренные на этот вид услуг деньги используются не по назначению. Есть еще один недоработанный аспект, касающийся восстановительных и физиотерапевтических процедур. Если гражданин застрахован, то они ему предоставляются бесплатно. Незастрахованные граждане пользуются прейскурантом цен. Но при этом не оговаривается субъект оказания данной бесплатной помощи. Не отрегулирован также порядок обслуживания в центрах семейной медицины (ЦСМ) и группах семейных врачей (ГСВ) не приписанных к ним граждан. Если не приписан, то оплачивай услуги по прейскуранту цен, несмотря на право на льготы. Отмечается и такой момент, как отсутствие доступа к новым ценам. Следует обратить внимание и на нерациональное использование имеющихся средств при их острой нехватке. В соответствии с отчетными данными по статье доходов Единого плательщика на начало 2019 г. остаток неиспользованных средств составил 1065,8 млн. сом. Объяснения Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) сводятся к задержкам поступления денежных средств из республиканского бюджета, от платных услуг и страховых взносов из Соцфонда КР.

3 Финансовое обеспечение здравоохранения в рамках обязательного медицинского страхования

Изначально в систему обязательного медицинского страхования Кыргызской Республики закладывалась модель страхования. Но в процессе ее реализации произошли функциональные изменения: акцент был сделан на перераспределение поступающих от налоговых органов Социального фонда денежных средств в виде налогов и страховых взносов. И на это есть объективные причины. Система обязательного медицинского страхования Кыргызской Республики не предусматривает соответствующие формы и механизмы экономического характера, позволяющие потребителя медицинских услуг ввести в страховые отношения. При более глубоком исследовании национальной системы ОМС выявлено, что в ней отсутствуют такие понятия, как страховой случай и риск. Во главу угла ставится количественный фактор, а не страховые принципы. Опираясь на некоторые источники (Ломская Т., Ведомости, М., 2019), определяем, какие при этом вводятся показатели: стоимостная характеристика отдельной услуги, амбулаторное посещение, койко-дни.

На основе проведенного опроса застрахованных пациентов было выявлено, что 63% из них, находящихся на лечении в стационаре, не владеют информацией о Программе государственных гарантий и обязательного медицинского страхования, согласно которой существуют бесплатные медицинские услуги. А сами пациенты, наряду с положенной им бесплатной медицинской помощью, вступают во внесистемные отношения с лечащим персоналом, то есть вносят неофициальную плату за оказываемые услуги (Джапарова, 2014 г.).

Изучение статистических данных по динамике доходов Единого плательщика (средства, поступающие от системы обязательного медицинского страхования) свидетельствует о сокращении их удельного веса (на 1,1%) за период 2009-2019 гг. в общих расходах системы здравоохранения Кыргызской Республики. Объяснение находим в крайней ограниченности действительных источников ОМС. К этому добавляется и низкий процент (2%) нормы страховых взносов от фонда заработной платы работодателя. По данным Улумбекова (2019), в России он значительно выше – работодатель вносит 5,1% фонда оплаты труда. Можно обеспечить и более полный охват коммерческих структур и большую их заинтересованность, если внедрить персонифицированный учет средств, поступающих от системы ОМС и обеспечить прозрачность счетов страхования.

Можно расширить источники финансирования здравоохранения Кыргызской Республики за счет обязательного страхования иностранцев. Тем более уже реализуется одна из форм посредством полисов, предоставляемых иностранным гражданам, которая не столь популярна среди них из-за негарантированного качества предоставляемых медицинских услуг.

Явными преимуществами обладает накопительная система, которая отсутствует в ФОМС. У накопительной системы есть определенная мотивация быть в числе застрахованных. При ее отсутствии неработающий человек выбывает из системы страхования. С потерей работы он теряет и страховку. Нужна иная система – гибкая, дифференцированная, учитывающая сферу, в которой занят индивид, обеспечивающая прозрачность и доступность счетов для застрахованного.

4 Платные медицинские услуги

Изучение ситуации, сложившейся с внедрением платных медицинских услуг, свидетельствует об отсутствии продуманной, стратегически обусловленной программы в решении данной проблемы. Поскольку базовая программа ОМС обеспечивает лишь наполовину (57%) минимальные потребности категорий граждан, нуждающихся в бесплатном лечении, то они вынуждены тратить личные средства на поддержание здоровья. Однако замена бесплатных медицинских услуг на платные лишена какой-либо организованности и носит стихийный, бессистемный характер.

Вот ситуация с прецедентами цен. Используются старые, датируемые еще 2008 г. И получается, что расценки на услуги ниже себестоимости препаратных процедур. В качестве примера можно привести услуги рентгена и развернутый анализ крови. Рентген в ЦСМ № 12 города Бишкек 150 сом, в частной поликлинике Юрфа 2600 сом.

Проводился опрос пациентов, которым было назначено хирургическое вмешательство. Анализ анкет показал, что пациенты, наряду с сооплатой, вносили так называемые неофициальные доплаты. Процент таких пациентов составил 26,9. При этом многие (70,2%) вносили предложения о легализации этих дополнительных средств.

Рис. 2. Средства фонда обязательного медицинского страхования за 2019 г. **Источник:** Составлен по данным ФОМС КР за 2019 г.

Более 50% анкетированных убеждены в том, что качество лечения зависит от его оплаты. Этим объясняются повсеместные доплаты к сумме, внесенной за медицинские услуги через кассу. Приведем статистику анкетирования: 28,6% опрошенных пациентов оплачивают услуги врача непосредственно ему в руки. Каков же удельный вес сооплаты и официальной оплаты медицинских услуг? Заметим, что эти средства поступают в доход Единого плательщика и составляют всего 10,8%. Делаем вывод, что персонал получает основную плату за оказанные услуги в виде неофициальных платежей.

Наше мнение по поводу неофициальных платежей заключается в следующем. Неформальный канал денежных выплат медицинскому персоналу нельзя считать взяткой. По существу, это средства, дополняющие рыночную цену услуги. Отсюда и возникает вопрос о легализации средств, поступающих неофициальным путем. Поскольку мы не можем этот канал закрыть, тогда нам надо разработать механизм его легализации и регулирования. Ведь сейчас поступление этих средств скрыто и никем не регулируется.

Поступления от платных услуг составляют специальные средства. Эти средства должны пополнять фонд, являющийся собственным фондом лечебного учреждения (больницы или поликлиники). Объективно назначение этих средств – служить источником повышения оплаты труда медицинских работников. И поскольку механизм поступления и распределения этих средств не отрегулирован, они и выплачиваются, и распределяются стихийно. Ими могут оплатить стоимость медицинского препарата, предоставить в качестве подарка или денежной суммы за успешно проведенную операцию. И все эти выплаты осуществляются не через кассу.

Несмотря на рост специальных средств, выплачиваемых медицинским учреждениям за оказываемые ими платные услуги, доля их в бюджете системы здравоохранения невелика. В 2019 г. по данным Министерства здравоохранения КР она составила 3,57%. Сопоставляя статистические данные, можно говорить о значительной доле в оплате медицинских услуг неофициальных платежей.

В региональном разрезе поступления характеризуются неравномерностью. По данным табл. 5 значительная часть поступлений специальных средств отмечается в Таласской области, где их рост составил 39,5 раза. Далее следуют: Баткенская – 14,7 раза, Ошская – 7,8 раза. В других регионах, а это Чуйская, Иссык-Кульская области и город Бишкек, поступления характеризуются практически одинаковыми темпами роста.

Причины невысокой статистики по некоторым регионам кроются в низком уровне предоставления медицинских услуг, необеспеченности материально-технической базой. Поэтому пациенты чаще обращаются в медицинские учреждения столицы республики г. Бишкека и областные центры.

В табл. 5 представлены данные о поступлениях спецсредств в региональном разрезе за период 2009-2016 гг. Как было отмечено выше, существующие тарифы устарели и не охватывают все виды медицинских услуг, которые реально оплачиваются неформально. За период с 2016 по 2019 г. мы можем видеть, как снижалась доля застрахованных граждан страны – соответственно с 76 до 69%.

Категория граждан	2012		2013		2015		2019	
	тыс.чел.	%	тыс.чел.	%	тыс.чел.	%	тыс.чел.	%
Работающие	1146,3	27,7	806,6	20,1	782,2	19,2	946,8	15,4
Пенсионеры	521,1	12,6	533,0	13,1	522,7	13	557,1	9,1
Дети до 16 лет	1779,6	43,0	1768,8	44,0	1872,1	45,6	2102,7	34,3
Дети от 16 до 18 лет (школьники)	216,3	5,2	208,8	5,2	201,7	4,9	199,2	3,2
Фермеры	389,4	9,4	606,3	15,1	583,5	14,2	766,6	12,5
Лица, получающие соц. пособия	77,5	1,9	83,4	2,1	87,2	2,1	67,3	1,1
Лица, самостоятельно приобретшие полис ОМС	4,9	0,2	8,7	0,2	38,5	0,9	8,5	0,1
Беженцы, за которых поступают средства из УВКБ ООН	0,2	0,0003	0,1	0,003	0,2	0,01	0,2	0,01
Военнослужащие	2,6	0,06	2,5	0,06	2,5	0,06	4,3	0,1
Всего			4018,2	100	4105,2	100	6 138,9	100

Таблица 4. Структура и динамика застрахованных граждан в КР за 2012-2019 гг. Источник:
Составлена по данным ФОМС КР за 2012-2019 гг.

Одна из причин заключается в увеличении количества мигрантов из числа работоспособных граждан, выехавших за границу в поисках работы и более высоких заработков.

Рассмотрим данные табл. 4, согласно которым произошли изменения в структуре и динамике застрахованных граждан. Наибольшая часть страховых взносов всегда поступала от работодателей, однако со снижением доли работающих граждан (в 2012 г. – 27,7%, в 2019 г. – 15,4%) этот показатель также уменьшился. Причина видится в отсутствии мотивации у работодателя в отчислении средств в Фонд ОМС, ведь он не имеет представления о том, как расходуются перечисляемые им деньги.

Среди участников страхования, а это преимущественно лица, потребляющие средства ОМС, большую долю представляют дети возрастной категории до 16 лет. В процентном отношении их доля составила в 2019 г. 34,3%. Далее идут фермеры – 12,5% и пенсионеры – 9,1%. Надо заметить, что некоторые работники коммерческой сферы с высокими доходами не вовлечены в систему ОМС. И лишь малую долю страховых взносов предоставляют фермеры и частные предприниматели.

Самая большая часть населения Кыргызстана – сельские жители (70%) – также не отчисляет средства в ФОМС из-за отсутствия основного места работы. И это большое упущение, так как низкий уровень жизни сельского населения – это главная угроза его здоровью по сравнению с городскими жителями. К этой категории риска можно отнести также учащиеся профессиональных учебных заведений, студентов. То есть как безработные они лишены источников лечения за счет государственных средств.

Подытоживая, отметим, что проблема низких доходов в системе медицинского страхования обусловлена существованием бюджетно-страховой системы финансирования. Для ее решения необходимо сосредоточиться на страховом принципе финансирования здравоохранения и обеспечить прозрачность счетов страхования.

5 Сооплата.

Кроме средств, получаемых медицинскими учреждениями, входящими в систему Единого плательщика, по Программе государственных гарантий, существует дополнительный источник финансирования в виде сооплаты. Сооплата представляет средства граждан, которые вносит пациент за оказанные ему медицинские услуги в амбулаторных условиях и стационаре. Важной особенностью сооплаты является то, что она не облагается налогом и не изымается в госбюджет.

Размер сооплаты зависит от вида оказываемой услуги. В условиях стационара она предусмотрена за хирургические и терапевтические услуги, а размер сооплаты определен Программой госгарантий, утвержденной в 2015 г. В амбулаторных условиях граждане участвуют в сооплате лабораторных и диагностических исследований, которые осуществляются центрами семейной медицины, центрами общеврачебной практики, амбулаторно-диагностическими отделениями стационаров широкого профиля, консультационно-диагностическими отделениями третичного уровня. Исключение составляют базовые и диагностические исследования, которые предоставляются бесплатно, в соответствии с Программой госгарантий.

Сооплата во многих странах является своего рода ограничителем безмерного потребления. Ведь пациент становится участником выплат за оказанные услуги системы здравоохранения наряду со страховыми средствами. Выплата осуществляется за каждую предоставленную потребителю услугу и относится к дополнительным источникам финансирования поставщиков медицинских услуг.

Финансовые стороны договариваются о схеме оплаты. Известны три такие схемы. Первая представляет собой удержание, вторая – сострахование, третья – соучастие. У каждой есть свои особенности. Страны Запада наиболее склонны к различного вида соплатежам, поскольку имеют высокий уровень общественного здравоохранения. Соответственно с уровнем развития здравоохранения устанавливается, и сумма соплатежа. В Швеции ее считают чисто символической, а во Франции – высокой. В Кыргызстане, как и в России принят «натуральный соплатеж». Он не закреплен никаким законом и отличается самообеспечением: лекарствами, питанием, постельными принадлежностями, палатной одеждой, посудой (Шейман, 2009).

Во многих странах используется принцип сооплаты в системе обязательного медицинского страхования, когда не только работодатель, но и застрахованное население участвует в этом процессе, внося часть платежа. Обратимся снова к опыту Швеции. Здесь государство активно участвует в финансировании здравоохранения, являясь главным источником средств, расходуемых на медицину. Однако и вносимая населением доля в виде соплатежа немалая – 10%. В одном из источников (Экономика здравоохранения, 2018) приводятся статистические данные расходов населения на услуги здравоохранения Швеции. Визит к врачу обходится среднестатистическому шведу в 100-300 шведских крон, лечение в стационаре – 80 крон в день. Для молодежи предусмотрены некоторые льготы. Речь идет о молодых людях, не достигших 20-летнего возраста. Им предоставляются бесплатные услуги стоматолога, а взрослому – компенсация. Предусматривается скидка, например, на потраченные вначале 700 крон, она составляет 35-70%, в

зависимости от стоимости всего лечения. На приобретение лекарств выделяется ограничительная сумма, рассчитанная на год, например, 100 долл. США. При этом лекарства на эту сумму покупаются из собственных средств. Далее действует дотационная система, и здесь все зависит от величины расходуемых средств.

Выше мы называли три типа сооплаты. Прокомментируем каждый из них.

Первый тип называется удержание. Определенная (не вся) сумма в виде наличных денег выплачивается заранее, еще до того момента, как начал действовать механизм страхования и оказания необходимых медицинских услуг. Тем самым он покрывает сумму, которая будет потрачена на лечение в течение года в стационаре или амбулаторно. Она может составлять 50 долл. как первоначальная сумма.

Соучастие в оплате услуг относится ко второму типу. Выплачивается она один раз, каждый раз, как оказывается медицинская услуга пациенту. Предположим, пациенту выписали рецепт, и он платит за него тут же, например, 5 долл.

Сострахование – это третий тип оплаты, сумму которой, точнее процент от предполагаемой суммы, пациент устанавливает сам. Это могут быть 20% от общей суммы стоимости лечения.

Рассмотренные нами типы представляют дополнительный источник финансирования различного уровня услуг. Возможна оплата медикаментов, или средств оптики, или услуг врача, стационара. Учитывается также категория населения для определения уровня сооплаты в целях защиты социально уязвимых граждан, пациентов, пораженных тяжело протекающим хроническим недугом. Берутся во внимание реальные затраты, чтобы при определении размера сооплаты не выходить за их уровень. Пациент должен иметь доступ к информации о направленности средств сооплаты, то есть за что они вносятся.

Нельзя назвать принцип, на основе которого определяется размер сооплаты, научно обоснованным. Было опрошено население Иссык-Кульской области. Цель опроса – получить данные о расходах семьи на медицинские услуги, затрачиваемые в течение года. Определен средний размер затрат, составивший основу сооплаты – 1200 сом. Выявлено, что он не соответствует реальным затратам на конкретного пациента и вид его заболевания, а исходит из потребностей здравоохранения в финансовых ресурсах. Тем более, что это положение сформулировано в документе – «Положение о порядке сооплаты населением медикаментов» (Положение о сооплате за медицинские услуги КР, 2015).

Конечно, при таком подходе определить какие-либо критерии установления размера сооплаты и реальных затрат на лечение каждого пациента становится сложной задачей. Вот данные 2019 г.: размер сооплаты не превышал 4%. Внимательный взгляд на используемую на практике методику показывает, что в действительности нет никакой государственной поддержки, а есть поддержка пациентами друг друга – расходы одного покрываются за счет другого пациента. И было бы более правильно пациенту брать на себя оплату части расходов на медицинские услуги. Средства сооплаты являются источником финансирования консолидированного бюджета системы Единого плательщика Кыргызской Республики и накапливаются в этом фонде. На основании отчетов, предоставляемых больничными учреждениями, рассматривается количество пролеченных случаев за прошедший год.

Источники финанси-рования	2009	2011	2012	2014	2016	2018	2019	2019 г. в % к 2009 г.
Республикан-ский бюджет	4008,3	6056,7	7920	8177,1	9081,8	10466,7	10 739,2	303,1
ФОМС	765,4	1062,2	1210	1856,8	1916,0	2 328,4	2 320,0	276,9
Средства сооплаты	260,8	311,2	370,4	1842,5	1916,0	550,3	551,7	211,5
Специальные средства	73,0	123,3	168,0	434,9	480,6	873,1	543,6	744,7
Всего	5107,5	7553,4	9668,4	10875,8	12326,5	14218,5	14154,5	277,1

Таблица 6. Динамика источников финансирования консолидированного бюджета системы Единого плательщика КР за 2009-2019 гг. (млн. сом.). **Источник:** Рассчитана по данным ФОМС КР.

Этот показатель служит критерием при распределении средств сооплаты по стационарам, и каждое больничное учреждение получает свою долю. По данным табл. 6 за период 2009-2016 гг. объем средств сооплаты увеличился в номинальном выражении в 2,8 раза, а в процентном – уменьшился. Например, в 2019 г. удельный вес сооплаты снизился до уровня 3,6%, тогда как в 2009 г. он составлял 5,1%. Используется дифференцированный подход при определении размера сооплаты больными, поступающими на стационарное лечение, при этом за рассматриваемый период он не изменился. В

Положении о сооплате (2011 г.) зафиксированы размеры сооплаты: минимальный размер (330 сом. в терапевтическое отделение и 430 сом. в хирургическое) определен для граждан, достигших 70 лет,

ветеранов труда и тех, кто получает социальное пособие; средний уровень сооплаты (840 сом./1090 сом. соответственно для терапевтического и хирургического отделений) определен для застрахованных пациентов, к которым относятся дети старше 5 лет, работающие граждане, фермеры и члены хозяйств фермеров, обладатели полиса ОМС, поступающие в городские, районные и областные больницы, в республиканских организациях и национальных центрах уровень сооплаты выше – 1160 сом./1510 сом. И последний, максимальный уровень сооплаты установлен для всех остальных пациентов: в стационары города и района – 2650 сом. /3440 сом., республиканские организации и национальные центры – 2980 сом./3870 сом.

Размер сооплаты является предметом обсуждения заинтересованных лиц. И здесь мнения разделились. Одни спорят по поводу ее размера, другие высказываются более категорично, предлагая вообще отменить эти платежи.

Первое мнение является преобладающим, и спор идет по поводу того, что за рассматриваемый период повысилась стоимость медицинских услуг, а размер сооплаты остается неизменным с 2002 г., и поскольку соплата является частью этих услуг, то ее размер также должен быть увеличен до уровня 50-300% (Учкempiрова, 2011). Сторонники отмены сооплаты приводят аргумент в отношении того, что соплата себя дискредитировала. Она вводилась с целью легализации выплат, являвшихся неформальными. А на деле получается, что пациенты помимо вносимых средств сооплаты, покупают лекарства и некоторые медицинские принадлежности, и плюс к этому дарят подарки или деньги врачу (Мамбетов, 2011).

Поступление средств сооплаты от граждан, проживающих в регионах страны, отличается неравномерностью. Анализ данного показателя в региональном разрезе представлен в табл. 7. Видим, что за период 2009-2016 гг. общий объем сооплаты увеличился в 2,3 раза. А по отдельным регионам сложилась следующая картина: лидирует Бишкек (2,9 раза), причина видится в притоке пациентов, не имеющих медицинской страховки, в столицу республики.

Самый низкий показатель отмечен в Баткенской области (1,4 раза), отстающей по материально-технической оснащенности учреждений здравоохранения. Поэтому жители области обращаются за медицинской помощью в областные учреждения г. Оша, где предлагаются более совершенные технологии оказания медицинских услуг

Общий по регионам показатель поступления средств сооплаты в 2016 г. показывает рост – 433,8 млн. сом. а в 2009 г. – 188,5 млн. сом. На увеличение этого показателя повлиял приток заболевших в больницы г. Бишкека и крупных областных центров.

Отмечен такой существенный недостаток рассматриваемого нами вида платежа, как расходование средств пациента за одну и ту же услугу не один, а несколько раз, при этом гарантии на полное выздоровление ему никто не дает.

Немало представителей системы здравоохранения, особенно руководящего состава, высказывается не в пользу сооплаты, аргументируя тем, что пациенту приходится затрачивать свои средств сверх сооплаты и на приобретение лекарств, медицинских принадлежностей, подарков медицинскому персоналу.

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-ская	18,8	14.5	22.0	32.0	22,4	20,9	22,0	26,3	139,9
Джалал-Абадская	24,9	27.9	37.7	49.1	42,6	43,0	39,9	45,6	183,1
Иссык-Кульская	13,9	17.8	22.2	28.5	23,9	24,6	24,2	28,5	205,0
Нарынская	5,9	7.6	9.2	12.8	10,1	11,3	11,8	15,5	262,7
Таласская	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 7. Поступление средств сооплаты в разрезе регионов за 2009-2016 гг. (млн. сом.) **Источник:** Рассчитана по данным ФОМС КР.

По нашим наблюдениям, нет необходимости использовать фиксированные соплатежи. Лучше обратиться к турецкому опыту, положительно себя зарекомендовавшему на практике. Соплата должна быть дифференцированной, направленной на обеспечение лекарственными препаратами. Пациент при этом

должен вносить лишь часть стоимости лекарств. Должны браться во внимание реальные затраты на лечение каждого больного и было бы полное представление о том, что оплачивает пациент.

6 Выводы

Объем средств республиканского бюджета, направляемых на восстановление здоровья таких категорий граждан, как пенсионеры, дети в возрасте до 16 лет, лица, получающие социальные пособия, должен быть пересмотрен в сторону увеличения. При решении вопроса о вовлечении работников коммерческих структур в систему обязательного медицинского страхования следует учитывать факт их личной заинтересованности в этой акции.

Учет средств ОМС должен быть персонифицирован.

В поисках новых источников финансирования здравоохранения необходимо

Учитывая недостатки действующей системы страхования, в целях ее совершенствования следует придать ей большую гибкость, обеспечить дифференцированный подход к гражданам с учетом вида деятельности, возрастной категории, социального статуса, доступность и прозрачность.

С вхождением в рыночные отношения меняются и представления о том, что считать взяткой в отношениях между врачом и пациентом. Поступление денежных средств по неофициальным каналам не обеспечено рыночным регулирующим механизмом. Необходимо легализовать эти средства, которые можно отнести к категории дополнительных платежей, сделать видимыми и регулируемые.

Широко распространившиеся платные услуги в системе здравоохранения являются источником специальных средств. Эти поступления должны формироваться как средства фонда самой поликлиники или стационара и направляться в первую очередь на повышение заработной платы их работников.

Практикующиеся фиксированные соплатежи уже не удовлетворяют реальным запросам времени, и требуется переход к дифференцированной оплате в оказании медицинской помощи. Это должно иметь отношение прежде всего к лекарственным препаратам, а участие пациента здесь предполагается неполное. Он должен оплачивать лишь часть затрат.

Литература

- Данные МЗ КР за 2009-2019 годы.
- **Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР: проект КТУ «Манас» № 2013.SOV.08 / Д. Джапарова, – Бишкек, 2014.**
- **Джапарова, Д. Мотивация труда медицинских работников в Кыргызстане – путь повышения качества медицинских услуг / Д. Джапарова // Economics. – М., 2016. – №9 (18). – С. 14-20.**
- Ломская Т. г. Ведомости / Экономика 22 апреля 2019г. Эксперты предупредили о последствиях возврата к бюджетной медицине. <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2019/04/21/799768-posledstviyah-byudzhetoj-meditsine>
- Мамбетов Марат: Международных доноров надо убеждать, а не поддакивать им «Вечерний Бишкек» 03/05/2021 /members.vb.kg/2011/06/03/bezret/1.html
- Отчет о деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2009- 2019 годы. <http://foms.kg/page/reports>
- Положение о соплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика, утв. постановлением Правительства Кыргызской Республики от 1 июля 2011 года № 350.
- Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. Утверждено Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 года № 790
- Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19. <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-/>
- Учкempiрова Р. АКИpress, 17.10. 2011.
- Шейман И.М. Экономика здравоохранения. 2009. N 6. с. 47 -55.
- Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018, С.311-315.