

Диагностика Финансирования Системы Здравоохранения в Кыргызской Республике и ее Модернизация

Diagnostics of Financing the System of Public Health in the Kyrgyzstan Republic and its Modernization

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

Abstract

Despite the multi-channel resources, the financial sources of state health programs do not cover the needs of their implementation in the Kyrgyz Republic. The residual principle of health financing keeps unchanged and the amount of financing does not match the real health needs. The variety of problems in financing, the ambiguity of their positive practical solutions and controversy of theoretical aspects makes the research topic particularly relevant. No funds are allocated for prevention, and this type of medical service remains formally, just on paper. The main drawback of compulsory health insurance is the lack of forms for the insured patient to participate in the economic system of insurance relations. In this connection, it is relevant to develop a mechanism for attracting additional sources of financing. To increase the interest of commercial structure to this structure, it is proposed to introduce personalized accounting of compulsory medical insurance.

Informal payments in medicine shouldn't be considered as a "bribe", since this type of payment for medical services acts as an addition to the market price in the absence of an adequate regulatory mechanism by the state, and it is impossible to cancel such a mechanism. The only way to formalize them is legalization. Revenues from paid services should be the source of the own fund of health organizations and used primarily to increase the salaries of medical workers.

1 Введение

Обеспечение качественными и доступными медицинскими услугами является задачей любого государства. В Кыргызской Республике финансовые источники государственных программ не покрывают потребности их реализации, что является главной проблемой модернизации системы здравоохранения. Система Единого плательщика в КР имеет несколько источников финансирования: государственный бюджет, обязательное медицинское страхование (далее - ОМС), сооплата и платные услуги. Несмотря на многоканальность источников ресурсов, объем финансирования не соответствуют реальным потребностям здравоохранения.

В Кыргызской Республике (далее - КР) 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.

2 Финансовые Источники Единого Плательщика

Здравоохранение КР финансируется из следующих основных источников: республиканский бюджет, средства Фонда ОМС и местного бюджета города Бишкек, а также сооплаты пациентов. ФОМС объединяет все основные источники финансов здравоохранения и распределяет финансовые ресурсы между организациями здравоохранения по территориям КР [Табл.1.].

Анализ источников средств Единого плательщика показывает, что за 10 лет произошел значительный рост финансовых ресурсов. В Кыргызской Республике (далее - КР) сохраняется остаточный принцип финансирования здравоохранения.

Госрасходы на здравоохранение составляют лишь 10% расходов бюджета и около 3% ВВП. Основную долю из общих расходов организаций здравоохранения составляют расходы на оплату труда – 63,2%, расходы на приобретение лекарственных средств – 11,0%, приобретение продуктов питания – 3,7%. В 2019 году расходы стационаров на обеспечение медикаментами 1 больного в день составили в среднем – 168,90 сомов, на питание в стационаре – 75,89 сом. [Отчет ФОМС за 2019 г.]

Основные источники	2009	2011	2013	2015	2016	2018	2019	2019 г. в % к 2009
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 Изменения Общих Расходов Здравоохранения Кыргызской Республики (млн сом.).

Источник: Рассчитана по Данным МЗ КР за 2009-2019годы.

Заработная плата работников стационаров составила в среднем для врачей 12918 сомов, заработная плата работников организаций первичной медико-санитарной помощи составила в среднем для врачей 14777 сом. При этом средняя заработная плата семейного врача составила 25188 сомов, из которых 14153 сом доплачиваются по показателям деятельности, что составляет 128,3% от заработной платы семейного врача, установленного государством по общей тарифной сетке. Отсюда следует, что несмотря на многоканальность источников ресурсов, объем финансирования не соответствуют реальным потребностям здравоохранения.

3 Финансовое Обеспечение Здравоохранения в Рамках Обязательного Медицинского Страхования

Система государственного финансирования здравоохранения, наряду с бюджетом, имеет и такой источник финансового обеспечения, как Фонд обязательного медицинского страхования – ФОМС. Он представляет систему Единого плательщика. Для формирования данного фонда работодатели отчисляют определенный процент из фонда заработной платы своих работников. Полученные таким образом средства идут на оплату гарантированного пакета медицинских услуг, предоставляемых государственной системой здравоохранения. И бюджетное финансирование, и система ОМС противопоставлены частной форме финансирования. Если частная форма предусматривает оплату предоставляемых медицинских услуг в зависимости от их объема, где важным фактором становится платежеспособность пациента, то система ОМС исключает данный фактор. Здесь здоровые люди вносят определенные суммы в общий страховой фонд, который управляется специальным страховым институтом или страховой компанией, затем получают возможность лечиться за счет собранных средств. ФОМС при Правительстве Кыргызской Республики собирает, накапливает и распределяет поступающие бюджетные средства и страховые отчисления, представляя систему Единого плательщика. Предоставляется возможность финансирования регионов в равных долях [Отчеты ФОМС КР, 2010]. Для того чтобы определить, нужна страховая система или нет, обратимся к причинам ее возникновения. Как было отмечено в первой главе, непредсказуемость болезни ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Человек вынужден учитывать риск заболевания и связанные с ним затраты. Чтобы избежать больших единовременных расходов в ситуации неопределенности, люди используют различные формы страхования.

Рассматриваемая нами система ОМС имеет распространение как в масштабе мира, так и СНГ, представляя собой способ социальной защиты граждан в сфере здравоохранения. Она привлекательна для стран, благодаря таким функциям, как: осуществление независимой экспертизы качества оказываемых услуг здравоохранения, накопление внебюджетных средств на медицинское обслуживание за счет взносов работодателя; гарантированная оплата предоставленных медицинских услуг из фонда средств, вносимых страховщиком.

Реализация системы ОМС в Кыргызской Республике задумывалась в виде модели страхования, но истинно таковой ее назвать нельзя. Поскольку она выполняет лишь функцию перераспределения собираемых налоговыми органами и органами Социального фонда налогов и страховых взносов. Средства ОМС с момента создания системы обязательного медицинского страхования поступают в Социальный фонд и затем направляются в ФОМС. Замечено, что в национальной системе ОМС нет экономических форм и механизмов, которые позволяют включить пациента, потребляющего медицинские услуги, в отношения по поводу страхования. Обязательный взнос на ОМС представляет некую разновидность обязательного государственного налога и государственной формы финансирования системы здравоохранения.

Изучение экономического содержания системы ОМС в Кыргызстане вскрывает, что в ней не присутствуют понятия страхового случая и риска. В осуществлении финансовых компенсаций задействован количественный фактор. Включаются такие показатели, как стоимостная характеристика отдельной услуги, амбулаторное посещение и койко-дни. Таким образом, мы еще раз убеждаемся, что застрахованный пациент не входит в отношения страхования. Из числа опрошенных пациентов стационарного лечения 63% ответили, что не знают о бесплатных медицинских услугах по программе государственных гарантий и обязательного медицинского страхования, более того, они входят в

параллельные внесистемные отношения с медицинскими работниками, как неофициальная плата за лечение. 28,6% пациентов, или почти каждый третий из опрошенных пациентов стационарного лечения отметил, что оплатил лечение неофициально. Из них 27,4% неофициальную плату осуществляют практически всегда, а 43% отметили, что иногда покупают лекарства за свой счет [Джапарова, проект КТУ «Манас» 2014]. И самое главное – мы не видим прямой мотивации, которая позволила бы потребителя медицинской услуги выделить в системе отношений с теми, кто предоставляет эти услуги, как главный приоритет во взаимоотношениях.

Рассмотрим удельный вес средств ОМС в Кыргызской Республике. Если проследить динамику доходов Единого плательщика, поступающих от ОМС, то удельный вес средств ОМС (Табл. 2.) в общих расходах здравоохранения снизился на 1,1% и в 2016 г. составил всего 13,9% доходов Единого плательщика. Причина низкого удельного веса страховых поступлений состоит в следующем. Работодатель бюджетной сферы представлен в системе обязательного медицинского страхования в республике как главный плательщик. Он вносит значительную долю взносов в фонд ОМС, но при этом у него невысокие и фиксированные доходы, так как основные плательщики это работники бюджетной сферы, имеющие фиксированные доходы. Это значит, что реальные источники ОМС крайне ограничены.

Кроме того, в Кыргызстане существует норма страховых взносов, вступившая в силу в 1997 г. и с тех пор не пересматривавшаяся. Она составляет 2%. Этот процент рассчитывается от фонда заработной платы работодателя. Работодатель ежемесячно от всех видов доходов делает отчисления в Фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с этой нормой. В странах СНГ и дальнего зарубежья, как видно из Табл. 2. действующие тарифы значительно выше.

Страна	Отчисления в фонд обязательного медицинского страхования (%)	
	от работодателя	от физического лица
Кыргызстан	2	-
Россия	5,1	-
Грузия	3,0	-
Молдова	3,5	3,5
Германия	7,45	7,45

Таблица 2. – Действующие Тарифы ОМС в Странах СНГ, Дальнего Зарубежья и в Кыргызской Республике. *Источник:* Государственное Медицинское Страхование в Германии.

В сборнике социальных законов Германии есть данные, согласно которым на поддержание, восстановление и улучшение своего здоровья средний налогоплательщик тратит 14,3% заработной платы, работодатель затрачивает немногим меньше половины указанной суммы. Эти данные могут варьировать от 12 до 15%. Всё зависит от больничной кассы. И как свидетельствуют экономические исследования, сумма взносов будет только увеличиваться. За 10-12 лет она приблизится к 25%. Объясняется это вполне объективными причинами, связанными с естественным старением людей и ростом затрат на медицинское обслуживание [Ананко, А. Государственное медицинское страхование в Германии. 2018г.].

Государственное медицинское страхование в Германии имеет свои особенности. Сумма взноса застрахованного лица зависит исключительно от его дохода, при этом не важно, каков размер взноса, внесенного в кассу, то есть, если лицо застраховано, то объем услуг ему будет предоставлен в том объеме, в каком это предусмотрено договором, эти же услуги будут предоставлены и членам его семьи, автоматически они также являются застрахованными. Но есть условие, чтобы доход не был выше установленной границы.

Положительным моментом является наличие равных возможностей в пользовании медицинскими услугами, так как не являются ограничителями ни возраст, ни физическое и психическое состояние, ни финансовые условия [Ананко, А. Государственное медицинское страхование в Германии 2018г.].

Есть еще одна особенность государственной системы страхования Германии. Основывается она на принципе самоуправления государственных больничных касс. То есть в управлении участвуют и сотрудники медучреждения, и врачи, и сами пациенты – все звенья одной цепочки. Поскольку больничные кассы представлены как органы самоуправления, то и в выборах может участвовать каждый застрахованный человек. Выборы организуются раз в несколько лет. Мы видим много положительных моментов, характеризующих принципы, на которых основывается система медицинского страхования Германии. Привлекает она и широким спектром предоставляемых на правах гарантии услуг здравоохранения. В отличие от германской системы, американская, швейцарская, голландская в большей степени ориентирована на платежеспособность пользователей медицинских услуг.

Категории 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 (школь-ники)	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 3. – Динамика и Структура Застрахованных Граждан по Республике за 2012-2015 гг.

Источник: Данные ФОМС за 2009-2019 гг.

Обратимся к кыргызской системе страхования. Хотя основная часть населения Кыргызстана (98%) застрахована, на вопрос «Получаете ли бесплатно медикаменты за счет дополнительного пакета обязательного медицинского страхования?» из 375 опрошенных пациентов 66,4% ответили «нет» [Джапарова, проект КТУ «Манас» 2014]. Это значит, что Программа государственных гарантий застрахованных граждан Кыргызстана не достигает цели. Главная причина состоит в ограниченности финансовых ресурсов. Как видно из Табл. 3, структура застрахованных граждан претерпела существенные изменения: уменьшилась доля работающих граждан с 27,7 в 2009 г. до 15,4% в 2019 г., от которых поступала значительная часть страховых отчислений работодателей. Это связано с тем, что работодатели не заинтересованы в том, чтобы вносить взносы по обязательному медицинскому страхованию, отмечается явное их желание сделать эти платежи как можно меньше, так как конкретному плательщику неизвестно, как используются его деньги. По данным Табл. 3 видно, что основную часть участников страхования составляют потребители средств ОМС. В структуре граждан, пользующихся средствами ОМС, наибольшую долю составляют дети в возрасте до 16 лет – 34,3 %, пенсионеры – 9,1% и фермеры – 12,5%.

Часть населения, работающего в коммерческих структурах и имеющего более высокие доходы, системой страхования здоровья почти не охвачена. Незначительные финансовые средства удается собрать с фермеров и частных предпринимателей. Кроме того, основная часть населения Кыргызстана, то есть порядка 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. Есть большая недоработка, связанная с отсутствием страховки у такой категории граждан страны, как находящиеся на военной службе, не имеющие работы, к ним примыкают также учащиеся НПУЗ, студенты и другие [Калиев, М. Т. С. Мейманалиев. Обязательное медицинское страхование в КР. 2016.] В связи с этим необходимо учесть реальную ситуацию и предусмотреть источники лечения безработных граждан страны.

Обратим внимание еще на один фактор, характеризующийся как дополнительный источник поступления финансовых средств. Это иностранные граждане. Именно те иностранные граждане, которые длительно проживают на территории Кыргызской Республики, но не имеют медицинского страхования своего здоровья, являются потенциальным ресурсом для финансирования ОМС. В последние годы практикуется реализация полисов иностранным гражданам. Однако полисы не гарантируют качественные услуги, в связи с чем количество иностранных граждан, использующих их, крайне ограничено.

Итак, доходы по медицинскому страхованию в силу указанных причин незначительны и требуют изменения принципов страхования. Необходимо преобразование действующей бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе. Должна быть прозрачность счетов страхования.

В ФОМСе нет накопительной системы, и, если тот или иной человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система заинтересовала бы людей страховать здоровье.

Для того чтобы охватить коммерческую структуру, необходимо, чтобы представители этой сферы сами были заинтересованы в этом. Необходимо персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования. Есть потребность построить нормальную, гибкую, дифференцированную, с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев, систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.

Сегодня, в связи со значительным ростом цен на товары и услуги, объем средств, направляемых на здравоохранение из средств государственного бюджета и обязательного медицинского страхования, не обеспечивает покрытие первоочередных расходов организаций здравоохранения на предоставление качественных медицинских услуг. Недостаток финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане не позволяет в полной мере развивать передовые медицинские технологии. Значительная часть медицинского оборудования в организациях здравоохранения морально и физически устарела, административные здания организаций здравоохранения требуют капитального ремонта.

4 Анализ Внебюджетных Форм Финансирования Здравоохранения

Статистика свидетельствует, что львиная доля средств, которые государство предоставляет сфере здравоохранения, идет на помощь льготникам. Это большой показатель – 94%, 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.

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 преискурантов. 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 [Джапарова, проект КТУ «Манас» 2014].

Исследование методом анкетирования показало, что пациент, обративший 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 за легальную оплату медицинской помощи высказалось 70,2%. 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. 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, проект КТУ «Манас» 2014]. 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.

Есть еще одна уловка врачебного персонала – это долевое участие в приобретении препаратов через определенную аптеку или совершении лабораторных исследований. Врач имеет договорные отношения с аптекой и лабораторией, благодаря которым, он получает свою долю от проданного лекарства и выполненного анализа. Нередки случаи, когда те или иные лабораторные исследования не были нужны. Вывод однозначен – наши пациенты несколько раз платят за услугу, при этом он не получает никакой гарантии в том, что проведенное лечение обеспечит ему выздоровление.

Несмотря на рост государственного финансирования в последние годы,

доля платных услуг в медицинской помощи увеличивается. Стихийный процесс замены расходов из госбюджета на медицинские услуги частными имеет место быть, как и низкое качество бесплатных услуг. При этом в убытке оказывается все больше тех, кто представляет уязвимые слои населения. Социальные последствия такого явления – рост неравенства в получении качественной медицинской помощи.

Платные медицинские услуги осуществляются в виде официальных и неофициальных выплат пациентов за оказанные услуги (например, стоматологические и др.). Специальные средства – это поступления от платных услуг медицинского и немедицинского содержания. К последним относятся средства, поступающие в виде платы за аренду того объекта, который медицинское учреждение имеет на своем балансе. Некоторые пациенты нуждаются в палате, которая отличается уровнем комфорта. В подобных палатах он значительно выше, и пациент оплачивает его.

Специальные средства пополняют бюджет медицинской организации напрямую, минуя участие государства. Назовем те формы личных расходов, которые существуют в системе здравоохранения Кыргызской Республики и имеют медицинскую направленность. Это: приобретение лекарств напрямую, оказание платных услуг по полной стоимости, неформальные платежи за оказание услуг. Благодаря платным услугам медицинское учреждение имеет возможность внедрять новые технологии лечения, смягчается дефицит бюджета, что важно в условиях перехода к рыночным отношениям. Но есть и минусы. Отсутствует управляющая функция. Отношения по поводу оплаты медицинских услуг складываются стихийно. Не обновляется прейскурант, не определяется объем оказываемых услуг. Кадры государственного здравоохранения и оборудование, принадлежащее государству, используются для оказания платных услуг. Эта тенденция выражена и влечет за собой использование государственных палат для лечения платных пациентов.

Последствия проявляются в неэффективном использовании ресурсов здравоохранения, сверхлимитных расходах коммунальных услуг. В этих условиях трудно говорить об оптимизации помощи, оказываемой в стационарах. Возникает противоречие. С повышением объемов услуг, оказываемых на платной основе на душу населения, растет продолжительность пребывания пациента в больнице, а с ней и коечный фонд. Что происходит: больничный ресурс распределяется на много случаев госпитализации, что влияет на стоимость одного случая – она становится ниже.

Терри-тории	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	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 4. Поступление специальных средств в систему здравоохранения Кыргызской Республики в разрезе территорий за 2009-2016 гг. (млн. сом.) **Источник:** данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2016 гг.

Одновременно ниже становится уровень, характеризующий качество предоставления медицинских услуг пациенту. Платные услуги обуславливают и появление лишних мощностей у лечебного учреждения, на которые расходуются средства, а это влечет за собой неэффективное их использование. По логике, появившиеся лишние мощности должны быть закрыты. И здесь неважно, какой у них источник финансирования. 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. 4.).

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 (Табл. 2.12). 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. 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. Как было отмечено выше, существующие тарифы устарели и не охватывают все виды медицинских услуг, которые реально оплачиваются неформально. В расходах статья «Другие расходы» занимает значительную долю, однако нам не удалось получить расшифровку содержания данной статьи расходов.

5 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 ПГГ. 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 [О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. 2015г.]. 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. Она демонстрирует участие потребителя в оплате каждой полученной медицинской услуги и рассматривается как дополнительный источник финансирования для поставщиков медицинских услуг разных уровней. В большинстве стран сооплата вводится с той целью, чтобы ограничить чрезмерные потребности пациентов, получающих медицинскую помощь, которая оплачивается из страховых средств.

Известны три типа схемы такой оплаты в зависимости от договоренности финансовых сторон. Это может быть 1) удержание, 2) сострахование (устанавливается некоторая пропорция в стоимости медпомощи, принятой за единицу, и эту пропорцию за каждую единицу выплачивает застрахованный), 3) соучастие (услуги оплачиваются в зависимости от категории населения). Соплатежи довольно распространены в странах Запада, где общественное здравоохранение находится на высоком уровне, и каждая из них использует свой вариант. Имеется в виду сумма соплатежей. Она может быть или чисто символической, как, например, в Швеции, или довольно высокой, как, например, во Франции. В Российской Федерации, также как и в Кыргызской Республике имеет место так называемый «натуральный соплатеж». Это означает, что пациенты сами покупают лекарства, питание, в больничные палаты приносят свое постельное белье и посуду. Однако законодательно это не закреплено [Положение о сооплате за медицинские услуги 2007г.]. В некоторых странах, и их немало, наряду с работодателем, застрахованные вносят некоторую часть взносов. Таким образом, соплатежи входят в систему обязательного медицинского страхования.

Возьмем пример Швеции, в которой основную нагрузку по финансированию медицинских расходов берет на себя государство, тем не менее население также участвует в этом процессе, на его долю приходится 10%. Если рассматривать более подробно расходы населения на поддержание своего здоровья, то они следующие: посещение врача – 100-300 шведских крон, нахождение в больнице в течение одного дня – около 80 шведских крон. Есть льготы для молодежи, не достигшей 20 лет. Они могут пользоваться услугами стоматолога бесплатно. Взрослое население получает компенсацию. Затратив первоначально 700 крон, дальнейшее лечение пациент получает со скидкой 35-70%. Процент устанавливается в зависимости от того, какова его общая стоимость. Есть лимит на сумму покупки лекарств. Он достигает 100 долл. США в год. На эту сумму пациенты тратят собственные средства. Дальнейшие расходы (в зависимости от их

величины) осуществляются по дотационной системе [Колосницкая М.Г. Шейман И.М. «Экономика здравоохранения» 2018.].

Такой тип оплаты, как удержание предполагает выплату некоторой суммы наличными деньгами до начала действия механизма страхования и предоставления медицинской помощи. Например, пациент уплачивает первые 50 долл. наличными в счет покрытия расходов на лечение в больнице или 200 долл. в счет покрытия расходов на амбулаторно-поликлинические услуги за год.

Второй тип оплаты – соучастие в оплате услуг – это единовременная выплата, она предусматривается за каждую услугу, которую получает пациент. Например, 5 долл. за выписанный рецепт.

Третий тип оплаты – 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.

В Кыргызской Республике внесенные в соответствии с сооплатой средства поступают в систему Единого плательщика. В соответствии с этим они накапливаются в едином фонде. Далее, они распределяются в зависимости от того, как много пролеченных случаев отмечено в отчетах больничных учреждений. Данные берутся за прошедший год.

Отмечается незначительный удельный вес сооплаты и спецсредств [Табл.5].

Это объясняется тем, что согласно Программе госгарантий список людей, попадающих в список льготников, расширился. Кроме того, произошли незначительные изменения в сооплате за лечение с 2002 г. Так, если в 2013 г. 1,3 млн. человек, или 24,8% всего населения республики приобрели льготы на бесплатное получение медицинской помощи по ПТГ, то в 2016 г. – 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.

Источники финансирования	2014	2015	2016 г.	2018	2019	2019 г. в % к 2014 г.
Республиканский бюджет	7,092	7,915	9,082	10466,7	11129,2	1567
Средства ОМС	1,843	1,641	1,916.0	2328,4	2388,3	1327
Средства сооплаты	434.9	393.2	480.6	550,3	551,7	127
Специальные средства	466.8	560.6	847.9	744,5	543,6	117
Местный бюджет г.Бишкек	1,075.1	575.3				
Итого	10,911	11,086	12,326	14 579	15234,6	1398

Таблица 5. – Динамика Источников Финансирования Консолидированного Бюджета Системы Единого Плательщика за 2014-2019 гг. (млн. сом.) **Источник:** Данные ФОМС за 2013-2016 гг

«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 лет, работающие, фермеры и члены фермерских хозяйств, лица, имеющие полис ОМС) вносят средний уровень сооплаты. Это 840 сом./1090 сом. (через дробь указаны 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 [150]. Есть разные мнения по поводу сооплаты, точнее ее размера. Одно мнение, и оно преобладает, сводится к тому, что размер остается неизменным с 2002 г. А это часть стоимости медуслуг, в то же время стоимость других услуг и продуктов за этот период возросла. Следовательно, стоимость этой части медуслуг также должна возрасти. У сооплаты есть существенный недостаток, связанный с тем, что пациенту приходится несколько раз нести расходы не за разные, а одну и ту же услугу. При этом ему никто не гарантирует, что он полностью выздоровит.

Многие руководители медицины считают, что сооплату с пациентов брать не нужно, так как больные сами за свой счет покупают лекарства, и в этой связи много претензий и возмущений. Кроме того, сам принцип установления объема сооплаты является необоснованным. В Кыргызстане в 2003 г. ПРООН провел опрос среди жителей Иссык-Кульской области о расходах семьи на медицину в течение года. И эти

затраты – 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 формулируется в «Положении о порядке сооплаты населением медикаментов» [Положение о сооплате за медицинские услуги. 2015]. Отсюда трудно установить критерии размера сооплаты для отдельного пациента и тем более учесть реальные затраты на его лечение. Сооплата в 2016 г. составляла лишь 4% доходов Единого плательщика. Изъян действующей методики заключается в том, что пациент на самом деле не имеет государственной поддержки. В реальности одни пациенты покрывают расходы других пациентов. В этом случае справедливее больному самому оплачивать часть расходов на медицинскую помощь. На наш взгляд, следует убрать фиксированные соплатежи на медицинские услуги и практиковать дифференцированную сооплату, которая будет касаться лекарственных препаратов, стоимость которых пациент будет оплачивать не полностью, а частично. Эта практика широко распространена в Турции и на нее стоит обратить внимание. Опыт других стран также свидетельствует о тенденции, связанной с повышенной ответственностью потребителя в финансировании своего лечения. То есть имеется в виду форма сооплаты.

- 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.
- Для того чтобы охватить коммерческую структуру, необходимо, чтобы представители этой сферы сами были в этом заинтересованы. Необходимо персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования.
- Необходимо создать систему страхования иностранных граждан как потенциальный источник финансирования медицины.
- Есть потребность определить источники лечения безработных граждан страны. Необходимо построить гибкую, дифференцированную с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.
- Не следует считать 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 заработной платы медицинских работников.
- Размер сооплаты должен быть дифференцированным и приближен к реальным затратам на каждого отдельного пациента, иначе он не будет знать, за что вносится сооплата.
- Следует убрать фиксированные соплатежи на медицинские услуги и практиковать дифференцированную сооплату, которая будет касаться лекарственных препаратов, стоимость которых пациент будет оплачивать не полностью, а частично. Эта практика широко распространена в Турции.

Литература

- Ананко, А. 2018. Государственное медицинское страхование в Германии. Исторические корни и принцип – Medicus Amicus, <http://medicusamicus.com/index.php?action=7x994-9egx1>.
- В Кыргызстане предлагают повысить отчисления на обязательное медстрахование за счет доходов работника с 2 до 3% 2014. – Бишкек, <http://www.akipress.org/zdorovie/news:17203/>.
- Данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2016 гг
- Данные ФОМС КР за 2009-2019гг.
- Джапарова, Д. 2018. Система оплаты труда в государственном секторе здравоохранения. Джапарова, Т. Ю. Джолдошова // Сибирская Академия финансового дела. – №3. – С. 19-23.
- Джапарова, Д. 2016. Экономика здравоохранения Кыргызстана в период трансформации. Германия: LAP LAMBERT Academic published,.
- Джапарова, Д. Экономический анализ системы здравоохранения в КР [Текст]: проект КТУ «Манас» № 2013.SOB.08 / Д. Джапарова.– Бишкек, 2014.

- Калиев, М. Т. С. Мейманалиев. Обязательное медицинское страхование в Кыргызской Республике (20 лет опыта). 2016/ Бишкек,.
- Колосницкая М.Г. Шейман И.М. Шишкин С.В. 2018. «Экономика здравоохранения».
- О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 20.11. 2015. <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/98210>. – Загл. с экрана.
- Отчет ФОМС за 2009- 2019 гг.
- Положение о сооплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика. Постановление Правительства КР от 24 августа 2007 года № 363. <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/58604?cl=ru-ru>.
- Положение о порядке сооплаты населением медикаментов, питания и отдельных видов медицинских услуг, оказываемых государственными лечебными учреждениями. 2018. https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30260447#pos=1;-70