

## Экономика здравоохранения: проблемы и перспективы в условиях Кыргызстана

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

### Health Economics: Problems and Prospects in Kyrgyzstan

#### Abstract

Given paper studied the health care system in Kyrgyzstan during the transition period to the market. The market of medical services in the Kyrgyz Republic is in the state of early childhood. It was studied the sources and principles of allocation of financial resources in health care system. The main problems are shown as a lack of financial resources and inefficient use of them, a lack of motivation of quality health care. Therefore related proposals to improve state regulation of health care in Kyrgyzstan were given.

**JEL codes:** I15, I18

Медицинские услуги имеют свои особенности, которые отличают их от товара, и уникальность данного вида услуг состоит в том, что мы не можем их потрогать, увидеть и сохранить. Если человек приобрел товар, то он становится его владельцем, чего нельзя сказать о медицинской услуге. Медицинские услуги например, обследование невозможно транспортировать, хранить и упаковать, они носят нематериальный характер. Потенциальные потребители, не могут увидеть и оценить медицинские услуги до их покупки. Кроме того производство и потребление медицинских услуг не могут быть разорваны во времени. И потребляя услугу, человек имеет к ней доступ на протяжении ограниченного промежутка времени. Медицинская организация может лишь описать преимущества, которые появляются в результате предоставления данной услуги, а сами услуги пациент может оценить только после их выполнения.

Среди основных особенностей рынка медицинских услуг, нужно отметить риск заболевания и его неопределенность. Потребность в медицинских услугах возникает обычно внезапно, и никто не может быть уверен, что с ним не случится какая-либо неприятность. Потребитель медицинских услуг плохо осведомлен о медицинских услугах, которые он покупает, возможно, меньше, чем о любых других приобретаемых услугах. Поэтому потребители медицинских услуг в значительной степени страдают от асимметрии информации, вызванной отсутствием у них медицинского образования и сложностью измерения качества медицинских услуг, Асимметрия информации между врачом и пациентом проявляется в возможности врачей оказывать влияние на спрос медицинских услуг.

Внешние эффекты являются существенной характеристикой рынка медицинских услуг. Так, своевременная вакцинация одних контингентов населения (например, от гриппа) может привести к тому, что привитые лица не заболеют и не заразят других людей. И так, функционирование медицинского рынка вызывает много проблем для населения. Это обосновывает целесообразность государственного вмешательства, которое носит различные формы в различных странах. (С.А. Столяров, 2003)

Переходная экономика в Кыргызстане создает дополнительные особенности в системе здравоохранения, связанные становлением и развитием рыночных отношений, при сохранении элементов командно-административной системы. Развитие системы здравоохранения сопровождается формированием экономических отношений, которые несут в себе наследие системы, монопольно предоставляющей медицинские услуги. Основные из них это – низкий уровень финансирования, несоответствие институциональных структур здравоохранения и экономики в целом, наличие значительного по масштабам теневого рынка медицинских услуг, что обуславливает неэффективную структуру их производства в легальном сегменте и в преобладании высокочрезвычайно затратного стационарного сектора.

Наличие теневого рынка медицинских услуг говорит о том, что рыночный механизм развивается, однако без государственного регулирования. Возникает необходимость легального рынка как способа вытеснения теневых видов конкуренции. В связи с этим, с нашей точки зрения неформальные платежи в медицине, то есть, то что платят врачам, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования данная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить их или уничтожить. Единственный способ приведения их в какие-то рамки, формы – это их легализация. Тем более часть платных услуг вышла из тени. И так, формирование легального рынка медицинских услуг в переходный к рынку период, трансформирует теневой рынок в легальный и помогает эффективному использованию ресурсов.

В Кыргызстане система здравоохранения реформируется уже на протяжении 15 лет. В 1996 году при поддержке международных доноров в республике стартовала Национальная программа «Манас», которая в 2006 году передала эстафету программе государственных гарантий «Манас таалими».

Реформирование здравоохранения в современных условиях имеет конечной целью повышение доступности и качества медицинской помощи. Главным показателем достижения цели является сокращение в республике смертности, особенно детской и материнской. Эта цель не достигнута. Напротив, в последние два года зафиксирован резкий всплеск младенческой и материнской смертности, чего не должно было случиться в пореформенный период. (Министерство здравоохранения КР Отчет. 2011)

Второй важный показатель - уменьшение заболеваемости населения и увеличение числа вылеченных пациентов. В стране выросло число заболевших ВИЧ-инфекцией, дизентерией, вирусным гепатитом.

Третья цель - доступность услуг здравоохранения - была изначально недостижима, ведь сравнивать придется с периодом до 1991 года. Итак, бюджетно-страховая система, которая сложилась на сегодняшний день, мало влияет на качество оказания медицинской помощи.

Самая главная ключевая проблема лежит в плоскости экономических интересов участников системы здравоохранения: медицинских работников и пациентов. Интерес медицинских работников состоит в получении за свою работу достойной заработной платы, а пациента - в качественной и недорогой медицинской помощи.

Однако в силу низкой покупательной способности, пациент нуждается в государственной помощи. Таким образом, в здравоохранении есть «провалы» рынка, которые требуют активного участия государства. Это прежде всего отражается в нехватке или даже отсутствии медикаментов в больницах. Больным назначают препараты и, как правило, рекомендуют купить их в «ближайшей» аптеке, называя подробный адрес продавца. Нередко в подобных случаях свои услуги предлагают врачи и медсестры, у которых «в запасе случайно оказывается» необходимое лекарство. По этому вопросу очень часто возникают споры и пререкания, но человеку, лежа на больничной койке, наверное, трудно спорить с врачом. Кроме того следует отметить скудный рацион питания, которое предлагают больным в стационарах. (З. Марат 2011).

Наши стационары страдают также отсутствием элементарных санитарно-гигиенических условий. Очевидно, что все эти сложности находятся в прямой зависимости от недостаточного финансирования и неэффективного использования ограниченных ресурсов.

Анализ проблем системы финансирования здравоохранения можно проводить по двум направлениям: первый, по источнику формирования средств и второй, по форме их распределения.

В Кыргызстане значительная часть, а это более двух тысяч семидесяти организаций здравоохранения работают в системе Единого плательщика, это те учреждения и организации министерства здравоохранения, на которые возлагается исполнение Программы государственных гарантий. Бюджетное финансирование этих организаций здравоохранения проходит через Фонд ОМС. Консолидированный бюджет организаций здравоохранения, реализующих Программу государственных гарантий, в 2011 г. увеличился в сравнении с 2006 г. на 97,08% и составил 4771,8млн.сомов. В структуре консолидированных расходов здравоохранения доля средств республиканского бюджета составляет 60,1% (2932,0млн.сом), местного бюджета 8,1%(386,5млн. сом.), средств ОМС – 22,7 %(1085,3млн.сом), сооплаты – 5,4 (256,6млн.сом) и специальных средств -1,6 (75,9млн.сом), данные которых представлены в таблице (По данным министерства здравоохранения К.Р. за 2006-2011 годы).

	Сумма, млн сомов		Рост в %	Удельный вес	
	2006	2011		2005	2011
Всего,	2 421,2	4771,8	97,08	100%	100%
в том числе средства:					
-республиканского бюджета	1454,4	2932,0	201,6	60,1	61,4
-местного бюджета	312,0	386,5	123,9	12,9	8,1
-обязательного медстрахования	393,2	1085,3	276,2	16,2	22,7
-сооплаты	188,0	256,6	136,5	7,8	5,4
Специальные средства	73,6	75,9	103,1	3,0	1,6

*Таблица 1. Исполнение консолидированного бюджета за 2011год. Таблица составлена по данным министерства здравоохранения К.Р. за 2006-2011 годы*

Как видно из таблицы одним из важных таких источников финансовых средств здравоохранения является Фонд обязательного медицинского страхования. Обязательным медицинским страхованием называется система предоставления гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет

обязательных отчислений с фонда заработной платы. Они предназначены для работающих граждан. Причиной введения медицинского страхования является непредсказуемость болезни. Это ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Денежные расходы на лечение одного из членов семьи: длительное пребывание в больнице, сложные хирургические процедуры, диагностика, консультации специалистов могут стоить очень дорого и могут иметь катастрофические последствия для бюджета всей семьи.

Структура финансовых ресурсов характеризует незначительную долю средств ОМС в финансовых источниках здравоохранения. Причина этого заключается в том, что основными плательщиками взносов системы ОМС в Кыргызстане, являются работники бюджетной сферы, имеющие небольшие фиксированные доходы, обеспечивающие незначительный абсолютный размер поступлений по обязательному медицинскому страхованию. Часть населения, представляющая коммерческую структуру и имеющая более высокие доходы, несмотря на принятие закона, обязывающего работодателей, независимо от форм собственности, платить страховые взносы, системой страхования здоровья почти не охвачены.

Кроме того, иностранные граждане, проживающие продолжительное время в Кыргызстане не имеют возможности страховать собственное здоровье. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых иностранным гражданам необоснованно высока, что способствует увеличению количества платежеспособных пациентов, вынужденных искать и обращаться к частнопрактикующим врачам, в обход государственных поликлиник. Такие условия характеризуют потенциальные дополнительные источники финансирования медицины в период острого дефицита денежных ресурсов.

Следующим источником финансирования здравоохранения Кыргызстана является сооплата, т.е. фиксированные платежи пациентов, получающих стационарное лечение в государственных лечебных учреждениях. Если обратиться к опыту других стран, в настоящее время большинство стран в своих схемах финансирования, переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как со-оплата. Важнейшим обоснованием для введения со-оплаты является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. Индивидуальные схемы со-оплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном существуют 3 типа таких схем: удержание; со-страхование (застрахованный должен определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи); соучастие в оплате услуг.

Согласно системе Единого плательщика средства от сооплаты поступают в единый фонд, а за тем в соответствии с отчетом первичных медицинских учреждений (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных перераспределяются стационарным отделениям. Как видно из таблицы, поступление средств сооплаты в 2011 г. снизилось. Это объясняется расширением перечня льготных категорий граждан, имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание – дети в возрасте до 5 лет, женщины по беременности и пенсионеры, старше 75 лет.

С введением сооплаты, больной вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантию на полное выздоровление. Оплата большей части собственного лечения на наш взгляд является более справедливым путем привлечения пациента для его лечения. Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому мед.персоналу и, непосредственно, денежные вознаграждения (особенно, плата за операции). Кроме того очень часто врач направляет больного в определенную аптеку или лабораторную клинику, имея при этом долю от стоимости проданных пациенту лекарств, или платы за лабораторные исследования, в которых даже если нет необходимости. Хотя 20% НДС с лекарств сняты, но на самом деле они не стали дешевле. Поэтому, было бы целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи ввести сооплату по отношению к лекарствам, т.е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного. (Практика например, Турции). (<http://www.regnum.ru>)

Следующим источником финансирования являются платные услуги: официальные и неофициальные. Эти финансовые средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Сегодня в Кыргызстане имеют место следующие формы личных расходов на медицинскую помощь – прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости и неформальные т.е. незаконные платежи за услуги.

Платные медицинские услуги способствовали активному внедрению новых медицинских технологий. Более интенсивно стала использоваться материально-техническая база, кадровые ресурсы и т.д. Конечно, это снимает остроту бюджетного дефицита переходного к рынку периода. Однако, здесь возникли серьезные проблемы.

Во первых, платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства. (прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен).

Во-вторых, появилась тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг. Т.е. платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений. В этой связи имеют место необоснованные госпитализации в государственной больнице, в так называемых платных палатах. Появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения и дополнительные расходы коммунальных услуг. Все это противоречит оптимизации стационарной помощи.

Чем больше объемы платных услуг на душу населения, тем выше уровень и длительность госпитализации, тем больше коечный фонд. Ресурсы больниц «размываются» на большое количество случаев госпитализации, и как следствие - снижается стоимость одного случая лечения, а значит и качество медицинской помощи. Во многом из-за платных услуг возникают лишние мощности учреждений, которые связаны с большими затратами. То есть, платные услуги в данном случае снижают эффективность использования ресурсов. Поэтому, если эти мощности лишние, то их надо закрыть – независимо от источника финансирования (бесплатной или платной помощи). Несмотря на ежегодное снижение уровня госпитализации в Кыргызстане, в стационарах наблюдается наличие множества свободных незаполненных мест, что является показателем неэффективного использования крайне ограниченных ресурсов в сфере здравоохранения.

Следует отметить, что при изучении проблем здравоохранения Кыргызстана и использовании зарубежного опыта следует учесть разные условия. Например, в финансировании здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой, существует проблема необходимости снижения расходов и они ищут пути оптимизации затрат, т. е. рационального использования имеющихся в их распоряжении ресурсов. Мы же главным образом ищем, пути повышения объема ресурсов. И это происходит в условиях экономически необоснованных плат за лечение (сооплата), отсутствия стандартов и прозрачности, развития платности по произвольным ценам и других бесконтрольных процессов.

Итак, несмотря на то, что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами, и государство тратит на здравоохранение из года в год больше, как было отмечено выше, ощутимой пользы пока нет.

Теперь сделаем анализ распределения финансовых средств. При исполнении бюджета 2011 года удельный вес таких статей, как «заработная плата» и «отчисления в социальный фонд» отнимают 84,7 % всех бюджетных ассигнований, при этом значительно снизилось финансирование расходов на медикаменты и питание (3,1 % и 4,1 % - соответственно). Средства, предусмотренные на оплату коммунальных услуг, также сокращены до 4,3 %. «заработная плата» и «отчисления в социальный фонд» составили значительную часть финансовых средств – 78,5 % от общей суммы, то есть почти 4 миллиарда сомов. На все остальные статьи расходов приходится всего 21,5 %, в том числе на медикаменты 4,0 % и на питание 4,6 %. Средства на оплату коммунальных услуг составили 5,6 %, а на поддержание зданий и сооружений денег досталось даже менее полупроцента - 0,4% (По данным министерства здравоохранения К.Р. за 2006-2011 годы).

Итак, о том, что правительство повысило заработную плату медицинским работникам говорят вышеуказанные цифры бюджета прошлого года. Такой шаг правительством был предпринят с целью повышения социального статуса медработников, улучшения уровня жизни специалистов. Надо сказать, что это решение Правительства достигло поставленных целей, доходы работников здравоохранения заметно возросли.

Но желание и привычка получать дополнительные доходы напрямую от пациентов и их родственников с увеличением зарплаты у медработников, как, ни странно, не исчезли. Мздоимство в виде подношений от «благодарного» пациента, к сожалению, все еще весьма распространенное явление в стационарах, особенно там, где больной получает оперативное лечение. Недвусмысленные намеки медперсонала вынуждают больных или их родственников делать подарки, чаще в виде конвертов с деньгами. Все это не только роняет имидж здравоохранения в глазах людей, но и наносит серьезный урон семейному бюджету граждан, волею судьбы оказавшихся на больничной койке или на приеме у врача. Это я к тому, что несмотря даже на значительное увеличение удельного веса расходов по заработной плате, коррупция в учреждениях здравоохранения продолжает расцветать. До каких же пределов Правительство должно повысить оплату труда медработников, чтобы они добровольно отказались от мзды и поборов? Прежде чем приступить к факторам стимулирования труда в этой сфере раскроем современные принципы оплаты труда медицинских работников.

Размер заработной платы определяется, исходя из должностного оклада, рассчитанного на базе Единой тарифной сетки и разрядных коэффициентов, и начисляется с учетом выполнения нормы рабочего времени. При начислении заработной платы применяются надбавки и доплаты к должностным окладам работников здравоохранения. Надбавки предусмотрены: за продолжительность непрерывной работы, за сложность, напряженность и качество работы, а также ученую степень.

Доплаты к должностным окладам осуществляются: за совмещение профессий, расширение зон обслуживания и увеличения объема выполняемых работ, а также врачам-руководителям.

Формирование фонда оплаты труда организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, осуществляется за счет: средств государственного бюджета, средств обязательного медицинского страхования, специальных средств и средств сооплаты.

Самое главное следует учесть, что фонд оплаты труда в стационарах определяется на основе затрат прошлого года за «пролеченный случай», что далеко не соответствует «пролеченности» больного. Лечение осуществляется путем использования твердых нормативов, где из нескольких альтернатив закладываются минимальные затраты лечения больного. Отсюда возникает вопрос: где реальный источник материального стимулирования хорошей работы врача?

В производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В медицине источником поощрения выступает заранее определяемый на основе учета прошлых затрат фонд оплаты труда. И по логике увеличение стимулирующей части должно проходить за счет основной части оплаты труда, что согласно метематике: от перемены мест слагаемых, сумма фонда оплаты труда остается неизменной. В этой связи, поскольку в медицине нет прибыли в качестве источника поощрения может быть использовать часть специальных средств, образованных за счет платных услуг? Следует обратить внимание на опыт стран, где в системе управления здравоохранением важное место принадлежит мотивации труда. Иными словами используются экономически обоснованные подходы, способные перевести такую нематериальную категорию, как здоровье, в экономическую, материальную, измеряемую конкретными показателями.

Основополагающей идеей изучаемого механизма мотивации труда на основе его оценки и стимулирования является отказ от повременной системы оплаты труда и максимальное внедрение ее сдельной формы в различных модификациях. При этом важнейшим и единственным критерием оценки труда медицинского работника является состояние здоровья пациента после проведения соответствующих медицинских мероприятий.

В настоящее время в Кыргызстане более 60% средств, выделяемых здравоохранению, приходится на содержание стационаров. Если учесть, что стационары - наиболее дорогостоящий вид оказания медицинской помощи, по сравнению с амбулаторным – поликлиническим лечением, такое распределение финансов, при их остром дефиците, является неэффективным. Число коек на 1000 человек сравнительно в Англии- 3-5, Дании- 4-5, в Кыргызстане- 8 - 8, в Бишкеке -15. (Д. Джапарова. Становление рыночных отношений в здравоохранении Кыргызстана 2010).

Если обратиться к опыту Белорусии, где большая часть финансовых средств сосредоточена на уровне поликлиник и первичная помощь оказывается бесплатно, в первичном контакте пациент - врач выявляются патологии и 70% больных не доходят до критичного уровня и не нуждаются в медицинской помощи на уровне стационаров. В результате, там сегодня самая высокая продолжительность жизни из всех стран СНГ и самый низкий показатель младенческой смертности.(Концеал Е. 2012).

Говоря о структуре расходов, на наш взгляд не совсем логично, осуществлять отчисления в социальный фонд из средств обязательного медицинского страхования. Сам этот фонд представляет собой одну из форм социальных отчислений. Его нужно использовать по назначению, т. е. обеспечить застрахованного плательщика нормального качества лечением. А для страхования медицинских работников необходимо искать другие источники. Например, работники министерства внутренних дел республики не оплачивая страховую сумму, пенсию, пособия получают за счет государственного бюджета.

## Литература

- С.А. Столяров. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления М. 2003г.
- Министерство здравоохранения КР Отчет. Оценка реализации национальной программы реформы здравоохранения КР «Манас таалими» апрель 2011г.
- Зулфия Марат В Кыргызстане от реформ в сфере здравоохранения выиграли чиновники 2011. <http://mirror24.24.kg/community/92881-zulfiya-marat-v-kyrgyzstane-ot-reform-v-sfere.html>
- Д. Джапарова. Становление рыночных отношений в здравоохранении Кыргызстана: проблемы и перспективы. ж. Реформа 2010 №3
- По данным министерства здравоохранения К.Р. за 2006-2011 годы
- <http://www.regnum.ru>
- Концеал ЕленаВладимировна Развитие рынка медицинских услуг в Республике Беларусь. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наукМинск, 2012.