

Государственный и частный сектор в системе здравоохранения Кыргызстана и перспектива их сотрудничества

The Public and Private Health Sectors in Kyrgyzstan and Prospects for their Cooperation

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

Abstract

The public sector does not provide funding for the program of state guarantees. Private sector where high levels of profitability and higher prices. The purpose of public-private partnerships in health care – the preservation and improvement of the health status of the population. In Kyrgyzstan, the investment in health infrastructure of the state are planned. The private investor can build a building and provide meals for patients as required by the hospital. Require opening a public-private laboratories for urgent tests at each hospital and clinic. To finance the public-private partnership in the health sector can be used in co-financing, guarantee the payment rate for OMS services.

Государственный сектор не обеспечивает финансирование Программы государственных гарантий. Частный сектор там, где высокая рентабельность и уровень цен выше. Цель государственно-частного партнерства в здравоохранении - сохранение и улучшение состояния здоровья населения. В Кыргызстане инвестиции в инфраструктуру здравоохранения со стороны государства не планируются. Частный инвестор может построить здание и обеспечивать питание больных стационара согласно требованиям. Необходимо открытие государственно-частных экспресс-лабораторий для срочных анализов при каждой больнице и поликлинике. Для финансирования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в могут использоваться софинансирование, гарантия выплаты тарифа ОМС за услуги.

Ключевые слова:

Программы государственных гарантий, частный сектор в здравоохранении, государственно-частное партнерство, софинансирование, покупка услуг.

1 Государственный сектор в здравоохранении

В Кыргызской Республике Система здравоохранения включает в себя государственный и частный сектор. Государственный сектор в современных условиях здравоохранения не обеспечивает полностью финансирование Программы государственных гарантий и обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Система обязательного медицинского страхования в условиях Кыргызстана не выполняет функций страхования. Она превратилась в финансовую организацию по передаче денежных средств лечебно-профилактическим учреждениям за диагностику и лечение больных.

Средства бюджета и дополнительные средства, поступающие от сооплаты пациентов, не позволяют лечебно-профилактическим организациям предоставлять качественные медицинские услуги в полном объеме.

	Сумма, млн сомов		Рост в %	Удельный вес	
	2006	2012		2006	2012
Всего,	2 421,2	9753,8	290	100%	100%
в том числе средства:					
-республиканского бюджета	1454,4	6741,0	363	60,1	69,1
-местного бюджета	312,0	916,4	194	12,9	9,4
-обязательного медстрахования	393,2	1529,8	289	16,2	15,7
-сооплаты	188,0	350,1	86	7,8	3,6
Специальные средства	73,6	216,5	194	3,0	2,2

Таблица 1. Исполнение консолидированного бюджета за 2006-2012год (Данные МЗ/а)

Как видно из таблицы, доля государственного бюджета продолжает оставаться преобладающей, и из года в год увеличивается. С начала реализации программы «Манас таалими», (2006г.) т.е. второго этапа реформы, общие расходы на здравоохранение увеличились на 3 млрд сомов, т.е. на 24,6 %, государственные расходы выросли на 30 %. Следует учесть, что при этом уровень инфляции, за указанный период составил, 50%. (Концепция здравоохранения, 2012/а)

Однако государственное финансирование здравоохранения остается недостаточным. Так, не хватает средств для закупки в необходимом количестве лекарственных средств, на модернизацию оборудования, техническое обслуживание и укрепление инфраструктуры, а также повышение профессионального уровня персонала. Дефицит денежных средств, необходимых для реализации Программы государственных гарантий в 2012 году составил 1,5 млрд. сомов. Следует отметить, что 82, 5% из средств «Единого плательщика», в 2012 году были использованы на выплату заработной платы. (Динара Сагинбаева, 2012)

Сокращение финансирования гарантированных государством услуг, в государственных медицинских учреждениях, привело к снижению объемов бесплатной медицинской помощи. Государство декларирует о бесплатных услугах, а пациент, попадая в больницу, должен покупать лекарства, платить за лечение. В условиях высокого уровня бедности, активно развивается тенденция введения платы за услуги населением. Следует отметить, что совмещение в государственных медицинских учреждениях оказания бесплатной медицинской помощи и предпринимательской деятельности, т.е. оказания платных услуг, не позволяет осуществлять эффективный контроль целевого использования бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования.

Во первых, платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства, (прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен). Во-вторых, платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений, т.е. появилась тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг. 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.

2 Частный сектор в здравоохранении

В Кыргызстане альтернативой государственному здравоохранению, в настоящее время уже сформировался частный сектор здравоохранения, который берет на себя существенный объем специализированной медицинской помощи населению. Вложены значительные инвестиции в отрасль оказывающую населению медицинскую помощь с применением современных высоких технологий и дорогостоящего импортного оборудования. И в последние годы негосударственный сектор здравоохранения получил интенсивное развитие.

По данным Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, в 2011 году зарегистрировано более 700 частнопрактикующих врачей. (Данные МЗ, 2012г) Оказание медицинских услуг частными медицинскими центрами сосредоточено в крупных городах республики – Бишкек, Ош, Джалал-Абад, Каракол и др. В сельских районах услуги на основе частной практики, не получили широкого развития.

Следуя законам рынка, частный сектор осваивает в первую очередь свободные ниши, где возможна высокая рентабельность и быстрая окупаемость вложенных средств. Основной сегмент, освоенный частными практикующими врачами в республике – это диагностика. В основном, частные медицинские центры предоставляют ультразвуковые, лабораторные, стоматологические и другие услуги. Так, 90 % обследования на компьютерном томографе и более 50 % магнитно-резонансных томограф – исследований в Кыргызстане проводятся частными медицинскими центрами.

Таким образом, частный сектор восполняет пробел, имеющийся в государственном секторе, по предоставлению высокотехнологичных диагностических процедур. Государственные медицинские учреждения часто пользуются услугами медицинских центров, направляя пациентов для прохождения диагностических исследований. И это становится нормой.

И частная компания, мотивированная на результат, по-настоящему обладает эффективным управлением. Частный сектор в здравоохранении снижает нагрузку на государственный сектор, что позволяет провести реструктуризацию государственных организаций здравоохранения, повысить эффективное использование ресурсов. Однако развитие частного сектора невозможно без развития государственного, вместе с тем в современных условиях потенциал частного сектора в Кыргызстане недостаточно востребован государством.

Уровень цен в частных медицинских центрах и кабинетах выше, чем за аналогичные платные услуги в государственных организациях здравоохранения. Так, стоимость компьютерно-томографического исследования в частном медицинском центре в Бишкеке, выше в 2,5-3 раза, а магнитно-резонансного томографа - в 2-2,5 раза. (Концепция здравоохранения, 2012/б). И, несмотря на разницу в ценах, частные медицинские центры пользуются большим спросом среди населения. Это обусловлено хорошим обслуживанием и благоприятными условиями пребывания пациентов, наличием в полном объеме изделий медицинского назначения и применением современных технологий. Основную роль в сложившейся разнице цен играют несколько факторов: уровень оплаты за инфраструктуру, амортизация оборудования, более высокий уровень заработной платы.

Среди отрицательных черт прямых иностранных инвестиций в систему здравоохранения, можно выделить внутреннюю «утечку мозгов», т.е. отток высококвалифицированных специалистов в частные медицинские центры, где заработная плата и условия работы, существенно, лучше, чем в государственных учреждениях. В частных медицинских центрах сосредотачиваются высокоспециализированные технологии и медицинские кадры, что привлекает как население, так и самих медицинских работников. Медицинские работники мигрируют из государственного сектора в частный сектор, из больниц в фармацевтические компании. В результате, сектор общественного здравоохранения, потребность в котором особенно велика у пожилого и отягощенного различными заболеваниями населения, страдает от недоукомплектованности медицинскими кадрами и оборудованием, в нем существуют длинные очереди на госпитализацию и прием специалистов.

Вследствие этого в результате нехватки персонала в государственных лечебных учреждениях, люди вынуждены длительное время ожидать нужные операции, и визиты к нужным для обследования специалистам. Для решения данной проблемы интересным представляется опыт Турции. Врачи, оказывающие медицинскую помощь в учреждениях государственной формы собственности, получают зарплату на основании общегосударственной тарифной сетки. Сверх этого им начисляются дополнительные выплаты из оборотных средств. (Çetin, A, 2007)

Оборотные средства или возобновляемые фонды формируются путем сбора средств в государственных учреждениях. Государственные медицинские учреждения устанавливают финансовые связи с государственными и частными организациями, а также с отдельными гражданами, от которых получают плату за оказанные медицинские услуги. Полученные таким образом доходы распределяются между работниками медицинского учреждения. Вторая часть заработной платы абсолютно независима от государственного участия. Иногда этот дополнительный доход может намного превышает размер основной заработной платы.

Следует отметить, что наблюдается тенденция роста тарифов на медицинские услуги. При низком уровне доходов большинства населения, происходит снижение объемов бесплатной медицинской помощи и расширение системы оплаты медицинских услуг. Таким образом, происходит постепенное формирование двухступенчатой системы здравоохранения, где складывается сектор более качественных платных услуг для состоятельных людей, и низкокачественных бесплатных услуг для тех, кто не может платить.

При предоставлении медицинских услуг, государственный и частный секторы должны конкурировать между собой не только по вопросам качества оказания медицинской помощи, но и стоимости услуг. В этих условиях важно, чтобы конкуренция в сфере оказания медицинских услуг не ухудшала доступ населения к медицинским услугам, не приводила к разложению государственного сектора в здравоохранении.

3 Формы взаимоотношений бюджетных и частных медицинских учреждений

В условиях, когда частные медицинские учреждения получили достаточно широкое распространение, неизбежно возникают различные формы взаимоотношений бюджетных и частных медицинских учреждений. Недостаток денежных средств в государственных бюджетных учреждениях, для обеспечения отрасли, требуют привлечения частных источников финансирования. Одним из путей решения этих проблем стала разработка и использование особой институциональной системы по привлечению частного сектора к строительству и эксплуатации объектов здравоохранения, которая на Западе получила название Public-Private Partnership (PPP) или Государственно-частное партнерство.

Государственно-частное партнерство между государством и бизнесом осуществляется в целях реализации национальных и международных общественно-значимых проектов. Для их осуществления государство использует частный сектор. Государственно-частное партнерство это соглашение о планировании совместной деятельности между государственными и частными секторами о совместном финансировании проектов, эксплуатации и техническом обслуживании объектов. Целью государственно-частного партнерства в здравоохранении является сохранение и улучшение состояния здоровья населения путем создания эффективной, доступной системы предоставления медицинских услуг организациями здравоохранения, независимо от форм собственности.

Государственно-частное партнерство в здравоохранении можно определить как юридически закреплённую на определенный срок, форму взаимодействия между государством и частным сектором в отношении объектов здравоохранения, а также соответствующих медицинских услуг. Обязательным условием государственно-частного партнерства, является софинансирование государством и частными компаниями и разделение рисков между всеми участниками проекта. Иногда проект может финансироваться на 100% частным сектором. Таким образом, в государственно-частном партнерстве происходит объединение ресурсов и потенциалов двух хозяйствующих субъектов, существенное

расширение пространства для свободного движения капитала, проникновение частного сектора в те сферы, которые ранее были для него недоступны.

Передача частным компаниям разработки, строительства, финансирования и обслуживания новых зданий медицинских учреждений, позволит здравоохранительным учреждениям сконцентрироваться на выполнении своей основной функции - предоставлении медицинских услуг.

Государственно-частное партнерство оформляется специальным договором (соглашением, контрактом) между государством и участниками со стороны частного сектора и осуществляется в течение определенного, закрепленного в договоре срока. По завершении проекта партнерство может быть продолжено на основе нового договора.

Государственно-частное партнерство позволяет государству передавать объекты во владение и пользование частному сектору сохранения при этом право государственной собственности. Это позволит переложить функции строительства, эксплуатации объектов здравоохранения на частный сектор, что значительно сократит расходы государства и увеличит налогооблагаемую базу. В случае нарушения частной компанией условий контракта, государство можно прерывать действие контракта и возвращать объект в государственное управление.

Участие бизнеса в проектах государственно-частного партнерства позволяет частной компании получать в долговременное владение и пользование государственными активами здравоохранения, причем часто на льготных условиях. Вкладывая инвестиции в объекты государственной и муниципальной собственности, предприниматель имеет достаточные гарантии прибыльности, поскольку государство как его партнер несет определенные риски по обеспечению минимального уровня рентабельности. При решении наиболее социально значимых проблем здравоохранения государство доплачивает из бюджета частному оператору, при улучшении им качества медицинского обслуживания. (пример: Программы по борьбы с туберкулезом.)

Инициатива создания смешанных частно-государственных структур была выдвинута Всемирной организацией здравоохранения в 1995 году. Целью была разработка эффективных механизмов привлечения государственных и частных поставщиков медицинской помощи для лечения туберкулеза и борьбы с ним в соответствии Международными стандартами лечения.

Экономический эффект для общества состоит в том, что вследствие объединения активов двух секторов государственно-частное партнерство обеспечивает оптимальное разделение обязанностей и лучшее использование активов. Создаются условия и предпосылки для эффективного функционирования объектов здравоохранения, находящихся в государственной и муниципальной собственности. Благодаря совершенствованию стандартов, повышается качество медицинских услуг, усиливается ответственность и улучшается контроль использования ресурсов, используемых в рамках контракта.

Наиболее активно процесс привлечения бизнеса в здравоохранение на партнерской основе, наблюдается в Великобритании и Австралии. В Великобритании государственно-частное партнерство развивается в двух направлениях: строительство и реконструкция основных фондов в отрасли и предоставление медицинских услуг. По официальным данным еще в 2003 году свыше 600 объектов общественной собственности, в том числе - 34 больницы находились в условиях государственно-частного партнерства. В государственно-частных проектах этой страны, на здравоохранение приходится 12% всех инвестиций. (PFI: meeting the investment challenge. 2003). В настоящее время в Великобритании в рамках государственно-частного партнерства 130 больниц финансируется частным сектором, что обеспечивает высокое качество медицинских услуг. (Материалы конференции 2012 г.Красноярск.).

Далее, медицинские услуги, предоставленные частными компаниями на объектах государственной и муниципальной собственности в соответствии с долгосрочными контрактами, оплачиваются частному сектору постепенно, в течение всего срока контракта (как правило, 30 лет). Платежи производятся каждый год, но только при соответствии оказанной частной услуги принятым в стране стандартам обслуживания в данной области. При этом государство остается ответственным за предоставление населению основных услуг.

Правительство Санкт-Петербурга совместно с Комитетом по здравоохранению города стали одними из первых в области создания государственно-частного партнерства для здравоохранения в Российской Федерации. На основе государственно-частного партнерства развивается несколько сетей гемодиализных центров в регионах РФ. Государство предоставляет помещения для диализного центра на безвозмездной основе и освобождает от уплаты налогов на прибыль и НДС. Эта сфера здравоохранения особо привлекательна для частных инвесторов, что объясняется относительной простотой организации таких центров и их сервисным уклоном, по сравнению с больницами. Как правило частный сервис всегда был лучше государственного.

Следующий важный проект государственно-частного партнерства в системе здравоохранения это сотрудничество клиник «Медси», с правительством Москвы. В 2012г. в обмен на 25% акций объединенной компании, правительство Москвы передало «Медси» 5 поликлиник, 3 стационара и 3

санатория. К участию в партнерстве был приглашен американский инвестиционный фонд AрахPartners, специализирующийся на медицинских активах, и РФПИ, которые совместными усилиями вложат порядка 6 млрд. долл. в развитие сети. Доли участников распределяются следующим образом: половину получит АФК «Система», четверть – правительство Москвы, по одной восьмой – AрахPartners и РФПИ.

В Кыргызстане в последнее время наметилась тенденция по привлечению частного сектора в систему оказания медицинских услуг населению. Сотрудничество государственной и частной структуры пока осуществляется эпизодически и носит стихийный характер. Так, государственные медучреждения направляют пациентов в частные центры для лабораторных, ультразвуковых исследований и в центры компьютерной томографии. В проекте предстоит создание централизованной аккредитованной лаборатории для медучреждений Бишкека, оснащенной современным оборудованием для обработки клинических анализов. Кроме того, предлагается открыть экспресс-лаборатории для срочных анализов при каждой больнице и поликлинике.

Закон о Государственно-частном партнерстве, принятый в январе 2012 года открывает возможности для привлечения частного финансирования инфраструктурных проектов. Для Кыргызстана, с низкой эффективностью государственного сектора в здравоохранении, эффект государственно-частного партнерства будет значительно более высоким. Необходимо развивать партнерские отношения частных медицинских организаций здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики. Это может осуществляться путем оплаты медицинских услуг со стороны государства в форме «государственного заказа», по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в рамках Программы государственных гарантий.

Инвестиции в инфраструктуру со стороны государственного сектора не планируются. И в этой связи разработан проект организация питания в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения.

Цель проекта заключается в организации централизованного диетического питания для всех пациентов, а также для сотрудников Института. Планируется, что частный инвестор построит здание современной столовой, которая будет оснащена современным оборудованием, будет удобной для пациентов и сотрудников, и будет обеспечивать сбалансированное питание согласно диетологическим и санитарным требованиям. (Меморандум проекта. *Бишкек, 2012*)

В данном проекте как государственным партнером собственник института, выступает Министерство Здравоохранения. Частный партнер будет отобран в результате открытого местного тендера. Государственный партнер будет закупать услугу у частного партнера: трехразовое питание для пациентов, согласно требованиям по энергетической и диетической ценности рациона питания.

Проект рассчитан на 10 лет с последующей передачей здания и оборудования в функциональном состоянии государству. Частный партнер разрабатывает проект строительства и согласовывает его с государственным партнером. После окончания срока договора, т.е. по истечению 10 лет, частный партнер обязуется передать государственному партнеру здание в отремонтированном состоянии, с оборудованием в рабочем состоянии. При успешной работе государственный партнер может продлить договор на оказание услуг питания.

Итак, при выборе проектов государственно-частного партнерства необходимо разработать те проекты, для которых частный сектор может принести наибольшую пользу по сравнению с традиционным подходом к реализации проектов государством (например, новые технологии, новые методы строительства, передовые методы работы, эффективность управления, сокращение затрат). В здравоохранении это касается организации таких услуг, как питание пациентов, прачечные и стерилизационные услуги, лабораторные услуги. Если частный инвестор принимает на себя капитальные затраты и обслуживание объекта на протяжении всего его дальнейшего существования, он мотивирован оптимизировать совокупные затраты на проект. Поэтому учет затрат на протяжении всех этапов реализации проекта, что является одним из основных условий государственно-частного партнерства.

Важно отметить, что в рамках государственно-частного партнерства, страховые компании, как правило, должны работать совместно с государственным сектором, поскольку они являются основным источником выручки для больниц. При планировании проекта необходимо на основе несколько вариантов, точно сформулировать потребности и ожидаемые выгоды, определить соотношение затрат и выгод.

Источниками финансирования проектов государственно-частного партнерства в Кыргызстане, могут быть строительные и страховые компании, банки, международные финансовые институты, государство и муниципальные органы власти. Также для финансирования партнерства в сфере здравоохранения могут быть использованы такие платежные механизмы, как софинансирование строительства, гарантия выплаты по тарифам обязательного медицинского страхования частным медицинским центрам за оказанные услуги.

Выводы:

В Кыргызстане государственный сектор не обеспечивает финансирование Программы государственных гарантий, что привело к снижению объемов бесплатной медицинской помощи.

Произошел отток специалистов в частные медцентры и для решения проблемы предлагается опыт Турции, где врачи получают зарплату на основании тарифной сетки. Сверх этого им начисляются дополнительные выплаты из оборотных средств.

Государственно-частное партнерство в здравоохранении - это софинансирование и разделение рисков, в отношении объектов здравоохранения и медицинских услуг.

Объединение активов двух секторов обеспечивает оптимальное использование активов.

В Кыргызстане инвестиции в инфраструктуру здравоохранения со стороны государства не планируются, поэтому частный инвестор может построить здание современной столовой и обеспечивать питание согласно диетологическим и санитарным требованиям.

Предлагается партнерство путем оплаты медицинских услуг со стороны государства в форме «государственного заказа», по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в рамках Программы государственных гарантий.

Необходимо открыть государственно-частные экспресс-лаборатории для срочных анализов при каждой больнице и поликлинике.

Для финансирования ГЧП в сфере здравоохранения в могут использоваться такие платежные механизмы, как софинансирование строительства, гарантия выплаты тарифа медицинского страхования за услуги частным медицинским центрам.

Литература

- Данные министерства здравоохранения К.Р. за 2006-2012 годы
- Концепция совершенствования системы здравоохранения с учетом развития частной медицины и межсекторных договорных отношений. [www.gov.kg/wp-Бишкек\(АКИpress\)](http://www.gov.kg/wp-Бишкек(АКИpress)/content/uploads/2012/10/Приложение-на-русс.doc)
/content/uploads/2012/10/Приложение-на-русс.doc
- Динара Сагинбаева Министр здравоохранения Кыргызстана www.ikipress.org/zdorovie/news:13937
- Çetin, A.C., Sağlam H, 2007. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 5, 56-78, Isparta.
- <http://www.regnum.ru>
- PFI: meeting the investment challenge. 2003: www.hm-treasury.gov.uk
- Современные проблемы Российской экономики. *Материалы 9 научно- практической конференции 2012 г.Красноярск.*
- <http://www.sistema.ru/>
- <http://www.knews.kg/society/19921/>
- Организация питания в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения. Информационный меморандум проекта. *Министерство здравоохранения Кыргызской Республики Бишкек, 2012*