

УДК [336.02:614.39](575.2) (04)

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Д. Джанарова – канд. экон. наук, доцент
Кыргызско-Турецкий университет "Манас"

Главные проблемы в финансировании здравоохранения Кыргызстана – это недостаток средств и неэффективное их использование. Ресурсы больниц “размываются” на большое количество госпитализации. Заработная плата медицинских работников не покрывает минимальный потребительский бюджет.

Ключевые слова: со-оплата; неофициальные платежи; платные услуги; мотивации труда.

Реформирование здравоохранения в современных условиях имеет конечной целью повышение доступности и качества медицинской помощи. Главные проблемы осуществления этой цели – недостаток средств на здравоохранение и неэффективное их использование, а также экономические интересы участников системы здравоохранения: медицинских работников и пациентов. Медицинские работники заинтересованы в получении за свою работу достойной заработной платы, а пациент – в качественной и недорогой медицинской помощи. Но низкая покупательная способность пациента вынуждает его прибегнуть к государственной помощи.

Анализ проблем системы финансирования здравоохранения можно проводить по двум направлениям: первый – по источнику формирования средств и второй – по форме их распределения. Несмотря на то что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами, государство тратит на здравоохране-

ние большие средства. Современная бюджетно-страховая система, сложившаяся в Кыргызстане, мало влияет на качество оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что 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. В Кыргызстане это происходит в условиях экономически необоснованных плат за лечение (со-оплата), отсутствия стандартов и прозрачности, развития платности по произвольным ценам и других бесконтрольных процессов.

Финансирование из средств местного бюджета г. Бишкек в 2006 г. увеличилось на 11,6% (2005 г. – 279,5 млн. сом., 2006 г. – 312,0 млн. сом.).

Консолидированный бюджет организаций здравоохранения, реализующих Программу государственных гарантий, в 2006 г. увеличился по

Таблица 1

Исполнение консолидированного бюджета за 2006 г.

	Сумма, млн. сом.		Рост, %	Удельный вес, %	
	2005 г.	2006 г.		2005 г.	2006 г.
Всего	1858,7	2421,2	130,3	100,0	100,0
В том числе средства:					
республиканского бюджета	124,6	1454,4	1167,3	6,7	60,1
местного бюджета	1109,5	312,0	28,1	59,7	12,9
обязательного медстрахования	340,2	393,2	115,6	18,3	16,2
со-оплаты	222,8	188,0	84,4	12,0	7,8
специальные средства	61,6	73,6	119,5	3,3	3,0

сравнении с 2005 г. на 30,3% и составил 2421,2 млн. сом. (табл. 1).

Как видно из табл. 1, одним из важных источников финансирования здравоохранения является Фонд обязательного медицинского страхования. Обязательным медицинским страхованием называется система предоставления гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет обязательных отчислений из фонда заработной платы. Они предназначены для работающих граждан. Причиной введения медицинского страхования является непредсказуемость болезни, что 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 иметь катастрофические последствия для бюджета всей семьи.

Структура финансовых ресурсов в системе здравоохранения Кыргызстана характеризует незначительную долю средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в финансовых источниках здравоохранения. Причиной этого является то, что основными плательщиками взносов в систему 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, почти не охвачена системой страхования здоровья. В связи с этим необходимо обеспечить участие работодателей в страховании здоровья своих работников. 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.

Со-оплата. Это финансирование части оплаты потребителем. Индивидуальные схемы со-оплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном

существуют три типа таких схем: удержание; со-страхование; соучастие в оплате услуг.

Согласно системе Единого плательщика в Кыргызстане, средства от со-оплаты поступают в единый фонд, а затем, согласно отчету первичных медицинских учреждений (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных, перераспределяются стационарным отделениям. Как видно из табл. 1, поступление средств со-оплаты в 2006 г. снизилось по сравнению с предыдущим годом на 15,6% и составило 188,0 млн. сом. (2005 г. – 222,8 млн. сом.). 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.

Ввиду ограниченности ресурсов в стационарах осуществляется жесткая экономия средств, поступивших по системе Единого плательщика. Поскольку эффективные средства лечения стоят дороже, врачи вынуждены приобретать более дешевые препараты на лечение. Например, при инфекционных заболеваниях за счет средств Единого плательщика назначается самый дешевый, недостаточно эффективный антибиотик – пенициллин. Такой подход преждевременно обрекает больного, независимо от размера его материального вклада, на некачественное лечение, если оно ограничится только средствами, предоставляемыми медицинскими учреждениями.

Врачи, заинтересованные в реальном выздоровлении своего пациента, сами вынуждены рекомендовать дополнительные более качественные и дорогостоящие препараты и платные медицинские услуги. И здесь у него есть возможность злоупотреблять своим преимущественным положением – определять спрос на медицинские услуги, что лежит на совести врача, давшего клятву Гиппократу.

Кроме того, указанная методика установления норм не соответствует реальным затратам на лечение больного. Даже одинаковый тип заболевания для разных категорий больных разного возраста и состояния организма требует индивидуального подхода лечения и соответственно дифференцированных затрат. Согласно существующей методике, вместо получения реальной материальной поддержки со стороны государства, одни пациенты вынуждены покрывать расходы других больных. Оплата больным части собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливым путем привлечения средств пациента для его лечения.

Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – “подарки” врачам и другому медицинскому персоналу, а также 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, может быть, нет необходимости. Это свидетельствует о том, что больной с введением со-оплаты вынужден теперь многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление. Поэтому целесообразнее вместо фиксированных со-платежей по отношению к медицинской помощи ввести со-оплату по отношению к лекарствам, т.е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного (как, например, в Турции).

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. В Кыргызстане существуют 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.

С нашей точки зрения, неформальные платежи в медицине, то есть плата врачу, не следует считать “взяткой”. В условиях отсутствия механизма регулирования данная плата выступает как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить или уничтожить. Единственный способ приведения их в какие-то рамки, формы – это их легализация, тем более часть платных услуг вышла из тени.

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. Поэтому происходят необоснованные госпитализации в государственные больницы, в так называемые платные палаты. 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 “размазываются” 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 необходимо 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.

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 в Англии составляет 3–5, Дании – 4–5, в Кыргызстане – 8–9, в Бишкеке – 15. В Беларуси 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 критического уровня и не нуждаются в медицинской помощи на уровне стационаров. В результате там самая высокая продолжительность жизни из всех стран СНГ и самый низкий показатель младенческой смертности.

Итак, в структуре расходов государственного бюджета ассигнования на стационары в 2006 г. составили 1039,6 млн. сом. или на 60,5% боль-

ше, чем в 2005 г. (2005 г. – 647,6 млн. сом.) (см. рис. 1).

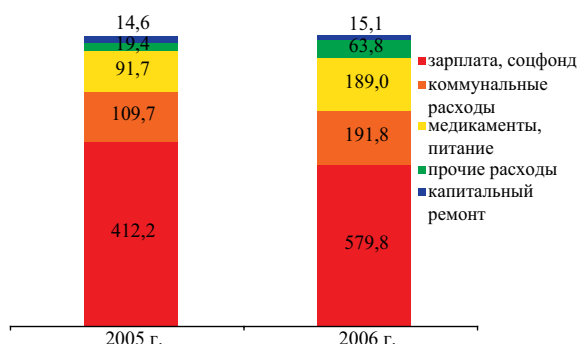


Рис. 1. Структура расходов на стационары, млн. сом.

Как видно из рис. 1, в 2006 г., несмотря на увеличение объема финансирования, снизилась доля расходов на заработную плату и отчисления в Социальный фонд (на 7,8%) с одновременным увеличением доли расходов на коммунальные услуги и питание, медикаменты. Очевидно, это связано с ростом цен на коммунальные услуги и питание.

На наш взгляд, не совсем логично осуществлять отчисления в Социальный фонд из средств обязательного медицинского страхования, поскольку фонд – одна из форм социальных отчислений. Его нужно использовать по назначению, т.е. обеспечить застрахованного плательщика качественным лечением. 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.

В соответствии с Постановлением Правительства КР № 510 от 31 июля 2002 г. “О нормах пи-

тания в социально-культурных учреждениях” расчетные нормы питания на 1 койко-день в учреждениях здравоохранения установлены в размере 30 сом., в ценах того же периода (табл. 2).

В 2006 г. из средств ОМС на оплату медицинских услуг, предоставляемых на первичном уровне и в стационарах, направлено на 2,5% больше, чем в 2005 г. (2005 г. – 340,2 млн. сом., 2005 г. – 393,2 млн. сом.). Из табл. 2 видно, что расходы на питание одного больного не достигли утвержденных нормативов, что приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

В среднем по республике расходы на питание составили в 2006 г. 19,27 сом., или 64,2% от утвержденных в 2002 г. нормативов питания. Если учесть темпы инфляции за анализируемый период, то этот показатель снизится еще больше. В связи с этим, в условиях недостатка средств даже на питание больного в стационарах мы не можем говорить ни о стандартах, ни о защите прав пациента, ни о качестве услуг в системе ОМС.

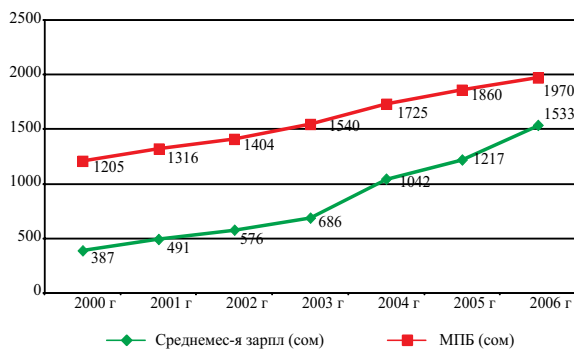


Рис. 2. Сравнительный анализ средней заработной платы в здравоохранении по отношению к минимальному потребительскому бюджету

Таблица 2

Фактический расход на медикаменты и питание на 1 койко-день за 2005 и 2006 гг. организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика¹

	Медикаменты на 1 койко-день, сом.		Питание на 1 койко-день, сом.		
	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	
Бюджет	8,17	11,39	Бюджет	13,53	14,42
ОМС	15,52	18,10	ОМС	-	-
Со-оплата	16,30	15,53	Со-оплата	4,53	4,83
Специальные средства	0,25	0,34	Специальные средства	-	0,01
Всего	40,23	45,35	Всего	18,06	19,27

¹ По данным Министерства здравоохранения КР.

Зарботная плата медицинских работников. Оплата труда в системе здравоохранения республики имеет устойчивую тенденцию к росту. С 1 января 2008 г. это повышение составило 30 %. Однако следует отметить, что при начислении заработной платы, как и во всех бюджетных структурах страны, не учитывается уровень инфляции. И последнее повышение на 30% оплаты труда представляет собой лишь частичную компенсацию роста цен (рис. 2).

В настоящее время даже непрерывное повышение заработной платы медицинских работников не позволяет покрывать минимальный потребительский бюджет, что и объясняет реальную причину неофициальной платы медицинских услуг. При таком уровне заработной платы трудно говорить о присутствии реальной мотивации к труду. Рассмотрим 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 увеличение 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 со-оплаты. 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 качественной работы врача?

На производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В медицине источником поощрения выступает заранее определяемый на основе учета прошлых затрат

фонд оплаты труда. Следуя логике, увеличение стимулирующей части должно проходить за счет основной части оплаты труда, однако от перемены мест слагаемых сумма фонда оплаты труда остается неизменной. В этой связи, поскольку в медицине отсутствует прибыль в качестве источника поощрения, может быть использована часть специальных средств, образованных за счет платных услуг.

Следует обратить внимание на опыт стран, где в системе управления здравоохранением важное место занимает мотивация труда. Иными словами, используются экономически обоснованные подходы, способные перевести такую нематериальную категорию, как здоровье, в материальную, экономическую, 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.

К сожалению, нам не удалось построить классическую систему медицинского страхования. Бюджетно-страховая вариация ее, из-за необоснованных тарифов и финансирования, не позволила это сделать. Как показывает практика, рано или поздно управляемость системы ухудшается и на первый план выступают недостатки модели – отсутствие возможности для маневра ресурсами, бюрократизация отношений, слабая ориентация на потребительский спрос, отсутствие экономической мотивации медицинских работников.

Выводы

- Сложившаяся бюджетно-страховая система, мало влияет на качество оказания медицинской помощи.
- Структура финансовых ресурсов характеризует незначительную долю средств ОМС. Часть населения, имеющая более высокие доходы, и работодатели не охвачены системой страхования здоровья.
- Большой с введением со-оплаты вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу. Оплата большинством части собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливым путем привлечения средств для его лечения.

- Вместо “фиксированных” со-платежей целесообразно ввести со-оплату по отношению к лекарствам, использованным при лечении больного.
- В условиях отсутствия механизма регулирования неформальные платежи выступают как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что необходимо легализовать.
- Платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений, что противоречит оптимизации стационарной помощи. Поэтому, независимо от источника финансирования, лишние мощности надо закрыть.
- Необходимо учесть опыт Республики Беларусь, где большая часть финансовых средств сосредоточена на уровне поликлиник и первичная помощь оказывается бесплатно, что обеспечивает самую высокую продолжительность жизни из всех стран СНГ и самый низкий показатель младенческой смертности.
- В структуре расходов нелогично осуществлять отчисления в Социальный фонд из средств обязательного медицинского страхования. Его нужно использовать по назначению, и для страхования медицинских работников необходимо искать другие источники.
- В связи с тем что в медицине отсутствует прибыль в качестве источника поощрения можно использовать часть специальных средств, образованных за счет платных услуг.
- Основополагающая идея мотивации труда – отказ от повременной системы оплаты труда и максимальное внедрение различных модификаций сдельной ее формы.