

УДК [330.123.6:61] (575.2) (04)

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КЫРГЫЗСТАНА

Р.А. Джанибеков

Раскрываются особенности функционирования и развития рынка медицинских услуг Кыргызской Республики.

Ключевые слова: здравоохранение; рынок медицинских услуг; здоровье населения.

Современное здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой, играет одну из приоритетных ролей в движении Кыргызстана к социально ориентированному государству. Становление рыночных отношений в Кыргызстане в условиях дефицита бюджетных ресурсов на передний план выдвигает проблему удовлетворения социальных потребностей населения в медицинской помощи, непосредственно связанную с оптимизацией доминирования государственных и рыночных механизмов управления социально-экономической системой.

Главной целью системы здравоохранения является поддержание и улучшение состояния здоровья населения. Достижение этой цели связано со значительными расходами государства, общества и отдельных его членов, что делает механизмы совместной ответственности всех субъектов системы здравоохранения весьма актуальными.

Проводимые в стране реформы не могли не затронуть систему здравоохранения, поскольку было очевидно, что неудовлетворительное функционирование данной системы было следствием не только недостаточного финансирования, но и неэффективного управления процессом организации медицинской помощи и ее оплаты. Устаревшая организационная структура системы привела к снижению эффективности оказания медицинской помощи.

Явления и процессы, складывающиеся в сфере медицинских услуг Кыргызской Республики, носят неоднозначный и противоречивый характер. С одной стороны, реформы в здравоохранении сопровождались внедрением и распространением экономических методов в управлении, расширением самостоятельности руководителей учреждений здравоохранения, повышением ответственности медицинских работников за качество и результа-

тивность оказываемых медицинских услуг, что, несомненно, следует расценивать как положительные черты перемен в отрасли. В то же время имеется немало негативных явлений в сфере медицинских услуг, которые приобретают хронический характер и стали представлять серьезную опасность для состояния общественного здоровья граждан страны.

В системе здравоохранения Кыргызстана обозначился целый комплекс всевозможных проблем, которые препятствуют повышению в данных условиях медико-социальной и экономической эффективности функционирования сферы медицинских услуг. Все эти проблемы, проявляющиеся на уровне отрасли в целом, на наш взгляд, можно объединить в две большие группы.

Первая связана с несовершенством организационных форм и методов медицинского обслуживания населения, что во многом причинно определено действующим в стране законодательством в области здравоохранения, а также большой инерционностью функционирования и развития прежних организационно-финансовых моделей.

Вторая группа проблем обуславливается недостатком общественных денежных ресурсов и несовершенством действующего порядка и схем финансирования медицинских услуг. Это тоже в большинстве своем детерминировано существующими нормативными актами. Поэтому одной из первоочередных задач является изменение законодательной базы, на которую опирается ныне существующий отраслевой экономический механизм функционирования сферы медицинских услуг.

Так, до обретения независимости Кыргызстан выделял 3,5 % от своего ВВП на здравоохранение. В отличие от развивающихся стран, в Кыргызстане, как и в других странах СНГ в наследие от Советского Союза досталась уже сформировавшаяся система

Таблица 1 – Расходы государственного бюджета на здравоохранение

Расходы на здравоохранение	2005	2006	2007	2008	2009
Млн сомов	2283,3	3059,2	3664,9	4642,5	6287,8
В процентах к ВВП	2,3	2,7	2,6	2,5	3,2
В процентах к общим расходам	11,3	11,8	10,2	10,3	10,5

Источник: Социальные тенденции Кыргызской Республики. Бишкек: Нацстатком КР, 2007–2010.

здравоохранения, в которой для всех была декларирована медицинская помощь. Основными принципами советского здравоохранения являлись общественный характер здравоохранения, всеобщая доступность и бесплатность медицинских услуг.

После провозглашения независимости в 1991 г. последовавшие серьезные экономические и социальные проблемы привели к быстрому спаду уровня финансирования сектора здравоохранения.

Радикальное изменение законодательной базы здравоохранения, определившей переход от государственной (модель Семашко) к бюджетно-страховой (смешанной) модели здравоохранения, не привело к существенному улучшению состояния данного сектора.

Напротив, инфляционные процессы и ежегодное сокращение объемов государственного финансирования здравоохранения создали ситуацию, при которой средства бюджета могли обеспечивать лишь 45–50 % потребности отрасли.

Кыргызстан по уровню доходов относится к странам с низкими доходами на душу населения, а потребностями в услугах здравоохранения – на одной ступени с развитыми странами. Республика столкнулась с серьезной проблемой острой нехватки государственных ресурсов для обеспечения функционирования сектора здравоохранения.

На здравоохранение из государственного бюджета за последние пять лет расходовалось приблизительно от 10 до 12 % средств (таблица 1).

В здравоохранении в силу специфики самих услуг по объективным причинам нарушаются условия эффективного функционирования рынка, и не могут быть достигнуты общие цели развития общества и государства. Свободный и нерегулируемый рынок в этих условиях не может функционировать эффективно, так как не способен справедливо распределять ресурсы системы. Эти специфические особенности рынка медицинских услуг могут привести к негативным последствиям. Это:

- информационная асимметрия, которая может привести к снижению заинтересованности медицинских учреждений в проведении профилактической работы, необоснованному росту потребления медицинских услуг, росту удельного веса дорогостоящих видов медицинской

помощи и, как следствие, к повышению общего уровня расходов на здравоохранение;

- невозможность реализации принципа равной доступности для различных групп населения, которая приведет к сокращению потребления медицинской помощи наиболее экономически уязвимых и наиболее нуждающихся групп населения;
- повышение противоречий между экономическими интересами государства и производителей медицинских услуг, характеризующихся показателями внутренней и структурной эффективности. Заинтересованность конкретного производителя медицинских услуг в увеличении объема услуг в расчете на единицу затраченных ресурсов не всегда ведет к повышению конечных результатов деятельности всей системы здравоохранения.

Важным моментом в функционировании и развитии рынка медицинских услуг является процесс составления прогнозов, программ и планов развития здравоохранения. В прогнозировании общественного здоровья экономическая ситуация играет главенствующую роль. Закономерности формирования популяционного здоровья едины для всего человечества и зависят от одних и тех же факторов. Распространение здорового образа жизни, кроме формирования благоприятных условий в производственной и социальной сферах, требует приоритетного внимания к профилактике заболеваний, к таким ее сторонам, как охрана материнства и детства, санитарный контроль за условиями труда, состоянием природной среды, воды и пищи и др.

С 2006 г. сектор здравоохранения в КР приступил к реализации Национальной программы реформы здравоохранения “Манас таалими” на 2006–2010 гг. на основе широкосекторального подхода.

Одной из задач Национальной программы “Манас таалими” явилось “сокращение финансового бремени для населения на основе устойчивого финансирования здравоохранения, справедливого распределения ресурсов, направленного на улучшение доступности для населения, особенно бедных и социально уязвимых его слоев к качественным услугам здравоохранения, сбалансированности государственных обязательств в рам-

ках Программы государственных гарантий (ПГГ) и других приоритетных программ”.

В настоящее время ПГГ большей частью носит декларативный характер, особенно в части стационарной помощи, так как предоставляет право бесплатного и льготного медицинского обслуживания 72¹ категориям граждан, в том числе 51 категории на полной бесплатной основе².

На лечение льготных пациентов отвлекается до 94 % бюджета ПГГ, а на оплату лечения остальных граждан приходится не более 6 %.

В условиях бюджетных ограничений и неизменного с 2001 г. размера сооплаты населения, в системе здравоохранения за последние два года практически не было возможности проиндексировать нормативы финансирования организаций здравоохранения за исполнение ПГГ, повысить заработную плату за счет стимулирующего компонента, сдерживать неформальные платежи населения за медикаменты и медицинские услуги.

По данным Национального статистического комитета цены на медикаменты и изделия медицинского назначения только за 2009–2010 гг. выросли на треть, при этом расходы государственного бюджета по статье “Медикаменты” увеличились только на 3 %. За 2010 г. бюджетные расходы на медикаменты в стационарах республики сократились на 25 млн сом., при удорожании цен на 16 %. Доля расходов на медикаменты в бюджете стационаров республики в 2010 г. составила 4,4 %.

Как следствие, по оценкам независимых экспертов пациенты стационаров за счет собственных средств обеспечивают более 50 % потребности лечения в медикаментах и изделиях медицинского назначения.

Более того, формальная льгота 50 % оплаты стоимости специализированной амбулаторной медицинской помощи для застрахованных граждан, не обеспеченная финансированием из средств ОМС, либо не исполняется и ложится на расходы населения, либо создает финансовые риски для организаций здравоохранения, особенно третичного уровня.

¹ По ПГГ, утвержденной Правительством на 2001 г., предусматривались льготы только по 27 категориям населения. На тот момент она позволила значительно сократить неформальные платежи населения при улучшении качества предоставляемых услуг населению на льготной основе.

² Справка-обоснование к проекту постановления Правительства Кыргызской Республики “О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2011 год”. URL: <http://www.med.kg>.

При сохранении масштабов действующей ПГГ на 2011 г., с учетом роста числа госпитализаций за 2010 г., дополнительно потребуется только на медикаменты и изделия медицинского назначения, питание и транспортные расходы 1455 млн сом. бюджетного финансирования, в том числе:

- на стационарную помощь – 1229 млн сом.;
- скорую медицинскую помощь – 51 млн сом.;
- первичную медико-санитарную помощь, включая лекарственный пакет для льготников – 175 млн сом.³.

Появились новые возможности в аккумуляровании средств здравоохранения на республиканском уровне, и, следовательно, новые механизмы к справедливому распределению ресурсов между регионами. Начат переход к финансированию на программной основе, что предопределяет взвешенный подход к поиску социально желаемого объема медицинских услуг, который может обеспечить система здравоохранения в условиях переходной экономики.

Стабильность системы государственного здравоохранения должна предопределяться соответствием финансовых потоков, направляемых на оказание медицинской помощи населению областей Кыргызской Республики, и фактических затрат на оказание медицинской помощи жителям областей.

Устранение географического неравенства финансирования является важным направлением реформы здравоохранения. При этом можно выделить два главных проявления географического неравенства:

- неравенство в предоставлении медицинской помощи, оказываемой в пределах территории;
- неравенство в получении третичной помощи, оказываемой в республиканских учреждениях.

Исходя из этого, предлагаемая система финансирования, на наш взгляд, призвана обеспечить:

1) справедливое подушевое распределение расходов, необходимых для предоставления медицинской помощи жителям на территории их проживания;

2) справедливое распределение ресурсов медицинской помощи, которая оказывается жителям вне пределов территории их постоянного проживания.

Таким образом, определяющими и объективными факторами совершенствования и динамичного развития рыночного сектора медицинских услуг являются повышение реальных доходов населения и улучшение экономической ситуации в стране, с одной стороны, и с другой – существенное повышение качества медицинского обслуживания.

³ Там же

Список использованной литературы

Бояринцев Б.И. Рынок и здравоохранение / Б.И. Бояринцев // Экономика здравоохранения. 1996.

Специфика экономики и управления здравоохранением / под ред. С.В. Киселева. Казань: Медицина, 1998.

Дубинина Е.И. Экономика и управление здравоохранением / Е.И. Дубинина, А.А. Лебедев, Ю.П. Лисицын. Можайск, 1993.

Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции общественного здоровья / Ю.П. Лисицын. М., 1987.

Реформа оплаты медицинской помощи: факторы повышения эффективности здравоохранения: сб. ст /под ред. Д.А. Раиса. М., 1996.

Экономика платных услуг / под ред. Е.Н. Жильцова. Казань, 1996.

Бизнес: Оксфордский толковый словарь. М., 1995.

Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. М., 1996.

Гражданский кодекс Российской Федерации № 14-ФЗ. Ч. 2 от 26 января 1996 г. (в ред. от 2 февраля 2006. Ст. 779.

Райзберг Б.А. Современный экономический словарь / Б.А. Райзберг, Л.Ш. Лозовский, Е.Б Стародубцева. М., 2003.

Солодков М.В. Теоретические проблемы услуг и непроизводственной сферы при социализме / М.В. Солодков, Т.Д. Полякова, Л.Н. Овсянников. М., 1972. С. 107.

Маркс К., Энгельс Ф. Сочинение. Изд. 2-е. Ч. 1. Т. 26. С. 149–150.