

УДК 336.1:61 (575.2) (04)

## **ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Д.Д. Джапарова* – доцент

Paper examines the financing resources of medicine services, their distribution and using. Paper reveals problems related with resources limitations dedicated for public health in Kyrgyz republic and their effective using. Detailed problem analyzes in whole can improve financing system of public health.

Система здравоохранения республики в настоящее время финансируется из нескольких источников, основным из которых является государственный бюджет. Дополнительными источниками финансирования являются средства обязательного медицинского страхования, доходы от внебюджетной деятельности, добровольное медицинское страхование, гранты и кредиты, поступающие в адрес органов и учреждений здравоохранения и сооплата [1–2]. Таким образом, в настоящее время модель финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане является смешанной и представляет собой соединение двух систем, основанных на налогах, за счет которых формируется бюджет республики, и на страховании, за счет средств работодателей и пациентов. К сожалению, на долю средств, поступающих из средств обязательного медицинского страхования, на сегодня приходится около 15% от уровня государственного бюджета. Например, в Германии 50% всех расходов на здравоохранение финансируется через ОМС.

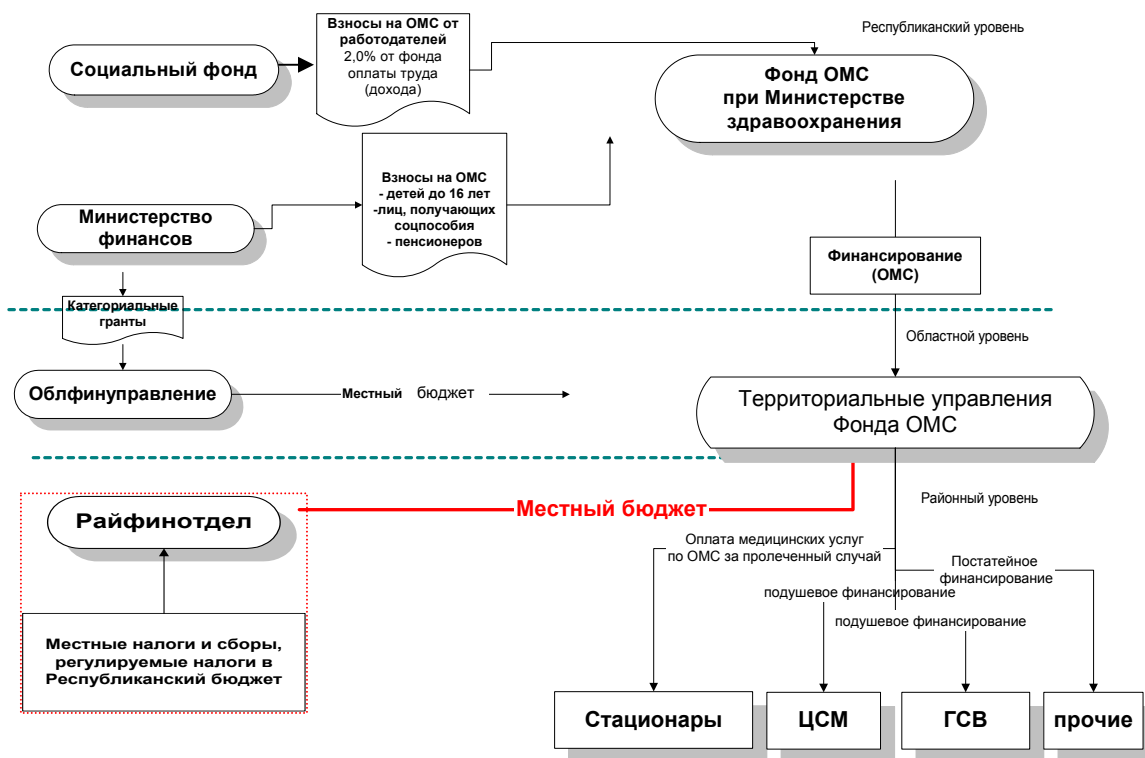
Учреждения здравоохранения республики в настоящее время финансируются через систему Единого плательщика ФОМС, что обеспечивает целенаправленное распределение средств одним органом управления. Единому плательщику предоставлено право получать в управление средства республиканского и местных бюджетов

по разделу “Здравоохранение” и ежегодно производить расчеты по финансовому обеспечению Программы государственных гарантий из средств госбюджета и обязательного медицинского страхования; обеспечивать контроль качества медицинских услуг, предоставляемых поставщиками в системе Единого плательщика.

Бюджет Фонда обязательного медицинского страхования составил в 2002 г. – 194,4 млн. сомов, в 2003 г. – 279,2 млн. сомов, в 2004 г. – 311,6 млн. сомов. По состоянию на 1 января 2005 г. системой обязательного медицинского страхования охвачено 4271,8 тыс. граждан республики, или 86,2% населения.

В целом, распределение финансовых ресурсов происходит следующим образом. Все учреждения разрабатывают индикативные бюджеты при использовании норм, установленных на центральном уровне. Нормы базируются на количестве коек в стационарных учреждениях и количестве амбулаторных визитов в поликлинические учреждения в течение предыдущего года. Областные управления здравоохранения сопоставляют эти индикативные бюджеты и готовят предложения по бюджету здравоохранения области. Затем областное управление разрабатывает предложения по бюджету для всех государственных секторов и передает их Министерству финансов на утверждение.

### Система Единого плательщика (2001–2005 гг.)



Министерство здравоохранения, в свою очередь, информирует областные управления об утвержденных расходах государственного сектора с рекомендациями по распределению в подсекторы, этот бюджет включает также капитальные инвестиции, и область несет ответственность за капитальное планирование. Областные управления принимают заключительное решение по бюджету здравоохранения и распределению в учреждения на основе поста-тейного бюджета. Областные финансовые управления утверждают районные бюджеты, и районное управление финансов несет ответственность за дальнейшее распределение в районные учреждения. Министерство здравоохранения управляет республиканским бюджетом здравоохранения.

Положительной стороной перехода на систему Единого плательщика является целенаправленное повышение зарплаты медицинским работникам, увеличение расходов на ме-

дикаменты и питание пациентов. Кроме того, расходы на медицинские услуги стали более предсказуемыми, а сами медицинские услуги – более доступными для уязвимых слоев населения. Однако единая фиксированная сумма, выделяемая на лечение, осуществляется вне зависимости от тяжести заболевания, социального статуса, пола и возраста пациента. Государство также не имеет реальных рычагов и методов контроля за качеством медицинских услуг. Отсутствует равномерное распределение медицинских работников по регионам – максимум в центральных городах (Бишкек, Ош) и минимум в отдаленных поселках. Это можно проследить по диаграмме, характеризующей исполнение консолидированных бюджетов (рис. 1).

Как видно из рис. 1, значительная часть бюджета сосредоточена в городе Бишкек, Чуйской и Ошской областях. Это объясняется тем, что ввиду отсутствия специалистов и квали-

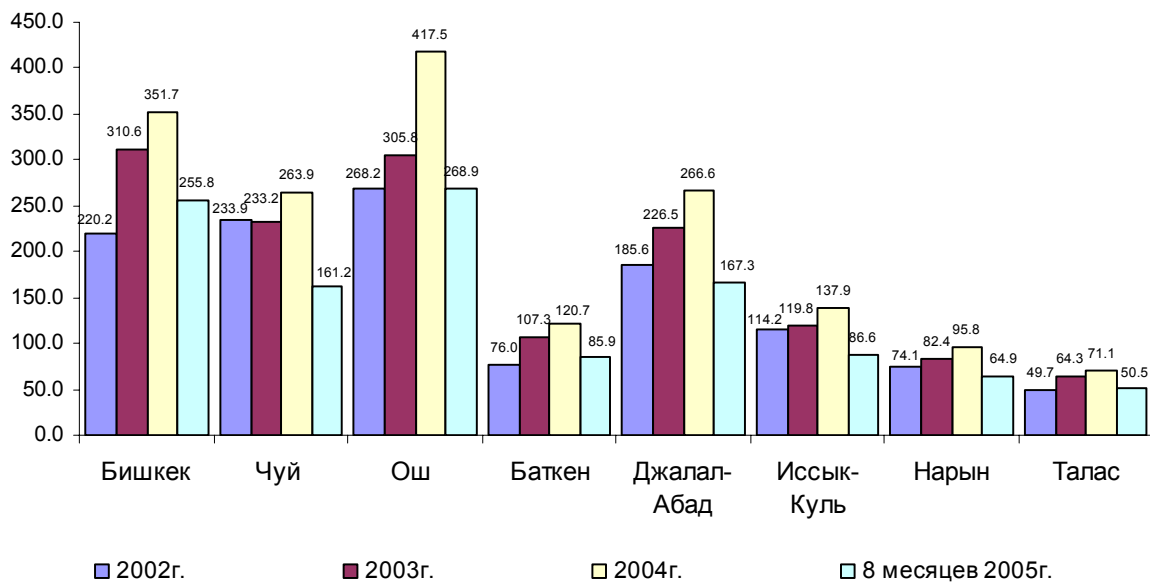


Рис. 1. Исполнение консолидированных бюджетов, млн. сом.  
 Диаграмма составлена по данным Министерства здравоохранения КР за соответствующие годы.

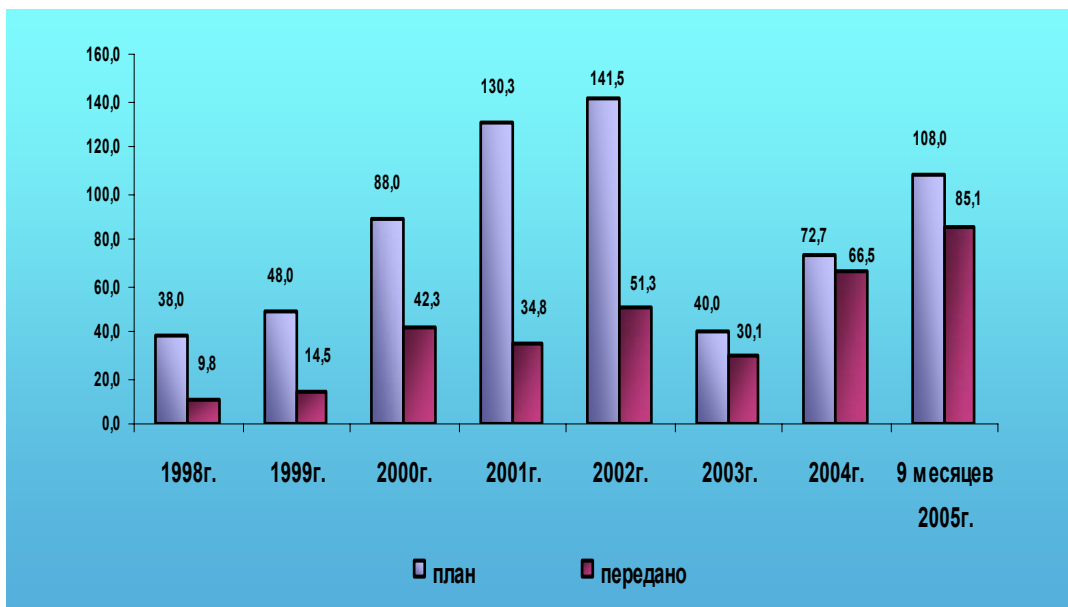


Рис. 2. Поступление страховых взносов из Республиканского бюджета за детей до 16 лет, пенсионеров и лиц, получающих социальные пособия, млн. сом.  
 Диаграмма составлена по данным Министерства здравоохранения КР за соответствующие годы.

фицированной помощи в сельской местности значительная часть пациентов приезжает в столицу, Чуйскую область и крупные областные центры республики. В настоящее время значительная часть молодых специалистов-медиков – выходцев из села – остается в г. Бишкек или его окраинах по причине больших заработков, лучших условий труда и городского досуга. В связи с этим необходимо рассмотреть возможности ощутимого повышения заработной платы врачей и других категорий медицинских работников сельской местности.

Рассмотрим такой важный источник финансов, как поступление из республиканского бюджета (рис. 2). Несмотря на небольшой объем планируемой суммы финансирования, бюджетное финансирование из года в год выполняется с некоторым отставанием от плана. Снижение бюджетного финансирования, отсутствие в больницах лекарств, элементарных дезинфицирующих средств, мягкого инвентаря при низкой заработной плате медицинских работников способствовало развитию неофициальных платежей населения.

Социологический опрос, проведенный Национальным статистическим комитетом совместно с Всемирной организацией здравоохранения, позволил определить средние расходы семей на лечение одного пациента в стационаре. В целом, они составили 1388 сомов. Если учесть, что в 2001 г. в стационарах республики пролечено 715,9 тыс. человек, то в среднем общая сумма неофициальных затрат составила около 1 млрд. сомов, или почти 70% государственного бюджета здравоохранения. В кассы учреждений за указанный период в виде специальных средств от оказания платных услуг поступило около 77 млн. сомов, или немногим более 8%. При сравнении с объемом специальных средств размеры неофициальных выплат превысили почти в 12 раз.

Высокий рост неофициальных выплат резко сократил доступность здравоохранения для социально уязвимых категорий населения, особенно проживающих в отдаленных и труднодоступных регионах. В этой связи появилась необходимость введения сооплаты, которая обусловлена, в первую очередь, экономическими предпосылками, и прежде всего снижением бюджетного финансирования здраво-

охранения почти в четыре раза. Так, при сокращении ВВП до 60% от уровня 1991 г. отмечается сокращение удельного веса расходов на здравоохранение с 3,8% до 2% в 2004 г. При этом оплата труда медицинских работников сократилась вдвое и остается самой низкой в республике.

Таким образом, введение официальной сооплаты населением, с одной стороны, является вынужденной мерой в связи с недостаточным финансированием здравоохранения. С другой стороны, предоставление медико-санитарной помощи населению по Программе государственных гарантий улучшает доступность населения к медицинским услугам, социально уязвимых категорий и является механизмом в борьбе с неофициальными выплатами. Вместе с тем, как показывает практика, из-за недостаточного финансирования здравоохранения больные вынуждены, хотя и в меньших размерах, производить дополнительные расходы на лечение. Это значит, что люди с относительно низкими доходами, у которых риск заболеваемости значительно выше, по сравнению с зажиточным населением, вынуждены оплачивать лечение многократно.

Согласно стратегии предполагалось, что финансовая устойчивость и оплата труда групп семейных врачей (ГСВ) будет полностью зависеть от показателей здоровья обслуживаемого населения. В связи с этим, каждая ГСВ будет заинтересована, в первую очередь, в проведении профилактической работы и мероприятий по укреплению здоровья членов семьи. Изменение финансирования стационаров широкого профиля по пролеченному случаю позволило бы рационально использовать бюджетные средства, идущие на их финансирование, так как больницы получали бы бюджет только на фактическое число пролеченных больных. Однако, на практике возникает множество проблем:

➤ фонд обязательного медицинского страхования охватывает только государственных служащих – врачей, учителей, военных и т.п., т.е. процент взимается от мизерной суммы заработной платы. В итоге – очень маленькая сумма и невозможность покрыть даже пятую часть затрат на медицинские услуги;

- большая часть населения, а именно со средним уровнем дохода и выше него (работники малого и среднего бизнеса), не участвуют в государственном финансировании здравоохранения. Им предлагается покупка полисов, в чем они особо не заинтересованы и предпочитают в случае болезни пользоваться услугами частных медицинских центров;
- не включены в эту систему жители сельской местности, относящиеся к самым незащищенным слоям населения, так как уровень медицинской помощи в таких районах значительно ниже и ухудшается с момента развала Советского Союза;
- каждый пациент вносит сооплату и плату за медикаменты, а также неофициальные платежи – “подарки” и денежные вознаграждения (плата за операции) врачам и мед-

- персоналу, т.е. пациент многократно оплачивает одну и ту же медицинскую услугу;
- количество учреждений, через которые проходят средства от ОМС, значительно превышает необходимое для нормального функционирования этой системы. При этом значительная часть средств расходуется на выплату зарплаты многочисленным работникам фонда обязательного медицинского страхования.

#### **Литература**

1. Айдаралиев А., Айнекенова Ч., Горбунова Л., Джапарова Д., Камалов М. и др. Экономика здравоохранения: Курс лекций. – Бишкек, 2001.
2. Айдаралиев А., Айнекенова Ч. Экономические и финансовые аспекты: Учебное пособие. – Бишкек, 2000.