

Использование Финансовых Ресурсов В Государственных Организациях Здравоохранения В Кыргызской Республике

The Use of Financial Resources in Public Health Organizations in The Kyrgyz Republic

Assoc. Prof. Dr. Damira Japarova (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)
Prof. Dr. Anara Kamalova (Kyrgyz National University, Kyrgyzstan)

Abstract

Public health in Kyrgyzstan is generally characterized by the dominance of inpatient care. There is an increase in hospitalization in all regions of the republic. This is an indicator of ineffective activity at the primary level, i.e. patients who have not been treated in polyclinics become hospital patients. This fact contradicts the goals of health care reform and shows that limited resources in health care are used inefficiently. A considerable part of the state funds is used for the treatment of privileged special patients. Accordingly, no more than 6% of budgetary funds are addressed for remaining citizens. During the analyzed period, the share of expenses for medicines decreased, most of the funds are aimed at increasing the salaries of medical staff, covering public services and other expenses. Customers who need state support do extra payment for doctors. Herewith a small share of their extra payment is used for treatment and nutrition in hospitals.

1 Введение

На лечение пациентов, имеющих льготы, расходуется значительная часть выделяемых государством средств. В связи с этим, на остальных граждан используется не более 6 процентов средств бюджета. За анализируемый период сократилось доля расходов по медикаментам, большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Больные люди, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств, используется для лечения и питание в стационарах. В связи этим, существует проблема эффективного использования ограниченных ресурсов.

В Кыргызстане значительная часть финансовых ресурсов расходуется на содержание стационарной помощи. При этом наблюдается увеличение госпитализации по всем регионам республики. Это показатель неэффективной работы на первичном уровне, т. е. недолеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. Это противоречит целям реформы в здравоохранении и показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно.

2 Финансирование Льготного Лечения В Кыргызстане

Финансирование здравоохранения в государственных лечебных учреждениях осуществляется из трех источников: республиканского бюджета, средств Фонда обязательного медицинского страхования и местного бюджета г. Бишкек. Основной источник финансирования здравоохранения составляют средства из Республиканского бюджета. Ресурсы обязательного медицинского страхования формируются из Социального фонда для застрахованных граждан и по программе государственных гарантий из государственного бюджета для незастрахованных граждан. Общие расходы здравоохранения (без внешних источников финансирования) в 2016 году составили 12255,9 миллиона сомов, что составляет 3,2% к ВВП (Данные ФОМС, 2016).

По отчетам Минздрава КР, для пациентов, имеющих льготы используется значительная часть выделяемых государством средств. Для пациентов, не имеющих льгот, остается не более 6 процентов бюджетных денег. Однако и льготники не получают реальную помощь. Затраты на лекарственное обеспечение одного пациента в среднем составляют 171,6 сомов в сутки, а на питание – 73,9 сомов. Естественно, такие ограниченные финансовые ресурсы не обеспечат эффективность лечения.

При покупке лекарственных средств в аптеках, больной оплачивает часть стоимости препарата, другая часть оплачивается за счет средств ОМС. Из-за ограниченности финансовых ресурсов, были охвачены только те лекарства, которые используют для лечения наиболее распространенных и поддающихся успешному лечению на первичном уровне заболеваний. Льготное лечение и бесплатные лекарства государство декларирует, а на практике каждый пациент сам платит за свое лечение. Итак, программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в Кыргызстане не реализуется.

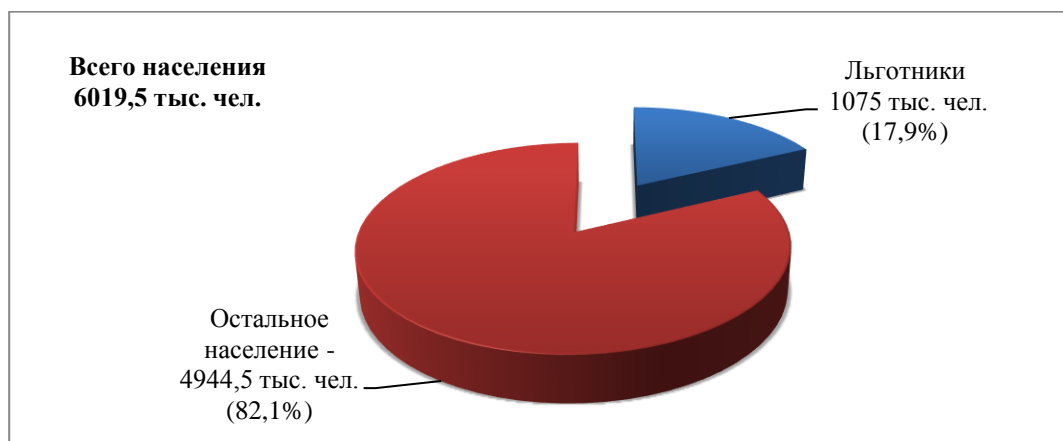


График 1 Доля льготников Кыргызской Республики, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по ПГГ за 2016 год (тыс. чел.%) **Источник:** Данные ФОМС за 2013 -2016 год

Льготники составляют 17,9% населения Кыргызстана. Ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. По графику 2 видим, что значительная часть населения КР имеет льготы по социальному статусу. По отчетам Минздрава КР, на лечение пациентов, имеющих льготы, используется значительная часть выделенных государством денежных средств.

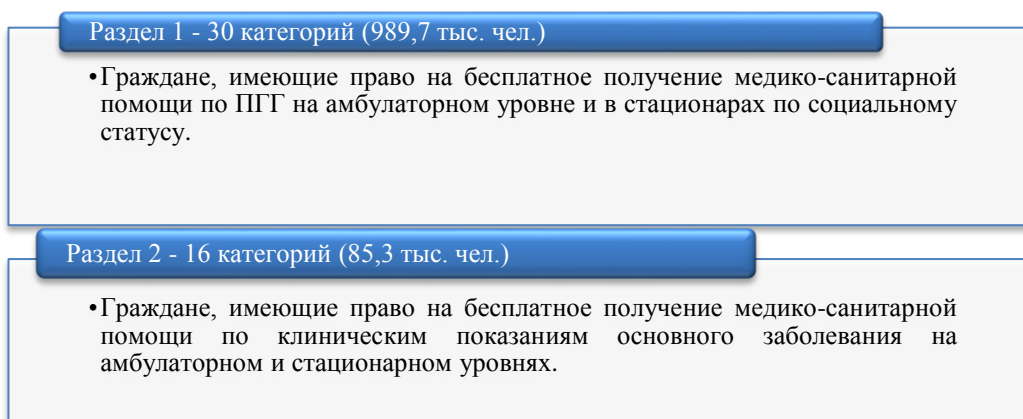


График 2. Категории граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по Программе государственных гарантий бесплатно и на льготных условиях на 2016 год **Источник:** Данные ФОМС КР за 2016 год.

Очевидно, что без развития экономики страны, значительных перемен в сфере государственного здравоохранения не будет. Однако экономическое развитие произойдет в будущем, а больных нужно лечить сейчас. Для решения данной проблемы, предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на платные условия.

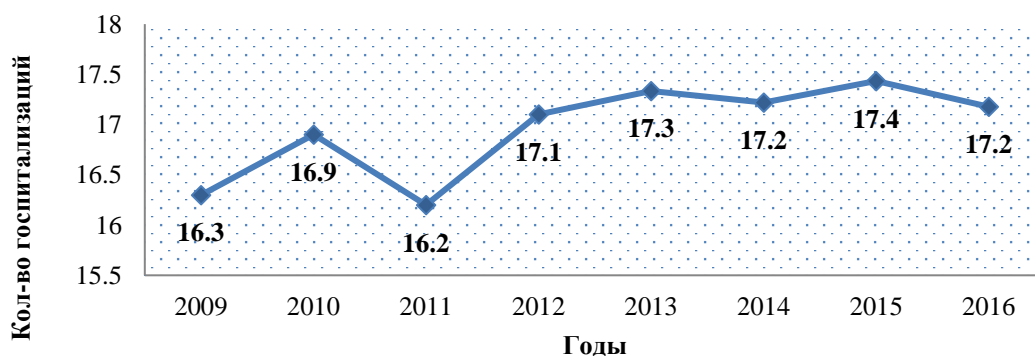


График 3. Число госпитализаций на 100 000 населения в КР за 2009-2016 гг. **Источник:** Данные ФОМС за 2009-2016годы

По графику 3 мы видим, что число госпитализаций в расчете на 100000 жителей, растет из года в год и остается высоким. Наблюдается увеличение госпитализации по всем регионам. Это характеризует, что лечение в стационарах не сокращается, количество пациентов, вынужденных обратиться в стационарные лечебные учреждения растет. Это показатель неэффективной работы на первичном уровне, т. е. недолеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. Существующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских учреждений с низким материально-техническим оснащением; доминированием стационарной помощи, низкой приоритетностью первичной медико-санитарной помощи. Это противоречит целям реформы в здравоохранении и показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно.

3 Льготное Лекарственное Обеспечение В Кыргызстане

В рамках Программы государственных гарантий по оказанию медико – санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики (с августа 2006 года) начата реализация льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне. Это для больных с социально-значимыми заболеваниями (бронхиальная астма, эпилепсия, онкологические заболевания терминальной стадии, параноидная шизофрения, аффективные расстройства различного генеза) (Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, 2015). Принцип лекарственного обеспечения льготной категории, определенных Программой госгарантий, аналогичен дополнительной программе ОМС: пациент приобретает лекарственные средства по рецептам и при покупке оплачивает разницу между розничной стоимостью и ценой возмещения. Цена возмещения устанавливается в размере 90-92% базисных цен с применением поправочных коэффициентов.

Часть финансовых ресурсов ФОМС расходуется для покупки лекарственных средств. Медикаменты имеют особое значение в лечении больных. Надо отметить, что по действующему законодательству расходы на медикаменты кроме инсулина не являются защищенной статьей, как например, заработная плата и отчисления в Соцфонд.

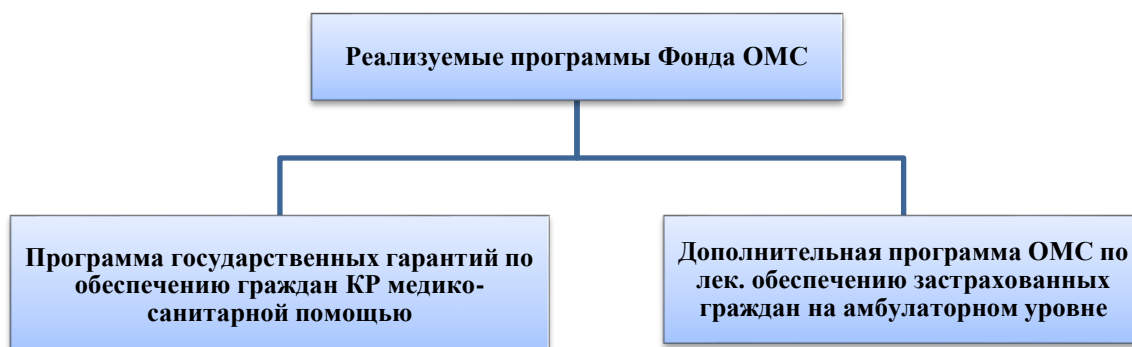


График 4. Программы, реализуемые Фондом ОМС при Правительстве Кыргызской Республики

Фонд ОМС администрировал Программу государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью и Дополнительную программу ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне. В республике введено лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий лечения при отдельных хронических заболеваниях, что обеспечило бы доступ к лекарственным средствам социально-уязвимые слои населения. Целью введения лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, является обеспечение доступа застрахованных граждан к качественным и эффективным лекарственными средствами.

Согласно Дополнительной программе ОМС Аптечные учреждения, заключившие договор с территориальными ФОМС, отпускают лекарственные средства застрахованным гражданам, по рецептам, выписанными семейными врачами. При покупке лекарств в аптеках, больной оплачивает часть стоимости препарата, другая часть оплачивается за счет средств ОМС. В перспективе это привело бы к снижению потребности в стационарной помощи. Из-за ограниченности финансовых ресурсов, были охвачены только те лекарства, которые используют для лечения наиболее распространенных и поддающихся успешному лечению на первичном уровне заболеваний. Следует при этом отметить, что контроль о получении пациентами льгот по лекарствам практически отсутствует. У пациентов нет информации о правах на получение льготных лекарств, что создает условия для противоправных действий со стороны продавцов лекарств и врачей.

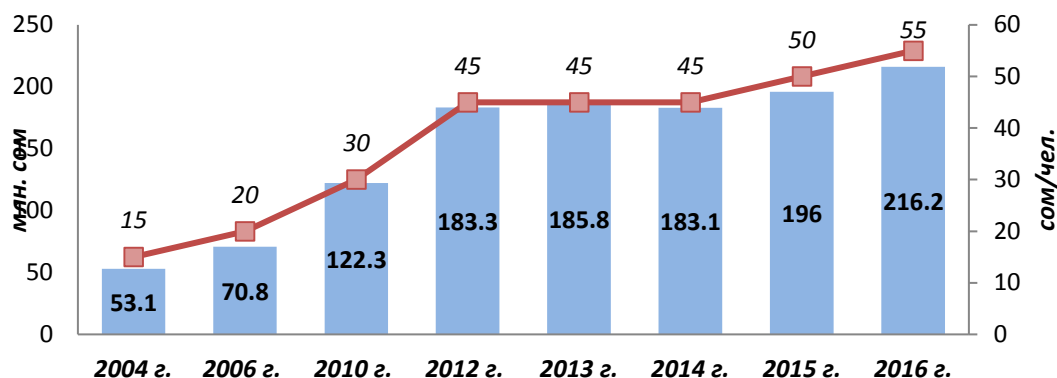


График 5. Динамика подушевого норматива и бюджета лекарственного обеспечения по ДП ОМС за 2004-2016 годы (млн. сом) **Источник:** Данные ФОМС за 2004-2016 год

По графику 5 можно наблюдать устойчивый рост подушевого норматива и бюджета лекарственного обеспечения. Однако если учесть уровень инфляции за указанный период, 55 сомов не хватит на самый дешевый лекарственный препарат.

По данным Национального статистического комитета, цены на медикаменты и изделия медицинского назначения только за 2019 - 2016 годы выросли более чем на 50%, при этом расходы государственного бюджета по статье медикаменты уменьшились. И поэтому, доля расходов на медикаменты в бюджете стационаров республики в 2016 году составила лишь 2,48% процента.

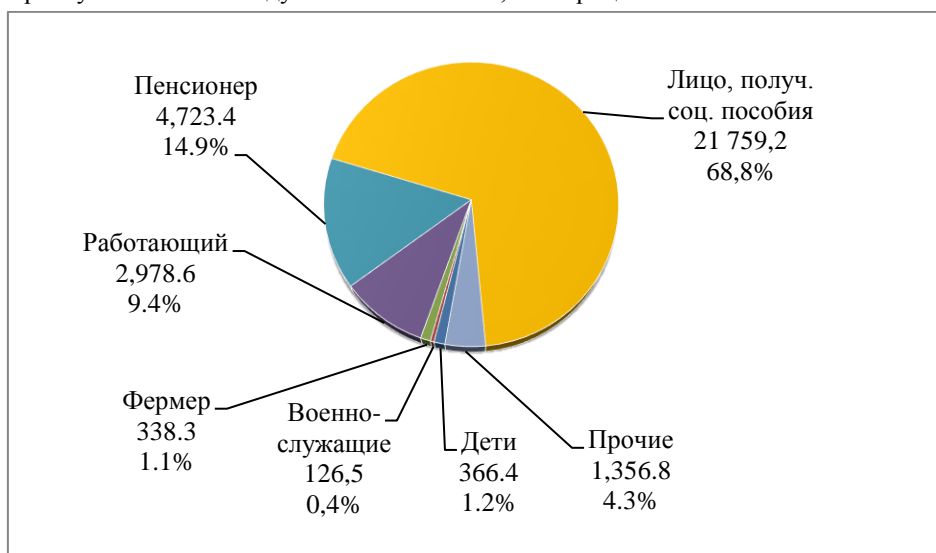


График 6. Удельный вес расходов по медикаментам по источникам финансирования от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика, направленных на закупку медикаментов в организациях здравоохранения за 2005-2016 гг. **Источник:** Данные ФОМС за 2016 год.

По данным графика 6 мы видим, что значительная часть средств используется для лиц, получающих социальные пособия, а для пенсионеров и детей расходуются 14,9% и 1,2%, что далеко не покрывают потребности указанных категорий лиц в лекарствах.

По графику 7 мы видим, что значительная часть стоимости лекарств по программе государственных гарантий финансируется за счет средств ОМС. Из года в год сокращается доля государственных ресурсов, из государственного бюджета, также на 12% сократилась доля сооплаты. Если учесть, что цель введения сооплаты это покрытие расходов, прежде всего на лекарства, из диаграммы мы видим, что средства

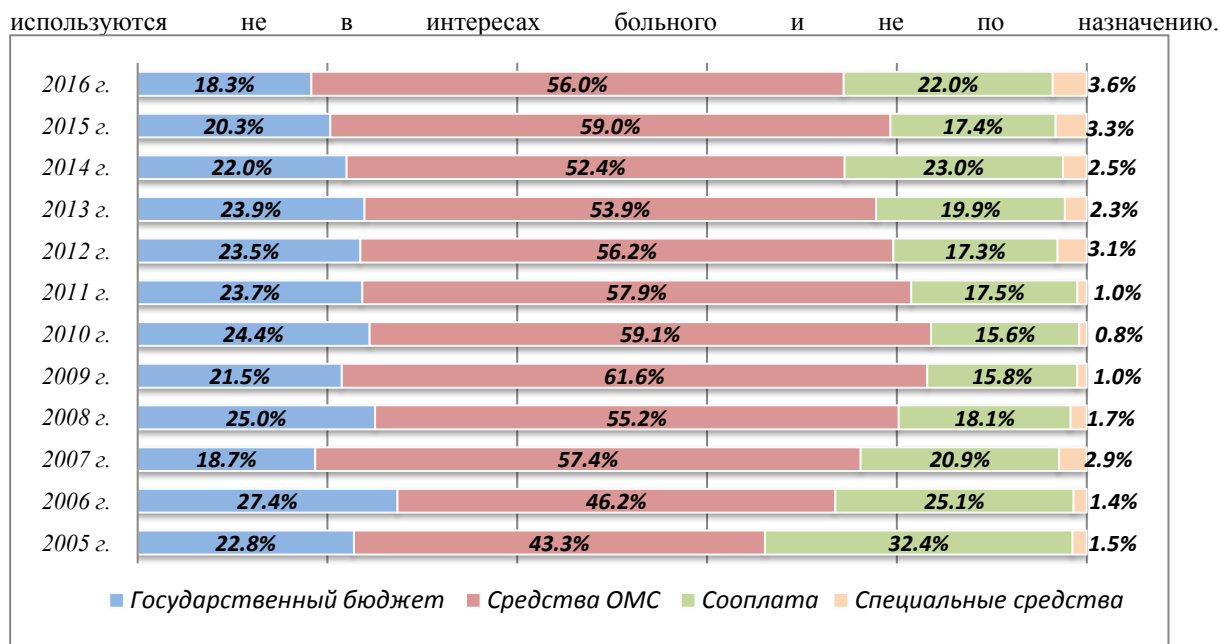


График 7. Удельный вес расходов по медикаментам по источникам финансирования от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика, направленных на закупку медикаментов в организациях здравоохранения за 2005-2016 гг. **Источник:** Данные ФОМС за 2016 год

По графику 8 видим сокращение доли расходов по медикаментам за указанный период, если учесть, что цены лекарства постоянно растут, то на 9,9 % расходов по медикаментам речи о качестве лекарств быть не может. Финансирование лекарственного пакета стационаров составляет 225 млн. сомов, первичной медико-санитарной помощи -31 млн. сомов (Министерство здравоохранения КР, 2016).

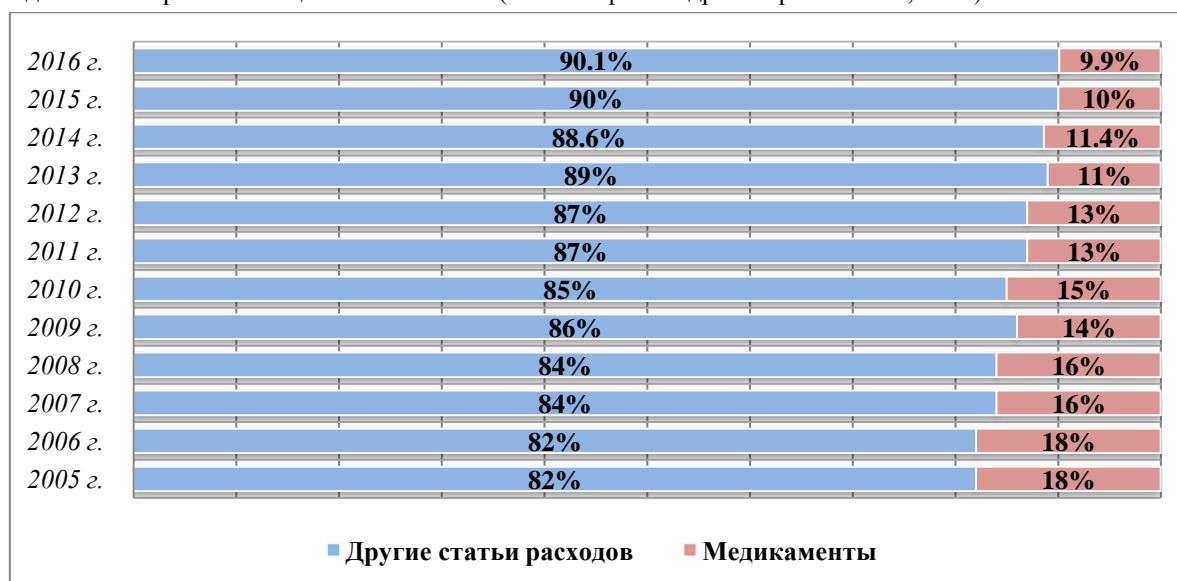


График 8. Удельный вес расходов по медикаментам от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика за 2005-2016 гг. **Источник:** Данные ФОМС за 2005-2016 год

Рынок лекарств в Кыргызской Республике имеет высокие доходы. Здесь функционируют более 900 экономических субъектов, где работают 2717 фармацевтических организаций и 38 объектов производства лекарственных средств. Свыше 97% лекарств и изделий медицинского назначения завозятся из-за пределов страны, из них 60% — из России. В республике производят в основном пищевые добавки и лекарственные травы (Министерство здравоохранения КР, 2016). Это негативно влияет на доступность лекарственных средств. Вместе с тем, стационары сами закупают лекарства. И закупка лекарств осуществляется не прозрачно. В ходе проверки со стороны ФОМС были обнаружены лекарства, не отвечающие стандартам, также были обнаружены поддельные препараты и лекарства, завезенные контрабандно (Кутуева, 2010).

Изучение лекарственного рынка показало, что цены на один и тот же препарат отличается в разных аптеках и регионах во много раз. Кроме того, на цены лекарственных средств влияют также и курсы валют. Анализ показал, больше половины дорогих лекарств, которые закупаются государством, привозят в Кыргызстан по ценам значительно выше, чем в соседние государства. Государственное агентство провело мониторинг цен на лекарственные препараты в аптеках на территории Бишкека. В ходе данного мониторинга было установлено, что цены на лекарственные препараты в аптеках на территории больниц города Бишкека гораздо выше, чем за пределами медицинских учреждений.

Многие врачи сегодня, так или иначе, вовлечены в лекарственный бизнес. Медицинский работник, выписывающий рецепт больному пациенту, не должен быть заинтересован в лекарственном бизнесе. Фармацевтические фирмы устраивают конференции, презентации, на которые приглашают врачей и профессоров медицины, чтобы они поддержали их. Взамен предлагают свои бонусы, проценты с продаж. Необходимо устранить такие явления. За границей, если врач выписывает пациенту одновременно три лекарственных средства, сразу возникает вопрос, почему он так сделал. Все проверяется и контролируется (Мягчилова, 2014).

Руководитель, договариваясь с поставщиком лекарств, перечисляют деньги на поставку и «оприходуют», поступление препаратов. Затем эти лекарства пациентам продаются в аптеках. Лекарства по гуманитарной помощи просто не доходят до пациентов и реализуются через аптечную сеть. Часто врачи выписывают лишние препараты и направления на анализы, находясь в сговоре с фармкомпаниями и частными лабораториями, рассчитывая при этом на дополнительные доходы от продажи лекарств и лабораторных исследований. Государственное регулирование цен лекарственных средств Законодательством не предусмотрено. Цены на лекарства формируются на основе спроса и предложения. Фиксированные оптовые и розничные надбавки на лекарства не применяются. Все фармацевтические организации, осуществляющие оптовую и розничную реализацию лекарств, основаны на частной форме собственности и цены устанавливают сами. Так как лекарства - это социально значимый продукт, такой механизм ценообразования является неприемлемым. В Кыргызстане необходимо ввести Национальную базу данных лекарственных средств, что дает возможность любому учреждению, фискальному органу, гражданам по электронной системе видеть регистрацию и реализацию лекарственных средств, обозначенных в штрих-коде. Эта система должна быть независимой от Минздрава, ФОМСа, департамента лекарственного обеспечения. Все желающие могут увидеть цену у завода-производителя и наценки фармкомпаний. Вопросы перехода на электронный формат оказания услуг населению, перевода государственной службы на электронный документооборот и внедрения деятельности электронного правительства поднимался в Кыргызстане неоднократно. Но каждый раз идея, по тем или иным причинам, начинала буксовать, а планы перехода на передовые методы управления осваивались частично, в основной своей массе оставаясь лишь на бумаге и на уровне благих пожеланий (Департамент лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения КР, 2017).

В Турции государство установило среднестатистическую цену нескольких европейских стран, выше которой нельзя продавать лекарство, и лекарства стали дешевле на 50%. Кроме того, использование штрих-кода исключает подделки (Джапарова, 2016). Внедрение информационных систем – обеспечит прозрачность всех процессов оплаты за медуслуги и движение лекарств.

4 Использование Дохода От Платных Услуг В Государственных Лечебных Учреждениях

Платные медицинские услуги осуществляются в виде официальных и неофициальных оплат пациентов за оказанные услуги. Специальные средства это поступления от платных услуг - оплата за медицинские услуги (стоматология и др.) и услуги немедицинского характера. Это: оплата аренды помещений и др. объектов, числящихся на балансе лечебного учреждения (аптеки, киоски и др.), оплата за палаты повышенной комфортности в стационарах и др. Эти деньги 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. Как видно из таблицы 4.1 спецсредства медицинских учреждений возросли в целом более чем 8,4 раза. Из них средства, направляемые на финансирование первичной медико-санитарной помощи, выросли в 3,4 раза, а на стационары - в 8,2 раза. Рост финансирования на протяжении восьми лет, за счет специальных средств основных статей расходов, как расходы на медикаменты составляют всего 23% и питание 7,4%.

Спец. средства	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Темпы роста 2016 г. к 2009 г. %
Стационары									
Зарплата + социальный фонд	16,6	16.2	19.0	23.1	59,6	75,2	100.0	125,7	757,2
Коммунальные услуги	3,6	4.1	4.1	5.8	10,8	3,8	4,4	1,8	-50
Медикаменты	2,0	1.3	3.6	35.5	8,9	13,1	19,3	25,7	128,5
Питание	0,4	0.9	0.6	18.8	1,5	4,9	7,3	8,4	210,0
Другие статьи	25,4	40.2	56.5	38.9	76,1	313,9	202,8	232,7	916,1
Итого	48,0	62.7	83.8	121.9	156,9	254.2	333,8	394,3	821,4
ПМСП									
Заработная плата с отчислениями	11,4	15.1	17.1	19.8	7,4	19,0	11,4	13,9	121.9
Коммунальные услуги	1,0	0.7	1.0	1.2	3,3	1,7	0,9	1,9	190
Медикаменты	2,5	3.7	4.2	7.4	2,2	4,0	2,7	3,3	132
Питание	0,3	0.3	0.5	1.1	0,8	5,8	2,4	5,0	160.6
Другие статьи	9,7	12,5	16.8	16.5	20,7	40.9	38,4	61,8	637,1
Итого	24,9	32.3	39.5	46.1	34.4	71.4	55,8	85,9	344,9
Всего ЕП									
Заработная плата с отчислениями	28,0	31.3	36.1	42.9	95,3	145,4	154,0	188,9	674.6
Коммунальные услуги	4,6	4.8	5.0	7.0	1.2	6,2	6,7	5,5	119.5
Медикаменты	4,5	5.0	7.8	42.9	23,7	40,6	37,1	44,1	988.8
Питание	0,7	1.2	1.1	19.9	2,7	11,4	10,4	14,0	20
Другие статьи	35,5	52.7	73.4	55.4	181,9	258,3	291,3	363,3	102.3
Итого	73,3	95.0	123.3	168.0	304,8	461,9	499,5	615,8	840.1

Таблица 1 - Специальные средства в разрезе статей расходов по видам медицинских услуг за 2009-2013 годы, млн. сом. **Источник:** Данные ФОМС за 2009-2016 годы.

Большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Таким образом, больные люди, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств, используется для лечения и питание в стационарах. Как было отмечено выше, что существующие тарифы устарели, и не охватывает все виды медицинских услуг, которые реально оплачиваются неформально. В расходах статья «другие расходы» занимают значительную долю, однако нам не удалось получить расшифровку содержания данной статьи расходов.

5 Выводы

На лечение льготных пациентов используется значительная часть выделяемых государством средств. 13% и 1%, средств по Программе гарантий используется для пенсионеров и детей что далеко не покрывают потребности указанных категорий лиц.

Чтобы выйти из сложившейся ситуации, для смягчения дефицита финансовых ресурсов, предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на платные условия.

Большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы.

Больные люди, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств, используется для лечения и питание в стационарах.

Контроль о получении пациентами льгот по лекарствам практически отсутствует, что создает условия для противоправных действий со стороны продавцов лекарств и врачей.

Средства, выделенные на лекарства, используются неэффективно. Больше половины лекарств, которые закупаются государством, привозят в Кыргызстан по ценам значительно выше, чем в соседние государства. Цены на один и тот же препарат отличаются в разных аптеках и регионах во много раз.

Больницы самостоятельно закупают лекарства, процесс закупок не прозрачен.

В Кыргызстане необходимо ввести Национальную базу данных лекарственных средств. Все желающие могут увидеть по электронной системе цену у завода-производителя и наценки фармкомпаний.

Эта система должна быть независимой от Минздрава, ФОМСа, департамента лекарственного обеспечения.

Литература

- Данные ФОМС за 2013-2016 годы.
- Департамент лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения КР. Электронные стандарты управления против коррупции. www.pharm.kg/ru/news/288/2017
- Джапарова Д. (2016). «Лекарственный рынок в Кыргызстане и государственная лекарственная политика», *Economics* 10(19), стр. 9-12.
- Кутуева А. (2010). «В Кыргызстане 18 процентов лекарственных средств в аптеках и на черном рынке не имеют сертификата качества». www.24.kg/archive/ru/community/81585-v-kyrgyzstane-18-procentov-lekarstvennyx-sredstv.html
- Министерство здравоохранения КР. Итоги деятельности организаций здравоохранения республики за 2016 год и задачи на 2017 год. www.med.kg/index.php/ru/novosty1/1152-itogi-deyatelnosti-organizatsij-zdravookhraneniya-respubliki-za-2016-god-i-zadachakh-na-2017-god.html. 2016
- Мягчилова А. (2015). «Почему в Кыргызстане дорожают лекарства?» 07.07.2014 22:18 - Polit.kg.
- Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. foms.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=958