

Реформирование системы здравоохранения Кыргызстана: проблемы и перспективы

Damira Japarova, (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)

Health System Reform in Kyrgyzstan: Problems and Prospects

Abstract

Today in all over the world costs of medical services are growing and alternative ways of effective financing of health care are being researched. During the reforms the Kyrgyz Republic introduced a system of compulsory medical insurance, the institution of family medicine and a "single payer" system. The main goal of reform programs is the orientation of the health care system to complex primary health care. Methods of payment for hospital services flush to an artificial increase in the number of hospitalizations and unnecessary assignment of diagnostic and therapeutic procedures. The main brake of health care reform is underfunding of sector. Improving health care is possible by limiting the free medical care. The replacement of free care by paid services occurs spontaneously, there are abuses and the shadow economy in health care. The Compulsory medical insurance doesn't have such terms as an accident, insurance risk, and the current model in Kyrgyzstan is not a real model of insurance and serves as a kind of state-funding health care. The most part of the population in rural areas is not involved in the payment of health insurance due to unemployment. Patients pay a fee in addition to medication, and also carry out informal payments to doctors, that is, patient with co-payments have to repeatedly pay for the same medical service without a guarantee of a cure. Taking into account the experience of other countries, the imposition of patient payment for their own care, in our opinion, is more just to bringing the patient for his treatment.

JEL Codes: I12, I18

В настоящее время серьезной проблемой во всем мире становится тенденция роста стоимости медицинского обслуживания. В связи с этим, почти во всех странах осуществляется поиск альтернативных путей более эффективного финансирования здравоохранения, что требует радикальных изменений в сфере медицины.

Следует отметить, что здравоохранение в условиях бывшей социалистической системы обеспечивало бесплатное предоставление медицинских услуг для всего населения, и было основано не на профилактики заболеваний, а главным образом на лечебной медицине. В связи с распадом Союза, система здравоохранения Кыргызстана испытала серьезные негативные изменения, связанные с сокращением финансирования расходов на здравоохранение, а также ухудшением инфраструктуры и качества предоставляемых медицинских услуг. И поэтому основная цель, программ по реформированию системы здравоохранения в республике заключалась в переориентации системы здравоохранения на качественное первичное медицинское обслуживание, путем сокращения обслуживания в клиниках и перевода основной нагрузки медицинского обслуживания на семейную медицину в поликлиниках. При этом большое внимание уделяется профилактике заболеваний и вовлечению населения в деятельность по охране здоровья.

В Кыргызстане завершилась 15-летняя реформа системы здравоохранения. Она началась в 1996 году в рамках национальных программ «Манас» и «Манас таалими». Основным направлением Национальной программы реформирования сектора здравоохранения на 2006-2010 годы являлось развитие первичного здравоохранения: ФАПов, ГСВ, службы скорой и специализированной помощи и общественного здравоохранения. Соответственно ставилась задача совершенствования методов их финансирования.

В ходе реформы здравоохранения внедрена система обязательного медицинского страхования и института семейной медицины, использованы новые принципы формирования бюджета. По Программе государственных гарантий создана система «Единого плательщика» в виде Фонда обязательного медицинского страхования, ответственного за покупку медицинских услуг. Определены «покупатели» и «поставщики» медицинских услуг. Наметилась тенденция к увеличению финансирования здравоохранения, рост которого в 2006 году составил 10,6 % и в 2010 13%, по сравнению с предыдущим годом, составив 2,4% к ВВП. Общие расходы на здравоохранение на 2011 год были предусмотрены в сумме 9 213,5 млн. сомов, в том числе за счет бюджетных средств 8 451,9 млн. сомов, и за счет специальных средств 328,5 млн. сомов.

Однако этих средств оказалось недостаточно. В настоящее время на выполнение только Программы государственных гарантий необходимо свыше 6 миллиардов сомов, а дефицит расходов государственных гарантий на 2011 год составляет 1 миллиард 455 миллионов сомов (Ксения Толканева Бишкек, «report.kg»,. 26 Апреля 2011). В связи с этим главным тормозом реформ здравоохранения является резкое

недофинансирование отрасли.

Таким образом, основная проблема здравоохранения – постоянно увеличивающийся разрыв между ростом расходов на здравоохранение и возможностями государства финансировать его на достаточном уровне. В связи с этим, система здравоохранения не в состоянии обеспечить доступ населения к качественной медицинской помощи, это касается особенно социально незащищенных слоев.

Надо отметить, что по доле личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение, Кыргызстан находится на уровне стран с низким доходом на душу населения, а по уровню государственных обязательств, согласно реформе здравоохранения, Кыргызстан впереди многих стран с развитой рыночной экономикой.

В последнее время в республике осуществляются ряд национальных, государственных, целевых программ по приоритетным направлениям охраны здоровья населения. Однако ни одна из них не получила необходимого финансирования, и программы реализуются в основном за счет средств международных доноров. Например, государство не финансировало Программу, принятую в 2008 году для улучшения перинатальной помощи, направленную на снижение материнской и младенческой смертности, для реализации которой было необходимо более 47 миллионов долларов.

В последние годы в области здравоохранения в республике было принято более 20 законов, осуществление которых, ежегодно требовало более 3-4 миллиардов сомов. Некоторые из них финансировались частично. Например, в рамках реализации Закона КР «О сахарном диабете» на бесплатное лечение (применение инсулина и других препаратов) ежегодно выделяется более 60 миллионов сомов, когда фактическая потребность составляет 177 миллионов сомов. На исполнение Закона КР «О защите населения от туберкулеза» ежегодно выделяется 334 миллиона сомов, что составляет 60 процентов от реальных потребностей. По Закону КР «Об онкологической помощи населению» финансовые средства практически не выделяются (Мира Ниязалиева: В Кыргызстане финансирование здравоохранения в 6 раз меньше потребностей. 28/03/11 09:15, Бишкек – ИА «24.kg», Айзада Кутуева.)

Из-за дефицита средств еще в 1999 году был принят закон «О внебюджетной деятельности государственных учреждений здравоохранения». Он позволяет получать специальные средства за оказание населению платных услуг. Однако их доля в бюджете здравоохранения не превысила 6 процентов. Таким образом, сейчас покрываются лишь 30 процентов потребности здравоохранения в финансах, т.е. защита прав пациента как потребителя в нашей стране не реализуется. Тем более выбор пациентом лечебного учреждения или врача на практике полностью зависит от воли и желания медицинского работника или администрации ЛПУ. В Кыргызстане существующие государственные обязательства носят декларированный характер, их мера не соответствует экономическим возможностям страны. В республике практически не исполняется программа государственных гарантий.

По данным Национального статистического комитета, цены на медикаменты и изделия медицинского назначения только за 2009 - 2010 годы выросли на 30%, при этом расходы государственного бюджета по статье медикаменты увеличились лишь на 3%. И поэтому, доля расходов на медикаменты в бюджете стационаров республики в прошлом году составила лишь 4,4 процента. По отчетам Минздрава КР, на лечение льготных пациентов используется 94 процента выделяемых государством средств. Соответственно, на остальных граждан приходится не более 6 процентов бюджетных денег. На практике это означает, что на лекарственное обеспечение одного пациента государство в среднем тратит 11 сомов в сутки, а на питание – 28 сомов. Естественно, при таком финансировании невозможно говорить об эффективном лечении. Итак, программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в Кыргызстане не работает. Льготы и бесплатные лекарства декларируются властями, а на деле каждый сам платит за свое лечение.

В таких условиях единственный способ повышения эффективности здравоохранения — ограничение бесплатной медицинской помощи. И для достижения реальной сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с их финансовым обеспечением и для сокращения размеров теневого рынка в здравоохранении необходимо легализовать платные услуги населению. Лучше обеспечивать реальной медицинской помощью лишь некоторые категории граждан, чем декларировать льготное лечение едва ли не для половины всех кыргызстанцев. Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной не формулируется в официальных документах и нормативных актах, тем не менее, она реально существует. Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно, платные услуги в государственных учреждениях оказывают те же медики и на том же оборудовании, что и в случае бесплатной помощи, – отсюда различные злоупотребления и рост теневой экономики в здравоохранении. Вероятно, оказание платных услуг должно быть перемещено в частные медицинские организации или в специально выделенные отделения и организации государственного здравоохранения.

В настоящее время, в год на медицинское обслуживание одного человека государство выделяет около

20 долларов. В эту сумму входит и лечение в стационаре, и питание, и зарплата медикам, и оплата коммунальных услуг учреждениями здравоохранения. Между тем, в России этот показатель составляет 460 долларов. Ясно, что без всеобщего оздоровления экономики республики существенных изменений в системе здравоохранения не произойдет. Но экономический рост – это вопрос будущего, а люди нуждаются в медицинской помощи сейчас. Чтобы выйти из сложившейся ситуации, предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на сооплату. Например, ведение беременности будет бесплатным, но при родах необходимо ввести оплату в размере 300 сомов. Все равно женщины негласно платят больницам.

Итак, для достижения реальной сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с их финансовым обеспечением и для сокращения размеров теневого рынка в здравоохранении необходимо легализовать платные услуги населению.

Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной не формулируется в официальных документах и нормативных актах, тем не менее она реально существует. Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно, платные услуги в государственных учреждениях оказывают те же медики и на том же оборудовании, что и в случае бесплатной помощи, – отсюда различные злоупотребления и рост теневой экономики в здравоохранении. Вероятно, оказание платных услуг должно быть перемещено в частные медицинские организации или в специально выделенные отделения и организации государственного здравоохранения.

Правительства западных стран избегают необоснованных деклараций о полной бесплатности медицины. И обеспечение сбалансированности государственных обязательств с имеющимися финансовыми ресурсами диктует необходимость введения доплат населения за строго определенный набор видов услуг. В отличие от российского и белорусского здравоохранения, где действует разделение на бесплатные и платные услуги, в большинстве западноевропейских систем здравоохранения работает принцип соплатежей на основную часть видов медицинской помощи. Пациент вносит установленный процент от общей стоимости посещения врача или госпитализации.

Во многих странах используется жестко нормированная система государственных гарантий, вне которой медицинская помощь оказывается на платной основе, т.е. на основе соплатежей или добровольного медицинского страхования. В Дании, Исландии, Канаде, Норвегии, Финляндии доминирует государственное страхование – добровольное или обязательное. В США, Израиле, широко используется частное страхование. Во Франции и Японии медицинское страхование – компонент общей системы социального страхования. В Бельгии, Нидерландах, Люксембурге, Германии и Швейцарии правительство лишь регулирует деятельность различных независимых фондов. Впрочем, по мнению многих экспертов, различия между финансированием за счет налогообложения или за счет фондов социального страхования несущественны: страховые взносы составляют определенный фиксированный процент заработной платы, что равнозначно установленному налогу на нее.

Во многих странах, где обещают полностью бесплатную медицинскую помощь, используют соплатежи населения. В ряде бывших соцстран уже введена система соплатежей населения. В секторе первичной помощи они действуют в Эстонии, Чехии, Хорватии, Кыргызстане, Латвии, Литве. В секторе вторичной помощи в Венгрии и Латвии установлены небольшие доплаты за стационарную помощь; в Эстонии существуют доплаты за услуги специалистов; в Чехии планируют ввести соплатежи с установлением максимума выплат. Соплатежи используются и в Грузии, где всегда была сильно развита неформальная плата за любую медицинскую услугу.

Система соплатежей в разных вариантах используется практически во всех западных странах с развитыми системами общественного здравоохранения. Размер соплатежей варьирует от символической суммы (Швеция) до достаточно высокой (Франция). В РФ используются натуральные соплатежи (приобретение больными лекарств, питание за свой счет, использование личного постельного белья и посуды в стационаре), что, однако, не закреплено ни в одном нормативном документе (Шейман И.М. // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 6. – с. 47–55)). Во многих странах соплатежи включены в систему ОМС, т.е. помимо взносов работодателя застрахованные также выплачивают определенные взносы.

В Швеции основное бремя расходов на медицинскую помощь несет государство, однако примерно 10% услуг в формате соплатежей оплачивает само население. Так, визит к врачу обходится пациенту в 100 – 300 шведских крон, а день пребывания в стационаре – не более 80 крон. Лечение у стоматолога для людей моложе 20 лет бесплатное, затраты остального населения частично компенсируются: начав лечение, пациент вносит только первые 700 крон, а дальнейшие расходы на 35 – 70% (в зависимости от общей стоимости лечения) ему возвращаются. Пациенты должны полностью оплачивать приобретенные лекарственные препараты до тех пор, пока затраченная сумма в течение одного года не превысит 100 долл. США. Далее, в зависимости от затраченной суммы, действует система дотаций (Ортендаль К. // Российский семейный врач. – 2000. – № 3. – с. 7–15)).

При покупке лекарств, выписанных врачом, медицинская страховка с учетом их общей стоимости возвращает больному от 50 до 100% расходов. В результате никому не приходится тратить на лекарства более 1300 крон в год.

Гонорарные системы оплаты предполагают соплатежи пациентов. Но и в странах с использованием принципа подушевой оплаты или твердой зарплаты также обычно имеются соплатежи населения. Например, в Швеции посещение врача сопряжено с доплатой суммы, эквивалентной 6 американским долларам, в Греции – менее доллара. Соплатежи при получении амбулаторных услуг в системе общественного здравоохранения не применяются лишь в Германии, Италии, Португалии, Испании, Дании. В некоторых странах (Ирландия, Нидерланды) соплатежи отсутствуют только при низком доходе пациента.

Возможны следующие варианты введения соплатежей населения при получении стационарной помощи :

- доплаты вводятся только для работающего населения;
- лица, страдающие хроническими заболеваниями, освобождаются от доплат;
- доплаты вводятся за питание, гостиничные услуги;
- расчет доплат дифференцирован в зависимости от тяжести и длительности пребывания в стационаре;
- устанавливается лимит доплат по отношению к средней заработной плате на территории; пациент оплачивает установленный процент стоимости каждого дня госпитализации свыше установленного норматива срока стационарного лечения (в соответствии с медико-экономическими стандартами).

Итак, в настоящее время большинство стран в своих схемах финансирования переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как со-оплата. Важнейшим обоснованием для введения со-оплаты является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. Индивидуальные схемы со-оплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей. В основном существуют 3 типа таких схем: удержание; со-страхование (застрахованный должен определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи); соучастие в оплате услуг по категориям населения.

- Удержание представляет собой оплату некоторой суммы наличными деньгами до начала действия механизма страхования и предоставления медицинской помощи. Например, пациент уплачивает первые \$50 наличными в счет покрытия расходов на лечение в больнице или \$200 в счет покрытия расходов на амбулаторно-поликлинические услуги за год. Соучастие в оплате услуг - это единовременная выплата, которую потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу. Например, 5 долларов за выписанный рецепт.
- Со-страхование предусматривает оплату определенного процента от общей суммы самим пациентом. Например, пациент оплачивает 20% от стоимости лечения. Со-оплата рассматривается как дополнительный источник финансирования для поставщиков разных уровней. В схемы со-оплаты входят медикаменты, оптика, в некоторых странах введены определенные ставки за посещения врача или пребывание в больнице.
- По категориям населения. Уровень со-оплаты зависит и от категорий населения. Это делается с целью защиты малоимущих или тех, кто страдает тяжелыми хроническими заболеваниями.

Учитывая опыт других стран, введение платы больного как части оплаты стоимости собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливым путем привлечения пациента для его лечения.

Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому мед.персоналу и, непосредственно, 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 даже если нет необходимости. Все это свидетельствует о том, что больной с введением сооплаты вынужден теперь многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантию на полное выздоровление.

Реализованная в Кыргызстане модель, которую принято именовать «системой обязательного медицинского страхования», по сути, не является истинной моделью страхования. Она всего выглядит как разновидность государственной формы финансирования системы здравоохранения. У работодателей отсутствует прямая мотивация поддержки медицинского страхования, скорее наоборот – стремление сократить платежи на ОМС. Обязательный взнос на ОМС по существу не является страховым взносом, а представляет некую разновидность обязательного государственного налога, что особенно подтвердится при передаче функции сбора средств на обязательное медицинское страхование от фондов ОМС к налоговым структурам. (Министерство здравоохранения КР Отчет. Оценка реализации национальной

программы реформы здравоохранения КР «Манас таалими» апрель 2011г).

Отмечается неполный охват населения республики обязательным медицинским страхованием. Основная часть, т.е. около 70% населения проживающая в сельской местности в связи с отсутствием основного места работы не принимает участия в оплате средств обязательного медицинского страхования. Однако в связи с низкой доходностью они подвержены риску заболевания больше, чем городское население. Средства ОМС не оказали серьезного влияния на финансовое положение здравоохранения, их доля в расходах сектора в 2010 году составила всего 14 процентов (Министерство здравоохранения КР Отчет. Оценка реализации национальной программы реформы здравоохранения КР «Манас таалими» апрель 2011г.)

Таким образом, структура финансовых ресурсов характеризует незначительную долю средств ОМС в финансовых источниках здравоохранения. Причиной этого заключается в том, что основными плательщиками взносов системы 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, несмотря на принятие закона, обязывающего работодателей, независимо от форм собственности, платить страховые взносы, почти не охвачены системой страхования здоровья. 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.

Итак, существующая модель системы обязательного медицинского страхования в той форме, как она ныне представлена в Кыргызстане, не является структурой и механизмом, обеспечивающей повышение качества медицинской помощи. В действующей системе ОМС сохранены такие же методы распределения средств, как и при государственном бюджетном распределении.

Кроме того, одним из существенных недостатков отечественной системы обязательного медицинского страхования, является отсутствие экономически обусловленных форм и механизмов включения застрахованного пациента, потребителя медицинских услуг в системы отношений страхования. В отношениях потребителя медицинских услуг с системой предоставления этих услуг отсутствует прямая мотивация, ставящая потребителя на первое место в ряду приоритетов взаимоотношений. По сути, пациент (застрахованный) находится вне системы отношений субъектов системы ОМС и, более того, входит в параллельные внесистемные отношения с медицинскими работниками, как например, неофициальная плата за лечение. ОМС как система финансирования здравоохранения и управления качеством медицинской помощи в большей или меньшей степени используется практически во всех странах мира и СНГ, поскольку это единственная возможность вневедомственной независимой экспертизы качества медицинской помощи и дополнительный источник внебюджетного финансирования здравоохранения.

Изучение экономического содержания системы ОМС, позволяет убедиться в том, что в действующей системе ОМС отсутствуют такие понятия, как страховой случай, страховой риск, а финансовые компенсации осуществляются, как правило, по количественным параметрам: стоимостным характеристикам отдельно взятой услуги, амбулаторному посещению, койко-дням. Понятно, что эти единицы никакого отношения к научно обоснованному расчету или покрытию страхового риска не имеют. Не удаются реализовать в практической медицине и систему пролеченного случая. Несмотря на то, что финансы системы ОМС выведены из государственного сектора, сбор средств осуществляется государственными органами социального страхования, и поступают в государственные казначейства.

Имеющиеся в системе здравоохранения ресурсы используются неэффективно. Существующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских учреждений с низким материально-техническим оснащением; доминированием стационарной помощи, низкой приоритетностью первичной медико-санитарной помощи. Новые же методы оплаты стационарных услуг за «пролеченный случай» приводят к искусственному увеличению количества госпитализаций и необоснованному назначению диагностических и лечебных процедур.

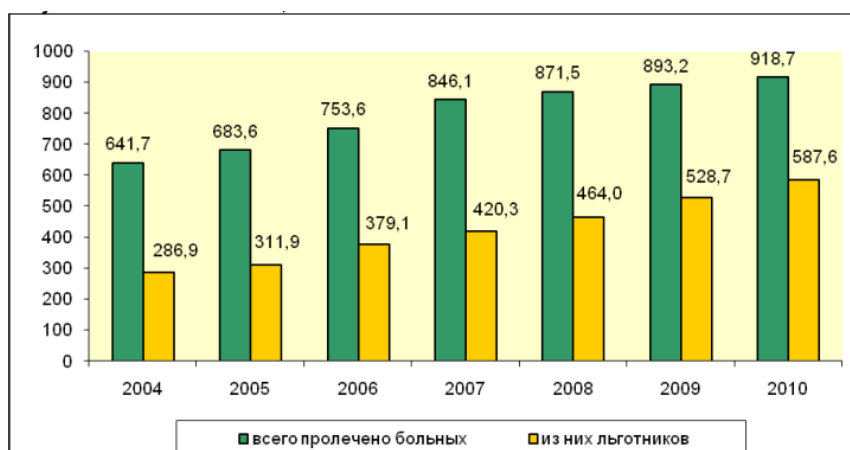


Рисунок 1. Рост госпитализации с 2004 по 2010 гг.

Источник: Министерство здравоохранения КР Отчет. Оценка реализации национальной программы реформы здравоохранения КР «Манас таалими» апрель 2011г.

Динамика роста госпитализаций характеризует тот факт, что лечение в стационарах не сокращается, а напротив, увеличивается, что противоречит целям реформы в здравоохранении. Это показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно.

Следует отметить, что в настоящее время правительство предлагает на первичном уровне, к введению бесстатейного финансирования, при котором управляющие больниц получают право распоряжаться отпущенными на учреждение средствами, самостоятельно распределяя их на питание, лекарства и другие нужды. (Организации здравоохранения г.Бишкек перейдут на новый метод финансирования/ 16 Июня 2011. <http://www.med.kg/Zdravooxranenie/spravka08.shtml?m=119&sm=119297>).

Для развития негосударственного сектора здравоохранения и создания рынка медицинских услуг необходимо принятие закона «О частной медицинской деятельности», а профессиональные медицинские ассоциации должны обладать достаточными по объему контрольными полномочиями по отношению к системе негосударственного здравоохранения. Конкуренция среди организаций частного здравоохранения должна привести к существенному снижению стоимости медицинских услуг. В настоящее время стоимость медицинских услуг в частном секторе значительно выше, чем в учреждениях здравоохранения (ситуация прямо противоположная другим видам рынка).

Литература

- Ксения Толканева Бишкек, «report.kg»,. 26 Апреля 2011
- Мира Ниязалиева: В Кыргызстане финансирование здравоохранения в 6 раз меньше потребностей. 28/03/11 09:15, Бишкек – ИА «24.kg», Айзада КУТУЕВА
- Шейман И.М. // Экономика здравоохранения. – 2000. – N 6. – С. 47–55.
- Ортендаль К. // Российский семейный врач. – 2000. – N 3. – С. 7–15.
- Министерство здравоохранения КР Отчет. Оценка реализации национальной программы реформы здравоохранения КР» Манас таалими» апрель 2011г.
- Организации здравоохранения г. Бишкек перейдут на новый метод финансирования 16 Июня 2011. <http://www.med.kg/Zdravooxranenie/spravka08.shtml?m=119&sm=119297>
- Бушуев В. В., Голубев В. С., Коробейников А. А., Селюков Ю. Г. Человеческий капитал для социогуманитарного развития. — М.: «ИАЦ Энергия», 2008. — 96 с.
- Программа государственных гарантий не исполняется. Бишкек, "report.kg", Елена Накимова, апрель 2011 год