

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ

Д. Джапарова, кандидат экономических наук, Кыргызско-Турецкий университет «Манас» <damirajaparova@mail.ru>

FINANCE ON HEALTH SECTOR AND ECONOMIC GROWTH: THE CASE OF KYRGYZSTAN

D. Japarova, Ph.D, of the Kyrgyz-Turkish University “Manas”
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

In this article health seen as an indicator that reflects the level of socio-economic development. Progress is ensured not by the rate of growth of production, and quality of life. In this work showed the correlation between the cost of health care and economic growth. Reforming health care in Kyrgyzstan has a goal to increase the availability and quality of care. Found the main problems: lack of funds for health and inefficient use. We conclude that fiscal insurance system in our country, does not effect the quality of care.

Key words: economic growth and health, health service producer, health service consumer, medical insurance, co-payment.

Ключевые слова: экономический рост и здоровье, услуги здравоохранения, потребители услуг здравоохранения, медицинское страхование, сооплата.

Развитие здравоохранения и экономический рост находятся в сложной диалектической взаимосвязи. Государственные расходы, перераспределяя доходы через налоговую систему и социальные выплаты, увеличивают потребительский спрос и способствуют экономическому росту. Однако по мере увеличения государственных расходов начинают усиливаться признаки их отрицательного влияния. Это рост налогового бремени, отсюда - снижение нормы сбережений и инвестиций. Стремление скрыть доходы расширяет теневую экономику. Следует отметить, что рост государственных расходов без увеличения налогов сопровождается хроническим бюджетным дефицитом и создает условия для инфляции.

Определенный запас здоровья, знаний, навыков человека, которые используются в сфере общественного производства, в макроэкономике, выступая как человеческий капитал, является главным фактором и стратегическим ресурсом экономического развития государства. Он способствует повышению

производительности труда и росту доходов. По оценкам экспертов Всемирного банка, в развитых странах доля человеческого капитала в структуре национального богатства на душу населения (в долларах США) составляет от 68 до 76% [1]. В структуре национального богатства развитых стран все большая доля ВВП приходится на невещественное богатство, которое формируется в значительной степени за счет вложений в человеческий капитал. Оно включает затраты на образование, профессиональное обучение, охрану здоровья и культуру и другие социальные расходы. Этот процесс отражает возрастающую роль человеческого капитала в современном развитии общества [2].

Существует довольно тесная взаимосвязь между потенциалом здоровья населения и экономическим ростом. Исследования ученых показывают, что ущерб от заболеваемости, инвалидности и смертности населения очень значителен. Так, по расчетам ряда специалистов, экономический ущерб от потери

здоровья населения России в начале 2000 г. составляла около 65 млрд. долл. США [3].

Индекс развития человеческого потенциала, разработанный в рамках Программы развития ООН, можно считать обобщающим показателем, характеризующим качество жизни людей в той или иной стране. В его основе лежит идея о том, что главная цель социального и экономического прогресса состоит не в ускорении развития экономики, а в обеспечении каждому человеку возможностей реализовать свой потенциал, вести здоровую, полноценную и творчески активную жизнь.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, Карибская комиссия по здравоохранению установила, что увеличение расходов на здравоохранение в Тринидаде и Тобаго на 1% привело через два года к увеличению потоков прямых иностранных инвестиций на 3% [4]. Согласно оценкам, примерно одна треть долгосрочного экономического роста Мексики в период с 1970 по 1995 г. обусловлена улучшением состояния здоровья населения [5].

Проведенное в Китае исследование показало, что в течение ближайших 15 лет совокупная факторная производительность, которая, в частности, будет зависеть от состояния здоровья работников, будет играть все более важную роль в поддержании высокого экономического роста. В связи с этим в сектор здравоохранения направляется значительная доля ВВП (4,6%). Такая политика способствует также повышению уровня занятости и будет стимулировать увеличение норм потребления в Китае [6].

Таким образом, динамика человеческого капитала становится важной характеристикой социально-экономического развития страны. И здравоохранение должно стать неотъемлемой частью общей национальной стратегии развития.

В отличие от обычных рынков, в здравоохранении производитель, а не потребитель определяет объем и цену предоставляемых услуг. Поскольку больной человек не обладает знаниями, необходимыми для определения нужного лечения, ему сложно выбрать врача и лекарственные препараты, перечень и объем медицинских услуг. Врачи имеют возможность увеличить объем и виды услуг, выбирая

не очень нужные или совсем ненужные для выздоровления больного. Таким образом, врачи не только определяют и предлагают медицинские услуги, но и формируют спрос на них.

Врачи стационара, например, могут увеличить объем услуг и тем самым обеспечить загрузку имеющихся мощностей (коечного фонда, медицинского оборудования и пр.) и в конечном итоге - увеличить свой доход. Поэтому, имея возможность увеличить используемые ресурсы, они не заинтересованы в рациональном их использовании. В связи с этим финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществляются на основе нормативов, устанавливаемых и спускаемых до каждого медицинского учреждения органами государственного управления. Однако в таких условиях нет мотивации труда и экономических стимулов, а также нет возможности оценки его результатов. Иначе говоря, в сфере медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях нет полноценных экономических отношений.

Спрос на медицинские услуги не зависит от уровня доходов пациентов. Напротив, человек, имеющий более высокие доходы, меньше нуждается в медицинской помощи, так как качество его жизни позволяет иметь хорошее здоровье. Напротив, наибольшую потребность в медицинской помощи имеют лица с низким доходом, и для обеспечения равного доступа к медицинским услугам со стороны государства требуется корректировка рыночного механизма распределения ресурсов в пользу стариков, детей, лиц с низким доходом, хронических больных и активное вмешательство государства.

Учитывая риск заболевания и связанные с ним затраты, человек в ситуации неопределенности, чтобы избежать больших единовременных затрат, вносит определенную сумму в общий страховой фонд и получает возможность лечиться за счет собранных средств. Чтобы обеспечить доступ населения к страховым и медицинским услугам, требуются различные формы государственного регулирования.

В экономической литературе на протяжении многих лет здравоохранение рассматривалось как отрасль непродуцирующей сферы и согласно такому представлению ме-

дицинские работники не участвуют в создании национального дохода, а лишь потребляют его. И в этих условиях ресурсы этой сферы деятельности образуются согласно «остаточному» принципу финансирования. Организаторы здравоохранения оценивали объем средств на содержание медицинских учреждений без поиска альтернативных вариантов вложения ограниченных ресурсов. В таких условиях невозможно получить ответы на вопросы: строить или реконструировать больницу, лечить пациента в стационаре или в поликлинике, взять нового врача или больше заплатить работающему врачу? В итоге имеет место перегрузка стационаров, недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, что ведет к большим экономическим потерям. Результатом всего этого являются низкая эффективность использования ресурсов и непрофессиональное отношение медицинских работников к своим обязанностям, а также поборы. Все эти недостатки связаны с тем, что здравоохранение, как и другие отрасли услуг, имеют экономическое начало, а также свою специфику. Непризнание этого влечет за собой уравниловку, низкое качество медицинской помощи и в конечном итоге низкий социальный эффект.

С 1996 г. в здравоохранении республики на основе реформирования и изменений законодательной базы здравоохранения произошел переход от государственной медицины к бюджетно-страховой. Введена система обязательного медицинского страхования, и в 2009 г. системой ОМС было охвачено 76,7% населения.

С началом реализации национальной программы «Манас таалими» (2006-2010 гг.) введены кардинальные изменения в финансирование сектора здравоохранения: бюджет здравоохранения аккумулирован на республиканском уровне, внедрено формирование бюджета здравоохранения на программной основе, что позволило в 2006-2007 гг. расширить объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых по программе государственных гарантий для беременных женщин, детей в возрасте до пяти лет, пенсионеров в возрасте 70 лет и старше, провести выравнивание финансирования регионов, ввести сельский коэффициент для поддержки сельского здравоохранения. Появились новые механизмы формирования и исполнения бюд-

жета организаций здравоохранения через систему Единого плательщика: в стационарах – за пролеченный случай, на первичном уровне – как подушевое финансирование.

Консолидированный бюджет сектора здравоохранения республики на 2012 г. составил 9521,9 млн. сом., что на 1943,0 млн. сом. больше объема утвержденного бюджета 2011 г. Из республиканского бюджета поступило 6741,0 млн. сом., из местного бюджета – 952,9, из средств ОМС – 1234,3, от населения в виде сооплаты – 378,9, специальных средств республиканского бюджета – 171,9 и местного бюджета – 952,9 млн. сом. [7]. Однако, несмотря на то, что финансирование в Кыргызстане осуществляется нарастающими темпами и государство тратит на здравоохранение из года в год больше, ощутимой пользы пока нет. Бюджетно-страховая система, которая сложилась на сегодняшний день, мало влияет на качество оказания медицинской помощи. В соответствии с системой Единого плательщика средства, согласно отчету первичных медицинских учреждений (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных, перераспределяются стационарным отделениям. 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. Такой подход преждевременно обрекает больного, независимо от размера его материального вклада, на некачественное лечение, если оно ограничится только средствами, предоставляемыми медицинскими учреждениями.

Вместе с тем сложившийся уровень сооплаты за медицинские услуги не покрывает всех расходов на пациента, что вынуждает медицинских работников компенсировать затраты на лечение из кармана пациента. Кроме того, необходимо признать, что в республике сохраняется практика неофициальных выплат непосредственно медицинскому персоналу. Пациенты, кроме установленной сооплаты, дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи – «подарки» врачам, другому медицинскому 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, даже если в них нет необходимости. Хотя 20% НДС с лекарств сняты, но на самом деле они не стали дешевле. Все это свидетельствует о том, что больной с введением сооплаты вынужден многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантии на полное выздоровление.

Оплата больным части затрат на собственное лечение, на наш взгляд, является более справедливым способом привлечения пациента на его лечение. Поэтому целесообразно вместо фиксированных сооплатежей по отношению к медицинской помощи ввести сооплату по отношению к лекарствам, то есть оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного (например, практика Турции). 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..

Произошло значительное повышение заработной платы работников здравоохранения. Если средняя заработная плата врачей до повышения составляла 3939 сом., после повышения – 10 242, то разница составила 6303 сом. Заработная плата среднего медперсонала – 3370 сом., после повышения – 8762 сом., что больше на 5392 сом. [7]. Однако качество услуг остается на прежнем уровне. Одной из наиболее существенных проблем здравоохранения республики остается высокий уровень материнской, младенческой и детской смертности.

За 2012 г. в республике показатель материнской смертности составил 47,6 на 100 000 живорождений. Показатель младенческой смертности за 2011 г. – 19,8 на 1000 детей, родившихся живыми. Сохраняется высокий уровень заболеваемости туберкулезом: в Чуйской области – 118,9, г.Бишкеке – 163,7 и Таласской области – 96,9 в расчете на 100 тыс. человек. Растет число заболеваемости ВИЧ-инфекцией, количество инфицированных в

расчете на 100 тыс. населения в 2012 г. составило 12,5, тогда как в 2010 г. оно равнялось 10,2 [7].

Прежде чем приступить к рассмотрению факторов стимулирования труда в этой сфере, раскроем 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 увеличения объема выполняемых работ, а также врачам-руководителям.

Лечение осуществляется путем использования твердых нормативов, где из нескольких альтернатив закладываются минимальные затраты на лечение больного. Отсюда возникает вопрос: где реальный источник материального стимулирования хорошей работы врача? В производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В медицине источником поощрения выступает заранее определяемый на основе учета прошлых затрат фонд оплаты труда. И по логике стимулирующая часть должна увеличиваться за счет основной части оплаты труда, то есть от перемены мест слагаемых сумма фонда оплаты труда остается неизменной. В этой связи, поскольку в медицине нет прибыли, в качестве источника поощрения может быть использована часть специальных средств, образованных за счет платных услуг. При этом важнейшим и единственным критерием оценки труда медицинского работника является состояние здоровья пациента после проведения соответствующих медицинских мероприятий.

Следует отметить, что повышение оплаты труда представляет собой лишь частичную компенсацию роста цен. Говоря о структуре расходов в системе здравоохранения, на наш взгляд, не совсем логично осуществлять отчисления в социальный фонд из средств обязательного медицинского страхования. Сам

этот фонд представляет собой одну из форм социальных отчислений. Его нужно использовать по назначению, то есть обеспечить застрахованного плательщика нормального качества лечением. А для страхования медицинских работников необходимо искать другие источники. Например, работники Министерства внутренних дел республики, не оплачивая страховую сумму, пенсию и пособия получают за счет государственного бюджета.

Следующим источником финансирования являются платные услуги: официальные и неофициальные. С нашей точки зрения, неформальные платежи в медицине, то есть то, что платят врачу, не следует считать «взяткой». В условиях отсутствия механизма регулирования данная плата выступает как нерегулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить или уничтожить. Единственный способ приведения их в какие-то рамки — это их легализация. Тем более часть платных услуг вышла из тени.

Платные медицинские услуги снимают 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, платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений. В этой связи имеет место необоснованная госпитализация в государственной больнице, в так называемых платных палатах. В связи с этим появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения и дополнительных расходов на коммунальные услуги. Все это противоречит оптимизации стационарной помощи.

Использованные источники

1. Здоровье нации, как парадигма экономического и социального развития. Проблемы ответственности бизнеса [Текст]: аналитический доклад Совета Федерации Федерального Собрания РФ, 2002.

1а. Zdorovye natsii kak paradigma ekonomicheskogo i sotsial'nogo razvitiya. Problemy otvetstvennosti biznesa [Text]: analiticheskiy doklad Soveta Federatsii Federal'nogo Sobraniya RF, 2002.

2. Бушуев В.В. [и др.]. Человеческий капитал для социогуманитарного развития [Текст] / В.В.Бушуев, В.С.Голубев, А.А.Коробейников, Ю.Г.Селюков. – М.: «ИАЦ Энергия», 2008. – 96 с.

2а. Bushuev V.V. [i dr.] Chelovecheskiy kapital dlya sotciogumanetarnogo razvitiya [Text] / V.V.Bushuev, V.S.Golubev, A.A.Korobeynikov, Yu.G.Sel'ukov. – M.: "IATc Energiya", 2008. – 96 s.

3. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России [Текст] / Ю.М.Комаров. – М.: НПО Медсоцэконом-информ Министерства здравоохранения РФ, 1998.

3а. Komarov Yu.M. Zdravoohraneniye SShA: uroki dlya Rossii [Text] / Yu.M.Komarov. – M.: NPO Medsotcekonominform Ministerstva zdravoohraneniya RF, 1998.

4. По материалам: Status of Macroeconomics and Health (Состояние макроэкономики и здравоохранения). – Непал, 2006.

4а. Po materialam: Status of Macroeconomics and Health. – Nepal, 2006.

5. По материалам: Rwanda Macroeconomics and Health Project Country Report (Доклад по Проекту в сфере макроэкономики и здоровья Руанды / Диафука Сайла-Нгита, Колумбийский университет и Целевая группа Руанды по макроэкономике и здоровью, 2005.

5а. Po materialam: Rwanda Macroeconomics and Health Project Country Report / Diafuka Sayla-Ngita, Kolumbiyskiy Universitet i Tcelevaya gruppa Ruandy po makroekonomice i zdorovyu, 2005.

6. Office of the WHO Representative in China/Social Development Department of China State Council Development Research Centre, *op. cit.*

7. Данные Министерства здравоохранения КР за 2011, 2012 гг.

7а. Danyje Ministerstva zdravoohraneniya KR za 2011, 2012 gg.

Июнь 2013 г.

