

**СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО – ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА
В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.**

Абдуллаева А.А.

Частный медицинский центр «Ош - Кардио»,
Ош, Кыргызская Республика

Резюме: Сложившаяся объективная ситуация в секторе здравоохранения КР обуславливает необходимость внедрения государственно – частного партнерства для привлечения дополнительного финансирования со стороны частного сектора, т.к. государственный бюджет не в состоянии обеспечить достаточный уровень притока инвестиций.

Ключевые слова: Ключевые слова: государственно – частное партнерство, государственное здравоохранение, частный сектор, бюджет, бизнес среда, население, финансирование, ресурсы.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
СЕКТОРУНДА МАМЛЕКЕТТИК-ЖЕКЕ ОНОКТӨШТҮКТҮ ИШКЕ
АШЫРУУДАГЫ СОЦИАЛДЫК-ЭКОНОМИКАЛЫК ОҢТОЙЛУУ
ШАРТТАР**

Абдуллаева А.А.

«Ош - Кардио» жеке медициналык борбору

Корутунду: КР саламаттык сактоо секторунда түзүлгөн объективдүү жагдай жеке секторлор тарабынан кошумча финансы каражаттарын тартуу үчүн маалекеттик-жеке өнөктөштүктү ишке киргизүүгө шарт түзөт, анткени мамлекеттик бюджет инвестициянын жетишерлик деңгээлде келүүсү менен камсыз кыла албайт.

Негизги сөздөр: маалекеттик-жеке өнөктөштүк, мамлекеттик саламаттык сактоо, жеке сектор, бюджет, бизнес чөйрөсү, калк, каржылоо, ресурстар.

**SOCIO-ECONOMIC PRECONDITIONS FOR IMPLEMENTING
STATE-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR OF THE
KYRGYZ REPUBLIC**

Abdullaeva A.A.

Private Medical Centre “Osh – Cardio”

Abstract. The existing objective situation in the health sector of the Kyrgyz Republic creates a need for implementing state-private partnership in order to attract additional funding from the private sector because the state budget cannot provide a sufficient influx of investments.

Key words: state-private partnership, state health system, private sector, budget, business environment, population, financing, resources

Социально - экономические предпосылки внедрения государственно – частного партнерства в секторе здравоохранения Кыргызской Республики определяются объективной ситуацией, сложившейся в государственном секторе здравоохранения республики. Государственные организации в секторе здравоохранения представлены в виде организационно-правовой формы «учреждение», которые требуют значительных финансовых средств на их содержание (Концепция совершенствования системы здравоохранения с учетом развития частной медицины, 2012 г. – Концепция (2)). По данным приведенным в Концепции, финансирование организаций здравоохранения является недостаточным для их деятельности, что отражается на качестве оказания медицинской помощи. Из существующих 515 организаций здравоохранения - 337 (65%) финансируются из Фонда обязательного медицинского страхования – ФОМС (система Единого плательщика) и 178 (14%) – из средств Министерства здравоохранения. По уточненному бюджету подведомственных организаций Министерства здравоохранения в 2011 г. из запланированных по республиканскому бюджету выделено 2 245,9 млн. сомов (96%). Исследование, проведенное

международными консультантами («АОК» Германия, 2008 год) показало, что дефицит в финансировании Программы государственных гарантий (ПГГ) в КР, составляет 37%. По данным исследования, проведенного компанией AGEG (Германия), в 2009 году отмечается более значительный дефицит в оплате стоимости лечения по отдельным нозологиям по ПГГ: например, недофинансирование одного случая лечения бронхиальной астмы составило 63%. В Концепции, отражено, что «имеющиеся средства бюджета и дополнительные средства, поступающие от сооплаты пациентов, не позволяют лечебно – профилактическим организациям предоставлять качественные медицинские услуги в полном объеме. Не хватает средств на модернизацию оборудования, техническое обслуживание, укрепление инфраструктуры, повышение профессионального уровня персонала, для закупки в полном объеме лекарственных средств и другое» (2).

Низкий уровень материально-технической базы учреждений здравоохранения, отсутствие возможности внедрения высоких технологий не обеспечивают оказание медицинских услуг в соответствии с международными стандартами (Абдраманов К.А., 2010 г., 2012 г., Бейшембаев М., 2010 г., Батыралиев Т., 2010 г., 2011 г., Осмонов Д., 2011 г., Жээналиев А., 2012 г. и др.). По данным д.м.н., профессора Абдраманова К.А (3) «головные учреждения страны по сердечной хирургии и кардиологии НИИ хирургии сердца и Национальный центр кардиологии в своем оснащении имеют по одной, бывшей в употреблении, ангиографической системе 2000 года выпуска! По всем остальным показателям мало чем отличаются от областных и городских кардиологических отделений». Профессор М. Бейшембаев (7) отмечает, что врачи Ошской областной больницы «выполняют операции и малые, и большие, и экстренные без аппарата для искусственной вентиляции легких! вручную с помощью мешка Амбу!». А.Жээналиев (9), пишет, «что в отсутствии самого элементарно необходимого, мои коллеги оперируют детей с врожденными пороками сердца, при этом ни капельки не осознавая, того что они совершают

преступление; врачи оперируют в условиях, в которых нельзя оперировать вообще». В статье Е. Иващенко (16) «Пересадка почек по-киргизски: ни врачей, ни оборудования, ни денег. А две операции сделали» приведены основные проблемы, связанные с трансплантацией органов, озвученные профессором Т. Осмоновым: отсутствие необходимой аппаратуры и оборудования, изношенность инструментов, которым более 30 лет, отсутствие кадров. По данным профессора К.Узакбаева «нет специальной лаборатории, где можно было бы провести исследование тканевой совместимости; нет необходимого оборудования для послеоперационного ведения больного; необходимость брать не достающуюся аппаратуру напрокат, проблемы подготовки кадров».

Другой проблемой, которая также напрямую связана с недофинансированием здравоохранения, является проблема недостаточности высококвалифицированных кадров, включая узкоспециализированные кадры (Батыралиев Т.А., 2011г., Абдраманов К.А., 2012 г., Осмонов Д., 2010 г., 2011г., Маманов М., 2010 г. и др.). По данным американского издания САСІ «сотни молодых специалистов, ученых и докторов наук покинули Кыргызстан; у молодых специалистов нет высокой мотивации вернуться в КР после учебы за рубежом, так как в данное время Кыргызстан не в состоянии предложить своим талантливым молодым специалистам конкурентоспособную заработную плату» (14).

Имеющиеся проблемы в секторе здравоохранения стали основной причиной роста неофициальных выплат непосредственно медицинскому персоналу, что находит свое подтверждение как в средствах массовой информации (СМИ), так признается и официальными лицами. При этом неформальные платежи являются личными доходами медицинского персонала и не влияют на развитие здравоохранения и обеспечение лечебного процесса. Проявления коррупции наблюдаются на всех уровнях здравоохранения (13, 17,18). Координатор программ Бюро по правам человека и соблюдения законности Зульфия Марат отмечает, что «в Кыргызстане от реформ в сфере

здравоохранения выиграли чиновники; врачи и медработники унижены низкой зарплатой и необходимостью «финансового шантажа» своих пациентов» (13). Игорь Роджер (доктор медицины, Стэнфорд, США), давая оценку реформам здравоохранения в КР в качестве эксперта отмечает, что «преобладающее большинство медицинских работников вовсе не являются какими-то порочными людьми изначально, но увы, само положение дел в отрасли таково, что лучшие ее представители всю жизнь сидят на одном месте, в то время как наиболее коррумпированные обогащаются и делают карьеру» (18).

Такое положение в секторе здравоохранения не может не отражаться на показателях, и по данным Национального Статистического Комитета Кыргызской Республики «по причине наличия серьезных проблем в системе здравоохранения страны, Кыргызстан по продолжительности жизни занимает 97 место, по детской смертности 98, по распространенности туберкулеза 93 место и малярии 77 место в мире».

Улучшить положение в здравоохранении должны были проводимые в стране различные реформы. Однако по оценкам зарубежных экспертов, «цель проводимых реформ не была достигнута и должны быть официально признаны правительством неудачными, приведшими отрасль к кризису, а население - к опасной черте полной утраты права на бесплатное здравоохранение. А все кредиты, выданные Всемирным банком в области здравоохранения, надо признать нелегитимными, то есть такими, которые не подлежат выплате. Они были навязаны правительству страны в нарушение законодательства Кыргызстана и процедур ВБ» (13).

Для решения существующих проблем в секторе здравоохранения, особую актуальность приобретает необходимость привлечения дополнительного финансирования со стороны частного сектора, т.к. государственный бюджет не в состоянии обеспечить достаточный уровень притока инвестиций. В настоящее время на всех государственных уровнях в Кыргызстане рассматриваются вопросы сотрудничества

государства с бизнес средой в различных отраслях, в том числе социальной сфере (здравоохранение, образование и др.). При этом государство ориентируется на выполнение функций, связанных с общенациональными интересами, а бизнес среда, является источником прироста общественных благ. По зарубежному опыту одним из прогрессивных способов такого сотрудничества является государственно – частное партнерство (ГЧП) – (Public Private Partnership – PPP). ГЧП позволяет привлечь частные инвестиции в различные проекты, имеющие важное государственное и социальное значение, а также появляется возможность использования управленческого опыта частных предпринимателей в улучшении качества предоставления общественных услуг (2, 8, 10, 11). По опыту зарубежных стран и стран ближнего зарубежья, наблюдается динамика роста участия бизнеса в совместных с государством инфраструктурных проектах (8,10,11). Результатом использования различных моделей государственно-частного партнерства являются решения проблем по привлечению дополнительных инвестиций, эффективного менеджмента и повышение качества социальных обязательств государства перед населением страны, внедряются новые технологии, снижается бюджетная нагрузка, улучшается качество оказываемых услуг и др. (2).

Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) в Кыргызстане позволит значительно повысить эффективность привлечения инвестиций в стратегически важные отрасли государства, в том числе и в сектор здравоохранения (2, 11). Наибольшую актуальность для Кыргызстана государственно – частное партнерство приобрело после принятия закона о ГЧП, отвечающего международным требованиям (1). Принятие нового закона требует дальнейшей отработки механизмов и процедур ГЧП. Несмотря на признание этой формы сотрудничества одним из важнейших инструментов повышения национальной конкурентоспособности, внедрение механизмов государственно-частного партнерства в практику идет медленными темпами. Не решены методологические вопросы перехода

к партнерским отношениям государства и бизнеса. Отсутствует должный опыт такого партнерства, не достаточно развита законодательная и нормативная база на всех уровнях, что является сдерживающим фактором внедрения государственно-частного партнерства в Кыргызстане и обуславливает проведения дополнительных исследований данной проблематики в целом, и в частности в секторе здравоохранения (11).

Литература:

1. Закон Кыргызской Республики “О государственно-частном партнерстве в Кыргызской Республике”, Бишкек, 22.02. 2012 г.
2. Концепция совершенствования системы здравоохранения с учетом развития частной медицины и межсекторных договорных отношений, Бишкек, 2012 г. – Концепция
3. Абдраманов К. Мы солдаты медицины!, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 19.12.2012.
4. Абдраманов К. О реформе здравоохранения в Кыргызстане, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 16.03.2010
5. Батыралиев Т. К будущему главе правительства или шпаргалка для политических деятелей, которые кормят народ социальными реформами, вернее обещаниями, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 23.09.2010 г.
6. Батыралиев Т. Молодые врачи лечат сердечно-сосудистые заболевания лучше, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 31.05.2011 г.
7. Бейшембаев М. Медицина экстремальная или почему нужна кардинальная реформа в медицине? Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 24.05.2010 г.
8. Валесян А.А. Перспективы использования

механизма частно-государственного партнерства (ЧГП) в развитии здравоохранения России, М., 2009 г.

9. Жээналиев А. Операции без необходимых условий – это преступление, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 05.03.2012 г.
10. Каликова Г. О государственно – частном партнерстве в КР, Бишкек, 2012 г.
11. Койчуманов Т. Государственно-частное партнерство – объединение ресурсов и потенциалов государства и бизнеса, Бишкек, Бизнес и экономика, 04.08.2010 г.
12. Маманов М. Насильно мил не будешь, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 07.09.2010 г.
13. Марат З. В Кыргызстане от реформ в сфере здравоохранения выиграли чиновники Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 18.03.2011 г.
14. Осмонов Д. Необходимы устойчивое управление и социальные реформы , Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 30.07.2010
15. Осмонов Д. Высокая технология по приоритетности, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 27.02.2011 г.
16. Иващенко Е. Пересадка почек по-киргизски: ни врачей, ни оборудования, ни денег. А две операции сделали, Международное информационное агентство «Фергана», 01.08. 2012 г.
17. Роджер И. Без социальных реформ революция – переворот, Бишкек, (АКИpress)– Здоровье, 20.08.2010 г.
18. Роджер И. Большая медицина и отсталое здравоохранение, Бишкек, (АКИpress)– Здоровье, 09.12.2011 г.