

ТАДЖИБАЕВА ДИЛОРОМ

д.э.н., профессор, кафедры “Экономика”,
Ташкентский финансовый институт,
г. Ташкент, Узбекистан,
e-mail: dtajiboeva@mail.ru

DOI:10.26726/1812-7096-2023-9-59-70

ФИНАНСИРОВАНИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РОЛЬ ИНСТИТУТОВ В СОКРАЩЕНИИ РАССЛОЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация. В данной статье рассматривается ситуация, сложившаяся с внедрением рыночных отношений в финансировании сферы здравоохранения в Узбекистане. При написании статьи были использованы методы статистического и сравнительного анализа экономических показателей, а также корреляционно-регрессионный анализ финансирования здравоохранения, произведенного из государственного бюджета и собственных платежей населения. В результате анализа было выявлено, что проведение институциональных реформ и структурных изменений в здравоохранении привело к положительным тенденциям и достижению определенных успехов. Расходы на здравоохранение собственными средствами граждан положительно влияют на рост ВВП, в большей степени, чем расходы из бюджетных средств. Однако это приводит к углублению расслоения населения, и малоимущие не могут получить доступ к адекватным медицинским услугам, особенно в сельской местности, где проживает почти половина населения Узбекистана. В этих районах также высока скрытая безработица, которую занимают около 25,1% трудоустроенных лиц в сельском, лесном и рыбном хозяйстве, а также 22,2% занятых в других отраслях экономики. Кроме того, доля расходов из бюджета на здравоохранение на душу населения сокращается. На основе анализа были сделаны выводы и получены результаты, указывающие на углубление расслоения населения. Полученные выводы будут полезны для формирования финансовых ресурсов в здравоохранении с целью сокращения расслоения населения и решения проблемы «катастрофических расходов» в Узбекистане. Часть результатов данного исследования используется при проведении институциональных изменений в здравоохранении.

Ключевые слова: здравоохранение, расходы на здравоохранение (РЗ), индексы по здравоохранению, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), медицинские услуги, медицинское страхование, смешанные социальные услуги.

TADJIBAYEVA DILOROM

Dr.Sc of Economics, Professor. Department of Economics,
Tashkent Financial Institute, Tashkent, Uzbekistan,
e-mail: dtajiboeva@mail.ru

FINANCING OF THE HEALTHCARE SECTOR AND THE ROLE OF INSTITUTIONS IN REDUCING THE STRATIFICATION OF THE POPULATION

Abstract. This article examines the situation with the introduction of market relations in the financing of the healthcare sector in Uzbekistan. When writing the article, methods of statistical and comparative analysis of economic indicators were used, as well as correlation and regression analysis of healthcare financing made from the state budget and the population's own payments. As a result of the analysis, it was revealed that the implementation of institutional reforms and structural changes in healthcare has led to positive trends and the achievement of certain successes. Spending on healthcare with citizens' own funds has a positive effect on GDP growth, to a

greater extent than spending from budget funds. However, this leads to a deepening of the stratification of the population, and the poor cannot access adequate medical services, especially in rural areas, where almost half of the population of Uzbekistan lives. Hidden unemployment is also high in these areas, which is occupied by about 25.1% of employed persons in agriculture, forestry and fisheries, as well as 22.2% of those employed in other sectors of the economy. In addition, the share of expenditures from the health budget per capita is decreasing. Based on the analysis, conclusions were drawn and results were obtained indicating a deepening of the stratification of the population. The findings will be useful for the formation of financial resources in healthcare in order to reduce the stratification of the population and solve the problem of "catastrophic expenses" in Uzbekistan. Some of the results of this study are used in carrying out institutional changes in healthcare.

Keywords: healthcare, healthcare costs (RH), healthcare indices, World Health Organization (WHO), medical services, health insurance, mixed social services.

1. Введение

Человек является главной движущей силой экономики. Он находится в центре любых экономических изменений, процессов взаимоотношений, не только как принимающий решения, но и от уровня человеческого капитала и его потенциала зависит развитие общества. «Потому что аксиома, не требующая доказательств, заключается в том, что каждый из нас знает, что мы можем жить активной жизнью только в том случае, если мы здоровы» [1, с. 38]. В связи с тем, что расходы на здравоохранение в бывшем Советском Союзе были бесплатными, а затраты в условиях плановой экономики и их распределение осуществлялись специальными государственными органами, на изучении его с экономической точки зрения уделялось внимание скудно, и эта тенденция сохранялась в Узбекистане до сих пор. Хотя реформирование сферы здравоохранения объявили намного раньше, принятием в 29.08.1996 г. законом «Об охране здоровья граждан», полноценная реформа этой системы начата недавно.

С переходом этой сферы в рыночные отношения, наряду с созданием конкурентной среды, улучшились качество медицинских услуг. Изучая опыт развитых стран, начали уделять больше внимания развитию первичного звена здравоохранения и финансированию его. Также увеличились инвестиции, в том числе иностранные, в здравоохранение республики. На здравоохранение влияет множество факторов, но все же в первую очередь человек сам несет ответственность за свое здоровье.

В настоящее время расходы на здравоохранение в нашей республике составляют 6,4% ВВП по Глобальному индексу. В этой сфере оказывают услуги населению 5,1%, и в 2022 году 4,9% работников из общего числа занятых.

Несмотря на прогресс, достигнутый в результате реформ, впереди предстоит решать еще много вопросов. Один из них - доступ населения к качественному медицинскому обслуживанию, особенно для той части, которая не может позволить себе услуги частных медицинских учреждений. Решение этой проблемы связано с осуществлением институциональных изменений, созданием соответствующей институциональной среды и рассмотрением системы как важной отрасли экономики.

Изучение проблем здравоохранения международными организациями...

Поскольку здравоохранение является одной из наиболее важных глобальных проблем, международные организации здравоохранения уделяют большое внимания анализу процесса оказания медицинской помощи, чем отдельные исследователи¹, которую можно увидеть, прежде всего на публикуемых ряд глобальных индексов, различными международными организациями, в том числе ООН, Всемирной организацией здравоохранения и Всемирным банком, в результате проводимых исследований: Рейтинг стран мира по уровню затрат на здравоохранение; (The Most Efficient Health Care) Версия Bloomberg Health Care Efficiency; Уровень медицины по версии Numbeo; Индекс безопасности здоровья; Индекс человеческого капитала (Human Capital Index); Проект развития человеческого капитала (Human Capital Project)²; Индекс ожидаемой продолжительности здоровой жизни, Future Health Index и т. д. С помощью этих показателей анализируются достигнутые результаты в здравоохранении в каждой стране, выявляются достижения и недостатки. Такие исследования могут помочь странам определить меры по устранению недостатков.

¹ <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure>

² <https://www.vsemirnyjbank.org/human-capital>

Таблица 1

Положение стран Центральной Азии и России в мировых индексах³ здравоохранения

Страны ЦА	Индекс расходы на здравоохранение к ВВП		Рейтинг по эффективности здравоохранения по Блумбергу		Расходы здравоохранения на душу населения, в долл. США		ВВП на душу населения и доля расходов на здравоохранения	
	место	индекс	место	индекс	место	Долл. США	В % ах	
Киргизия	96	6,2			148	62,14	1174	7,8
Казахстан	174	3,1	44	39,2	103	272,97	9122	4,1
Таджикистан	71	7,2			149	61,87	859	7,3
Туркменистан	79	6,9			78	500,01	6866	5,9
Узбекистан	93	6,4			135	98,57	1751	7,6
Россия	117	5,3	53	31,3	67	653,42	10127	5,1

Данные таблицы показывают, что по индексу доля общих расходов на здравоохранение к ВВП среди стран Центральной Азии (ЦА) показатель у Казахстана - 3,1% и занимает среди мировых государств 174-е место. Узбекистан занимает 93-е место. По рейтингу стран эффективности систем здравоохранения включен только Казахстан, который 39,2 баллом занимает 44-е место среди 56 стран по версии Bloomberg. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение показывает, что из 189 стран на душу населения среди стран ЦА первое место занимает Туркменистан, второе Казахстан, хотя по расходам на здравоохранение к ВВП последнее место. Потому что значение 1 процента ВВП означает 265,6 долларов, что 2-3 раза выше, чем в других республиках ЦА. Узбекистан занимает среди стран ЦА третье место, а в мировом масштабе 135-е. У флагмана СНГ России, занимающего лидирующую позицию среди стран СНГ, доля расходов на здравоохранение в ВВП на душу населения почти 7-10 раз выше, чем в Узбекистане, Кыргызстане и Таджикистане.

В исследованиях по вопросам медицины и здравоохранения отмечается, что в настоящее время здравоохранение стало одной из ведущих отраслей национальных экономик, обслуживающей жизнедеятельность общества, вместе с тем отмечается, что в дальнейшем возрастает его роль. Пандемия, вызванная COVID-19, еще раз подтвердила важность организации здравоохранения, а кризис привел к развитию инновационного подхода в системе здравоохранения [2, 3, 4, 5].

В книге «Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой», под редакцией Джозефа Куцина, Черил Кэшин, Мелитты Якаб и под руководством Всемирной организации здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, была поставлена цель показать основы проведения анализа систем финансирования здравоохранения и их реформ в странах с переходной экономикой. Оценка опыта реализации реформ финансирования в странах Центральной Европы, Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии. Провести углубленный анализ опыта реформ, наглядно показывающий, как в решении ключевых вопросов одни страны добились успеха, а другие не смогли этого сделать, и извлечение уроков для политиков стран рассматриваемых регионов и других стран мира [6].

Исследования, проведенные в странах ЦА, в том числе в Узбекистане при привлечении местных экспертов, дали возможность выявить достижений и существующих недостатков системы [7, 8].

Одним из наиболее полных исследований системы здравоохранения в Узбекистане является исследование по ЦА, проведенное Себастьяном Перузом, членом IERES, Международного партнерства по правам человека Университета Джорджа Вашингтона. В его докладе показано, что, несмотря на успехи, достигнутые в реформах здравоохранения в Узбекистане, большая часть этого сектора все еще не соответствует уровню спроса, особенно уровень использования этих услуг малоимущими ограничен, наблюдается высокий уровень коррупции среди медицинского персонала, а за услуги, которые в государственных медицинских учреждениях фактически бесплатны, взимается плата. Изучены вопросы, как оказать помощь на международном уровне для их ликвидации [9].

В публикации "Бюджет для граждан: Государственные расходы на здравоохранение в 2021 году", подготовленной совместно с Министерством финансов Республики Узбекистан в рам-

³ https://ru.theglobaleconomy.com/rankings/health_spending_per_capita/

ках Программы развития ООН (ПРООН), организация ставит своей целью повышение уровня жизни населения примерно в 170 странах и регионах, сократить расслоение и создать инклюзивное общество. Предусмотрена разработка стратегии развития, расширение возможностей для сотрудничества, повышение институционального потенциала, помощь в сохранении достигнутых результатов в развитии [10].

Отдел стратегии и исследований компании RB ASIA интерпретирует ситуацию и делает основные выводы на основе изучения здравоохранения в Узбекистане: демография, показатели здравоохранения, финансирование, реформы в медицине и перспективы здравоохранения [11, 12].

Исследования, проведенные узбекскими исследователями, по этим вопросам с экономической точки зрения, крайне немногочисленны.

Зав. кафедрой "Инновационные технологии и финансовый менеджмент в здравоохранении" Ташкентского института повышения квалификации врачей Б.В. Дурманов в своей статье [13] исследует вопросы теоретического и практического значения, изучение экономического характера системы здравоохранения. Показано, что важные аспекты экономической сущности медицинских услуг несовместимы с общепринятыми понятиями "экономики". С практической точки зрения изучаются специфические аспекты сферы здравоохранения как важной отрасли экономики. Предлагается признать здравоохранение одним из вариантов "экономики знаний". М. Умурзаковой показано, что система здравоохранения представляет собой систему учреждений, обеспечивающих гарантированное качественное оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению, более эффективное использование средств государственного бюджета, затрачиваемых на систему здравоохранения, обеспечение соответствует уровню заболеваемости населения, является одной из важных задач системы здравоохранения [14]. Таджибаева Д. рассматривала вопросы вознаграждения труда работников, охраняющих здоровье населения, и её влияние на эффективность оказания услуг здравоохранения [15]. Такие проблемы, как показали российские исследователи И.П. Каткова, В.И. Катков в своих статьях, как возникновение "катастрофических затрат" для пользования и оплаты медицинских услуг [16], низкая эффективность расходов на здравоохранение в России по сравнению с другими странами и ее причины, которые исследовали В. С. Назаров и Н. А. Авксентьев [17], характерны и для системы здравоохранения Узбекистана. Но во всех вышеуказанных исследованиях не рассматриваются вопросы влияния частных платежей на дифференциацию населения по доступности услуг.

2. Основная часть

2.1 Анализ расходов на здравоохранение в контексте результатов их в создании ВВП.

Известно, что сохранение и укрепление здоровья населения осуществляется через систему здравоохранения страны и рынок медицинских услуг. Это, в свою очередь, делает объективной необходимостью относиться к ней как к особо важной отрасли экономики.

Главная цель каждой страны и каждой семьи, являющейся ее ячейкой, гармонично, то есть обеспечить благополучие и создать возможность прожить долгую жизнь без нужды. Эти возможности во многом зависят от социальных благ и их количества и качества. Они включают в себя различные блага и услуги.

Остановившись, об этом, прежде всего необходимо разграничить понятия медицины и здравоохранения. «Медицина — это наука и практика, изучающая здоровье человека, его болезни и их выявление, причины и методы лечения.»⁴ Здравоохранение — это отрасль экономики, включающая оказание услуг, направленных на лечение заболеваний и оздоровление граждан, а помимо медицинских услуг — производство лекарственных средств, товаров, направленных на сохранение и укрепление здоровья, организацию активного отдыха, санатории, специальные учреждения включают создание социальных пособий, здоровый образ жизни и другие подобные социальные блага.

Согласно по определению академика Ю.П. Лисицина «Понятие «здравоохранение» входит в понятие «медицина» как ее социальная, организационная, нормативная функция. Здравоохранение, таким образом, должно квалифицироваться как общественная, социальная функция медицины и всего общества, государства. ... здравоохранение — это социальная функция общества и медицины по охране и укреплению здоровья»⁵ [18].

⁴ Б.Д. Дурманов. Экономическая сущность и природа здравоохранения: некоторые теоретические и практические аспекты. /Иктисод ва молия/ Экономика и финансы. 2013, №2.

⁵ Академик РАМН Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.—2-е изд.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с. ISBN 978-5-9704-1403-3. Электронная версия.

По мнению Ильясовой А.Р, здравоохранение - это сеть людей и организаций, оказывающих медицинскую помощь населению: частные врачи, групповые врачи, поликлиники, амбулатории, диагностические центры, больницы и т.п. [19. с.7]. Согласно определению, данному в Интернете, здравоохранение - «Представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического, культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание здоровой образ жизни предоставление медицинской помощи при ухудшении здоровья. Для этого создаются специальные социальные институты [20]. Значит, услуги здравоохранения имеют более широкое значение, чем медицинские услуги. Медицинские услуги включают в себя услуги по заболеванию, его лечению и профилактике, а услуги по охране здоровья представляют собой смешанные социальные блага, включающие в себя помимо медицинских услуг ряд других услуг, связанных со здоровьем населения. Мы рассматриваем его как процесс, с одной стороны, и как результат этого процесса, с другой стороны.

Известно, что общественные блага разделяются на 4 типа по степени их конкурентоспособности и исключаемости из потребления. С этой точки зрения услуги здравоохранения относятся к группе смешанных социальных благ, так как, во-первых, такие услуги менее конкурентны, но крайне исключаемы. Поэтому их легко оценивать и за использование таких услуг с отдельных лиц можно взиматься плата.

Выше приведенные определения показывают, что сфера здравоохранения сложна и многогранна. По этой причине мы ориентируемся только на существующую модель его финансирования в Узбекистане. Она приводит к изменению институциональной среды и экономических отношений в системе здравоохранения и в определенной степени ограничивает институциональную эффективность.

В настоящее время здравоохранение стало реальным критерием уровня опережающего развития общества и эффективности управления правительствами различных стран мира. Это привело к превращению здравоохранения из затратной отрасли экономики в отрасль, влияющую на экономический рост и определяющую устойчивость экономического развития страны.

Одним из актуальных вопросов в нашей республике сегодня является оказание медицинских услуг населению и уровень его развития, который в конечном итоге обязательно отразится на ВВП в расчете на душу населения, национальный доход, который отражает благосостояние членов общества.

Начиная с 2013 года в Узбекистане уделяется особое внимание широкому внедрению рыночных отношений в эту сферу услуг, что в результате привело к увеличению доли платных услуг до 60% в 2015 году и 55% в 2019-2020 годах. В итоге расходы на здравоохранение разделились на две группы: расходы на здравоохранение из государственного бюджета и собственные расходы населения.

Для того чтобы выяснить, как влияет внедрение рыночных отношений на создание ВВП, проведен анализ взаимосвязи между среднедушевыми расходами на здравоохранение и созданным ВВП на душу населения на основе корреляционно-регрессионного анализа за период с 2010 по 2020 годы. Получены следующие результаты:

$$Y = 1905,547 + 12,3195 X_1 + 12,76498 X_2$$

Здесь: Y - ВВП, созданный на душу населения

X_1 - расходы на здравоохранение из государственного бюджета, на душу населения;

X_2 - частные платежи на душу населения на здравоохранение;

По нашим исследованию выявлены, что коэффициент корреляции $R=0,985221$, чуть меньше 1. Это показывает, что линейная зависимость между расходами здравоохранения и созданным ВВП взаимосвязь очень высока, то есть классический случай, чисто функциональная связь. $R^2 = 0,985221^2 = 0,9852$ или 98,5 %. Рост ВВП пропорционален затратам на здравоохранение. При этом отдача платежей населения превышает платежей из бюджета - на 103,6%,

Сектор услуг здравоохранения, особенно медицинских услуг, все более активно участвует в процессе формирования рыночных отношений в мировом масштабе за счет разработки и применения инновационных методов оказания профилактических и оздоровительных, лечебно-реабилитационных услуг, реализации маркетинговых стратегий в управлении системой здравоохранения, новейших коммуникационных технологий для подбора кадров специалистов и их состава.

В 2017 году на основании указа Президента Узбекистана количество услуг, которые могут оказывать частные клиники, увеличилось с 50 до 129. Также освобождение от налогов и государственных взносов частных медицинских организаций до 1 января 2022 года привело к от-

крытию 1650 новых частных медицинских учреждений.

2.2. Тенденция изменения расходов и структуры финансирования расходов на здравоохранение.

В настоящее время идет процесс развития частной услуги с целью привлечения в систему иностранных инвестиций, повышения качества, объема и видов услуг для населения. С 1 июля 2019 года инвесторы некоторых лечебно-профилактических учреждений получили полномочия на доверительное управление. В результате затраты на здравоохранение и их структура изменились таким образом (таблица 2).

Таблица 2

Динамика расходов государственного бюджета и платежей населения на здравоохранение (в текущих ценах)⁶

Показатели	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2021 г. к 2010 г. в % ах
Доля расходов на социальную сферу и поддержку населения в общих расходах бюджета, в %	58,8	58,8	55,7	59,2	51,5	42,8	X
Из них расходы на здравоохранение, млрд. сум	1716,5	5218,5	7030,3	14781,6	19 397,2	23 316,8	13,6 раз
Доля РЗ, затрачиваемая из бюджета к ВВП, %	2,3	2,5	1,7	2,3	3,3	3,1	X
Доля РЗ к ВВП по глобальному индексу, %	2,8	6,2	6,4	6,3	6,4	6,4	X
Общие затраты на здравоохранение (государственный бюджет и платежи населения), млрд. сум	2073,2	13031,3	15944,7	32137,4	37133,0	47014,4	22,7 раз
Доля расходов из внутренних государственных источников, в %	82,8	40,0	44,1	45,9	52,2	49,6	X
Всего РЗ на душу населения, сум.	71243	413693	478 819	973860	1252809	1358797	19,1 раз
Из них платежи населения	12253	248215	268138	526858	598843	684833	55,9 раз
ВВП, млрд. сум	78 936,6	210183,1	249136,4	510117,2	580203,2	734600,0	9,9 раз
ВВП (в ценах 2010 года)	78936,6	113217,2	131931,0	139187,2	141831,7	152327,2	1,92 раз

Данные таблицы показывают, что финансирование услуг здравоохранения из государственного бюджета за 2010-2021 годы выросло в 13,6 раза, а общие расходы на здравоохранение (выделяемые из бюджета и платежи населения) - в 22,7 раза. Доля РЗ из бюджета к ВВП увеличилась с 2,3% в 2010 году до 3,1% в 2021 году, а доля расходов на здравоохранение в ВВП по глобальному индексу выросла с 2,5% до 6,4%. Причина такой большой разницы в том, что в первом учитывались только расходы бюджета, а во втором - также платежи населения. Общие затраты на здравоохранение состоят из расходов государственного бюджета, наличных платежей населения (т.е. расходов на услуги здравоохранения, оплачиваемых населением из собственного кармана), а также суммы, поступающей из таких источников, как добровольное медицинское страхование, которое также состоит из платежей населения.

Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения увеличились с 71 243 сумов до 1 358 797 сумов, или в 19,1 раза. Объем ВВП вырос в текущих ценах в 9,9 раза, а в ценах 2010 года достиг 152 327,2 млрд. сумов, то есть объем ВВП вырос всего лишь более чем в 1,9 раза. Из них можно сделать следующие выводы:

1. РЗ в Узбекистане за 2010-2021 годы выросли в несколько раз. В 2020 году из-за COVID-19 расходы бюджета на здравоохранение увеличились на 131,2% по сравнению с 2019 годом. Благодаря созданию способствующей институциональной среды для развития государственно-частного партнерства и предоставлению финансовых ресурсов сыграли важную роль в повышении масштабов и объема использования населением этих услуг и повышении их качества. Значит, создается возможность для роста ВВП на душу населения и повышения уровня жизни.

⁶ Рассчитано автором на основе <https://stat.uz/uz/nashrlar-menu/risolalar>; www.uz.undp.org и данных глобального индекса.

2. Доля населения в финансировании системы здравоохранения высока и составляет более половины общих затрат. «В 2018 г. 59% глобальных расходов на здравоохранение финансировались из внутренних государственных источников»⁷. А в Узбекистане они составили 44,1 %. В 2020 году, несмотря на рост расходов госбюджета из-за пандемии, 49,6% расходов взяло на себя население. Количество населения растет быстрыми темпами, если в 2010 году они составили около 25,5 млн. человек, то в 2021 г. 34,5 млн. чел. или вырос на 135,2 %.

По исследованию ВОЗ расходы из собственных средств сократились во всех странах, независимо от уровня дохода, но их уровень оставался высоким в странах с низким и средним уровнем дохода. В Узбекистане наоборот увеличились. Если они в 2010 году в процентном отношении к общей сумме составили 17,2%, то в 2021 году - 50,4%.

В Узбекистане уровень инфляции высокий. Об этом свидетельствует большая разница между реальным и номинальным ВВП, которые различаются в 5,1 раза. Следовательно, это оказывает соответствующее влияние на реальный уровень и другие показатели, в том числе и на уровень жизни.

Наше исследование показывает, что увеличение частных платежей, с одной стороны, влияет на рост ВВП, а с другой стороны, на усиление расслоения общества. Особенно в Узбекистане, где рост заработной платы и пенсионных выплат значительно отстают от них.

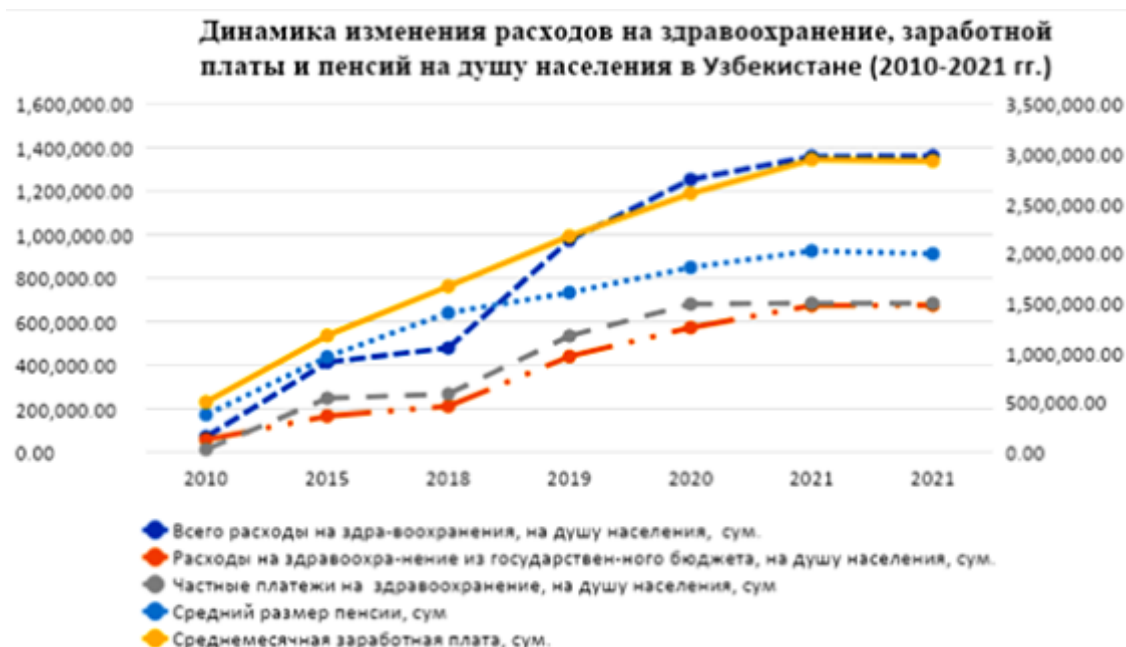


Рис. 1. Динамика изменения расходов на здравоохранение и средний размер пенсии и заработной платы.

Из приведенных данных рисунка 1 видно, что объем расходования средств из государственного бюджета на здравоохранение на душу населения за 2010-2021 годы увеличился с 58 186 сумов до 673 895 сумов, или в 11,6 раза, а выплаты населению увеличились с 13 057 сумов до 684 902 сумов, т.е. в 52,4 раза. Однако за этот период средняя заработная плата выросла с 504 796,8 сумов до 2 941 264,4 сумов, или в 5,8 раза, а средний размер пенсий с 171 919 сумов до 924 780 сумов, то есть увеличились лишь на 5,3 раза. Разница между минимальной и максимальной заработной платой за этот период выросла с 2,4 до 3,5 раза.

Эта проблема усугубляется тем, что в Узбекистане высокий уровень скрытой безработицы (около 25,1% работающих заняты в сельском хозяйстве), где низкая зарплата в отрасли, а также большинство дехканских хозяйств основаны на самозанятости и потребляют собственную продукцию. Кроме того, доля расходов из бюджета на здравоохранение на душу населения сокращается, а количество населения увеличивается с быстрыми темпами, а также высокие темпы инфляции.

По сути, все расходы, будь то расходы государственного бюджета или частные платежи,

⁷ Глобальные расходы на здравоохранение 2020 г.: выдержать бурю [Global spending on health 2020:.. weathering the storm] Всемирная организация здравоохранения. 2021. 2 • Перед тем как COVID-19 обрушился на мир.

несут граждане. А вот возврат уплаченных налогов и сборов населению через государственный бюджет и фонды позволяет снизить уровень расслоения и помогать нуждающимся. В частности, прямые платежи в системе здравоохранения являются наиболее несправедливой формой финансирования системы, имеющей регрессивный характер, поскольку одинаковая оплата для всех слоев населения приводит к большой разнице в доле медицинских услуг в их доходах.

Высокий уровень доли платежей населения в системе финансирования приводит к углублению неравенства и расслоению населения, лишает возможности малоимущих пользоваться медицинскими услугами.

Кроме того, по рекомендации ВОЗ, увеличение доли прямых частных платежей населения в системе здравоохранения выше 20% является признаком финансовой нестабильности системы и высокого риска для населения [16. Р. 153 -159]⁸.

Исследовательская группа Всемирного банка констатировала, тот факт, что частные расходы на здравоохранение в Узбекистане составляют около половины всех расходов, реальные платежи населения представляют для них серьезный финансовый риск. Домохозяйства в нижнем квинтиле с доходом около 25%, а также около 10% во втором квинтиле и вплоть до последнего квинтиля подвержены высокому риску финансового риска⁹.

Таким образом, складывается катастрофическая ситуация с РЗ для бедного населения, составляющего около 15% населения республики.

Как мы можем избежать роста неравенства в услугах здравоохранения? В мировом опыте это делается через медицинское страхование. Страхование может быть двух видов: обязательное и необязательное. Конечно, здравоохранение ни в одной стране не обеспечивается чисто бюджетным или частным финансированием. В странах мира в состав РЗ входят государственные расходы, расходы на обязательное медицинское страхование, специальные платежи и др. Обязательное медицинское страхование в мировой практике состоит из расходов государственного бюджета, взносов работодателей, населения и т.д.

Финляндия, Дания, Швеция имеют высокий уровень бюджетных расходов, в Великобритании 85% покрывается за счет разных уровней бюджетных расходов, в Германии 75% покрывается страховыми взносами, 10% налогами, 10% добровольным страхованием, 5% по платным услугам. В целом по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) государственные средства в финансировании медицинских услуг составляют 72%, доля личных расходов населения – 19,6%, в Европейском Союзе – 16,3%, а частное страхование – 6%. В Канаде, Российской Федерации и Казахстане обязательное медицинское страхование контролируется государством. В России охвачено больше 93% населения, а в Казахстане 97% населения. Главное преимущество российской системы здравоохранения — на безвозмездную медпомощь — закреплено в Конституции. В России действуют страховые принципы медицины. Полис ОМС всем россиянам выдается бесплатно, однако за каждого жителя страны в Фонд обязательного медицинского страхования уплачиваются страховые взносы. За работающих граждан перечисления ведут работодатели, за неработающих — региональные бюджеты.

Обязательное и добровольное страхование в Японии контролируется государством и страховыми компаниями и покрывает 70% расходов. Страховые взносы рассчитываются индивидуально исходя из дохода семьи. Охвачено 98.3% населения.

В США медицинское страхование является добровольным, и часть лечения покрывается специальными программами для бедных. Для этого нужно быть гражданином США или иметь грин-карту и вовремя платить налоги. Если у вас нет медицинской страховки, стоимость медицинских услуг будет в несколько раз выше.

В Узбекистане нет обязательного медицинского страхования. Расходы здравоохранения покрываются из бюджета и частными платежами. Частные платежи за медицинские услуги состоят из полных личных расходов граждан, а добровольное страхование осуществляет национальная страховая компания "Узбекинвест" (UNIC), которая в основном осуществляет импортно-экспортное страхование в Узбекистане. В последующие годы к ним присоединились компании Gross Insurance, Alfa Invest, AlfaLife, "Кафолат (Гарантия)".

Во-первых, модель оказания медицинских услуг отстала от современных требований. Неинфекционные заболевания, в том числе сердечно-сосудистые, которые 79% смертей приходится на эти заболевания, низкая мотивация (зарплата) медицинских работников, качество

⁸ Взгляд на здоровье, 2013 г.: Индикаторы ОЭСР. 7. Расходы на здравоохранение и финансирование. ОЭСР 2013.

⁹ Республика Узбекистан. Обзор государственных расходов 2019. -с. 142. <http://ced.uz/wp-content/uploads/Uzbekistan-Public-Expenditure-Review.pdf>

услуг отстает от требований времени, а ряд других причин сделал еще более насущной необходимость реформ в системе.

Во-вторых, в условиях рыночной экономики ни одна отрасль, в том числе и здравоохранение, не может развиваться без эффективной системы финансирования. В связи с тем, что сметная система финансирования в сфере здравоохранения устарела, основана на механизмах, не соответствующих международной практике, неэффективное использование финансовых ресурсов и ограниченность их приводят к хроническому недофинансированию отрасли, она стала одним из важных проблем сферы здравоохранения, которую необходимо решить.

В третьих, удорожание медицинских услуг, отсутствие материальных возможностей для пользования высококвалифицированными медицинскими услугами у более обездоленных слоев населения усиливает расслоение и создает неравные возможности для населения. Решение этой проблемы требует углубления проводимых реформ.

Любая реформа осуществляется путем совершенствования официальных институтов, создания на их основе институциональной структуры, институциональной среды и соответствующих механизмов.

В целях решения проблемы, используя мировой опыт и учитывая особенности Узбекистана, правительством Республики Узбекистан была начата разработка вопроса о введении обязательного медицинского страхования. Для этого проводится сотрудничество со специалистами ВОЗ и местными экспертами. В результате были разработаны технико-экономические основы его внедрения и создана нормативно-правовая база.

Для дальнейшего повышения эффективности реформ в системе здравоохранения, внедрения передовых и цифровых технологий, управления качеством и полного использования возможностей медицинских учреждений, а также расширения возможностей каждого гражданина в использовании медицинского обслуживания на высоком уровне приступили к созданию соответствующей институциональной среды. Согласно постановлению ПП-4847 от 2 октября 2020 года, была изменена организационная структура Министерства здравоохранения республики, центрального аппарата, управлений здравоохранения Республики Каракалпакстан и областей, а также создан Департамент развития государственно-частного партнерства и его региональные подразделения.

Согласно постановлению №ПП-5038 от 25 марта 2021 года «Об организации деятельности Агентства по развитию медико-социальных услуг Республики Узбекистан» был создан Агентство по развитию медико-социального обслуживания при Кабинете Министров Узбекистана и определены ее основные задачи. Основная цель – реализации единой государственной политики в сфере медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста, инвалидов и других категорий населения, нуждающихся в социальной защите¹⁰.

На основе изучения систем финансирования в сфере здравоохранения в других странах и с учетом специфики Узбекистана, на основании постановления от 12 ноября 2020 года ПП-4890 «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области» был создан Государственный фонд медицинского страхования с 1 декабря 2020 года, и обозначены его основные задачи¹¹.

В рамках государственного медицинского страхования предусматривается, что государство обеспечит медицинским страхованием и качественными медицинскими услугами все слои населения в рамках своих обязательств перед гражданами. Граждане не уплачивают отчислений (взносов) на медицинское страхование из своих доходов, оно финансируется из государственного бюджета, определяется как система государственного медицинского страхования, поскольку не является обязательным. Бесплатные медицинские услуги предоставляются на основе гарантированного пакета.

Объем бесплатных медицинских услуг, включаемых в гарантированный пакет на основании настоящего решения, согласован с соответствующими органами. В гарантированный пакет входит прием семейного врача, консультация, более 10 видов диагностических и лабораторных исследований, а также 66 видов лекарственных средств, медицинских изделий, расходных материалов, стоматологические услуги. Эти услуги предоставляются населению бесплатно.

Негосударственные медицинские организации также могут привлекаться к оказанию медицинских услуг на основе гарантированного пакета. Направления в стационары республиканского уровня утверждаются областным управлением здравоохранения. В случаях несоблюде-

¹⁰ <https://lex.uz/docs/5454121>

¹¹ <https://lex.uz/docs/5100699> <https://lex.uz/docs/5100701>?ONDATE

ния настоящего регламента, медицинские услуги, не входящие в гарантированный пакет, оказываются на платной основе.

Указом №УП-6110 от 12.11.2020 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» и на основе других нормативных документов, Минздравом совместно с Минфином изданы нормативно-правовые документы по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению, формированию медицинской профилактики и здорового образа жизни, здорового питания, повышению эффективности системы финансирования в сфере здравоохранения и расширения рыночных механизмов.

Ожидается, что государственное медицинское страхование повысит уровень и качество доступности медицинской помощи для граждан, четко отделит ее от бесплатных услуг, сократит неформальные платежи. Предусматривается обеспечить полный охват населения медицинской помощью для общества и государства, оптимизировать расходы, обеспечить прозрачность отношений, расширение объема первичной медико-санитарной помощи, сформировать качественную сервисную и финансово устойчивую систему, стабильного финансирования, развития здоровой конкуренции, повышения квалификации и навыков каждого работника.

Поэтапное внедрение системы медицинского страхования на местах, создание современной конкурентной среды на рынке медицинских услуг и на этой основе расширение возможностей получения населением гарантированной и качественной медицинской помощи. В целях ее реализации, взаимодействуя с Министерством здравоохранения, Государственным фондом медицинского страхования и Сырдарьинским областным управлением здравоохранения, проводится работа по внедрению новой системы на основе пилотного проекта, и начато оказание медицинских услуг населению за счет гарантированного пакета.

Надо отметить, что большое значение имеет повышение квалификации врачей и специалистов для оказания содействия в подготовке местного персонала. Также внедрение медицинского страхования оказывает неоценимую помощь некоторым странам, в частности, России, которая направляет в Узбекистан медицинских инструкторов, оказывающих свой вклад в обучение и обновление знаний о новых медицинских методах и использование оборудования, а также по вопросам финансирования.

Для того чтобы соответствовать требованиям медицинского страхования, развить достаточную квалификацию и навыки работников, требуется время. Также время покажет, насколько достигнуты намеченные цели, есть ли положительные результаты и недостатки, и насколько эффективна эта система по сравнению с предыдущей системой.

3. Выводы

В Узбекистане система здравоохранения стала важной отраслью экономики. Корреляционно-регрессионный анализ показывает, что в Узбекистане между расходами на здравоохранение и ВВП доходность расходов собственных платежей на 103,6% превышает расходы государственного бюджета.

Большая доля собственных платежей в общих расходах увеличивает расслоение населения, приводит к тому, что бедные слои населения не имеют возможности пользоваться качественными медицинскими услугами. В мировом опыте данную проблему решает обязательное страхование, в котором участвуют также и работодатели. В Узбекистане работодатели пока не готовы участвовать в процессе медицинского страхования. С учетом сложившейся ситуации был создан Государственный фонд медицинского страхования. Он направлен на финансирование оказания качественной и полноценной медицинской помощи всем слоям населения на основе гарантированного пакета. Цель поэтапного внедрения механизмов государственного медицинского страхования - повысить качество и объем медицинских услуг, создать для всех равные возможности.

До полного внедрения новой системы для изучения результатов реализации необходимо проводить мониторинг 2 раза в год среди населения, мнение представителей различных слоев и организаций. Необходимо сравнить результаты добавленных предельных издержек с результатами затрат. Для проведения мониторинга Государственного фонда медицинского страхования необходимо разработать перечень экономических и неэкономических показателей для анализа уровня удовлетворенности населения оказываемыми услугами.

На наш взгляд, исходя из мирового опыта, в дальнейшем целесообразно переходить к обязательному страхованию, основанному на участии работодателей, постепенно привлекая в страховой процесс крупные компании-работодатели и ООО. Государственное финансирова-

ние должно быть двойной основой: с одной стороны, развивать государственное партнерство с частным сектором, а с другой стороны - для уменьшения расслоения в обществе - повышать долю государственных расходов на здравоохранение, а также вовлекать крупных работодателей в страховой процесс.

Это поможет, с одной стороны, государственному бюджету, обеспечивая поступление от обязательного страхования, а с другой стороны - уменьшит расслоение населения.

Для предотвращения коррупции необходимо обеспечить населению в семейных поликлиниках прозрачность информации о «Перечне лекарств и процедур на бесплатной основе (финансируемых из государственного бюджета)».

Желательно включить модуль «Институциональная экономика» в учебную программу для бакалавров медицинских вузов в направлении «Менеджмент в медицине», а также во всех экономических направлениях, для изучения смешанных социальных благ и услуг, которые создаются в здравоохранении.

Литература

1. Тожибоева Д. Меҳнатга мотивацияни ўзгартириш – соғлиқни сақлаш хизматлари самарадорлигини оширишнинг бош омилли. / Иқтисод ва молия. 2022, №3. -С. 38-45.
2. Доклад Консультативной рабочей группы экспертов по научным исследованиям и разработкам: финансирование и координация. https://www.who.int/phi/Report_RU.pdf;
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013г.: Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112503?show=full>;
4. Глобальные расходы на здравоохранение 2020 г.: выдержать бурю. ВОЗ 2021. <https://apps.who.int/handle/9789240039674-rus> PDF;
5. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112503?show=full>;
5. Проект глобальной стратегии в области цифрового здравоохранения на 2020–2025гг. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240027596-rus.pdf>
6. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. / Серия исследований Обсерватории 21. Всемирная организация здравоохранения 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326421/9789289002448-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ахмедов М., Азимов, Р., Алимова В. Узбекистан: обзор системы здравоохранения. / Системы здравоохранения: время перемен. 2007, №3, том 9.
8. Ахмедов М., Азимов, Р., Муталова З., Гусейнов Ш., Цой Е. Rechel В. Узбекистан: обзор системы здравоохранения. / Системы здравоохранения: время перемен. Том 16, №5, 2014.
9. Перуз Себастьян Реформа здравоохранения в Узбекистане: Какая роль отведена международному сообществу? <https://www.iphronline.org/wp-content/uploads/2020/12/RU-UZB-report-3.12.pdf>
10. Бюджет для граждан. Государственные расходы на здравоохранение в 2021 году. Ташкент. UNDP, 2021 (www.uz.undp.org)
11. Обзор рынка здравоохранения Узбекистана. <https://www.rbasia.uz/zdravohranenie-sektor-uzbekistan#>
12. Республика Узбекистан. Обзор государственных расходов 2019. -с. 142. <http://ced.uz/wp-content/uploads/Uzbekistan-Public-Expenditure-Review.pdf>
13. Дурманов Б.Д. (2013). Экономическая сущность и природа здравоохранения: некоторые теоретические и практические аспекты. / Иқтисод ва молия/ Экономика и финансы. 2013, №2.
14. Умурзакова М. (2017) Соғлиқни сақлаш тизимини бюджет маблағлари билан молиялаштириш муаммолари. / Иқтисод ва молия/ Экономика и финансы. 2017, №7. [Umurzakova M. (2017) Complexity of financing and public funding of health care. / Economics and finance. 2017, No. 7. (In Uzbek)]
15. Тожибоева Д. Меҳнатга мотивацияни ўзгартириш – соғлиқни сақлаш хизматлари самарадорлигини оширишнинг бош омилли. / Иқтисод ва молия. 2022, №3. -Б. 38-45.
16. Каткова И.П., Катков В.И. Здравоохранение – важнейший ресурс социального и экономического развития страны. / Народонаселение, 2014, № 4. -С. 104 -110.
17. Назаров В. С., Авксентьев Н. А. (2017). Российское здравоохранение: проблемы и перспективы/ Финансовый журнал / Financial Journal №4 2017.—С. 9-23.
18. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник –2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с.
19. Ильясова А.Р. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / А.Р.Ильясова.– Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2019. - 86 с.
20. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение>.

References:

1. Tozhiboeva D. Mehnatga motivaciyanı ŷzgartirish – soğliqni saqlash xizmatlari samaradorligini oshirishning bosh omili./ Iqtisod va moliya. 2022, №3. -S. 38-45.
2. Doklad Konsul'tativnoj rabochej gruppy ekspertov po nauchnym issledovaniyam i razrabotkam: finansirovanie i koordinaciya. https://www.who.int/phi/Report_RU.pdf;
3. Doklad o sostoyanii zdravohraneniya v mire, 2013g.: Nauchnye issledovaniya v celyah dostizheniya vseobshchego ohvata naseleniya medicinskimi uslugami. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112503?show=full>;

4. Global'nye raskhody na zdavoohranenie 2020 g.: vyderzhat' buryu. VOZ 2021. <https://apps.who.int/handle/9789240039674-rus> PDF;
5. Nauchnye issledovaniya v celyah dostizheniya vseobshchego ohvata naseleniya medicinskimi uslugami. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112503?show=full>;
5. Proekt global'noj strategii v oblasti cifrovogo zdavoohraneniya na 2020–2025gg. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240027596-rus.pdf>
6. Reformy finansirovaniya zdavoohraneniya. Opyt stran s perekhodnoj ekonomikoj. / Seriya issledovanij Observatorii 21. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya 2011 g., ot imeni Evropejskoj observatorii po sistemam i politike zdavoohraneniya. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326421/9789289002448-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ahmedov M., Azimov, R., Alimova V. Uzbekistan: obzor sistemy zdavoohraneniya. / Sistemy zdavoohraneniya: vremya peremen. 2007, №3, tom 9.
8. Ahmedov M., Azimov, R., Mutalova Z., Gusejnov SH., Coj E Rechel V. Uzbekistan: obzor sistemy zdavoohraneniya. / Sistemy zdavoohraneniya: vremya peremen. Tom 16, №5, 2014.
9. Peruz Sebast'yan Reforma zdavoohraneniya v Uzbekistane: Kakaya rol' otvedena mezhdunarodnomu soobshchestvu? <https://www.iphronline.org/wp-content/uploads/2020/12/RU-UZB-report-3.12.pdf>
10. Byudzhety dlya grazhdan. Gosudarstvennye raskhody na zdavoohranenie v 2021 godu. Tashkent. UNDP, 2021 (www.uz.undp.org)
11. Obzor rynka zdavoohraneniya Uzbekistana. <https://www.rbasia.uz/zdavoohranenie-sektor-uzbekistan#>
12. Respublika Uzbekistan. Obzor gosudarstvennyh raskhodov 2019. -s. 142. <http://ced.uz/wp-content/uploads/Uzbekistan-Public-Expenditure-Review.pdf>
13. Dypmanov B.D. (2013). Ekonomicheskaya sushchnost' i priroda zdavoohraneniya: nekotorye teoreticheskie i prakticheskie aspekty. / Iktisod va moliya/ Ekonomika i finansy. 2013, №2.
14. Umurzakova M. (2017) Sozlikni saqlash tizimini byudzhety mablaglari bilan moliyalashtirish muammolari. / Iktisod va moliya/ Ekonomika i finansy. 2017, №7. [Umurzakova M. (2017) Complexity of financing and public funding of health care. / Economics and finance. 2017, No. 7. (In Uzbek)]
15. Tozhiboeva D. Mexnatga motivatsiyani yzgartirish – sozlikni saqlash xizmatlari samaradorligini oshirishning bosh omili. / Iktisod va moliya. 2022, №3. -B. 38-45.
16. Katkova I.P., Katkov V.I. Zdavoohranenie – vazhnij resurs social'nogo i ekonomicheskogo razvitiya strany. / Narodonaselenie, 2014, № 4. -S. 104 -110.
17. Nazarov V. S., Avksent'ev N. A. (2017). Rossijskoe zdavoohranenie: problemy i perspektivy/Finansovyy zhurnal / Financial Journal №4 2017.—S. 9-23.
18. Lisicyn YU.P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: uchebnik –2-e izd.– M.: GEOTAR-Media, 2010. — 512 s.
19. Il'yasova A.R. Osnovy ekonomiki zdavoohraneniya: uchebnoe posobie / A.R.Il'yasova.– Kazan': Izd-vo Kazan. un-ta, 2019. - 86 s.
20. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Zdavoohranenie>.