**KIRGIZ CUMHURİYETİ’NDE HALK SAĞLIĞI SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE POTANSİYEL KAYNAKLARI**

**Financing of The Public Health System in The Kyrgyz Republic and Its Potential Sources**

It is the duty of every state to provide quality and accessible medical services. In the Kyrgyz Republic, despite the multi-channel financing sources, the amount of financing does not correspond to the real needs of health services. Fund resources data of the single payment system show that there has been a significant increase in financial resources in the last 10 years. However, the share of government spending on health services in the Kyrgyz Republic budget remains insignificant. This characterizes the continuation of the residual principle of health system financing. Unemployed persons and students find themselves outside the Government Guarantee Program and are not eligible for government medical assistance. Considering that this population category is a potential source of labor in the labor market, the development of the real sector will be affected. The financial resources of the state programs do not meet the implementation needs, which is the main problem of the health system. Exploring potential financial resources for health care and identifying ways to distribute and use them effectively requires improving funding for public health organizations. In this context, a mechanism for attracting additional funding sources and their effective use is being considered.

The aim of the article is to evaluate the financial resources of public health institutions and to identify potential resources. A comparative analysis was made on the annual data of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and the Compulsory Health Insurance Fund, considering the 2009-2019 period. The changes in the structure and dynamics of the financial resources of the state health institutions of the country during the 10-year period have been determined. In conclusion, the study proposes to increase the amount of funds from the state budget allocated to improve the health of pensioners and children under 16, and to individualize the accounting of funds for compulsory health insurance for commercial organizations. Providing a differentiated approach to citizens, taking into account the type of activity, age category, social status, accessibility and transparency to improve the existing insurance system, legalize informal payment funds, make them visible and adjustable, create funds for a health organization through funds from paid services, and It is recommended that it be used primarily to increase the wages of employees.

Keywords: State Guarantee Programs, Compulsory Health Insurance, Paid Health Services, Contribution Margin.

JEL Codes: I11, I13, I18

**Özet**

Kaliteli ve erişilebilir tıbbi hizmetler sunmak her devletin görevidir. Kırgız Cumhuriyeti’nde, çok kanallı finansman kaynaklarına rağmen, finansman miktarı sağlık hizmetlerinin gerçek ihtiyaçlarına karşılık gelmemektedir. Tek ödemeli sistemin fon kaynakları verileri, son 10 yılda finansal kaynaklarda önemli bir artış olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, Kırgız Cumhuriyeti bütçesinde sağlık hizmetlerine yapılan devlet harcamalarının payı önemsiz olmaya devam etmektedir. Bu durum, sağlık sisteminin finansmanına ilişkin kalıntı ilkesinin devamını karakterize eder. İşsiz kişiler ve öğrenciler kendilerini Devlet Garanti Programının dışında bulurlar ve devletin tıbbi yardımına faydalanamazlar. Bu nüfus kategorisinin işgücü piyasasında potansiyel bir işgücü kaynağı olduğu dikkate alınırsa, reel sektörünün gelişimi etkilenecektir. Devlet programlarının mali kaynakları, sağlık sisteminin temel sorunu olan uygulama ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Sağlık hizmetleri için potansiyel finansal kaynakların araştırılması, bunların etkili bir şekilde dağıtılmasının ve kullanılmasının yollarını belirlemek, halk sağlığı kuruluşlarının finansmanının iyileştirilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, ek fon kaynaklarının çekilmesi ve bunların etkin kullanımı için bir mekanizma düşünülmektedir.

Makalenin amacı, halk sağlığı kuruluşlarının mali kaynaklarının değerlendirilmesi ve potansiyel kaynakların belirlenmesidir. Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu’nun yıllık verileri üzerinde 2009-2019 dönem ele alınarak karşılaştırmalı analiz yapılmıştır. 10 yıllık süreç içerisinde ülkenin halk sağlığı kuruluşlarının finansal kaynakların yapısında ve dinamiklerinde meydana gelen değişimler belirlenmiştir. Sonuç olarak çalışma, emekliler ve 16 yaş altı çocukların sağlığını iyileştirmek için tahsis edilen devlet bütçesinden fon miktarının artırılması; ticari kuruluşlar için zorunlu sağlık sigortası fonlarının muhasebesinin kişiselleştirilmesi önerilmektedir. Mevcut sigorta sistemini iyileştirmek için faaliyet türü, yaş kategorisi, sosyal statü, erişilebilirlik ve şeffaflık dikkate alınarak vatandaşlara farklılaştırılmış bir yaklaşım sağlanması; gayri resmi ödeme fonlarının yasallaştırılması, görünür ve ayarlanabilir hale getirilmesi; ücretli hizmetlerden elde edilen fonlar aracılığıyla bir sağlık kuruluşu için fon oluşturulması ve öncelikle çalışanların ücretlerini artırmak için kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Devlet Garanti Programları, Zorunlu Sağlık Sigortası, Ücretli Sağlık Hizmetleri, Katkı Payı.

JEL Kodları: I11, I13, I18

# Giriş

Sağlık sektörü, gezegeni kasıp kavuran koronavirüs pandemisinin sınavını geçemedi. Pandemiden çok önce büyüyen personel ve altyapı sorunları, sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesinin sağlanması gibi birçok sorun ağırlaştı. Doktorlar arasında COVID-19’dan yüksek mortalite ve morbidite olarak ifade edilen gerçek durum, sağlık sektöründe ciddi sistemik sorunlara işaret etmiştir. Her şeyden önce, endüstri için mali kaynakların eksikliği ve hem ayakta hem de yatarak tedavi düzeyinde tıbbi bakımın etkin yönetimi ve organizasyonunun eksikliği ile ilgilidir.

Piyasa ekonomisine geçiş sürecinde, Kırgızistan ile ilgili yaptıkları çalışmalarda, bu ülkenin sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olarak bilimsel yorumları, Karatayev (2017), Meimanaliev (2015) vermişlerdir.

Reform bağlamında Kırgızistan nüfusu için yataklı tıbbi bakım yönetimini Toktomatov (2006) açıklamıştır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik sorunları, Asanalieva (2012) tarafından yazılan “Geçiş ekonomisinde sosyal hizmet alanları: Kırgız Cumhuriyeti örneği” doktora çalışmasında; Asizbaeva (2015) “Göstergesel planlamaya dayalı sosyal alanın geliştirilmesine yönelik düzenleme” çalışmasında; açıklamışlardır.

Kırgızistan’ın sağlık sistemini inceleyen bazı bilimsel projeler [Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi 2019], doğası gereği bilgilendirme amaçlıdır, gerçekleri ifade eder, ancak mali imkânların kaynakları, bunların dağılımı ve kullanılması ile ilgili ekonomik analiz bulunmamaktadır. Bilim adamlarının söz konusu sorunun oldukça geniş bir yelpazesini kapsadığı gerçeğine rağmen, sağlık sisteminin finansmanı için yeni ilke ve yöntemler belirleme ihtiyacı şüphesizdir.

Cumhuriyette tıp sektörünün finansmanına ilişkin kalıntı ilkesinin varlığıyla durumu daha da kötüleşmiştir. Ek finansman kaynaklarına ve gelen fonların rasyonel kullanımına, bunların halk sağlığı kuruluşları arasında doğru bir şekilde dağıtılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu makalenin amacı, halk sağlığı kuruluşlarının finansal kaynaklarını değerlendirerek potansiyel kaynakların belirlenmesidir. Bu kapsamında sağlık sisteminin bütçe finansmanına ilişkin mevcut uygulamayı, zorunlu sağlık sigortası çerçevesinde sektörün mali desteğini ve bütçe dışı finansman biçimlerinin (ücretli tıbbi hizmetleri, ortak ödemeleri ve tıbbi hizmetler için doğrudan hastalar tarafından ödenen resmi olmayan ödemeleri) analizini yapmaktır.

Bu çalışmada, Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu ve Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın 2009-2019 yılları arasındaki yıllık verilerine dayanarak karşılaştırmalı analiz yapılmıştır. Çalışma, Kırgızistan sağlık sisteminin finansman kaynakları, zorunlu sağlık sigortası çerçevesinde sağlık hizmetlerinin mali olarak sağlanması, ücretli tıbbi hizmetler, katkı payı konularını açıklamaktadır.

1. **Finansman kaynakları**

Devlet desteğiyle sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanı, esas olarak bu sosyal alanın ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik mali kaynakların ana kaynağı olan devlet bütçesinden gerçekleştirilmektedir.

**Grafik 1.** Kırgız Cumhuriyeti’nin sağlık sistemi genel harcamaları (mln. Som)

***Kaynak:*** *Tablo, Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 2009-2019 verilerine göre hesaplanmıştır.*

Halk sağlığı kuruluşlarının desteklemesine, Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu’ndan pay ayırarak devam etmektedir. Bununla birlikte, Cumhuriyetin başkenti Bişkek şehrinin yerel bütçesinden alınan fonlar ve sunulan sağlık hizmeti karşılığı vatandaşlardan gelen fonlarda, sağlık sisteminin finansmanını desteklemektedir (Grafik 1).

**Grafik 2: Kırgız Cumhuriyeti devlet bütçesinin sağlık hizmetlerine yaptığı harcamalar (mln. Som)**

**Kaynak:** Milli İstatistik Komitesi verileri, 2020.

2009-2019 dönemindeki Tek Ödeme Sisteminin fon kaynaklarının analiz verilerine göre, sağlık sisteminin mali kaynakları önemli ölçüde (2009’da 4008,3 milyon Som’dan 2019’da 15720,5 milyon Som’a kadar) artmasına rağmen, ülkenin bütçesindeki sağlık sistemine giden kamu harcamalarının payı halen sektörün ihtiyaçlarını karşılamamktadır. Bu kapsamda bütçeden ayrılan pay, bütçenin yüzde olarak %8,7 seviyesindedir (Grafik 2). Bunun sebebi ise, artık finansman ilkesinin halen devam etmekte olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 1.** Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ana kaynak** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2019** | **2019 y. 2009 y. göre % değişimi** |
| Bütçe | 2,0 | 1,9 | 2,1 | 2,8 | 2,6 | 2,1 | 2,02 | 2,1 | +0,1 |
| Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu | 0,38 | 0,35 | 0,37 | 0,45 | 0,43 | 0,37 | 0,39 | 0,47 | +0,09 |
| Özel fonlar | 0,16 | 0,16 | 0,15 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,9 | 0,43 | +0,27 |
| Toplam | 2,54 | 2,41 | 2,62 | 3,45 | 3,23 | 2,67 | 3,31 | 3,0 | +0,46 |

***Kaynak:*** *Tablo, Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın 2009-2019 verilerine göre hesaplanmış ve derlenmiştir.*

Tek Ödeme Sisteminin bütçe kaynaklarının analizinden de anlaşılacağı gibi, bu on yılda devlet bütçesinden elde edilen gelirlerin payı yalnızca %0,1 artmıştır (Tablo 1). İncelenen on yıl boyunca, çocuklar, emekliler ve devlet desteğine ihtiyaç duyan diğer insan kategorileri gibi sosyal nedenlerle yardım alan vatandaşların sayısının arttığı görülmektedir. Ancak, bu vatandaş kategorilerinin sayısındaki artış, kendilerine ödenen yardımlar için fon miktarında bir artışa neden olmamıştır.

Aynı zamanda, yukarıdaki paragrafta bahsedilen kategoriye dâhil olan nüfus kategorisinin gerçek ihtiyaçları artmıştır. Söz konusu ihtiyaçlar ile finansman olanakları arasında bir tutarsızlık görülmektedir. Devlet Garanti Programında beyan edilen uzman doktor randevusu ve konsültasyonu, önleyici tedbirler ve aşılama şeklinde beyan edilen nüfusa ücretsiz hizmet, yani belirli bir kliniğe atanan nüfus ile gerçek durum arasında bir tutarsızlık vardır.

Bu bağlamda, bütçe fonları bazında ücretsiz olarak sağlanan tıbbi bakım türleri açıkça tanımlanmalıdır. Bu tıbbi bakım türleri açısından, önleme tedbirleri için para sağlanmadığından, bu hizmetlerin resmi olarak kâğıt üzerinde mevcut olduğu kabul edilmelidir.

**Tablo 2.** Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu 2019 bütçesinden (bin Som) nüfusun sosyal açıdan savunmasız kategorilerinin zorunlu sağlık sigortası finansmanına ilişkin bilgiler

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kategoriler** | **Finanse**  **Edilen** | **Yataklı tedavi İhtiyacı** | **Sapma** |
| İşsiz | 2,6 | 7,4 | -4,8 |
| Sosyal hizmeti alan birey | 9,4 | 133,2 | -123,8 |
| Öğrenci | 20,9 | 51,4 | -30,5 |
| Askeri personel | 0,4 | 3,9 | -3,5 |
| Emekli | 73,4 | 421,9 | -348,5 |
| Çocuk | 322,9 | 1 227,6 | -904,7 |
| Bütçeye göre toplam | 429,6 | 1 945,4 | -1 415,8 |

***Kaynak:*** *Tablo, Kırgız Cumhuriyeti Zorunlu Sağlık Sıgortası Fonu’nun 2019 verilerine göre derlenmiştir.* *http://foms.kg/page/reports*

İşini kaybeden vatandaşlar ve öğrenciler Devlet Garanti Programı kapsamı dışında kalmaktadır. İşsiz vatandaşlar ve öğrenciler, devlet desteğine rağmen tıbbi bakım sağlanamayan bu nüfus kategorisi içerisinde önemli bir kısmı oluşturmaktadır (Tablo 2). Ancak belli bir süre sonra bu vatandaşlar işgücü piyasasında yerlerini alabilirler. Bu işgücü kalitesinden ekonominin reel sektörünü temsil eden imalat işletmelerinin gelişmesi etkilenecektir. Tablo 2’ye göre tıbbi bakım, hastanelerde tedavi gören emekliler ve çocuklar gibi sosyal olarak savunmasız bir insan kategorisi için de yetersiz finanse edilmektedir.

Kalıntı finansman ilkesinin sonucu, sağlık kurumlarının zayıf maddi ve teknik temelidir. Burada hem büyük onarımlar için fon eksikliği, hem ilaç, ekipman, mal ve hizmetlerin kamu alımlarıyla ilgili sorunlar bulunmaktadır. Sağlanan tıbbi hizmetlerin, yani Devlet Garanti Programı kapsamında ücretsiz olarak sunulan hizmetlerin kalitesinin yetersiz olmasının temelinde bu neden yatmaktadır. Burada bir kez daha Devlet Garanti Programında devlet bütçesi temelinde sağlanan yardımı belirtmenin gerekliliğini vurgulamak gerekir. Devletin, sağlık hizmetlerini finanse edecek fonlarının yeterli olmadığını ve verilen hizmetlerden ortaya çıkan tedavi masraflarını hastaların kendilerinin ödemesi gereken hizmet türlerini burada belirtmek gerekir.

Laboratuvar ve teşhis testleri gibi ücretsiz hizmetler alabilmek için hastanın bir sevk alması gerekir. Teorik olarak bu testlerin ücretsiz olarak varsayılmasına rağmen, pratikte hastalar laboratuvar testleri için sıklıkla özel tıp merkezlerine ve laboratuvarlara başvurmaktadırlar. Kamu sağlık sistemine bu kapsamda sağlanan kaynaklar ise, amacına uygun olarak kullanılmamaktadır. İyileşme ve fizyoterapi prosedürleriyle ilgili tamamlanmamış başka bir yön daha bulunmaktadır. Bir vatandaş sigortalıysa, ilgili test ona ücretsiz olarak verilir. Sigortası olmayan vatandaşlar, söz konusu işlem için fiyat listesine tabi olmaktadırlar.

Aile hekimliği merkezlerinde (AHM) ve aile hekimi gruplarında (AHG) kendilerine atanmamış vatandaşlara hizmet verme prosedürü de düzenlenmemiştir. Atanmamışsa, avantajlardan yararlanma hakkına rağmen hizmetler için fiyat listesinden ödeme yapmaları gerekmektedir. Yeni fiyatlara erişimin olmaması gibi bir durum da bulunmaktadır. Akut kıtlık durumunda mevcut fonların irrasyonel kullanımına da dikkat edilmelidir. Tek Ödeyici’nin gelir kalemi raporlama verilerine göre 2019 yılı başında kullanılmayan fon bakiyesi 1.065,8 milyon Som olarak gerçekleşmiştir. Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu’nun (ZSSF) açıklamaları, Kırgız Cumhuriyeti Sosyal Fonu’ndan devlet bütçesinden, ücretli hizmetlerden ve sigorta primlerinden fon alınmasındaki gecikmelere kadar uzanmaktadır.

1. **Zorunlu Sağlık Sigortası Çerçevesinde Sağlık Hizmetlerinin Mali Olarak Sağlanması**

Başlangıçta, Kırgız Cumhuriyeti’nin zorunlu sağlık sigortası sistemi bir sigorta modeli içermekteydi. Ancak uygulama sürecinde işlevsel değişiklikler meydana geldi: Sosyal Fon vergi makamlarından alınan fonların vergiler ve sigorta primleri şeklinde yeniden dağıtılmasına vurgu yapılmıştır. Çalışmada bahsedilen dağıtımın nesnel nedenleri bulunmaktadır. Kırgız Cumhuriyeti zorunlu sağlık sigortası sistemi, sağlık hizmetleri tüketicisinin sigorta ilişkisine girmesine izin veren ekonomik nitelikte uygun şekiller ve mekanizmalar sağlamamaktadır. Ulusal zorunlu sağlık sigortası sistemine ilişkin daha derin bir çalışma, sigortalı bir olay ve risk gibi kavramlardan yoksun olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sigorta ilkeleri değil, nicelik faktörü ön plandadır. Bazı kaynaklara dayanarak (Lomskaya, 2019), bu durumda hangi göstergelerin sunulduğunu şöyle ifade edebiliriz: Bireysel bir hizmetin maliyet özelliği, poliklinik ziyareti, yatak günleri olarak ifade edilebilir.

Sigortalı hastalar arasında yapılan bir ankete göre, hastanede tedavi gören hastaların %63’ünün ücretsiz sağlık hizmetlerinin verildiği Devlet Garantileri ve Zorunlu Sağlık Sigortası Programı hakkında bilgisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda, hastaların kendileri, hak ettikleri ücretsiz tıbbi bakımın yanı sıra, ilgili personelle sistem dışı ilişkilere girmektedirler. Yani sağlanan hizmetler için resmi olmayan bir ücret ödemektedirler (Djaparova, 2014).

Tek Ödeme Sisteminin (zorunlu sağlık sigortası sisteminden alınan fonlar) gelir dinamiklerine ilişkin istatistiksel verilerin incelenmesi, 2009-2019 dönemi için bakıldığında, Kırgız Cumhuriyeti sağlık sisteminin toplam harcamalarındaki paylarında (%1,1 oranında) bir azalma olduğu görülmektedir.

2016’dan 2019’a kadar olan dönemde, ülkenin sigortalı vatandaşlarının payının sırasıyla %76’dan %69’a nasıl düştüğü görülebilir. Bunun nedenlerinden biri, iş ve daha yüksek kazanç arayışıyla yurt dışına giden çalışabilen vatandaşlar arasından göçmen sayısındaki artıştır.

**Tablo 3.** 2012-2019 yılları arasında Kırgız Cumhuriyeti’ndeki sigortalı vatandaşların yapısı ve dinamikleri

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vatandaş kategorileri | 2012 | | 2013 | | 2015 | | 2019 | |
| **bin insan sayısı** | **%** | **bin insan sayıs.** | **%** | **bin insan sayıs** | **%** | **bin insan sayıs** | **%** |
| Çalışan | 1146,3 | 27,7 | 806,6 | 20,1 | 782,2 | 19,2 | 946,8 | 15,4 |
| Emekli | 521,1 | 12,6 | 533,0 | 13,1 | 522,7 | 13 | 557,1 | 9,1 |
| 16 yaş altı çocuklar | 1779,6 | 43,0 | 1768,8 | 44,0 | 1872,1 | 45,6 | 2102,7 | 34,3 |
| 16-18 yaş arasındaki çocuklar | 216,3 | 5,2 | 208,8 | 5,2 | 201,7 | 4,9 | 199,2 | 3,2 |
| Çiftçiler | 389,4 | 9,4 | 606,3 | 15,1 | 583,5 | 14,2 | 766,6 | 12,5 |
| Sosyal hizmet alan bireyler | 77,5 | 1,9 | 83,4 | 2,1 | 87,2 | 2,1 | 67,3 | 1,1 |
| Kendisi ZSS poliçesini satın alanlar | 4,9 | 0,2 | 8,7 | 0,2 | 38,5 | 0,9 | 8,5 | 0,1 |
| BMMYK’den gelen fondan yararlayan Mülteciler | 0,2 | 0,0003 | 0,1 | 0,003 | 0,2 | 0,01 | 0,2 | 0,01 |
| Askeri personel | 2,6 | 0,06 | 2,5 | 0,06 | 2,5 | 0,06 | 4,3 | 0,1 |
| Toplam | 4138 | 100 | 4018,2 | 100 | 4105,2 | 100 | 6 138,9 | 100 |

***Kaynak:*** *Kırgız Cumhuriyeti ZSSF 2012-2019 verilerine göre derlenmiştir.* *http://foms.kg/page/reports*

Tablo 3’deki verileri gözden geçirecek olursak, sigortalı vatandaşların yapısında ve dinamiklerinde değişiklikler olmuştur. Sigorta primlerinin en büyük kısmı her zaman işverenlerden alınmıştır, ancak çalışan vatandaşların payındaki düşüşle (2012’de – %27,7, 2019’da – %15,4), bu gösterge de azalmıştır. Bunun nedeni, işverenin kendisinden aktarılan paranın nasıl harcandığını bilmediği için Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu’na fon kesmek konusunda isteksiz davranmasında görülmektedir.

Sigorta katılımcıları arasındakiler incelenecek olursa, bunlar çoğunlukla ZSS fonlarını tüketen kişilerdir ve büyük bir oran 16 yaş altındaki çocuklardır. Yüzde olarak, 2019’da payları %34,3 olmuştur. Ardından %12,5 ile çiftçiler ve %9,1 ile emekliler gelmektedir. Bazı yüksek gelirli ticari işçilerin ZSS sistemine dahil edilmediğine dikkat edilmelidir. Ve sigorta primlerinin yalnızca küçük bir kısmı çiftçiler ve özel girişimciler tarafından sağlanmaktadır.

Kırgızistan nüfusunun en büyük kısmı - kırsal kesimde yaşayanlar (%70) - ayrıca ana iş yeri olmaması nedeniyle MHIF’e (ZSSF’a) fon katkısı yapmamaktadırlar. Devletin bu kapsamda fon katkısı yapmaması büyük bir ihmaldir, çünkü kırsal nüfusun düşük yaşam standardı, şehir sakinlerine kıyasla sağlıkları için ana tehdittir. Meslek okulları öğrencileri ve öğretmenleri de bu risk kategorisine atfedilebilir. Yani, işsizler olarak, kamu fonları pahasına tedavi kaynaklarından mahrum kalmaktadırlar.

Açıklamayı, gerçek ZSS kaynaklarının aşırı derecede sınırlandırılmasında buluyoruz. Buna, işveren bordrosundan sigorta primi oranının düşük bir yüzdesi (%2) eklenir. Ulumbekova’ya (2019) göre, bu oran Rusya’da çok daha yüksektir - işveren, ücret fonunun % 5,1’ine katkıda bulunmaktadır. ZSS sisteminden alınan fonların kişiselleştirilmiş muhasebesi başlatılırsa ve sigorta hesaplarının şeffaflığı sağlanırsa, ticari yapıların daha eksiksiz bir şekilde kapsanmasını ve daha fazla ilgi görmesini sağlamak mümkündür.

Yabancıların zorunlu sigortalanması yoluyla Kırgız Cumhuriyeti’nde sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının genişletilmesi mümkündür. Ayrıca, yabancı vatandaşlara sağlanan poliçeler aracılığıyla formlardan biri hâlihazırda uygulanmakta olup, sağlanan tıbbi hizmetlerin garantisiz kalitesi nedeniyle aralarında pek popüler değildir.

ZSSF’da bulunmayan birikimli sistemin açık avantajları vardır. Birikimli sistemin sigortalılar arasında yer almak için belirli bir motivasyonu vardır. Yokluğunda, çalışmayan bir kişi sigorta sisteminden çıkar. İşini kaybettiğinde sigortasını da kaybeder. Bu açıklamalar çerçevesinde farklı bir sisteme ihtiyacımız bulunmaktadır. Bu sistem, esnek, farklılaştırılmış, kişinin çalıştığı alanı dikkate alan, sigortalılar için hesapların şeffaflığını ve erişilebilirliğini sağlayan verileri içeren bir sistem olmalıdır.

Özetle, sağlık sigortası sistemindeki düşük gelir sorununun bütçe-sigorta finansman sisteminin varlığından kaynaklandığını belirtmek gerekir. Bunu çözmek için sağlık hizmetlerinin finansmanında sigortacılık ilkesine odaklanmak ve sigorta hesaplarının şeffaflığını sağlamak gerekmektedir.

1. **Ücretli tıbbi hizmetler**

Ücretli tıbbi hizmetlerin sunulmasıyla gelişen duruma ilişkin bir araştırma, bu sorunun çözümünde iyi düşünülmüş, stratejik olarak belirlenmiş bir programın olmadığını göstermektedir. Temel ZSS programı, ücretsiz tedaviye ihtiyaç duyan vatandaş kategorilerinin asgari ihtiyaçlarının yalnızca yarısını (%57) sağladığından, sağlıklarını korumak için kişisel fonlarını harcamak zorunda kalmaktadırlar. Ancak, ücretsiz sağlık hizmetlerinin ücretli hizmetlerle değiştirilmesi herhangi bir organizasyondan yoksun, spontane ve sistematik olmayan bir nitelik taşımaktadır.

İşte fiyat listelerindeki durum ortadadır. 2008 yılına ait eski veriler (fiyatlar) kullanılmaktadır. Ve hizmet fiyatlarının hazırlık prosedürlerinin maliyetinden daha düşük olduğu ortaya çıktmıştır. Örnekler arasında röntgen hizmetleri ve tam kan sayımı sayılabilir. Röntgen Bişkek AHM (aile hekimliği merkezi) №12’de 150 Som, Yurfa özel muayenehanesinde 2600 Som şeklinde fiyatlanmaktadır.

Ameliyat olması planlanan hastalara anket uygulanmıştır. Anketlerin analizi, hastaların ortak ödemelerle birlikte, gayri resmi ortak ödemeler yaptığını göstermiştir. Bu tür hastaların yüzdesi %26,9 idi. Aynı zamanda, birçoğu (%70,2) bu ek fonların yasallaştırılması için önerilerde bulunmuştur.

Ankete katılanların %50’sinden fazlası, tedavinin kalitesinin ödemeye bağlı olduğuna inanmaktadırlar. Bu durum, tıbbi hizmetler için kasaya ödenen tutara yapılan yaygın ek ücretleri açıklamaktadır. Uygulanan anket istatistikleri şu şekildedir: Ankete katılan hastaların %28,6’sı bir doktorun verdiği hizmet için, doğrudan onun eline para ödendiğini ortaya koymaktadır. Tıbbi hizmetler için katkı payı ve resmi ödemenin payı nedir? Bu fonların Tek Ödeme Sisteminin gelirine gittiğini ve yalnızca %10,8 tutarında olduğunu unutmamak gerekir. Anketten elde edilen sonuçlara göre, personelin verilen hizmetler için ana ödemeyi resmi olmayan ödemeler şeklinde aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Resmi olmayan ödemelere ilişkin görüşümüz ise şu şekildedir. Tıbbi personele gayri resmi bir nakit ödeme kanalı rüşvet olarak kabul edilemez. Özünde bunlar, hizmetin piyasa fiyatını tamamlayan unsurlardır. Bu nedenle, gayri resmi olarak alınan fonların yasallaştırılmasıyla ilgili soru ortaya çıkmaktadır. Bu kanalın kapatılmasının mümkün olmadığı değerlendirildiğinde, yasallaşması ve düzenlenmesi için bir mekanizma geliştirilmesi gerekmektedir. Mevcut durumda bu fonların girişleri gizli olmakta ve hiç kimse tarafından düzenlenmemektedir.

Ücretli hizmetlerden elde edilen gelirler özel fonları oluşturur. Bu fonlar, tıp kurumunun (hastane veya klinik) kendi fonu olan fonu yenilemelidir. Nesnel olarak, bu fonların amacı, sağlık çalışanlarının ücretlerini artırmanın bir kaynağı olarak kullanılmalıdır. Bahsedilen fonların alınma ve dağıtılma mekanizması düzenlenmediği için kendiliğinden ödenmekte ve dağıtılmaktadır.

**Grafik 3.** 2019 yılına göre Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu Kaynakları

***Kaynak:*** *Kırgız Cumhuriyeti Zorunlu Sağlık Sıgortası Fonu’nun 2019 yılının verilerine göre hazırlanmıştır.*

Başarılı bir operasyon için bir tıbbi ürünün bedelini ödeyebilir, hediye edebilir veya bir miktar para verebilirler. Diğer bir deyişle bu ödemelerin tümü kasiyer aracılığıyla yapılmaz. Sağladıkları ücretli hizmetler için sağlık kurumlarına ödenen özel fonlardaki büyümeye rağmen, sağlık sistemi bütçesindeki payları küçüktür. Bu artış, Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’na göre 2019 yılında %3,57 olarak gerçekleşmiştir. İstatistiki verilerle karşılaştırıldığında, tıbbi hizmetler için yapılan ödemelerde resmi olmayan ödemelerin önemli bir payından bahsedilebilir.

**Tablo 4.** 2009-2019 yılları arasında bölgelere göre katkı payı fonlarının alınması (milyon Som)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bölge** | **2009** | **2010** | **2011** | | **2012** | | **2013** | | **2014** | **2015** | | **2019** | **2019 y. 2009 y. göre % değişim** |
| Bişkek ş. | 62,4 | 89,5 | 95,6 | | 121,6 | | 156,9 | | 215,1 | 155,9 | | 180,6 | 289,4 |
| Bölgeler: | | | | | | | | | | | | | |
| Çuy | 22,3 | 27,9 | | 33,3 | 43,2 | | | 39,5 | 38,1 | | 35,9 | 43,1 | 193,3 |
| Oş | 35,0 | 45,8 | | 65,5 | 83,4 | | | 72,7 | 71,1 | | 66,4 | 81,9 | 234,0 |
| Batken | 18,8 | 14,5 | | 22,0 | 32,0 | | | 22,4 | 20,9 | | 22,0 | 26,3 | 139,9 |
| Calal-Abad | 24,9 | 27,9 | | 37,7 | | 49,1 | | 42,6 | 43,0 | | 39,9 | 45,6 | 183,1 |
| Isık-Göl | 13,9 | 17,8 | | 22,2 | | 28,5 | | 23,9 | 24,6 | | 24,2 | 28,5 | 205,0 |
| Narın | 5,9 | 7,6 | | 9,2 | | 12,8 | | 10,1 | 11,3 | | 11,8 | 15,5 | 262,7 |
| Talas | 5,3 | 7,2 | | 9,8 | | 15,0 | | 11,6 | 10,8 | | 10,5 | 12,2 | 230,1 |
| **Toplam** | 188,5 | 238,2 | | 295,3 | | 385,6 | | 379,7 | 434,9 | | 366,6 | 433,8 | 230,1 |

***Kaynak:*** *Kırgız Cumhuriyeti ZSSF 2009-2019 verilerine göre hesaplanmıştır. http://foms.kg/page/reports*

Bölgesel bağlamda, gelirler eşitsizlik ile karakterize edilmektedir. Tablo 4’e göre, özel fon gelirlerinin önemli bir kısmı, büyümenin 39,5 kat olduğu Talas bölgesinde kaydedildi. Ardından takip eden bölgelerde ise: Batken – 14,7 kat, Oş ise – 7,8 kat büyümüştür. Çuy, Isık-Göl bölgeleri ve Bişkek şehri gelirleri hemen hemen aynı büyüme oranlarıyla karakterize edilmiştir.

Bazı bölgeler için düşük istatistiklerin nedenleri, sağlanan tıbbi hizmetlerin düşük düzeyde olması, maddi ve teknik temelin olmamasıdır. Bu nedenle hastalar daha çok Cumhuriyetin başkenti Bişkek ve bölge merkezlerindeki tıbbi kurumlara yönelmektedir.

Tablo 4, 2009-2016 dönemi için bölgesel bağlamda özel fonların alınmasına ilişkin verileri sunmaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi, mevcut tarifeler güncelliğini yitirmiştir ve aslında gayri resmi olarak ödenen tüm sağlık hizmetlerini kapsamamaktadır.

1. **Katkı payı**

Devlet Garanti Programı kapsamında Tek Ödeme Sistemine dâhil olan sağlık kurumlarının aldığı fonlara ek olarak, katkı payı şeklinde ek bir finansman kaynağı bulunmaktadır. Katkı payı, hastanın ayakta tedavi ve yatarak tedavi ortamlarında kendisine sağlanan tıbbi hizmetlere katkıda bulunduğu vatandaşların fonlarını temsil eder. Katkı payının önemli bir özelliği vergilendirilmemesi ve devlet bütçesinden çekilmemesidir.

Katkı payının miktarı sağlanan hizmetin türüne bağlıdır. Hastane ortamında cerrahi ve tedavi hizmetleri için verilmekte olup, katkı payı miktarı 2015 yılında onaylanan Devlet Garanti Programı ile belirlenmektedir. Ayakta tedavi koşullarında vatandaşlar, laboratuvar ve tanı testleri için katkı payına katılım sağlamaktadırlar. Bu testler aile hekimliği merkezleri, genel pratisyenlik merkezleri, hastanelerin genel profilinin ayakta tedavi tanı bölümleri ve üçüncü basamak danışma ve tanı bölümleri tarafından yürütülmektedir. Bu uygulamanın istisnası, Devlet Garanti Programı uyarınca ücretsiz olarak sağlanan temel sağlık ve teşhis çalışmalarıdır.

Katkı payı birçok ülkede aşırı tüketim için bir tür sınırlayıcıdır. Ne de olsa hasta, sigorta fonlarıyla birlikte sağlık sistemi tarafından sağlanan hizmetler için yapılan ödemelere katılımcı olur. Ödeme, tüketiciye sunulan her hizmet için yapılır ve sağlık hizmeti sunucuları için ek finansman kaynakları anlamına gelir.

Mali taraflar bir ödeme planı üzerinde anlaşırlar. Bu tür üç şema bilinmektedir. Birincisi alıkoyma, ikincisi müşterek katılım ve üçüncüsü müşterek sigortadır. Her birinin kendine has özellikleri vardır. Batı ülkeleri, yüksek düzeyde bir halk sağlığına sahip oldukları için çeşitli katkı ödemelerine en yatkın ülkelerdir. Katkı payı miktarı, sağlık hizmetlerinin gelişim düzeyine göre belirlenir. İsveç’te tamamen sembolik, Fransa’da ise – yüksek olarak kabul edilir. Kırgızistan’da, Rusya’da olduğu gibi “ayni ödeme” olarak kabul edilmektedir. Herhangi bir yasada yer almamış ve kendi kendine yeterlilik (ilaçlar, yiyecek, yatak takımı, koğuş kıyafetleri ve yeme içme takımı vb.) ile ayırt edilmektedir (Sheiman, 2009).

Pek çok ülkede, zorunlu sağlık sigortası sisteminde sadece işverenin değil, sigortalı nüfusun da bu sürece katılarak ödemenin bir kısmını yaptığı durumlarda, katkı payı ilkesi kullanılmaktadır. Tekrar İsveç deneyimine dönelim. Burada devlet, tıbbi hizmetlere harcanan ana fon kaynağı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına aktif olarak katılmaktadır. Bununla birlikte, nüfusun ek ödemeler şeklinde katkıda bulunduğu pay kayda değerdir – %10’dur. Bir çalışmada (Sağlık Ekonomisi, 2018), İsveç’te sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarına ilişkin istatistiksel veriler sunulmultur. Bir İsveçli için doktor ziyareti ortalama 100-300 SEK (İsveç Kronu), bir hastanede tedavi ise günlük 80 SEK tutarındadır. Gençler için bazı kolaylıklar sağlanmıştır. 20 yaş altı gençlerden bahsedilmektedir. Onlara ücretsiz diş hizmeti ve bir yetişkine tazminat verilmektedir. Tüm tedavinin maliyetine bağlı olarak, başlangıçta harcanan 700 SEK için bir indirim sağlanır, bu %35-70’e tekabül etmektedir.

İlaç alımı için yıllık olarak hesaplanan sınırlı bir miktar, örneğin 100 ABD doları tahsis edilir. Aynı zamanda bu miktar için ilaçlar kendi fonlarından satın alınır. Sonra sübvansiyonlu bir sistem çalışır ve burada her şey harcanan fon sayısına bağlı bulunmaktadır.

Yukarıda üç tür katkı payından söz edilmiştir. Bahsedilen katkı payları aşağıda kısaca açıklanmıştır.

İlk tip alıkoyma olarak adlandırılır. Sigorta mekanizması ve gerekli tıbbi hizmetlerin sağlanması başlamadan önce bile belirli bir miktar (tümü değil) peşin ödenir. Böylece hastanede ya da ayakta tedavide yıl boyunca tedavi için harcanacak tutarı karşılar. Başlangıç ​​tutarı olarak 50$ olabilir.

Hizmetlerde müşterek katılım ikinci türe girmektedir. Bir hastaya her tıbbi hizmet sağlandığında bir kez ödenir. Bir hastaya reçete verildiğini ve hemen orada ödediğini varsayalım, diyelim ki 5 Dolar.

Müşterek sigorta, miktarı veya tahmini miktarın bir yüzdesi hastanın kendisi tarafından belirlenen üçüncü ödeme türüdür. Bu, toplam tedavi maliyetinin %20’si olabilir.

Göz önünde bulundurduğumuz türler, çeşitli hizmet seviyeleri için ek bir finansman kaynağını temsil eder. İlaçlar, optikler veya doktor veya hastane hizmetleri için ödeme yapmak mümkündür. Sosyal olarak savunmasız vatandaşları ve ciddi bir kronik hastalıktan etkilenen hastaları korumak için katkı payı düzeyini belirlemek için nüfus kategorisi de dikkate alınır. Katkı payı tutarı belirlenirken seviyelerinin üzerine çıkmaması için gerçek maliyetler dikkate alınır. Hasta, katkı payı fonlarının yönü, yani ne için ödendiği hakkında bilgiye erişebilmelidir.

Katkı payı miktarının belirlendiği ilkeye bilimsel olarak kanıtlanmış denilemez. Isık-Göl bölgesinde anket yapılmıştır. Anketin amacı, ailelerin yıl boyunca sağlık hizmetlerine yaptıkları harcamalar hakkında veri elde etmektir. Katkı payının temelini oluşturan ortalama maliyet 1200 Som olarak belirlendi. Bu maliyetin, belirli bir hasta için gerçek maliyetlere ve hastalığının türüne karşılık gelmediği, sağlık hizmetlerinin finansal kaynaklarda ihtiyaçlarına dayandığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bu hüküm – “Nüfus ilaçlarının katkı payının ödeme usulüne ilişkin Yönetmelik” belgesinde formüle edilmiştir (Kırgız Cumhuriyeti tıbbi hizmetler için katkı payına ilişkin Yönetmelik, 2015).

Tabii ki, bu yaklaşımla, katkı payı miktarını ve her bir hastayı tedavi etmenin gerçek maliyetlerini belirlemek için herhangi bir kriter belirlemek zor bir iş haline gelmiştir. 2019 yılı verilerine göre toplam finansman kaynakları içerisinde katkı payı tutarı %4’ü geçmemiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Kırgız Cumhuriyeti Tek Ödeme Sisteminin 2009-2019 yılları için konsolide bütçe finansman kaynaklarının dinamikleri (milyon Som)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finansman kaynakları** | **2009** | **2011** | **2012** | **2014** | **2016** | **2018** | **2019** | **2019 y. 2009 y. göre % değişim** |
| Devlet bütçesi | 4008,3 | 6056,7 | 7920 | 8177,1 | 9081,8 | 10466,7 | 10 739,2 | 303,1 |
| ZSSF | 765,4 | 1062,2 | 1210 | 1856,8 | 1916,0 | 2 328,4 | 2 320,0 | 276,9 |
| Katkı payı fonları | 260,8 | 311,2 | 370,4 | 1842,5 | 1916,0 | 550,3 | 551,7 | 211,5 |
| Özel fonlar | 73,0 | 123,3 | 168,0 | 434,9 | 480,6 | 873,1 | 543,6 | 744,7 |
| **Toplam** | 5107,5 | 7553,4 | 9668,4 | 10875,8 | 12326,5 | 14218,5 | 14154,5 | 277,1 |

***Kaynak:*** *Kırgız Cumhuriyeti ZSSF 2009-2019 verilerine göre hesaplanmıştır. http://foms.kg/page/reports*

Uygulamada kullanılan metodolojiye dikkatli bir bakış, gerçekte devlet desteği olmadığını, ancak hastalar tarafından birbirlerine destek olduğunu gösterir - birinin maliyeti diğer hasta tarafından karşılanır. Burada tıbbi hizmetlerin maliyetinin bir kısmını hastanın ödemesi daha doğru olacaktır. Katkı payı fonları, Kırgız Cumhuriyeti Tek Ödeme Sisteminin konsolide bütçesi için bir finansman kaynağıdır ve bu fonda toplanır. Hastanelerin verdiği raporlara göre son bir yılda tedavi edilen vaka sayısı dikkate alınmıştır.

Bu gösterge, katkı payı fonlarının hastanelere tahsis edilmesinde bir kriter görevi görür ve her hastane kendi payını alır. Tablo 5’e göre 2009-2016 dönemi için katkı payı miktarı nominal olarak 2,8 kat artarken, yüzdesel olarak azalmıştır. Örneğin, 2019 yılında katkı paylarının payı %3,6’ya gerilerken, 2009 yılında bu oran %5,1 olmuştur. Yatarak tedavi gören hastalar için katkı payı miktarının belirlenmesinde farklılaştırılmış bir yaklaşım kullanılırken, incelenen dönem boyunca değişmemiştir.

Katkı payına ilişkin Yönetmelik (2011) katkı paylarının tutarları açıklanmıştır. 70 yaşını doldurmuş vatandaşlar, emek gazileri ve sosyal yardım alanlar için asgari miktar (tedavi bölümü için 330 Som ve cerrahi bölüm için 430 Som); şehir, ilçe ve bölge hastanelerine giden 5 yaş üstü çocuklar, çalışan vatandaşlar, çiftçiler ve çiftlik mensupları, ZSS poliçe sahipleri dahil olmak üzere sigortalı hastalar için ortalama katkı payı düzeyi (tedavi ve cerrahi bölümler için sırasıyla 840 Som / 1090 Som) belirlenir. Devlet kuruluşlarında ve ulusal merkezlerde katkı payı seviyesi daha yüksektir – 1160 Som / 1510 Som’dur. Son olarak, diğer tüm hastalar için maksimum katkı payı düzeyi şehir ve ilçedeki hastanelere - 2650 Som / 3440 Som, cumhuriyetçi örgütler ve ulusal merkezlere - 2980 Som / 3870 Som olarak belirlenir.

Katkı payının miktarı, paydaşların tartışmasına tabidir ve burada görüşler bölünmüş durumdadır. Bazıları büyüklüğü hakkında tartışırken, diğerleri daha kategoriktir ve bu ödemelerin tamamen iptal edilmesini önerir.

Birinci görüş baskındır ve argüman, incelenen dönemde tıbbi hizmetlerin maliyetinin arttığı ve katkı payı miktarının 2002’den bu yana değişmediği ve katkı payı bu hizmetlerin bir parçası olduğu için tutarı %50-300 oranına yükseltilmelidir (Uçkempirova, 2011). Katkı payının kaldırılmasını savunanlar, katkı payının kendilerini itibarsızlaştırdığını iddia etmektedirler. Gayri resmi ödemeleri yasallaştırmak için tanıtıldı. Ancak gerçekte hastaların yapılan katkı paylarına ek olarak ilaç ve bazı tıbbi malzeme satın aldıkları ve ayrıca doktora hediye veya para verdikleri ortaya çıkmaktadır (Mambetov, 2011).

Ülkenin farklı bölgelerinde yaşayan vatandaşlardan katkı payı fonlarının alınması düzensizdir. Bu göstergenin bölgesel bağlamda analizi Tablo 4’de sunulmaktadır. 2009-2016 dönemi içinde toplam katkı payı tutarı 2,3 kat artmıştır. Bireysel bölgeler incelendiğinde Bişkek önde (2,9 kat) görülmektedir. Bunun nedeni, sağlık sigortası olmayan hastaların Cumhuriyetin başkentine akın etmesinde görülmektedir.

En düşük gösterge, sağlık kurumlarının malzeme ve teknik donanımı açısından geride kalan Batken bölgesinde (1,4 kat) kaydedilmiştir. Bu nedenle bölge sakinleri, tıbbi hizmetlerin sağlanması için daha ileri teknolojiler sunan Oş şehrinin bölgesel kurumlarından tıbbi yardım istemektedir.

2019 yılında bölgelere göre katkı payı fonlarının alındığı genel gösterge 433,8 milyon Som artış gösteriyor ve 2009’da – 188,5 milyon Som’dur. Bu göstergedeki artış, hastaların Bişkek’teki hastanelere ve büyük bölgesel merkezlere akın etmesinden etkilenmiştir.

Düşünülen ödeme türünün bu kadar önemli bir dezavantajı, hastanın fonlarının aynı hizmet için bir kez değil, birkaç kez harcanması, kimsenin ona tam bir iyileşme garantisi vermemesi olarak belirtilmektedir.

Başta yönetim olmak üzere sağlık sisteminin pek çok temsilcisi, hastanın ilaç, tıbbi malzeme ve hediye alımı için katkı payını aşan, kendi parasını harcamak zorunda olduğunu savunarak katkı payına karşı çıkmaktadır.

Gözlemlerimize göre, sabit katkı paylarının kullanılmasına gerek yoktur. Uygulamada olumlu bir şekilde kendini kanıtlamış olan ülke deneyimlerinin örnek alınması daha doğru olacaktır. Bu kapsamda, deneyimlerinden faydalanılabilecek ve Kırgız Cumhuriyeti’nin olumlu ilişkileri sayesinde, Türkiye’deki uygulamalardan faydalanmak yerinde olabilir. Katkı payı farklılaştırılmalı ve ilaç sağlamaya yönelik olmalıdır. Hasta, ilaç bedelinin sadece bir kısmını ödemekle yükümlüdür. Kırgızistan sağlık sistemi yeniden organize edilirken, her bir hastayı tedavi etmenin gerçek maliyeti ortaya konulmalı ve bu maliyet dikkate alınmalıdır. Bu şekilde, hasta faydalandığı sistemin, aldığı hizmetin tam olarak resmini görecektir ve ne için ödeme yaptığını gerçek anlamda bilecektir.

**6. Değerlendirme ve Sonuç**

Tek ödeme sistemini gerçekleştiren kurumun fon kaynaklarının analizine göre, sağlık sisteminin finansal kaynakları önemli ölçüde artmıştır. Bununla birlikte, on yıl boyunca devlet desteğine ihtiyaç duyan çocukların, emeklilerin ve diğer insan kategorilerinin sayısı artmasına rağmen, devlet bütçesinden elde edilen gelirler yalnızca %0,1 artmıştır.

Bu, Devlet Garanti Programında beyan edilen nüfusa ücretsiz hizmet ile bunun finansmanı arasında bir tutarsızlığa yol açtmıştır. Bu bağlamda, bütçe fonları pahasına ücretsiz olarak sağlanan tıbbi bakım türlerinin açıkça tanımlanması önerilmektedir.

Zorunlu Sağlık Sigortası sisteminde sigortalı olay ve risk gibi kavramlar yoktur. Hastaların %63’ü Devlet Garanti Programı ve Zorunlu Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi değildir ve verilen hizmet karşılığında resmi olmayan ücret ödemektedirler. Sigortalı için hesapların şeffaflığını ve erişilebilirliğini sağlamak için, zorunlu sağlık sigortası ücretinin, kişinin çalıştığı faaliyet alanı dikkate alınarak farklılaştırılması önerilir.

Temel zorunlu sağlık sigortası programı, ücretsiz tedaviye ihtiyaç duyan vatandaş kategorilerinin asgari ihtiyaçlarının yalnızca yarısını sağladığından, sağlıklarını korumak için kişisel fonlarını harcamak zorunda kalmaktadırlar. Ancak, ücretsiz tıbbi hizmetlerin ücretli olanlarla değiştirilmesi kendiliğinden ve sistematik değildir. Tıbbi personele gayri resmi bir nakit ödeme kanalı rüşvet olarak kabul edilemez. Özünde bunlar, hizmetin piyasa fiyatını tamamlayan unsurlardır. Bu bağlamda, gayri resmi olarak alınan fonların yasallaştırılması önerilmektedir. Yasallaştırılması ve düzenlenmesi için bir mekanizma geliştirmek gereklidir.

Çalışma, sabit ortak ödemeler yerine, ilaç sağlamayı amaçlayan farklılaştırılmış bir ek ödeme getirmeyi önermektedir. Hasta, ilaç bedelinin sadece bir kısmını ödemekle yükümlüdür. Her bir hastayı tedavi etmenin gerçek maliyetleri dikkate alınmalıdır.

**Öneriler;**

1. Emekliler ve 16 yaş altı çocuklar gibi vatandaş kategorilerinin sağlığını iyileştirmek için tahsis edilen devlet bütçesinden fon miktarının artırılması önerilmektedir.
2. Ticari yapı çalışanlarının zorunlu sağlık sigortası sistemine dahil edilmesine karar verirken, bu eylemdeki kişisel çıkarlarının dikkate alınması önerilir. ZSS fonlarının muhasebesinin kişiselleştirilmesi önerilmektedir.
3. Mevcut sigorta sisteminin eksiklikleri göz önüne alındığında, onu iyileştirmek için faaliyet türü, yaş kategorisi, sosyal statü, erişilebilirlik ve şeffaflık dikkate alınarak vatandaşlara farklılaştırılmış bir yaklaşım sağlanması önerilir.
4. Fonların gayri resmi kanallardan alınması, bir piyasa düzenleme mekanizması tarafından güvence altına alınmamıştır. Ek ödemeler olarak sınıflandırılabilecek fonların yasallaştırılması, görünür ve ayarlanabilir hale getirilmesi önerilir.
5. Ücretli hizmetlerden elde edilen fonlar pahasına, bir poliklinik veya hastane için fon oluşturulması ve öncelikle çalışanların ücretlerini artırmak için kullanılması önerilmektedir.
6. Sabit katkı payları yerine, ilaç bedelinin hasta için farklılaştırılmış katkı payına geçilmesi önerilmektedir.

**KAYNAKÇA**

Asanaliyeva G.T. Osobennosti sistemy predostavleniya sotsial'nykh uslug v usloviyakh perekhodnoy ekonomiki/Vestnik KRSU T.8. - 2008 - №3. - S. 46-49. <http://vestnik.krsu.edu.kg/> archive/131/5732

Asizbayev Rustam Emilzhanovich. Regulirovaniye razvitiya sotsial'noy sfery na osnove indikativnogo planirovaniya Avtoreferat doktorskoy dissertatsii 2012g. <https://xn----8sbemlh7ab4a1m.xn--p1ai/work/377776/Regulirovanie-razvitiya-socialnoj-sfery>

Djaparova, D. Ekonomicheskiy analiz sistemy zdravookhraneniya v KR: proyekt KTU «Manas», № 2013.SOB.08 / D. Djaparova, – Bishkek, 2014.

Djaparova, D. Ekonomika zdravoohraneniya Kyrgyzstana v period transformatsii (Ekonomicheskiy analiz) [Tekst]: monografiya / D. – Germaniya: Lambert Academic Publishing, 2016. – 100 s.

Djaparova, D. Motivatsiya truda meditsinskikh rabotnikov v Kyrgyzstane – put' povysheniya kachestva meditsinskikh uslug / D. Djaparova // Ekonomiss. – M., 2016. – № 9 (18). – S. 14-20.

Ekonomika zdravookhraneniya / pod red. M. G. Kolosnitsynoy, I. M. Sheymana, S. V. Shishkina. - 2-ye izd., pererab. i dop. - M.: GEOTAR-Media, 2018, S.311-315.

Karatayev, M. M. Otsenka protsessnoy modeli razvitiya triady podsistem zdravookhraneniya: kliniko-statsionarnaya pomoshch', ambulatorno-poliklinicheskaya pomoshch', mediko-sotsial'naya pomoshch' / M. M. Karatayev, ZH. I. Ashimov, SH. T. Abrakhmanov. : // Molodoy uchenyy. — 2017. — № 14 (148). — S. 232-241. — URL: <https://moluch.ru/archive/148/41324/>

Lomskaya T. G. Vedomosti / Ekonomika 22 aprelya 2019 g. Eksperty predupredili o posledstviyakh vozvrata k byudzhetnoy meditsine. [https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2019/04/21/799768-posledstviyah-byudzhetnoi-meditsine](about:blank)

Mambetov M, (2011). Mezhdunarodnykh donorov nado ubezhdat', a ne poddakivat' im «Vecherniy Bishkek» 03/05/20211 /members.vb.kg/2011/06/03/bezret/1.html

Meymanaliyev, T. Kyrgyzskaya model' zdravookhraneniya [Elektronnyy resurs]. – Bishkek, «Uchkun», 2003. – Rezhim dostupa: http://www.dissercat.com/content/sfera-sotsialnykh-uslug-v-usloviyakh-perekhodnoi-ekonomiki-na-materialakh-kyrgyzskoi-respubl#ixzz4grIcJt5J. –

Otchet o deyatel'nosti Fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya pri Pravitel'stve Kyrgyzskoy Respubliki za 2009 - 2019 gody. http://foms.kg/page/reports

Polozheniye o sooplate za meditsinskiye uslugi, predostavlyayemyye organizatsiyami zdravookhraneniya, rabotayushchimi v sisteme Yedinogo platel'shchika, utver. postanovleniyem Pravitel'stva Kyrgyzskoy Respubliki ot1 iyulya 2011 goda № 350. (Çev.: Kırgız Cumhuriyeti tıbbi hizmetler için katkı payına ilişkin Yönetmelik, 2015).

Programma gosudarstvennykh garantiy po obespecheniyu grazhdan mediko-sanitarnoy pomoshch'yu. Utverzhdeno Postanovleniyem Pravitel'stva Kyrgyzskoy Respubliki ot 20 noyabrya 2015 goda № 790.

Sheyman I.M. Ekonomika zdravoohraneniya. 2009. N 6. s. 47-55.

Sistemy zdravookhraneniya v deystvii Kyrgyzstan Yevropeyskoye regional'noye byuro VOZ Yevropeyskaya observatoriya po sistemam i politike zdravookhraneniya 2021g. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354485/9789289059015-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Toktomatov, Nurmambet Toktomatovich. Upravleniye statsionarnoy meditsinskoy pomoshch'yu naseleniyu Kyrgyzstana v usloviyakh reformirovaniya otrasli. Avtoreferat doktorskoy dissertatsii 2004g. https://www.dissercat.com/content/upravlenie-statsionarnoi-meditsinskoi-pomoshchyu-naseleniyu-kyrgyzstana-v-usloviyakh-reformi

Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Al'vianskaya N.V. Finansirovaniye zdravookhraneniya v Rossii (2021 - 2024 gg.). Fakty i predlozheniya // ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ. 2019. T. 5, № 4. S. 4–19. https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-/

Upravleniye finansirovaniyem zdravookhraneniya i strategicheskimi zakupkami uslug v Kyrgyzstane. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya yevropeyskoye regional'noye byuro. 2019 r. [https://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0005/412655/GHF\_SPS\_KGZ\_-11-09-2019\_RUS\_WEB.pdf](about:blank)