

**ЦЕНТР ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ НАУК
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Диссертационный совет Д.08.06.330**

На правах рукописи

УДК: 369 (575.2) (043.3)

САЯКБАЕВА АЙГАНЫШ АПЫШЕВНА

**ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Специальность:

08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит
08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(макроэкономика)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора экономических наук

Бишкек - 2007

**Диссертационная работа выполнена
в Кыргызском национальном университете им.Ж.Баласагына**

Научные консультанты:

доктор экономических наук, профессор Рахматов Абдразак Рахматович
--

доктор экономических наук, доцент
Сарыбаев Айылчы Сарыбаевич

Официальные оппоненты:

1. доктор экономических наук, профессор
Курманбеков Оболбек Курманбекович

2. доктор экономических наук, профессор
Баяхметов Талгат Баяхметович

3. доктор экономических наук, профессор
Алиев Качибек Алиевич

Ведущая организация:

Центр экономических стратегических
исследований Министерства
экономического развития и торговли
Кыргызской Республики, г.Бишкек,
720040, бульвар Эркиндик, 58-а.

Защита состоится «6» апреля 2007 г. в 14.00 часов на заседании Диссертационного совета Д.08.05.330 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) экономических наук в Центре экономических исследований НАН КР по адресу: 720071, г.Бишкек, проспект Чуй, 265-а, НАН КР, 1-ый этаж, Малый зал.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национальной академии наук Кыргызской Республики.

Автореферат разослан «_____» марта 2007г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета, к.э.н., профессор

И.Атантаев

I. Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. В условиях трансформации политической системы реформирование экономики и становление рыночных отношений повлекли за собой острейший социально-экономический кризис и гиперинфляцию, резко снизив уровень жизни населения в республике, когда порядка 70% населения республики оказались на грани бедности и нуждались в экстренной социальной защите. Несмотря на динамику снижения после 2000 года, уровень бедности еще достаточно высок, к тому же сохраняется относительно высокий уровень крайней бедности населения (карта 1), обусловленный многими факторами, в числе которых и провал основной Государственной программы сокращения бедности КОР, высокая коррумпированность в государственных структурах, декларативность отдельных положений законодательных актов по социальной защите и мероприятий по сокращению бедности до последнего времени.

Программы социальной защиты не могли и не могут компенсировать последствия социально-экономического кризиса при нарастающей численности граждан, имеющих право на льготы. Все это вызывает необходимость кардинального совершенствования системы социальной защиты в целом, и его финансового менеджмента, в частности.

При высокой бедности населения и вызванной ею социальной напряженности в республике, **особо актуальным** становится исследование основных аспектов системы социальной защиты в контексте с предпосылками ее реформирования. Кардинальные изменения методологических и организационно-правовых аспектов социальной защиты требуют определения понятийного аппарата данной категории, т.е. теоретических, методических и инструменталистских основ социальной защиты.

Цель исследования. Цель исследования заключается в теоретико-методологическом обосновании отдельных форм социальной защиты и раскрытии основных предпосылок ее реформирования в условиях трансформации экономики, определении проблем социальной защиты в области государственной поддержки малообеспеченных, нетрудоспособных, больных социальными и тяжелыми заболеваниями и обосновании альтернативных и инновационных форм их совершенствования. Поставленная цель обуславливает решение следующих основных задач:

- разработать теоретические аспекты социальной защиты и обосновать ее формы и виды;
- проанализировать социально-экономическое и демографическое развитие, проблемы народонаселения как предпосылки реформирования социальной защиты;
- исследовать историю развития и становления социального обеспечения и социального страхования в период Российской империи, в условиях советской системы и проблем формирования национальной системы социальной защиты для определения путей ее совершенствования в соответствии с положениями основных Конвенций и рекомендаций МОТ;

- проанализировать подходы и модели социальной защиты и ее трансформации в экономически развитых странах для реализации ее отдельных аспектов в республике, адаптируя к местным условиям;
- разработать методологические основы государственной поддержки малообеспеченных семей и граждан;
- обосновать проблемы правового обеспечения социальной защиты;
- раскрыть проблемы практики управления финансами Социального фонда и сектора здравоохранения и обосновать основные направления их бюджетной политики;
- выявить финансовые и институциональные факторы формирования социальной защиты в целом, и в области охраны здоровья, в частности;
- обосновать проблемы инноваций и нововведений в финансовый менеджмент здравоохранения как трансформацию механизма социальной защиты в области охраны здоровья;
- раскрыть особенности организационно-структурных преобразований организаций здравоохранения в условиях региона;
- показать альтернативы совершенствования социальной защиты путем обоснования ее моделей на основе их мониторинга и оценки.

Объектом исследования является практика и методологические и методические аспекты формирования и реализации социальной защиты малообеспеченных семей и граждан, нетрудоспособных и больных социальными и тяжелыми заболеваниями в области государственной поддержки и охраны здоровья населения, и определение их социально-экономических результатов.

Предметом исследования выступают проблемы формирования и реализации национальных моделей социальной защиты в республике и пути их решения. Основное внимание было сосредоточено на инновационной модели финансирования организаций здравоохранения - системе Единого плательщика.

Теоретическую и методологическую основу исследования составляет системный подход к изучению категорий, предпосылок, основных принципов, опыта развитых стран, истории, правовых аспектов, нововведений и инноваций в социальной защите населения. При проведении исследования нормативной правовой основой работы были Конституция Кыргызской Республики, Законы Кыргызской Республики, Указы Президента, постановления Правительства, нормативные документы министерств, вовлеченных в социальную защиту населения, Конвенции и рекомендации МОТ.

Широко использованы в диссертации мировая и отечественная литература по общеэкономическим вопросам, демографии и по проблемам социальной защиты, включая социальное и пенсионное обеспечение, социальное и медицинское страхование и другие материалы международных и общереспубликанских конференций и семинаров по актуальным вопросам.

В процессе исследования были использованы официальные статистические данные и информация Национального статистического комитета (далее-Нацстатком), Министерства здравоохранения, Министерства

финансов, Министерства труда и социального развития (далее—Минсоцтруд), КК «Социум Консалт», социологических обследований.

При исследовании применялись методы экспертных оценок, сравнительного анализа, группировок, комплексной оценки и другие научно-статистические методы.

В СССР практически все статистические методы представляли собой полный сбор данных, вместо выборочного исследования, и минимум официальной информации о функционировании социальных секторов экономики, в том числе, и системы социальной защиты населения, что сохраняется, в основном, и в настоящее время. Последнее обусловило для исследования проблем социальной защиты в диссертации широко использовать социологические методы - методы опроса, интервьюирования и анкетирования, проведенные с участием автора или непосредственно автором по ее методике.

Степень изученности проблемы. Изучение социально-экономической, специальной и научной литературы, а также нормативных правовых актов социальной защиты населения показало, что, несмотря на особую актуальность данной проблемы, она является наименее изученной социально-экономической проблемой современной рыночной экономики из-за сложности и многогранности ее функций.

Среди ученых стран СНГ, чьи работы по отдельным аспектам социальной защиты были изучены в ходе исследования, можно выделить следующих авторов: Абалкина Р., Аметова Е.К., Бабича А.М., Груа Ж.В., Дагвадорж Ч., Дегтярева Г.П., Захаровой М.Л., Егорова Е.Н, Куртина А.В., Косарева Ю.А., Мартыненко А.В., Маркарьянца С., Мильнера Б., Мудракова В.И., Павленок П.Д., Позднякова С.В., Рейтмана Л.И., Роик В.Д., Шкира А. и других.

К зарубежным авторам, работы которых посвящены теоретико-методологическим и практическим вопросам социальной защиты, изученные в диссертационной работе, можно отнести Александра С.Прекера, Беске Ф., Брехта И.Г., Герберта Рише, Мишеля Хансенна, Николаса Барра, Ричарда Дж. А. Фичема, Салтмана Р.Б., Фигейраса Дж., Шандора Шипоша и других.

Отдельные исследования ученых и экономистов республики, имеющих в той или иной степени отношение к вопросам социальной защиты населения, отражены в работах Алиева К.А., Асановой А.А., Балбакова М.Б., Койчуева Т.К., Кумскова В.И., Кумсковой Н.Х., Курманбекова О.К., Мусакожоева Ш.М., Могилевского Р.И., Ибрагимовой Ш.М., Орозбаевой А.О., Орузбаева А.У., Рахматова А.Р., Сарыбаева А.С., Сарыгулова Б.А., Черновой Е.П. и других. Однако в работе данных авторов вопросы теории и практики социальной защиты населения, включающие социальное и медицинское страхование, социальное обеспечение и др., практически не рассматриваются, или рассматриваются в контексте с другими проблемами. Единой и целостной концепции социальной защиты населения в республике, включающей комплекс проблем по вопросам социального и медицинского страхования, пенсионного и социального обеспечения в условиях трансформации нет. Кроме того, в республике по проблемам социальной защиты в целом, и в области охраны здоровья населения, в частности, практически отсутствуют фундаментальные

исследования и публикации, особенно, по проблемам трансформации социальной защиты по предоставлению бесплатной или льготной медицинских услуг. Научных публикаций по интерпретации и критической научной оценке отдельных проблемных положений нормативных правовых актов, принимаемых Правительством Кыргызской Республики, Министерством здравоохранения, а также вовлеченными в процесс реформирования организаций здравоохранения другими министерствами и ведомствами, в республике пока нет, хотя первый этап реформирования финансовой системы здравоохранения для обеспечения доступности населения к медицинским услугам в целях социальной защиты граждан республики, особенно ее социально-уязвимых групп, малообеспеченных, нетрудоспособных, а также больных социальными и тяжелыми заболеваниями в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (далее - Программа госгарантий) и механизма обеспечения льгот населению по сооплате за медицинские услуги начат с 2000 года, что повлекло за собой кардинальные изменения в методологии финансирования системы здравоохранения. В частности, изменение финансового менеджмента сектора здравоохранения позволило создать систему Единого плательщика как метод финансирования организаций здравоохранения и механизм ее действия, систему Единого плательщика, с применением минимальных стандартов бюджетного финансирования, а также изменение схемы финансирования сектора здравоохранения путем перевода государственных расходов на данный сектор экономики на республиканский бюджет. В этой связи углубление реформы в рассматриваемом секторе экономики обусловило внедрение нововведений в финансовый менеджмент здравоохранения в целях поэтапного выравнивания финансирования регионов. Изучение нового механизма финансирования организаций здравоохранения позволило констатировать об их прямой направленности на оптимизацию социальной защиты в рамках Программы госгарантий.

Мониторинг организаций здравоохранения регионов, работающих в системе Единого плательщика, показал, что, несмотря на определенные позитивные стороны реформирования организаций здравоохранения, сохраняются еще многие проблемы, требующие дальнейшего совершенствования механизма их финансирования.

Следовательно, разработка теории, механизма, технологии и методики нового метода финансирования организаций здравоохранения и реструктуризации организаций здравоохранения приобретает большую значимость.

В данной работе ставится задача комплексного исследования проблем формирования и реализации отдельных национальных моделей социальной защиты в условиях трансформации, что и определило выбор темы, объекта, цели и задачи исследования.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту. На основе исследования теоретико-методологических аспектов социальной защиты, включая предпосылки ее реформирования, отечественную историю и

зарубежный опыт, и детального анализа статистических данных и другой информации, показаны позитивные стороны и проблемы реализации национальных моделей социальной защиты в области государственной поддержки малообеспеченных семей и граждан, включающие такие вопросы, как альтернативные критерии определения прав семей на получение единого ежемесячного пособия (далее-ЕЕП) и ежемесячного социального пособия (далее - ЕСП), социальной защиты в области охраны здоровья населения – Программу госгарантий, включая методические, организационно - правовые и практические вопросы ее разработки и реализации, сооплату населением медицинских услуг, введенную в систему здравоохранения в ходе ее реформирования, как форму социальной защиты населения; выявлены актуальные аспекты трансформации финансирования социальной защиты в системе здравоохранения - как наименее изученные, так как это направление является новым в национальной экономической науке, организационно-структурные преобразования организаций здравоохранения в условиях региона, а также их мониторинг и оценка, методика оценки, результаты анализа, приоритеты.

Научная новизна диссертационного исследования. Впервые представлен научно-теоретический и практический аспект социальной защиты населения, в общем, и в частности, в области охраны здоровья, с обоснованием методологических подходов, принципов разработки, порядка исполнения и методики расчета стоимости Программы госгарантий и механизма обеспечения льгот населению по сооплате за медицинские услуги и др.

В диссертационной работе автором получены следующие научные результаты:

1. Обобщены теоретические основы социальной защиты населения и раскрыты социально-экономическая сущность, категории, виды, формы и механизм социальной защиты населения в условиях трансформации системы. Теоретически обоснована и сформулирована научная трактовка понятий «социальная защита» и «социальное страхование». Теоретически раскрыты основные причины и факторы кризиса во всех секторах экономики республики, в связи с переходом на рыночные отношения, и обоснована необходимость реформирования национальной системы социальной защиты.
2. На основе исследования статистической информации по республике и зарубежным странам по индикаторам уровня жизни разработаны рекомендации по приоритетному финансированию системы социальной защиты.
3. Изучены различные подходы и модели государственного социального страхования и пенсионного обеспечения, выявлены их позитивные стороны и недостатки.
4. На основе обширного исследования демографического развития и проблем народонаселения за 1991-2005 годы и далекой ретроспективе дана оценка мероприятий, направленных на социальную защиту

населения в области охраны здоровья и как главный фактор – на уровень развития здравоохранения.

5. Обоснована необходимость разработки национальной модели социальной защиты с учетом экономических возможностей и социально-политической ситуации в республике, демографического развития, менталитета населения, географии расселения, опыта прогрессивных зарубежных стран и основных положений и принципов социальной защиты Конвенций и рекомендаций МОТ.
6. Обоснована история социального и пенсионного обеспечения и социального страхования в период до- и в условиях советской системы как эволюции социальной защиты и дана оценка развития национальной системы социальной защиты после распада СССР.
7. Разработаны, с участием автора, методика определения минимальных стандартов бюджетного финансирования здравоохранения, реализуемая с 2006 года в виде постановления Правительства.
8. Исследованы опыт работы и модели социальной защиты и ее трансформации в экономически развитых странах и рекомендовано разработать ряд законов по регулятивной базе социального обеспечения, отсутствующих в республике, в частности, законы о стабилизации найма, о социальной помощи на дому и об отпуске по уходу за детьми, где адресно определяются права на социальную защиту в условиях ограниченных финансовых ресурсов.
9. Раскрыта особенность формирования и методология управления финансами Социального фонда, политика тарифов страховых взносов Социального фонда и перспективы ее развития.
10. Обоснованы нововведения и инновации бюджетного финансирования сектора здравоохранения. Определены и внедрены с участием автора механизмы финансирования организаций здравоохранения Фондом ОМС как Единого плательщика.
11. Разработана и реализована с участием автора методика расчета стоимости Программы госгарантий, сооплаты медицинских услуг, лекарственного обеспечения и их методологические подходы, принципы разработки, порядок исполнения. Впервые в научной практике рассмотрены и обоснованы Программа госгарантий и сооплата медицинских услуг как формы социальной защиты населения.
12. Разработана и внедрена с участием автора технология и методика реструктуризации организаций здравоохранения в условиях региона, а также их мониторинга и оценки.

Практическая значимость результатов исследования. Разработанные и обоснованные методологические подходы к социальной защите и отдельные пути их совершенствования с участием автора в виде аналитической записки представлена в Минсоцтруд для использования при разработке стратегии социальной защиты.

Постановлением Правительства Кыргызской Республики ежегодно с 2001 года, для исполнения организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика, утверждается Программа госгарантий, в разработке и внедрении которого автор принимала непосредственное участие.

Порядок лекарственного обеспечения больных по Программе госгарантий, включающий расчет стоимости медикаментов, методика финансирования и технология реструктуризации организаций здравоохранения, проведение их мониторинга и оценки финансовых рисков, в разработке и внедрении которых участвовала автор, в виде приказов Министерства здравоохранения используются организациями здравоохранения.

Материалы диссертационной работы используются при преподавании дисциплин «Статистика здравоохранения», «Статистика социального обеспечения и социального страхования населения» и «Менеджмент социального обеспечения и социального страхования населения» в КНУ им.Ж.Баласагына. Учебники «Менеджмент социального обеспечения и социального страхования населения», изданные под общей редакцией А. Саякбаевой и ее непосредственном участии, рекомендованы Министерством образования в качестве учебников для вузов республики.

Экономическая значимость полученных результатов. Ежегодные предложения диссертанта по Программе госгарантий, представляемые в Фонд ОМС Министерства здравоохранения (2001-2006 годы), способствуют совершенствованию социальной защиты, оптимизации финансового обеспечения здравоохранения в целях предоставления качественных медицинских услуг населению. Порядок лекарственного обеспечения больных социальными и тяжелыми заболеваниями, методика расчета его стоимости, разработанные при участии автора, используются Фондом ОМС при определении средней стоимости оплаты медицинских услуг, направленные на снижение неформальных выплат.

Личный вклад диссертанта. Автор принимала непосредственное участие: в 1996-1999 годы в разработке нормативных правовых документов по социальному страхованию и пенсионному обеспечению населения, а также их практической реализации (Кыргызская модель системы социального страхования и пенсионного обеспечения запатентована авторским коллективом, в числе которых и автор автореферата, и зарегистрирована в Государственном реестре программ республики); в социально-демографическом обследовании и оценке альтернатив социальной защиты населения в рамках Программы «Развитие детей раннего возраста», 2002 год; реформировании финансового сектора системы здравоохранения, в разработке нормативных правовых документов по финансированию учреждений здравоохранения в системе Единого плательщика и их практической реализации, в числе которых ряд постановлений Правительства Кыргызской Республики, в том числе «О государственных гарантиях по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью», принятых в 2001-2006 годы, «О минимальных стандартах бюджетного финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике» и др., а также в мониторинге и оценке организаций

здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика (КК «Социум Консалт» 2000-2005 годы); в Программе Минсоцтруда «Усиление системы социальной защиты в Кыргызской Республике».

Связь темы с Государственными и научными программами. Тема диссертационной работы связана с Государственными программами реформирования финансирования здравоохранения, социального страхования, а также с комплексной темой научных исследований КНУ им. Ж.Баласагына «Проблемы социального обеспечения и социального страхования».

Апробация работы. Диссертация обсуждалась на расширенном заседании: кафедр «Статистики и менеджмента», «Финансы и кредит» и «Маркетинг» экономического факультета КНУ им. Ж. Баласагына; отделов Центра экономических исследований, Национальной академии наук с участием ряда ученых республики. Основные положения диссертации докладывались на следующих международных и республиканских научно-теоретических и научно-практических конференциях и семинарах:

Международный семинар Всемирного банка и ЮСАИД по пенсионной реформе. Алматы, октябрь 1997 год;

Семинары-совещания, учебные и практические семинары для работников системы здравоохранения с участием международных экспертов и менеджеров АБТ ЮСАИД, Всемирного банка по вопросам введения нового механизма финансирования здравоохранения и исполнения Программы госгарантий, 2001-2005 годы;

Научно-практической конференции «Статистика на рубеже XXI века». Бишкек, Нацстатком, 2000 год;

Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию статистики Кыргызской Республики. Бишкек, Нацстатком, 2001 год;

Международной научно-практической конференции, посвященной международному году гор. Бишкек, МОНиК, 2002 год;

Научно-практической конференции «Проблемы реализации КОР Кыргызской Республики». Бишкек, Национальная академия наук, КНУ им.Ж.Баласагына, Министерство финансов, 2002 год;

Республиканской научно-практической конференции «Экономика и государственность». Бишкек, КНУ им.Ж. Баласагына, 2003 год;

Научно-практической конференции, посвященной 80-летию образования КНУ им.Ж.Баласагына. Бишкек, КНУ им.Ж.Баласагына, 2006 год;

Научно-практической конференции «Суверенный Кыргызстан на постреволюционном этапе: университетская наука – государству». Бишкек, МОНиМП, КНУ им.Ж.Баласагына, 2006 год и др.

Публикация. Основные аспекты и результаты диссертационной работы опубликованы в 49 работах общим объемом порядка 90 печатных листов.

Структура и объем диссертации. Работа включает введение, пять глав, 15 параграфов, заключение и список использованной литературы.

Работа содержит 35 диаграмм, 33 аналитические таблицы, 2 рисунка, 3 схемы, 1 карту, библиографический список из 231 наименований использованной литературы, 295 страниц компьютерного текста.

II. Основное содержание работы

Во введении обоснована актуальность проблемы и степень ее изученности, сформулированы цели и задачи исследования, научная новизна, основные положения, выносимые на защиту, практическая и экономическая значимость работы, личный вклад диссертанта, степень апробации результатов исследования, структура и объем работы.

В первой главе «Теоретико-методологические аспекты социальной защиты населения и предпосылки ее реформирования» отражена интерпретация ученых и экономистов категории «социальная защита», включающая широкий спектр проблем, в числе которых социальное и пенсионное обеспечение, социальное и медицинское страхование; проанализированы проблемы и предпосылки реформирования национальной системы социальной защиты и обоснована необходимость ее трансформации, изучен опыт социальной защиты в отдельных экономически развитых странах, история развития социальной защиты в период Российской империи и в условиях советской системы, пути становления и проблемы формирования национальной системы социальной защиты.

Социальная защита - это комплекс мер, принятых государством, реализация которых направлена на социальную поддержку населения, в том числе малообеспеченных, нетрудоспособных и больных социальными и тяжелыми заболеваниями, направленные на создание равных возможностей и доступа к различным видам услуг и содействие труду в целях смягчения бедности.

Для постсоветских стран термин «социальная защита населения» - достаточно новый. Поэтому в специальной, социально-экономической и научной литературе методологический подход при определении категории «социальная защита» неодинаков. В целом методологический подход авторов к категории «социальная защита», рассматриваемых в диссертационной работе, группируется в три группы: теоретический, методический и инструменталистский.

Социальная защита определяется российским профессором Назаровым М.Г. как «совокупность механизмов, предусмотренных законодательными и нормативными актами для сохранения доходов (или их части) отдельными лицами или семьями, которые их больше не имеют в связи с потерей трудоспособности из-за старости или инвалидности, болезни, беременности (материнства), безработицы, смерти кормильца семьи, а также для материальной поддержки многодетных и малообеспеченных групп населения, учащейся молодежи и др.».¹ Дагвадорж Ч. дает определение социальной защиты как социальной защищенности и интерпретирует ее как «систему по обеспечению экономической свободы потребителя в сочетании с экономической свободой как основы обеспечения нормальной жизнедеятельности всех слоев населения, достигаемой путем установления и

¹ Курс социально-экономической статистики. Учебник/Под ред. Назарова М.Г.. - М.: Финстатинформ, 2000. - С. 622.

поддержания социального партнерства между гражданином и государством, потребителем и производителем, работником и предпринимателем».²

На наш взгляд, наиболее правильным является определение социальной защиты, данное российским профессором Павленком П.Д., как гарантированные минимальные стандарты условий, услуг и др. для определенных социальных групп населения, т.е. социальные гарантии, или трактуемые социальную защиту, как «систему мероприятий, осуществляемых обществом и его различными структурами, по обеспечению гарантированных минимально достаточных условий жизни, поддержанию жизнеобеспечения и деятельного существования человека». Мы поддерживаем точку зрения данного автора, который к социальным гарантиям относит «...систему мер, нормативные установки и условия для удовлетворения отдельных благ и услуг, потребностей поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования населения».³

Наиболее полное определение категории «социальная защита», с устойчивыми признаками, дано российским профессором Роик В.Д.: «Социальная защита – это система экономических, социальных, правовых, организационных, медицинских и технических мер по защите работников от неблагоприятных факторов (социального профессионального риска), ухудшающих качество их трудовой жизни, с целью охраны здоровья, трудоспособности работников, их материального положения с помощью создания на предприятиях, регионах и государстве специальных механизмов, фондов, включая страховые, и институтов социальной защиты, в случаях и на условиях, установленных законодательством и трудовыми соглашениями».⁴ На наш взгляд, основным признаком, правильно выделенным автором, является создание специализированных финансовых источников социальной защиты населения, а также закрепление правил и гарантий законодательством.

Система социальной защиты по механизмам ее финансового обеспечения разделена на социальное обеспечение и социальное страхование. Социальное обеспечение финансируется республиканским и местными бюджетами. Социальное страхование, финансируемое из страховых взносов работодателей и граждан, функционирует на принципах самоуправления под государственным правовым контролем.

Страхование в социально-экономической и специальной литературе и нормативных правовых документах интерпретируется по-разному. Мы поддерживаем точку зрения профессоров МГУ им.М.В.Ломоносова и Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации Бабича А.М. и Егорова Е.Н., трактующих социальное страхование «...как формы социальной защиты экономически активного населения от различных рисков, связанных с потерей работы, трудоспособности и доходов,

² Дагвадорж Ч. Социально-экономическая защищенность населения в условиях становления рыночных отношений //Эффективность рыночных форм хозяйствования. - М., 1993. - С.104.

³ Основы социальной работы: Учебник/Отв.ред.П.Д.Павленок. – М.: ИНФРА - М, 1999. – С.12,14.

⁴ Роик В.Д. Основы социального страхования. – М.: АНК ИЛ, 2005. – С.25.

на основе коллективной солидарности возмещения ущерба»,⁵ так как на данном этапе развития экономики страхование населения направлено на удовлетворение их социальных потребностей и основная цель социального страхования – социальная защита от рисков.

Страхование – социально-экономическая категория, связанная с движением денежных средств, имеющих общественное назначение, о чем свидетельствуют следующие определения. Страхование, по определению Ожегова С.И. это «...обеспечение кого-либо от возможного ущерба за счет периодического внесения взносов специальному учреждению, которое в случае наступления ущерба выплачивает денежное вознаграждение».⁶ В учебнике «Курс социально-экономической статистики» отмечено, что «страхование – это необходимый элемент производственных отношений...».⁷ В «Кратком энциклопедическом словаре» страхование - «это система мер по созданию целевого фонда денежных средств и его использование для оказания материальной помощи участникам этого фонда при стихийных бедствиях, случайных неблагоприятных явлениях или наступлении определенных событий в жизни граждан».⁸ В «Словаре-справочнике по социальной работе» записано, что «Социальное страхование – одна из основных форм социальной поддержки и социальной защиты населения ... и ...один из важнейших механизмов регулирования социально-трудовой сферы».⁹ Социальное страхование является основным компонентом государственной политики. В Законе Кыргызской Республики «О государственном социальном страховании» записано, что «Государственное социальное страхование является системой гарантированных государством видов обеспечения застрахованных лиц при утрате ими заработка или дохода вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, старости, потери кормильца и смерти за счет обязательных страховых взносов работодателей и граждан». С научно-методической точки зрения, наиболее правильным, на наш взгляд, является последнее определение страхования, наиболее полно характеризующее его социально-экономическую сущность, так как по определению зарубежных авторов, например Шандора Шипоша, «социальное страхование призвано защитить от тех случаев потери дохода, которые, по крайней мере, по принципу, страхуемы». Или определение Николаса Бара «Цель социального страхования предохранить каждого человека от внезапного и недопустимого уровня жизни. Эта задача лежит в основе

⁵ Бабич А.М., Егоров Е.Н. и др. Экономика социального страхования. – М.: ТЕИС, 1998. – С. 10.

⁶ Ожегов С.И. Словарь русского языка. - М., 1978. – С.710.

⁷ Курс социально-экономической статистики: Учебник/Под ред. М.Г Назарова. - М.: Финстатинформ, 2000. – С.313-314.

⁸ Краткий энциклопедический словарь. - М., 1987. – С.312.

⁹ Словарь-справочник по социальной работе/Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: ЮРИСТЪ, 1997. - С.345.

большинства программ, связанных с выплатой пособий по безработице, и большинства систем здравоохранения».¹⁰

Таким образом, страхование является социально-экономической категорией, или страхование – экономическое отношение, где участвуют несколько сторон - субъектов. Одна сторона - страховая организация, вторая – юридические или физические лица – страхователи.

Страхование, как экономическая категория, связано с движением финансовых средств при формировании, распределении, накоплении и перераспределении целевых страховых фондов. В условиях транзитной экономики, когда люди наиболее подвержены глобальным экономическим рискам, страхование населения через целевые внебюджетные фонды выступает как форма социальной защиты населения.

Процесс становления моделей социальной политики зависит от социально-экономических условий отдельной страны и менталитета населения. Пути развития национальной экономики Кыргызской Республики и ее социальная политика в современных условиях характеризуются поиском новых форм, разработкой механизмов реализации мер социального страхования населения, направленных на социальную защиту населения и адаптацию к международным стандартам.

Национальная модель социального страхования населения в республике была ориентирована на рынок и до 2005 года предусматривала трансфертные платежи в течение всей жизни гражданина (пенсионное страхование), а также включала страхование от риска (медицинское страхование, страхование на случай безработицы, страхование от несчастных случаев на производстве и др.). В настоящее время модель включает только пенсионное и медицинское страхование, что, на наш взгляд, не совсем корректно. Как показало изучение специальной, научной и социально-экономической литературы и нормативных правовых документов, система социального страхования населения при ее трансформировании главной задачей должна ставить создание устойчивой финансовой системы, способной выполнять обязательства по социальному обеспечению, пенсионному обеспечению, медицинскому страхованию и страхованию населения по безработице. Последнее обязательство было отменено внесением изменения в Закон Кыргызской Республики «О содействии занятости населения» от 30 июля 2005 года №119. Финансирование мероприятий по безработице, в настоящее время, осуществляется через государственный бюджет, хотя это, на наш взгляд, не совсем правомерно. Безработица населения, как экономический риск, должна финансироваться через целевые внебюджетные фонды путем страхования населения, особенно в условиях ограниченности бюджетных средств, или социальная защита застрахованных должна осуществляться в бюджетно-страховой форме, а в

¹⁰ Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. Переходный период и дальнейшее развитие/Под ред. Николаса Барра. – М.: ДИС, 1997.- С.303,58.

странах с развитой рыночной экономикой, поддержка безработных может осуществляться и частным финансированием.¹¹

В Законе «О медицинском страховании граждан Кыргызской Республики», на наш взгляд, определена сущность медицинского страхования как «системы мероприятий по социальной защите граждан в Кыргызской Республике, обеспечивающей получение качественных медицинских, профилактических и иных услуг». При этом базовая программа ОМС определяет объем и условия оказания медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых застрахованным гражданам бесплатно, независимо от размера внесенного взноса в рамках Программы госгарантий в системе Единого плательщика.

Мы разделяем точку зрения ученых, констатирующих, что к основным причинам, вызвавшим затяжной кризис после распада СССР, относятся и социально-экономические реформы, проводимые в республике с 1992 года в целях разгосударствления, ваучерной приватизации, демонополизации государственных предприятий, и либерализация цен, поспешная и повальная реструктуризация и ликвидация предприятий промышленности, транспорта, бытового обслуживания, строительных организаций, совхозов, колхозов, предприятий и организаций других секторов экономики, а также «...полный паралич инвестиционной деятельности»,¹² нарастающая тотальная коррумпированность в государственных структурах и др. Непоследнюю роль в кризисе сыграла и внешняя гипермиграция специалистов и высококвалифицированных рабочих кадров, вызванная социально-экономической и политической нестабильностью в республике: общий объем миграционной подвижности населения за 1991-2005 годы составил 1 417,7 тыс. человек, при этом выбыли из страны 853,7 тыс. человек.

Реструктуризация, банкротство и приватизация предприятий резко снизили уровень занятости трудоспособного населения в республике и тенденция его ежегодного сокращения сохраняется и в настоящее время. Так, в 1993 году занятость в экономике сократилась до 74,9% против 83,0% в 1991 году (в % к трудоспособному населению), соответственно - в 1995 году до 72,0%, в 2001 году до 65,4% и в 2005 году до 64,3%, при этом, занятость в государственном секторе за 1991-2005 годы уменьшилась до 18,8% населения, наряду с ее увеличением в частном секторе до 81,2% (в процентах к итогу),¹³ хотя, как показывает практика, высокая самозанятость населения препятствует развитию социального страхования.

Резко сократилась занятость в индустриальных отраслях экономики, в частности, и в промышленности и строительстве (к 1993 году – до 21,4%, в 2005 году - до 10,8%). При этом основными видами занятости остаются

¹¹ Основы социальной работы/Отв.ред.П.Д.Павленок. – М.: ИНФРА - М, 1999. – С.25.

¹² Сарыгулов Б.А. и др. Современная демографическая ситуация в Кыргызской Республике и альтернативы ее развития. – Бишкек: UNFPA, 2002. – С.18-19; Койчуев Т.К., Орузбаев А.О., Кумскова Н.Х и др. Экономика Кыргызской Республики: Уч. пос. для вузов. – Бишкек, 2003.- С.83,146,154-155.

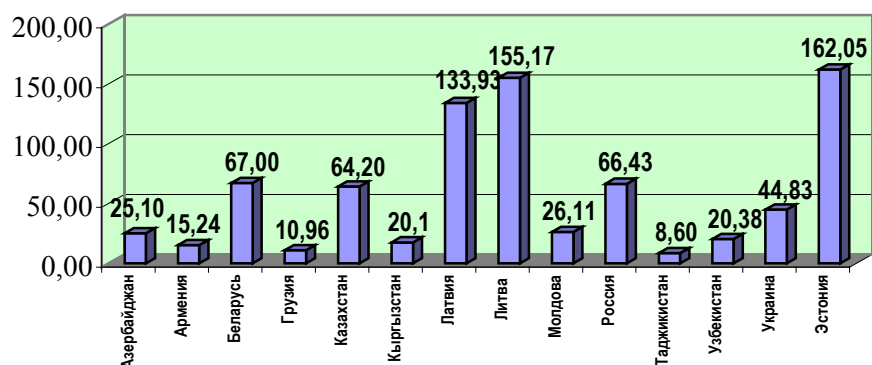
¹³ Кыргызстан в цифрах: Статсборник. – Бишкек: Нацстатком, 1993-2006. – С.38,156-157.

сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство (47,9%), торговля, ремонт автомобилей, бытовых изделий и предметов личного потребления (11,9%), образование (8,1%), здравоохранение и предоставление социальных услуг (3,7%), т.е. отмечается относительно высокая занятость в низкооплачиваемых секторах экономики.

Остаются низкими и основные индикаторы уровня жизни населения. Среднемесячная заработная плата работающих в экономике остается одной из низких (63,7 долл.США) среди стран бывшего Союза.¹⁴ Среднемесячная номинальная заработная плата занятых в экономике за 1993-2005 годы возросла в 3,1 раза, или составила 2612,5 сома против 83,8 сома, в то время как реальный размер ее повысился всего порядка на 20%; размер среднедушевых денежных доходов населения за 1993-2005 годы возрос в 19,9 раза (955,9 сомов против 48,3 сома), однако **размер ее** ниже величины прожиточного уровня (1836,6 сома) и их соотношение составило в 2005 году всего 52,0%.¹⁵ Следовательно, можно констатировать, что заработная плата во многих секторах экономики, а также денежные доходы населения не обеспечивают воспроизводство граждан республики и их семей.

Средний размер назначенной месячной пенсии в республике один из самых низких из стран Балтии и СНГ (диаграмма 1).

Диаграмма 1. Средний размер пенсии в странах Балтии и СНГ на 1.01.2005 года,¹⁶ в долл.США



Соотношение средней пенсии с величиной прожиточного минимума пенсионера, продолжает снижаться (диаграмма 2).

Вышеперечисленные данные указывают на экономическую нестабильность, которая может негативно отразиться на социальной защите населения, следовательно, и на социальной стабильности общества.

Остается проблемным в республике и рынок труда. Численность безработных, зарегистрированных в государственных службах занятости, за 1991-2005 годы выросла более чем в 30 раз, а разрыв между спросом и

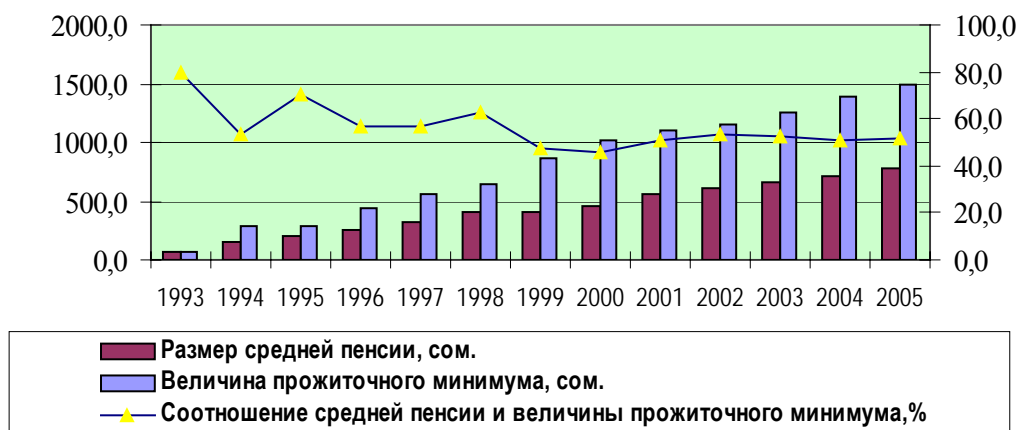
¹⁴ Социальный вестник пенсионных и социальных фондов стран СНГ и Балтии. – М., 2005. – С.19.

¹⁵ Кыргызстан в цифрах. - Бишкек, 2006. - С.242-243; Уровень жизни населения КР. 2001-2005. – Бишкек, Нацстатком, 2006. –С.54.

¹⁶ Социальный вестник пенсионных и социальных фондов стран СНГ и Балтии. – М., 2005. – С.19.

предложением рабочей силы превысил почти 50 раз, что усугубляет проблему бедности населения.

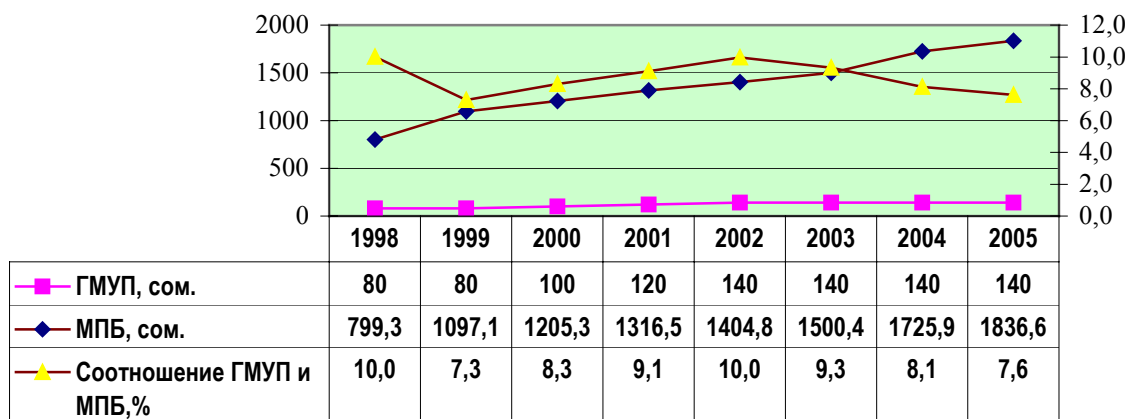
Диаграмма 2. Динамика среднего размера пенсии, величины прожиточного минимума пенсионера и их соотношений в Кыргызской Республике за 1993-2005 годы, по данным Нацстаткома



Наряду с низким уровнем жизни граждан республики, идет расслоение общества в сторону формирования бедных и крайне бедных. Как показали мартовские и июньские события 2005 года и последующие митинги в республике бедность населения становится основным фактором, дестабилизирующим общество, а, следовательно, требует от государства проведения более эффективных мероприятий по ее сокращению и социальной защите.

Размер гарантированного минимального уровня потребления (далее – ГМУП) остается крайне низким и за 1998-2005 годы увеличился всего в 1,75 раза против 2,3 раза минимального потребительского бюджета (далее - МПБ) и составил 140 сом против 80 сом. В 2005 году соотношение ГМУП к МПБ составило всего 7,6 %, или снизилось против 1998 года до 24,0% (диаграмма 3).

Диаграмма 3. Динамика изменения размеров ГМУП и величины минимального прожиточного минимума населения и их соотношений в Кыргызской Республике за 1998-2005 годы, по данным Нацстаткома



Использование ГМУП в качестве показателя для определения права на ЕЕП существенно снижает адресный характер ЕЕП. Определение величины ГМУП, исходя только из возможностей государственного бюджета при незначительном увеличении числа получателей, приводит к тому, что величина

ЕЕП остается низкой и не решает проблемы бедности. Последнее констатирует то, что определение данной экономической категории не соответствует как содержанию, так и целям и задачам ЕЕП в бюджете бедных семей. Хотя многие исследователи, в числе которых Николас Барр, отмечают, что «объемы социальных выплат должны быть достаточно высоки, чтобы получатели этих благ могли принимать полноценное участие в жизни общества».¹⁷

Основой развития социальной защиты населения в любой стране является экономическое развитие. Устойчивое развитие социальной защиты возможно только при определенном экономическом росте. Кыргызская Республика - аграрная развивающаяся страна и гарантии социальной защиты должны обеспечивать только минимальные социальные стандарты, последние, с учетом уровня экономического роста, должны пересматриваться ежегодно. Следовательно, социально-экономическая политика государства при настоящем социально-экономическом уровне развития республики должна быть направлена, в первую очередь, на приоритетное финансирование социальной защиты населения.

Изучение теоретических аспектов развития демообразующих процессов, как фактора реформирования социальной защиты, показало, что народонаселение, в первую очередь, - явление социальное, или социальное движение народонаселения определяет линию всего движения народонаселения, включая ее пространственную и естественную подвижность, что свидетельствует о закономерности, или «нерасторжимой связи этого движения с общественным процессом производства и общественным развитием в целом».¹⁸ Закономерность зависимости качественных показателей развития демо процессов и воспроизводства населения от социально-экономического развития страны отмечена и в работах профессоров МГУ им. М.В.Ломоносова Валентея Д.И. и Кваши А.Я.¹⁹ Мы разделяем точку зрения профессора Валентея Д.И., что «само развитие народонаселения характеризует систему связей общественного развития с воспроизводством населения, как его подсистемой».²⁰ О прямой зависимости демографических процессов от экономических и социальных факторов отмечал еще в свое время профессор Куркин П.И.: «Оставаясь в сфере действия естественных биологических законов, рождаемость находится в непосредственной и весьма сложной зависимости от влияний социальных, человеческого общежития. То же относится и к смертности населения... Имеются достаточные основания формулировать, что рядом с биологическими законами имеют место

¹⁷ Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. Переходный период и дальнейшее развитие/Под ред. Николаса Барра. – М.: ДИС, 1997. – С.59.

¹⁸ Народонаселение: прошлое, настоящее, будущее/Рук.авт колл. Н.В.Зверева и В.М.Медков. – М.: Мысль, 1987. – С.17.

¹⁹ Основы демографии: Учебник/Под ред.Д.И.Валентея и А.Я.Кваши – М.: Мысль, 1989. – С.46-47.

²⁰ Демография/Современное состояние и перспективы развития: Уч.пос./Под ред. проф. Д.И.Валентея. – М.: Высшая школа, 1997. – С.7.

могущественного воздействия факторы социальной жизни, являющиеся, таким образом, источником социальных законов рождаемости и смертности...».²¹

Следовательно, социальное и экономическое развитие страны связаны между собой своеобразным звеном-механизмом демографического поведения населения.

Анализ демографического развития республики и ее регионов показал, что, несмотря на отдельные позитивные тенденции в демопроцессах, к проблемам, требующим разрешения, относятся смертность населения, особенно младенческая и материнская, относительно низкий уровень средней продолжительности жизни, особенно мужчин в трудоспособном возрасте, и др., зависящие главным образом, как от уровня развития здравоохранения, так и качественного проведения мероприятий по социальной защите населения в области охраны здоровья. Так, в республике, несмотря на увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении (67,7 лет – в 2005 году, в том числе мужчин 63,8 лет и женщин 71,8 лет), сохраняется большой гендерный разрыв в продолжительности жизни (8,0 лет), связанный, в основном, с повышенной мужской смертностью в трудоспособном возрасте, свидетельствующий о более низкой их адаптации к изменяющейся внешней и внутренней среде проживания.

В новых условиях финансирования здравоохранения вся система финансовых расчетов с организациями здравоохранения построена на данных статистических отчетов. Однако, социально-демографическое обследование семей и анализ официальной медицинской статистической отчетности, а также информации для заполнения социальных паспортов малоимущих граждан показали, что они зачастую мало достоверны из-за отдельных субъективных причин. Это вызывает сложности при проведении мероприятий, особенно в области охраны здоровья и социальной защиты населения. Следовательно, проблемы прозрачности и честности при подготовке статистической информации по здравоохранению играют немалую роль при проведении мероприятий по улучшению качества лечения и социальной защиты.

Исследование истории социальной защиты населения за рубежом показало, что возникновение и развитие социального страхования связано с историей общественного развития, с появлением и развитием капитализма в XVII-XVIII веках. Становление социального страхования в странах Запада и Америки можно отнести к XVIII веку. В конце XIX века, с промышленной революцией, в странах Запада в развитии социального обеспечения произошел перелом – начало действовать государственное социальное страхование.

Изучение современной организации социального обеспечения и социального страхования в развитых экономических странах показало, что организационная структура социального страхования в разных странах неодинакова и размер пособий и пенсий в зарубежных странах также различен. Например, в США и Канаде пособия или пенсии получает, в основном, по

²¹ Советская демография за 70 лет. Из истории науки/Отв.ред. член-корр. АН СССР Т.В.Рябушкин. – М.: Наука, 1987. - С.66-67.

степени нуждаемости бедная часть населения; в Британии и Нидерландах, а также отдельных странах Северной Европы размер выплат по социальной защите одинаков для всех слоев населения; в Бельгии, Германии и Франции размер пособий и пенсий прямо пропорционален перечисленным взносам. Необходимо отметить, что государственная пенсия почти во всех развитых странах подлежит налогообложению.

Детальное исследование опыта социальной защиты и ее трансформации в отдельных экономически развитых странах показало, что проблема реформирования социального обеспечения и социального страхования стоит не только в странах с транзитной экономикой, но и в экономически развитых странах. Однако решение проблем реформирования действующей системы социального обеспечения и социального страхования зависит от отдельных социально-экономических проблем, в числе основных, рост безработицы и демографическое развитие.

Основным аспектом трансформации социальной защиты в развитых зарубежных странах является упор на определение малообеспеченности и конкретной нуждаемости каждого человека, заявляющего на социальную защиту в той или иной форме, т.е. адресность.

Исследование отечественной истории социальной защиты показало, что, несмотря на существенные недостатки данной системы, в числе которых нечеткое определение категорий населения, имеющих право на общественное «призрение», и неясность источника финансирования учреждений попечительства, в Российской империи была создана широкая, дифференцированная и гибкая система государственно-общественного обеспечения, которая постоянно совершенствовалась.

По нашему мнению, главной позитивной особенностью социального страхования советского периода были всеобщий охват рабочих и служащих и выполнение функций по их социальному обеспечению, гарантированному Конституцией СССР. Основным недостатком советской модели социальной защиты населения – утрата страховой формы.

Введение в действие национальных нормативных правовых актов по социальной защите обусловлено кризисным состоянием экономики, резким обнищанием населения, острой ситуацией выплаты пенсий и пособий из-за отрицательной разницы между суммой собираемых страховых взносов в Социальный фонд и суммами финансирования данных выплат, предоставлением льгот в области охраны здоровья и других причин.

Перевод пенсий и пособий на национальную валюту в соответствии с постановлением Комитета Кыргызской Республики «О введении национальной валюты Кыргызской Республики» от 10 мая 1993 года позволил, на наш взгляд, остановить гиперинфляцию пенсий и пособий.

Во второй главе «Государственная поддержка малообеспеченных семей и граждан и альтернативы ее совершенствования в условиях транзитной экономики» рассматриваются проблемы определения прав семей на получение единого социального пособия и единого ежемесячного пособия и его альтернативные критерии, оценка социальной защиты в области

государственной поддержки населения, проблемы правового обеспечения социальной защиты и основные принципы социальной защиты населения в Конвенциях и рекомендациях МОТ. Здесь же рассматриваются проблемы бедности и дается оценка методики определения бедности Нацстаткомом и Минсоцтрудом в целях совершенствования социальной защиты.

Изучение проблем бедности показало, что бедность - социально-экономическая категория и мероприятия, проводимые по ее преодолению, должны проводиться с учетом масштаба их проведения: республика, регион, город, село, семья, граждане; уровня проведения: государство, организация, учреждение, местные сообщества; менталитетом населения, географии расселения, когорты населения и специфики деятельности семьи и граждан.

Исследование методик оценки бедности²² выявило, что официальная оценка бедности Нацстаткомом, дает более объективную оценку ее показателей, более достоверно определяет степень благосостояния домашних хозяйств и уровень бедности населения по республике и ее регионам. Однако данный метод определения благосостояния населения имеет определенные недостатки, в числе которых, занижение уровня потребления домашних хозяйств, использующих часть дохода на приобретение скота, земли, недвижимости и др., в ущерб потреблению продуктов питания, приобретению товаров и услуг в целях экономии собственных денежных средств. Оценка благосостояния семьи и граждан по уровню личного потребления при этом будет некорректной, так как увеличивает долю бедных, тех домашних хозяйств, которые потребляют меньше продуктов питания в целях улучшения благосостояния семьи.

Анализ динамики показателей бедности и крайней бедности, рассчитанный Нацстаткомом, показал высокую долю в отдельных регионах республики (карта 1). Следовательно, социально-экономическая политика государства при настоящем социально-экономическом уровне развития республики должна быть направлена, в первую очередь, на приоритетное финансирование социальной защиты в целях качественного обеспечения гарантий категориям граждан, имеющих право на льготы.

Исследование уровня бедности по методике Минсоцтруда на основе социальных паспортов малообеспеченных семей и граждан показало, что последнее отражает долю бедных семей в общем количестве семей (таблица 1).

Позитивной стороной методики Минсоцтруда является то, что показатели социального паспорта дают возможность оценить масштабы бедности как в целом по республике и ее регионам, так и в районах, в айыл окмоту, в каждом населенном пункте и конкретной семье.

Сравнение методик определения бедности Минсоцтруда и Нацстаткома выявило отдельные позитивные стороны социального паспорта малоимущих семей. В число основных можно включить то, что здесь имеется меньше

²² Могилевский Р.И., Ибрагимова Ш.М. Сравнительный анализ методик оценки масштабов бедности, используемые в Кыргызстане. – Бишкек, 2004. – 23 с.

показателей против показателей расходов или потребления, учитываемые Нацстаткомом, и более прост метод определения среднедушевого дохода семьи (далее - СДС). Однако, как показало изучение практики применения социального паспорта малоимущих семей и граждан, на уровне айыл окмоту существует только бумажный носитель информации, что исключает достоверность выходной информации при создании областными управлениями социальной защиты электронной базы данных.

Таблица 1.

Уровень бедности в Кыргызской Республике и ее регионах,
по данным социального паспорта малообеспеченных семей (на начало года)

Регионы	Общее количество семей, тыс. семей		Обследовано с применением социальных паспортов				Количество бедных семей (со среднедушевым доходом до 600 сом. в месяц)			
	2004	2005	тыс. семей		% от населения		тыс. семей		% от населения	
			2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Кыргызская Республика	1 112,0	1218,6	630,4	455,9	56,7	37,4	428,5	298,8	38,5	24,5
Бишкек	226,1	230,6	36,5	29,3	16,1	12,7	31,8	17,5	14,1	7,6
Ош		72,6		4,7		6,5		3,7		5,1
Чуйская	184,9	215,1	31,6	42,7	17,1	19,9	25,6	24,7	13,8	11,5
Иссык-Кульская	90,3	105,0	89,4	32,8	99,0	31,3	27,1	19,5	30,0	18,6
Нарынская	62	63,9	62	26,4	100,0	41,2	53,5	24,7	86,3	38,6
Таласская	43	44,8	42,7	14,8	99,3	33,0	16,1	11,6	37,4	25,9
Ошская	227,8	196,0	132,6	131,3	58,2	67,0	131,3	116,2	57,6	59,3
Баткенская	88,7	92,2	53,4	92,2	60,2	100,0	52,6	46,1	59,3	50,0
Джалал-Абадская	189,2	198,2	182,2	79,6	96,3	40,2	90,5	34,8	47,8	17,6

Изучение действующей системы назначения ЕЕП и специального анкетного обследования, проведенного Минсоцтрудом в 2005 году в 40 сельских районах республики с охватом 1200 семей, показало необходимость дальнейшего совершенствования методологии определения нуждаемости семьи и граждан путем обязательного введения в учет СДС дохода от живности, в целях определения материального обеспечения семьи и оптимизации численности получателей ЕЕП. По экспертным оценкам Минсоцтруда, при использовании нормативов доходов от сельскохозяйственных животных численность получателей ЕЕП может сократиться на 16,7%, а годовая потребная сумма на 21%, или порядка на 90 млн сомов. Высвобожденные средства могут быть направлены на отдельные программы социальной защиты.

Ожидаемый рост числа получателей пособий в связи с увеличением размера ГМУП в 2006 году даст определенную нагрузку на государственный бюджет и, по экспертным оценкам Минсоцтруда, дополнительно потребуется при росте ГМУП с 140 до 175 сомов, 132 млн сомов в расчете на год, что подтверждает еще раз необходимость изменения методологии расчета доходов граждан и семей для определения права на ЕЕП.

Проблемой выплат ЕЕП остается и ее задержка, основной причиной которой является некорректный механизм расчета расходной части бюджета на государственную поддержку на предстоящий период, так как определяются расходы на базовую численность получателей пособий. Так, 1.01.2005 года задолженность составляла 97,1 млн сомов (1,5 месяца). Следовательно, требуется изменение механизма расчета расходной части бюджета на ЕЕП, с учетом экспертной оценки ожидаемой численности получателей пособия.

Основной проблемой, несмотря на динамику повышения уровня ЕСП, остается ее низкий размер (364,7 сомов в 2006 году), не только оказывающий ожидаемый социальный эффект по поддержке бедных, но и не обеспечивающий прожиточный минимум. Кроме того, обеспечение адресности выделяемых на цели социальной защиты ограниченных средств осложняется несовершенством статистики доходов, объективной трудоемкости оценки фактической материальной обеспеченности семей и граждан в условиях распространенной теневой экономики, а также натурального хозяйства, где расчет реальной величины дохода от него практически невозможен. В этих условиях стоит задача дальнейшего структурного реформирования системы социальной защиты путем разработки стратегии социальной защиты и ее исполнения с целью социальной поддержки малоимущих и нетрудоспособных.

При ограниченных экономических возможностях государства, не позволяющих резко увеличить размер государственных пособий, одним из основных аспектов их оптимизации для смягчения бедности населения, особенно проживающих в сельской местности и горных и среднегорных регионах республики, является максимальное повышение адресности, переход на монетизацию льгот и внедрение «единого социального окна».

Анализ государственной поддержки населения в республике по данным Минсоцтруда показал, что пособия выплачиваются и в натуральном выражении, и их доля высокая, к тому же имеет тенденцию к увеличению, что показано ниже:

Показатели	2001	2002	2003	2004	2005
Фактически начислено пособий, млн.сом	498,6	709,0	766,8	737,0	803,4
Задолженность, млн сом	172,6	18,3	11,6	21,8	97,1
Доля задолженности в начисленных средствах, %	34,6	2,6	1,5	2,9	12,1
Выплаты в натуральном выражении, млн сом	108,4	97,9	113,7	176,6	195,0
Доля натуроплаты в начисленных средствах, %	21,7	13,8	14,8	23,9	24,3

На наш взгляд, выплата пособия в натуральной форме является одним из основных недостатков системы социального обеспечения, так как усложняется финансовая система и создается условие для коррупции.

В настоящей главе проведена и диагностика нормативных правовых документов по льготам в области охраны здоровья населения, которая показала, что в социальной защите сохранилась советская система определения права на льготы по категориальному принципу.

Финансирование льгот через Минсоцтруд в республике осуществляется из государственного бюджета. Анализ финансирования льгот показал, что утвержденный бюджет исполняется не в полном объеме (на 31.12.2005 года

профинансировано бюджетных средств на 89,3%), образуя из года в год переходящую задолженность, хотя многие льготы предоставляются по обращаемости граждан.

В области охраны здоровья на 2005 год 57 категорий населения с численностью свыше 516,1 тыс. человек, или 10,1% населения республики против 459,7 тыс. человек, или 9,2% в 2004 году имели право на бесплатное и льготное получение медицинских услуг.

На наш взгляд, ввиду ограниченности средств госбюджета принцип выплаты денежных компенсаций в наличной форме за медикаменты льготным категориям должен измениться: необходимо ввести индивидуальную оценку потребности каждого пациента в получении льгот, в зависимости от дохода семьи, что позволит повысить их адресность.

В целях упорядочения системы предоставляемых льгот, с учетом дохода их получателей, оптимизации использования бюджетных средств, выделяемых на льготное и бесплатное медицинское обслуживание граждан республики, и предоставления качественной медицинской помощи, на наш взгляд, необходимо принятие Закона Кыргызской Республики «О государственных гарантиях медико-санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики», разработанного с участием автора, и переданного на рассмотрение в Жогорку Кенеш Кыргызской Республики в 2002 году, в который включены определяющие права граждан республики на льготное и бесплатное медицинское обслуживание.

Таблица 2.

Анализ динамики бюджета Социального фонда Кыргызской Республики на 1996 - 2005 годы²³

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Доходы - всего, млн сом.	1868,9	2403,3	2584,1	3027,4	3374,7	3895,5	4601,2	5184,8	5812,8	6452,5
<i>в % к ВВП</i>	8,0	7,8	7,6	6,2	5,2	5,3	6,1	6,2	6,2	6,4
I. Страховые взносы, млн сом.	1471,6	1770,1	1980,7	2439,8	2876,8	3218,0	3587,7	3827,3	4344,4	4979,2
- в Пенсионный фонд	1203,2	1472,7	1650,5	2017,2	2432,8	2764,2	3139,7	3425,5	3899,5	4657,1
- в Фонд соцстрахования	202,0	170,0	158,8	186,2	158,5	154,9	153,9	101,6	113,3	62,6
- в Фонд содействия занятости	66,4	86,4	88,6	119,3	147,2	132,3	109,2	101,6	113,3	
- в Фонд ОМС		41,0	82,8	117,1	138,3	166,6	184,9	198,6	218,3	259,5
II. Прочие доходы			0,4	5,8	32,4	86,5	56,6	76,1	103,2	92,8
III. Поступления из республиканского бюджета	397,3	564,0	504,4	489,5	371,8	397,9	839,9	1122,1	1090,0	981,7
<i>в % к ВВП</i>	8,3	7,5	7,8	6,2	5,2	5,3	5,9	5,9	5,8	5,7
Дефицит (-), профицит (+) бюджета	-79,4	90,6	-72,9	0,0	0,0	0,0	146,3	249,9	398,8	790,6

²³ «Об итогах исполнения бюджета Социального фонда Кыргызской Республики за 1996-2005 годы»: постановления Правительства Кыргызской Республики/ADYISER. Энциклопедия Кыргызского Права. Законодательство КР (Социальный фонд).

Методический подход к национальной системе социальной защиты населения должен опираться на Конвенции и рекомендации МОТ, где определяются основы институциональных строений социального и пенсионного обеспечения и социального страхования.

Изучение отдельных публикаций, в частности доклада Генерального директора МОТ Мишеля Хансенна на международной конференции труда, где отмечалась его позиция, совпадающая с нашей, показало, что каждая страна должна иметь свою модель социального страхования населения, учитывающую национальные и социально - экономические возможности. Процесс создания современной системы социального страхования может занять продолжительное время. Однако развивающиеся страны могут пройти данный путь быстрее, чем страны Запада.²⁴ Национальная модель социального страхования, являющейся финансово устойчивой, подтверждает данную концепцию (таблица 2).

Диагностика форм социальной защиты населения, указанных в документах МОТ, показала, что оптимизация социальной защиты населения возможна только при условии принятия международных стандартов, в соответствии с Конвенцией и рекомендациями МОТ, адаптированных к условиям конкретной страны. Конвенции и рекомендации МОТ, направленные на социальную защиту населения не подавляют местные правила, а, наоборот, указывают, что методологические основы и методический подход не должны быть универсальными, а должна быть разработана национальная модель, с учетом социально-экономической ситуации в стране, учитывающая менталитет населения и географию их расселения. Это позволит ускорить процесс реформирования всех видов и форм социальной защиты для снижения нарастающей социальной конфликтности в стране, а также социальной защиты граждан республики, проживающих за рубежом, вынужденных покинуть страну в поисках работы из-за отсутствия рабочих мест или достойной заработной платы, или по политическим мотивам и другим причинам.

В третьей главе «Проблемы и практика управления финансами Социального фонда и сектора здравоохранения» изучена методология управления финансами Социального фонда, политика тарифов страховых взносов в Социальный фонд и ее перспективы, основные направления бюджетной политики и проблемы финансирования здравоохранения, а также финансовые риски реформирования организаций здравоохранения.

В условиях трансформации системы, основной концепцией социальной защиты населения должна быть, прежде всего, защита от неблагоприятных воздействий рыночных отношений. Следовательно, совершенствование системы социального страхования в условиях рыночной экономики должно предусматривать освобождение государственных социальных внебюджетных фондов от несвойственных им выплат, отделение страховых платежей от налогов и другие мероприятия.

²⁴ Социальное страхование и социальная защита: Доклад Генерального директора МОТ Мишеля Хансенна. Международная конференция труда. - М.: МБТ, 1993.

В целях обеспечения развития инвестиционной среды политика формирования страховых взносов в республике направлена на снижение ставки тарифов в Социальный фонд: за 1997-2006 годы ставки тарифов страховых взносов снизились с 39,0% до 29,0%, при этом тариф для работодателей уменьшен с 36,5 до 21,0%, при ее увеличении для работников с 2,5% до 8,0%, или в 3,2 раза (таблица 3).

Таблица 3.

Анализ динамики изменения ставки тарифов страховых взносов в Социальный фонд Кыргызской Республики за 1997-2006 годы,²⁵ %

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 в % к 1997
Всего	39,0	39,0	39,0	38,0	37,0	33,0	33,0	33,0	32,0	29,0	74,4
<i>в том числе:</i>											
работодатель	36,5	34,0	33,0	31,0	29,0	25,0	25,0	25,0	24,0	21,0	57,5
работник	2,5	5,0	6,0	7,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	320,0

В экономически развитых странах ставки тарифов страховых взносов в системах социального страхования несколько выше, чем в республике, и соотношение тарифов складывается в пользу работника, что показано ниже.²⁶

	Страховые взносы–всего, %	работодатель	работник
Австрия	42,3	25,1	17,2
Германия	41,0	21,2	19,8
Греция	43,6	28,2	15,4
Италия	44,6	35,1	9,5
Нидерланды	55,0	29,4	25,6
Франция	51,4	38,9	12,5
Россия	26,9	26,9	0,0

В России ставки тарифов низкие и страховая нагрузка возложена на работодателя, в то время как политика страхования в Кыргызской Республике направлена, наоборот, на увеличение нагрузки на работника в целях увеличения страховой базы. На наш взгляд, возможно, в настоящее время для нас более приемлем опыт России, чем других экономически развитых стран.

Наиболее актуальной задачей в системе управления финансовыми ресурсами в условиях недостатка бюджетных средств остается эффективное управление денежными потоками. Анализ финансового состояния бюджета пенсионного фонда за 1996-2005 годы показал, что кыргызская модель пенсионной системы республики в финансовом плане обеспечила финансовую устойчивость пенсионного фонда с 1999 года (таблица 2). Политика повышения пенсионного возраста, наряду с отменой части льгот по досрочному выходу на пенсию, а также сложившиеся демопроцессы вызвали сокращение численности

²⁵ «О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию за 1997-2006 годы»: Законы Кыргызской Республики/ADYISER. Энциклопедия Кыргызского Права. Законодательство КР (Социальный фонд).

²⁶ Социальный вестник пенсионных и социальных фондов стран СНГ и Балтии. - М., 2005. - С.51.

пенсионеров по возрасту в 2005 году до 388,5 тыс. человек против 450,7 тыс. в 1994 году, или на 14%, что также позволило закрепить финансовую стабильность Социального фонда.

Социальному фонду в дальнейшем, для обеспечения финансовой устойчивости пенсионного фонда, в условиях вступления в пенсионный возраст лиц, рожденных в послевоенные годы, с уровнем рождаемости в 2-3 раза выше военных лет, необходимо достигнутое финансовое равновесие в бюджете пенсионного фонда между принятыми обязательствами и поступлением доходов поддерживать эффективным администрированием. Однако для усиления мотивации граждан в участии дальнейшего увеличения страховой базы пенсионного фонда требуется совершенствование регулятивной базы пенсионной системы, так как политика приоритетной поддержки пенсий низких размеров через дифференцированные коэффициенты увеличения или индексации базовой части пенсии в пределах 12% среднего размера заработной платы в экономике создает уравнительный принцип солидарности. В названных условиях, структура назначенных пенсий искажается и доля базовой части возрастает, за счет уменьшения доли страховой, отражающей реальное участие пенсионера в системе пенсионного страхования.

Развал СССР вызвал резкое снижение уровня финансирования всех секторов экономики, в том числе, и здравоохранения. Расходы экономически развитых стран на здравоохранение,²⁷ в среднем, составляют 6-7% от ВВП, а в реальном выражении до 13%, в то время как в республике – соответственно, в 2006 году 2,4% (в 1990 году –3,7%). Расходы на здравоохранение, в расчете на душу населения, в данных странах колеблются от 4631 долл. США до 1664 (Финляндия), против 9,3 долл. США в Кыргызской Республике.

Разноканальность прохождения средств государственного бюджета и ОМС создавала трудности и увеличивала организационные расходы на их обслуживание. Последнее создало громоздкие параллельные системы учета и отчетности организаций здравоохранения. Недостаток финансовых ресурсов (таблица 4) вызвал серьезные проблемы в секторе здравоохранения.

Принципы бесплатного здравоохранения и льгот, предусмотренные законодательством республики, в условиях ограниченности бюджетных ресурсов из-за недостатка финансирования сектора практически не исполнялись. Это вызвало увеличение количества неформальных платежей населения в системе здравоохранения и резко снизило доступность населения к медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности. Так, по данным обследования Всемирной организации здравоохранения и Нацстаткома сумма неформальных выплат составляла в 2001 году порядка миллиарда сомов.²⁸

²⁷ Финансовые аспекты реформирования отраслей социальной сферы. Научные труды. - М.: Институт экономики переходного периода, 2003. – С.10.

²⁸ Концепция реформирования системы финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике на период 2006 года и развития отрасли до 2010 года: постановление ЗС Жогорку Кенеша Кыргызской Республики от 17 июня 2003 года №1220-II.

Таблица 4.

**Анализ динамики изменения расходов на здравоохранение
в Кыргызской Республике за 1990-2006 годы,**

по данным Министерства финансов

Годы	Госбюджет Кыргызской Республики, млн сом.	В том числе: бюджет здравоохранения		Удельный вес расходов на здравоохранение, в % к ВВП	Расходы на одного жителя, сом.
		млн сом.	%		
1990	15,9	1,6	10,1	3,7	0,4
1993	1255,6	137,4	10,9	2,6	31,0
1994	2926,7	418,3	14,3	3,5	94,0
1995	4610,5	627,4	13,6	3,9	138,6
1996	5215,7	739,9	14,2	3,2	161,0
1997	6483,6	977,1	15,1	3,2	209,6
1998	7298,3	962,1	13,2	2,8	203,3
1999	9312,0	1 125,3	12,1	2,3	234,1
2000	11308,2	1 259,9	11,1	1,9	258,8
2001	12255,7	1 379,0	11,3	1,9	281,0
2002	15188,6	1 527,2	10,1	2,0	308,7
2003	16890,6	1 629,9	9,6	1,9	327,0
2004	18841,7	1 925,6	10,2	2,0	382,3
2005	19536,0	2064,4	10,6	2,0	403,2
2006	20478,9	2673,6	11,8	2,4	522,0

Действовавшая система формирования бюджета и финансирования здравоохранения в республике была ориентирована на сеть лечебных организаций и не направлена на социальную защиту. В данных условиях одной из основных составляющих для обеспечения социально-экономической стабильности сектора здравоохранения стала необходимость изменения механизма и принципов бюджетного финансирования.

Ограниченность финансовых средств (таблица 4) способствует сохранению в организациях здравоохранения неформальных выплат за медицинские услуги. При этом принцип доступности к услугам здравоохранения социально-уязвимых групп населения, малообеспеченных и больных тяжелыми и социальными заболеваниями, являющийся одной из основных целей Программы госгарантий, остается недостаточно выполнимым, а, следовательно, реформа здравоохранения, несмотря на положительные отзывы международных экспертов о ее системности и качестве разработки, вызывает отрицательный резонанс отдельных слоев населения, среди политических оппонентов реформы, так как проблема социальной защиты населения, остается нерешенной.

Таким образом, можно констатировать, что проблемы, сдерживающие обеспечение оптимального управления финансовыми ресурсами здравоохранения до конца не были разрешены, в числе основных было двухканальное финансирование организаций здравоохранения, что предопределяло сложность учета и контроля достоверности декларируемых издержек: по бюджетным средствам - постатейная, по средствам ОМС – по фактическому объему оказанных медицинских услуг.

В главе четвертой «Трансформация механизма социальной защиты в области охраны здоровья населения» исследована система Единого плательщика как метод финансирования организаций здравоохранения и механизм ее действия, Программа госгарантий и сооплата медицинских услуг как формы социальной защиты.

Одной из главных задач трансформации системы здравоохранения является социальная защита населения, особенно социально - уязвимых ее слоев, малоимущих и больных социальными и тяжелыми заболеваниями посредством внедрения новых механизмов финансирования медицинских организаций.

Изучение финансовых потоков в системе Единого плательщика показало, что основным достоинством данной системы является осуществление одноканального прохождения средств государственного бюджета и ОМС и функционирование его по территориальному принципу.

Исследование системы Единого плательщика как метода финансирования организаций здравоохранения и механизма ее действия показало, что произошла переориентация финансовых ресурсов с сети медицинских организаций на пациента. Последнее, на наш взгляд, позволит достичь основной цели реформирования финансовой системы здравоохранения – обеспечение доступности граждан республики к качественной медицинской помощи и социальной защиты населения в области охраны здоровья. Основной целью введения минимальных стандартов бюджетного финансирования в систему здравоохранения является оказание социальной защиты через обеспечение равной доступности к медицинским услугам населения всех регионов республики.²⁹ Несмотря на аккумуляцию средств на областном уровне, объемы финансирования здравоохранения регионов республики на душу населения оставались разными, что вызвало необходимость централизации бюджета здравоохранения на республиканском уровне. Такой метод может быть обеспечен только на основе финансирования единых отраслевых минимальных стандартов по видам и уровням оказываемых услуг.

Расходы на здравоохранение с 2006 года определяются в соответствии с минимальными государственными социальными стандартами.

При расчете потребности в бюджетных средствах на обеспечение минимального стандарта предусматривается использование коэффициентов сельских населенных пунктов и малых городов, что обеспечивает, на наш взгляд, социальную защиту медицинского персонала, проживающих в данных поселениях, и оптимизирует их текучесть. Существовавший ранее сельский коэффициент в размере 10% от заработной платы по единой тарифной сетке был низким для решения проблем подвижности медицинского персонала в сельской местности. Введенный дифференцированный сельский коэффициент,

²⁹ О минимальных стандартах бюджетного финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике: постановление Правительства Кыргызской Республики от 1 июля 2005 года № 280.

рассчитанный с учетом степени отдаленности организаций здравоохранения от областного и районного центров, позволит, возможно, разрешить проблемы подвижности кадров в системе здравоохранения.

В силу бюджетных ограничений и невозможности полного единовременного обеспечения финансирования на основе минимального стандарта, Министерство финансов должно проводить политику поэтапности и ежегодно, при формировании проекта государственного бюджета, устанавливать норматив его покрытия на основе прогнозируемых доходов государственного бюджета.

Проведенные экспертные оценки покрытия потребности по минимальным стандартам бюджетного финансирования (далее - МСБФ) за 2005-2006 годы по отраслевым программам, показали ее эффективность против многоуровневой системы финансирования без учета минимальных стандартов, о чем свидетельствуют нижеследующие данные:

Отраслевые программы	Больницы широкого профиля	Группа семейных врачей	Центр семейных врачей	Скорая помощь	Центр госсанэпиднадзора	Туберкулезные больницы
Покрытие потребности по МСБФ в 2005 году, %	61	59	45	37	58	31
Покрытие потребности по МСБФ в 2006 году, %	64	63	48	48	64	45

Переход на нормативный метод формирования государственного бюджета предполагает отказ от постатейной регламентации бюджетного финансирования для организаций здравоохранения.

Эффективность модели распределения бюджетных средств на здравоохранение заключается в справедливости и прозрачности системы определения потребности в бюджетных средствах по вертикали от уровня областей до айыл окмоту; в переориентации бюджетных средств на конечные результаты работы, необходимости финансирования инфраструктуры больниц в расчете на одного больного, получившего лечение, и в создании экономических предпосылок для оптимизации организационной структуры здравоохранения, что позволит, на наш взгляд, резко улучшить качество исполнения Программы госгарантий, направленную на социальную защиту населения.

В пятой главе диссертации «Организационно-структурные преобразования системы здравоохранения в условиях региона» на основе изучения структурных преобразований в секторе здравоохранения определены технология и методика реформирования и реструктуризации, для корректировки данных процессов проведены мониторинг и оценка реформирования и реструктуризации организаций здравоохранения.

Основными целями реструктуризации организаций здравоохранения должны быть адаптация к новым условиям финансирования, вовлечение медицинского персонала в процесс сокращения затрат, оптимизация штатной

численности персонала и коечного фонда, мотивация персонала к повышению качества предоставляемых медицинских услуг и др.

Технология реструктуризации организаций здравоохранения в условиях реформирования должна включать нижеследующие условия, принципы и этапы.

Проведение реструктуризации организаций здравоохранения требует разработки плана реструктуризации и программы их реализации. При этом задачами организаций здравоохранения до проведения реструктуризации должны быть разрешение целого комплекса мероприятий, в числе основных: определение целей развития и критериев их достижения; анализ финансового состояния; анализ структуры затрат организаций здравоохранения с выделением расходов, связанных с содержанием персонала и инфраструктуры - диагностика штатной численности персонала: доля расходов на содержание персонала в стационаре свыше 50-55% и в организациях первичной медико-санитарной помощи - свыше 70-75% свидетельствует о финансовых рисках.

Диагностика результатов реструктуризации организаций здравоохранения, работающих в условиях Единого плательщика, за период 2001-2005 годы показала, что основными условиями, учитываемыми при разработке программы реструктуризации организаций здравоохранения для достижения целей реформы, являются учет отдаленности сельских участковых больниц от центральной районной больницы, уровня транспортных коммуникаций и телефонной связи. Последнее связано с обеспечением доступности населения к медицинским услугам, независимо от географии их расселения, для социальной защиты граждан, проживающих в отдаленных и высокогорных условиях.

К позитивным сторонам реструктуризации организаций здравоохранения можно отнести оптимизацию использования бюджетных средств, урегулирование равномерного поступления средств ОМС, а следовательно, увеличение обращаемости граждан в организации здравоохранения. Например, реструктуризация организаций здравоохранения в Иссык-Кульской области позволила увеличить в структуре общих затрат стационаров расходы на медикаменты и питание с 17% в 2000 году до 30% в 2005 году, при этом в расчете на 1 койко-день пребывания больного в стационаре данный показатель увеличился почти в 3 раза, и составил 59 сомов против 20,2 сома.

Политическая, медико-социологическая и социально-экономическая оценка результатов организационно-структурных преобразований системы здравоохранения Правительством, международными организациями, организациями, вовлеченными в процесс реформирования, медперсоналом, пациентами и исследователями является, на наш взгляд, одним из основных аспектов эффективной реализации социальной защиты в области охраны здоровья.

Изучение материалов социологических обследований и оценки мероприятий системы здравоохранения международными донорами, неправительственными организациями, Министерством здравоохранения и местными экспертами, в числе которых и автор, в целях определения

позитивных и негативных сторон Программы госгарантий и сооплаты медицинских услуг, реструктуризации и других программ, показало, что при продвижении реформы сектора здравоохранения, направленных на социальную защиту, следует учитывать региональные особенности, географию расселения населения, местные социально-экономические условия, демопрцессы и другие факторы, определяющие их эффективность.

Выводы и предложения

Теоретическое, аналитическое и практическое исследование проблемы формирования и реализации национальных моделей социальной защиты населения в условиях трансформации и их оценка позволили сформулировать следующие основные выводы и предложения:

1. Распад СССР и трансформация системы со становлением рыночных отношений в республике обусловили появление новой категории населения «бедные», нуждающихся в экстренной социальной защите. Категория «социальная защита» связана с категорией «уровень жизни» и основным направлением социальной политики государства должно быть регулирование доходов населения.

2. Необходимость социальной защиты населения обусловлена как объективными причинами, связанными с биологическими факторами – возрастом, здоровьем и трудоспособностью, или демопрцессами, так и другими факторами внешней среды (историческими, социально-экономическими, политическими, правовыми, техногенными, географическими и др.). В условиях трансформации системы требуется национальная модель социальной защиты, соответствующая транзитной экономике, при обязательном участии государства с учетом особенностей региона, включая природно-климатические и социально-экономические условия, географию расселения населения, менталитет населения и др., адаптированная к международным стандартам. Социальная защита населения также требует дифференцированного подхода к различным слоям и когортам населения, в зависимости от их трудоспособности; законодательного укрепления экономических, правовых и социальных гарантий.

3. Качественное исполнение мероприятий по социальной защите населения требует при нынешнем социально-экономическом уровне развития республики приоритетного финансирования социального сектора, что разрешит, в свою очередь, и другие острые проблемы, в числе которых проблемы народонаселения.

4. Методический подход к национальной системе социальной защиты населения должен опираться на Конвенции и рекомендации МОТ, где определяются основы институциональных строений социального и пенсионного обеспечения и социального страхования.

5. С переводом МСЭК из Социального фонда в Минсоцтруд и переходом финансирования мероприятий по безработице полностью на государственный бюджет принцип кыргызской модели социального страхования ухудшен: увеличилась численность инвалидов, снизилась страховая база Социального

фонда, усложнилась система финансового менеджмента, обозначилась нагрузка на государственный бюджет. Реформирование социального страхования в целом должно заключаться не в ликвидации базовых институтов социальной защиты, цель которых защита граждан от социальных рисков, в числе которых безработица и болезнь, а в переводе их в условиях ограниченности финансовых средств на смешанную форму страхования, т.е. государственно-страховую.

6. В целях оперативного и качественного проведения мер по социальной защите населения, находящихся в компетенции Минсоцтруда, требуется упрощение процедуры и регламента утверждения нормативов для определения доходов семей.

Методика, основанная на оценке доходного потенциала и уровня доходов, позволит повысить адресность пособий и снизить иждивенческие настроения у получателей ЕЕП. Данный подход при определении СДС установит более высокий и реальный порог назначения ЕЕП, что, наряду с повышением адресности получателей пособия, ограничив их круг только особо нуждающимися, увеличит размер пособия.

7. Оптимизация расходования средств за услуги в системе социальной защиты должна проводиться как с целью разработки механизма контроля, так и гарантировать повышение качества услуг внедрением новой системы оплаты труда, направленное и на сокращение подвижности медицинского персонала; разработку методологии бухгалтерского и финансового учета и отчетности, адаптированной к новой системе формирования доходов и оплаты услуг.

8. Монетизация льгот, т.е. перевод льгот на денежную выплату, позволит снизить трудоемкость процесса обеспечения отдельных категорий населения медикаментами и оптимизировать работу по социальной защите, создав первый этап перехода на «единое социальное окно».

9. Методы официальной оценки бедности Нацстаткома не раскрывают проблему размера и характера бедности. Бедность социально-экономическая категория и мероприятия, проводимые по ее преодолению, должны учитывать масштаб их проведения: республика, регион, город, село, семья, граждане; уровень проведения: государство, организация, учреждение, местные сообщества; менталитет населения, географию расселения, когорты населения: дети, трудоспособное и взрослое население и специфику деятельности семьи и граждан.

10. Политическая, социально-экономическая и географическая синхронизация системы социальной защиты требует совершенствование социального страхования населения с внедрением в практику национальных моделей, соответствующих транзитной экономике с учетом особенностей каждого региона республики.

11. Политика приоритетной поддержки пенсий низких размеров через индексацию базовой ее части и дифференцированные коэффициенты увеличения искажает структуру назначенной пенсии, и доля базовой возрастает за счет уменьшения страховой доли, что не мотивирует повышение прозрачности работодателем фонда заработной платы. Последнее требует совершенствования регулятивной базы пенсионного обеспечения.

Качественное выполнение функции Единого плательщика по реализации Программы госгарантий требует изменения тарифной политики в сторону поэтапного увеличения страховых взносов в Фонд ОМС с 2% до 4%.

12. Поэтапный переход от условно накопительной пенсионной системы к накопительной с сохранением солидарно-распределительной системы с целью социальной защиты низкооплачиваемых работников и установление более приемлемого соотношения размера пенсии и суммы уплаченных страховых взносов высокооплачиваемыми работниками позволит обеспечить более полное поступление страховых взносов от работодателей. Сокращение риска страховой базы Социального фонда позволит снизить инвестирование свободных средств пенсионного фонда наряду с совершенствованием регулятивной базы для снижения невозвратности страховых средств.

13. Одноканальное прохождение средств государственного бюджета и ОМС и функционирование его по территориальному принципу, позволит оптимизировать использование финансовых средств организаций здравоохранения и улучшить социальную защиту населения.

14. Среднесрочный прогноз бюджетного финансирования (ССПБ) должен учитывать приоритетность финансирования здравоохранения для устойчивого продолжения политики социальной защиты малообеспеченных, больных социальными и тяжелыми заболеваниями, а также детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров свыше 75 лет и беременных женщин через Программу госгарантий, что требует формирования годового бюджета сектора с учетом данных проблем.

При определении потребности и норматива бюджетного покрытия минимального стандарта здравоохранения МСБФ должен индексироваться с учетом политики государства в области доходов и заработной платы и покрытия инфляционных потерь.

15. Основными условиями качественного исполнения Программы госгарантий являются оптимизация финансовых средств путем перехода на определение правомочности граждан на бесплатное и льготное получение медицинских услуг с категоричности на адресность с учетом совокупного их дохода на основе социальных паспортов; переход на реабилитационную направленность Программы госгарантий; полное финансовое обеспечение расходов по оплате стационарного и амбулаторного лечения, лекарственного обеспечения больных социальными и тяжелыми заболеваниями, а также наиболее полный охват организаций здравоохранения, оказывающих населению первичную амбулаторно-диагностическую медицинскую помощь и стационарную помощь широкого профиля, системой ОМС.

III. Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Мейманалиев Т.С., Учкемпирова Р.М., О.Догерти Шила, Саякбаева А.А. и др. Сборник нормативно-методических документов по финансированию учреждений здравоохранения в системе «Единого плательщика». Т.1-2.–

- Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Министерство финансов Кыргызской Республики, 2002. – 236 с.
2. Менеджмент социального обеспечения и социального страхования населения/Под общей ред. А.А.Саякбаевой. Учебник. – Бишкек: КНУ им.Ж.Баласагына, 2004. – 321 с.
 3. Менеджмент социального обеспечения и социального страхования населения/Под общей ред. А.А.Саякбаевой. Учебник. – Бишкек: КНУ им.Ж.Баласагына, 2005. – 323 с.
 4. Саякбаева А.А. Социальная защита населения/Теория, практика, проблемы и решения//Монография. – Бишкек: КНУ им.Ж.Баласагына, 2006. – 225 с.

Концепции, комплексные программы, схемы, сборник, научные статьи и др.:

5. Чернова Е.П., Саякбаева А., Иманкалыкова А. Эмгек тартибин жогорулатуу жана кадрлардын туруктуулугу. – Фрунзе: Кыргызстан, 1981. – 82 с.
6. Оторбаев К.О., Кумсков В.И., Саякбаева А.А. и др. Концепция развития и размещения производительных сил Кыргызской ССР на период до 2000 года. – Фрунзе: Госплан Кирг. ССР, НИИЭМП Госплана Кирг.ССР, 1982. - 59с.
7. Чернова Е.П., Фомина Л.А., Саякбаева А.А. Комплексная программа НТП СССР на 1986-2005 годы (по пятилеткам). Региональный раздел 4.7. Население и трудовые ресурсы. – М.: АН СССР, Госкомитет по науке и технике, 1983.
8. Саякбаева А.А. Схема развития и размещения производительных сил Кыргызской ССР на период до 2000 года, т.1. Раздел 3.1. Население и трудовые ресурсы. Раздел 7.1. Распределение и использование трудовых ресурсов. – Москва-Фрунзе: СОПС при Госплане СССР, НИИЭМП Госплана Кирг.ССР, 1984.
9. Саякбаева А.А. Формирование и использование трудовых ресурсов Кыргызской ССР//Улучшение использования трудовых ресурсов в трудообеспеченных регионах. – М.: Госкомтруд СССР, Госплан СССР, 1984. – С.153-161.
10. Саякбаева А.А. Научные основы комплексного использования природных ресурсов и развития производительных сил в Иссык-Кульской области и районах Чуйской долины (т.6). Раздел 1.1.2. Население и трудовые ресурсы; Раздел 1У. Расселение населения. – М.: СОПС при Госплане СССР, 1986.
11. Кумсков В.И., Саякбаева А.А. и др. Рекомендации по рациональному использованию трудовых ресурсов Средней Азии и Южного Казахстана на период до 2005 года. – Москва-Фрунзе: СОПС при Госплане СССР, НИИЭМП Госплана Кирг ССР, 1986/Госрегистрация 0186.0 072340; - 0287.047656. – 250 с.
12. Оторбаев К.О., Термечиков А.Дж., Кумсков В.И., Саякбаева А.А. и др. Концепция развития и размещения производительных сил Кыргызской ССР на период до 2005-2010 годов. –Фрунзе: 1986, Госплан Кирг.ССР, НИИЭМП Госплана Кирг.ССР. – 72 с.

13. Саякбаева А.А. Проблемы вовлечения в общественное производство Киргизской ССР женщин//Пути рационального использования трудовых ресурсов Средней Азии и Казахстана. – М.: СОПС при Госплане СССР, 1986. – С.107-108.
14. Саякбаева А.А. Некоторые проблемы использования трудовых ресурсов непродуцированной сферы//Формирование и использование трудовых ресурсов Киргизской ССР. – Фрунзе: ИЛИМ, 1987. – С.55-58.
15. Саякбаева А.А. Научные основы комплексного использования природных ресурсов и развития производительных сил в Иссык-Кульской области и районах Чуйской долины (т.6). Раздел 1.1.2. Население и трудовые ресурсы. Раздел IV. – Москва - Фрунзе: ИЛИМ, СОПС при Госплане СССР, 1987. – С.23-27.
16. Саякбаева А.А. Демографическое развитие и занятость трудовых ресурсов в Киргизской ССР в перспективе//О мерах по реализации Концепции развития и размещения производительных сил Киргизской ССР на период до 2005-2010 годов: Материалы республиканской научно-практической конференции. - Фрунзе: Госплан Киргизской ССР, НИИЭМП Госплана Кирг.ССР, ИЭ АН Кирг.ССР, 1988. – С.66-70.
17. Саякбаева А.А. Схема развития и размещения производительных сил Киргизской ССР на период до 2000 года. Раздел. Трудовые ресурсы Киргизской ССР и их использование, т.У. – Москва-Фрунзе: СОПС при Госплане СССР, НИИЭМП Госплана Кирг.ССР, 1989.
18. Кумсков В.И., Саякбаева А.А. и др. Узловые проблемы развития производительных сил Средней Азии и Казахстана на период до 2010 года. Разработка предложений по рациональному использованию трудовых ресурсов Киргизской ССР с учетом новых условий хозяйствования и региональных особенностей развития производительных сил на период до 2010 с выделением XIII пятилетки. - Фрунзе: НИИЭМП Госплана Кирг.ССР/№ Госрегистрации 0 289.0 0 63740. – 300с.
19. Термечиков А.Дж., Кумсков В.И., Саякбаева А.А. и др. Прогноз развития производительных сил республик Средней Азии и Южного Казахстана. Схема комплексного использования и охраны водных ресурсов бассейнов Аральского моря (Раздел Киргизская ССР). – Фрунзе: КиргизИНТИ, 1989. - 150с.
20. Термечиков А.Дж., Кумсков В.И., Сыдыков К.С., Саякбаева А.А. и др. Концепция экономического и социального развития республики Кыргызстан на 1991-1995 годы и на период до 2010 года. – Фрунзе: ИЛИМ, 1989. – 61с.
21. Саякбаева А.А. Экономические и социальные проблемы формирования Иссык-Кульско-Чуйской ТПК. Раздел. Население и трудовые ресурсы. – Фрунзе: Госплан Кирг.ССР, 1990.
22. Учкempiрова Р.М., Саякбаева А.А. Национальная программа «Аялзат» на 1996-2000 годы. Отраслевой раздел: Социальное обеспечение и социальное страхование. (ПП КР от 25.11.1996 года).
23. Учкempiрова Р.М., Саякбаева А.А. Правительственная программа «Ардагер». Отраслевой раздел: Социальное обеспечение и социальное

- страхование. «О программе мероприятий по проведению Года пожилых людей» (ПП КР от 16.04.1997 г. № 229; ПП от 7.11.1997г. №650).
24. Учкемпирова Р.М., Саякбаева А.А. Национальная программа по преодолению бедности в Кыргызской Республике «Аракет». Отраслевой раздел: Социальное обеспечение и социальное страхование. (УП КР от 11.02.1998г., №34).
 25. Учкемпирова Р.М., Есеналиева С.Дж., Саякбаева А.А. и др. Сборник нормативных документов по государственному пенсионному социальному страхованию. Выпуск №3. – Бишкек: Социальный фонд, 1998. – 142с.
 26. Учкемпирова Р.М., Саякбаева А.А. Годовой отчет по выполнению Национальной программы по преодолению бедности в Кыргызской Республике «Аракет». – Бишкек: Социальный фонд, 1998. – С.47-50.
 27. Учкемпирова Р.М., Есеналиева С.Дж., Саякбаева А.А. и др. Опыт реформирования пенсионной системы//Транзитная экономика. - Алматы, 2000. – С.44-82.
 28. Саякбаева А.А. Социально-демографические аспекты развития Кыргызской Республики и ее регионов//Статистика на рубеже XXI века: Материалы научно-практической конференции. - Бишкек: Нацстатком Кыргызской Республики, Институт статистических исследований, 2000. – С.122-126.
 29. Саякбаева А.А. Реформа здравоохранения и медицинское здравоохранение//Статистика и общество: Материалы международной научно-практической конференции. - Бишкек: Нацстатком Кыргызской Республики, Институт статистических исследований, 2001. – С.180-185.
 30. Саякбаева А.А., Болот Таалайбек. Социально-экономические аспекты миграционной политики, политики беженцев, переселенцев и их социальная защита//Статистика на рубеже XXI века: Материалы научно-практической конференции – Бишкек: Нацстатком Кыргызской Республики, Институт статистических исследований, Бишкек, 2000. – С.127-135.
 31. Саякбаева А.А., Саякбаев Т.Ж. Основные аспекты налогового кодекса Кыргызской Республики//Статистика и общество: Материалы международной научно-практической конференции. - Бишкек: Нацстатком Кыргызской Республики, Институт статистических исследований, 2001. – С.150-154.
 32. Саякбаева А.А., Насырова Ф.Б., Болот Таалайбек. Медицинское страхование как форма социальной защиты населения//Статистика и общество: Материалы международной научно-практической конференции. – Бишкек: Нацстатком Кыргызской Республики, Институт статистических исследований, 2001. – С.186-191.
 33. Учкемпирова Р.М., Есеналиева, Коркоцкая Э.Н., Саякбаева А.А. Реформа социального страхования в Кыргызской Республике//Общество и экономика. - М.: Российская академия наук, 2001, №3-4. – С.170-182.
 34. Саякбаева А.А., Болот Таалайбек, Маниева Ч. Модели трансформации системы социального обеспечения и социального страхования в экономически развитых странах//Проблемы реализации КОР Кыргызской Республики. – Бишкек: Национальная академия наук, Центр экономических

- исследований, КНУ им.Ж.Баласагына, Министерство финансов, Центр экономических и социальных реформ, 2002. – С.108-110.
35. Саякбаева А.А., Акылбекова Н.И. Демографическое развитие и пенсионное обеспечение в Великобритании//Материалы международной научно-практической конференции. Бишкек: Министерство образования, КАУ им. К.И.Скрябина, 2002. – С.271-274.
 36. Саякбаева А.А. Социально-демографическое развитие и Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью//Экономика и государственность. – Бишкек: КНУ им.Ж.Баласагына, Центр экономики и управления, 2003. – С. 242-246.
 37. Акылбекова Н.И., Саякбаева А.А. Некоторые аспекты развития детей раннего возраста и репродуктивное поведение женщин в условиях трансформации экономики Кыргызской Республики//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2003. – С.272-276.
 38. Саякбаева А.А., Болот Таалайбек. Социально-экономическое развитие КР и проблемы социальной защиты населения//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2003. – С.334-338.
 39. Саякбаева А.А., Рыскельдиева А. Отдельные аспекты реформирования финансовой системы здравоохранения Кыргызской//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2003.- С.338-342.
 40. Саякбаева А.А., Рыскельдиева А. Актуальные аспекты социального страхования населения в Кыргызской Республике и Программа государственных гарантий//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2003. – С. 14-19.
 41. Саякбаева А.А. Проблемы развития здравоохранения и методика формирования новой модели социальной защиты в Кыргызской Республике//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. Бишкек: КНУ, 2005. – С.127-132.
 42. Саякбаева А.А. О Программе государственных гарантий по обеспечению медико-санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики на 2005 год//Бюллетень ГСВ № 1. – Бишкек: Ассоциация групп семейных врачей, 2005. – С.2-3.
 43. Саякбаева А.А. Теоретико-методологические и правовые аспекты социальной защиты населения//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2005. – С.47-52.
 44. Саякбаева А.А. Реформа здравоохранения//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2005. – С. 25-31.
 45. Саякбаева А.А., Турсунбаев У. Медико-социологическая диагностика оценки медперсонала по реформе системы здравоохранения Кыргызской Республики (на примере Нарынской области//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2005. – С.194-200.
 46. Саякбаева А.А., Мария Таалайбек. Проблемы и генеральные тенденции современной демографической ситуации в Кыргызской Республике как

- альтернативы социальной защиты населения//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2005. – С.35-40.
- 47.Саякбаева А.А. Альтернативы реформирования социального страхования населения в Кыргызской Республике: развитие новых тенденций в народонаселении//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2005. – С.23-27.
- 48.Саякбаева А.А., Рыскельдиева А. Опыт реформирования финансовой системы здравоохранения в Кыргызской Республике, основанной на принципах социального страхования//Социальный вестник пенсионных и социальных фондов стран СНГ и Балтии. - М.: Социальное и пенсионное страхование, 2006, №1-2 (23-24). – С.88-92.
- 49.Саякбаева А.А. Проблемы формирования и реализации национальных моделей социальной защиты населения в Кыргызской Республике//Вестник КНУ им.Ж.Баласагына. – Бишкек: КНУ, 2006. – С.237-243.

Резюме

Саякбаева Айганыш Апышевна

Проблемы формирования и реализации социальной защиты населения в Кыргызской Республике

08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

08.00.05 - Экономика и управление народным хозяйством (макроэкономика)

Ключевые слова. Социальная защита, государственный бюджет, социальное обеспечение, пенсионное обеспечение, социальное страхование, медицинское страхование, Единый плательщик, Программа государственных гарантий, сооплата, средняя стоимость пролеченного случая, минимальный стандарт бюджетного финансирования, тарифы страховых взносов, совокупный доход, бедность, государственное пособие, социальный паспорт, малообеспеченная семья, демографический процесс.

Объектом исследования являются практика и методологические и методические проблемы формирования и реализации социальной защиты населения в области государственной поддержки малообеспеченных семей и охраны здоровья населения, и определение их финансовых и социальных результатов.

Предметом исследования являются проблемы формирования и реализации национальных моделей социальной защиты населения в Кыргызской Республике и пути их решения.

Теоретической и методологической основой исследования явились нормативные документы и законодательные акты, указы Президента, постановления Правительства по актуальным вопросам социальной защиты населения, работы отечественных и зарубежных ученых и экономистов по исследуемой проблеме.

Полученные результаты, их новизна и область применения. Впервые представлен научный и практический аспект социальной защиты в области

государственной поддержки и охраны здоровья; теоретически обоснована и сформулирована научная трактовка категорий «социальная защита» и «социальное страхование»; определены роль социально-экономического и демографического развития, Конвенций и рекомендаций МОТ в реформировании социальной защиты; констатирована необходимость модели социальной защиты с учетом экономических возможностей и социально-политической ситуации в стране, менталитета населения, географии расселения, демо процессов, опыта зарубежных стран и истории развития социальной защиты; обоснована необходимость включения в СД малоимущих семей доходов от сельскохозяйственной живности и движимого и недвижимого имущества, рекомендации представлены в Минсоцтруд. Раскрыта особенность формирования финансовой и тарифной политики Социального фонда и даны рекомендации по их совершенствованию. Обоснована система Единого плательщика в здравоохранении; разработаны и реализуются с 2006 года, с участием автора, методика определения минимальных стандартов бюджетного финансирования здравоохранения, утвержденная постановлением Правительства; разработана и реализована с участием автора в виде постановления Правительства Программа госгарантий (2001-2006 годы), а также методика расчета стоимости Программы госгарантий, порядок лекообеспечения больных социальными и тяжелыми заболеваниями, расчет его стоимости, используемые Фондом ОМС при определении средней стоимости оплаты медицинских услуг. Рассмотрены впервые в научной практике Программа госгарантий и сооплата населения как формы социальной защиты.

Резюме

Саякбаева Айганыш Апышевна

Кыргыз Республикасында калкты социалдык коргоону уюштуруу жана ишке ашыруу проблемалары

08.00.10 – Финансы, акча жүгүртүү жана кредит.

08.00.05 – Экономика жана эл чарбасын башкаруу (макрэкономика)

Негизги сөздөр. Социалдык коргоо, мамлекеттик бюджет, социалдык жана пенсиялык камсыздоо, социалдык жана медициналык камсыздандыруу, Бирдиктүү төлөөчү, Мамлекеттик гарантиялар программасы, кошо төлөө, дарыланган учурдун орточо наркы, бюджеттик каржылоонун минимум стандарты, камсыздандыруу взносторунун тарифтери, жалпы киреше, мамлекеттик пособие, социалдык паспорт, керектөөнүн мамлекеттик минимум денгээли, демографиялык процесс.

Изилдөөнүн объектиси. Изилдөөнүн объектиси болуп аз камсыз үй-бүлөлөрдү мамлекеттик колдоо жана калктын саламаттыгын сактоо тармагында калкты социалдык коргоону уюштуруу жана ишке ашыруу практикасы жана методологиялык жана методикалык проблемалары жана алардын финансылык жана социалдык натыйжаларын аныктоо болуп эсептелет.

Иштин максаты. Калкты социалдык коргоонун улуттук моделдерин реформалоонун шарттарын жана проблемаларын негиздөө жана мониторинг

жана баалоо жолу менен аларды өркүндөтүүнүн альтернативаларын иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн методу. Изилдөөдө эксперттик баа берүү, салыштырмалуу талдоо, топторго бөлүштүрүү, комплекстүү баа берүү методдору, социологиялык методдор жана башка илимий статистикалык методдор колдонулду.

Алынган натыйжалар алардын жаңылыгы жана колдонуу чөйрөсү. Мамлекеттик колдоо көрсөтүү жана саламаттык сактоо тармагында социалдык колдоонун илимий жана практикалык жактары биринчи жолу чагылдырылды; социалдык коргоо жана социалдык камсыздандыруу категориялары теориялык жактан негизделди жана илимий түшүндүрмө берилди; социалдык экономикалык өнүгүүнүн, демографиялык процесстердин, конвенциялардын, Эл аралык эмгек уюмунун социалдык коргоону реформалоо боюнча сунуштарынын ролдору аныкталды; өлкөдөгү экономикалык мүмкүнчүлүктөрдү жана социалдык саясий кырдаалды, элдин менталитетин, жайгашуу географиясын, демографиялык өнүгүүнү, прогрессивдүү чет мамлекеттердин тажрыйбасын жана социалдык коргоону өнүктүрүүнүн тарыхын эске алуу менен социалдык коргоо моделинин зарылдыгы белгиленди; айыл чарбалык жаныбарлардан, кыймылдуу жана кыймылсыз мүлктөн түшүүчү кирешелерди аз камсыз үй-бүлөлөрдүн биргелешкен кирешесине киргизүү зарылдыгы негизделди, рекомендациялар Эмгексоцминге берилди. Социалдык фонддо финансылык жана тарифтик саясаттарды түзүүнүн өзгөчөлүктөрү ачылды жана аларды өркүндөтүү боюнча сунуштар берилди. Саламаттык сактоодо Бирдиктүү төлөөчү системасы негизделди; 2006-жылдан бери саламаттык сактоону бюджеттик каржылоонун минимум стандарттарын аныктоонун КР Өкмөтүнүн токтому менен бекитилген методикасы ишке ашырылып жатат; автордун катышуусу менен КР Өкмөтүнүн токтому түрүндө Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардамы менен камсыздоо боюнча мамлекеттик гарантиялар программасы (2001-2006ж.), ошондой эле Мамлекеттик гарантиялар программасынын наркын эсептөөнүн методикасы, Саламаттык сактоо министрлигинин ММКФ медициналык кызматтарга кошо төлөөнүн акысын эсептөөдө пайдаланып жаткан социалдык жана катуу оорулуу сырскоолорду дарылык камсыздоонун тартиби жана баалары иштелип чыкты жана турмушка ашырылды. Мамлекеттик гарантиялар жана калктын кошо төлөөсү программасы социалдык коргоонун формасы катары илимий практикада биринчи жолу каралды.

Resume
Sayakbaeva Aiganysh Apyshevna
The problems of forming and realization of social protection
For population of Kyrgyz Republic
08.00.10 – Finance, currency and credit
08.00.05 – Economy and Management of National Economy (macroeconomy)

Key words: Social protection, state budget, social security, provision of pensions, social insurance, medical insurance, unified payer, the state guarantee program, additional payment, average cost of treated cases, minimal standard of budgeting finance, tariffs of social fees, joint income, social guarantees, poverty, welfare payment, common monthly benefit, social passport, state floor of consumption, not sufficiently provided family, legal standard act, demography process.

Subject of inquiry is the practice and methodological and systematical problems of forming and realization of social protection of the population. In the area of state support for poor family and health protection of population and definition of they're financial and social results.

Subject of research is the problems of forming and realization of national models of social protection of the population in Kyrgyz Republic along with its ways of determination.

The theoretical and methodical bases of the work are the normative and legislative acts, the president's decrees and government regulations on topical questions of social protection of the population. As well as the work of domestic and foreign scientists and economists used on this subject.

Obtained results its novelty and field of application. For the first time the scientific and practical aspect of social protection is presented in the area of state support and protection of health. Scientific interpretation of social protection and social insurance categories are proved and formulated. Determined the role of social-economic development, demographic processes, conventions and recommendations of International Labour Organization in reforming of social protection; established need of model of social protection with consideration of economic potential and social political situation in the country, mentality of population, the geographical settling, demographic development. The progressive experience of foreign countries and history of development of social protection are identified. The need for inclusion into General Income of poor families profits from agricultural poultry and movable and immovable property is proved, the recommendations are presented in the Ministry of Social Protection and Labour. The particular features of forming financial and tariff policy in Social fund are revealed and recommendations for its improving are presented. The System of Single payer in public health is proved. Methodology of determination of minimal standards for budgeting and finance of public health approved by government regulation of Kyrgyz Republic is developed and has been realizing from 2006 with the participation of the author. Program of State Guarantees on ensuring the citizens of Kyrgyz Republic with medico-sanitary support (2001-2006), as well as the calculation method of value of state guarantees, order and cost

of medical provision for the socially and serious illness used by the Fond of Obligatory Medical Insurance of Public Health Ministry in calculation of the price for medical services is developed and being realized with author participation. For the first time in scientifically practice the Program of State guarantees and additional payment as a form of social protection is considered.

**Карта 1. Уровень бедности и крайней бедности населения регионов Кыргызской Республики,
по данным Нацстаткома**

Кыргызская Республика

Уровень бедности, всего - **43,1%** (высокогорные районы – 63,8%; среднегорные районы – 51,0%;
равнинные районы – 39%), в том числе детей - **52,0%**

Уровень крайней бедности, всего – **11,1%** (высокогорные районы – 20,5%; среднегорные районы – 8,5%; равнинные
районы – 10,3%), в том числе детей – **14,8%**

