



## Информационный обзор №1

### Мобилизация средств для здравоохранения в Кыргызстане

#### 1. Источники финансирования

В Кыргызстане, средства здравоохранения мобилизуются из трех основных источников: поступления от общего налогообложения, отчисления из фонда оплаты труда и наличные выплаты «из-кармана» пациента. В 2001, поступления от общего налогообложения составили 45% от общих поступлений здравоохранения, отчисления из фонда оплаты труда - 4%, а наличные выплаты составили 51%.

- **Поступления от общего налогообложения.** Поступления от общего налогообложения формируются из республиканских и местных налогов. Средства от республиканских налогов в основном идут на финансирование республиканских учреждений, расположенных в основном в г.Бишкек. Средства от местных налогов – это налоги областного, районного и городского уровней. С введением системы единого плательщика, местные налоги объединяются в областные фонды медицинского страхования и распределяются между областными, районными и городскими учреждениями (См. Информационный обзор №2).
- **Отчисления из фонда оплаты труда.** Отчисление на медицинское страхование с фонда оплаты труда было введено в Кыргызстане в 1997 году вместе с созданием Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС) в рамках системы обязательного медицинского страхования. Взносы на медицинское страхование составляет 2% для работающих, и отчисляется с фонда заработной платы работодателями. Фермеры, работающие на собственной земле, обязаны выплачивать сумму в размере 5% от земельного налога в качестве взноса на медицинское страхование. В 2000 году охват страхованием намного расширился, в программу были включены дети до 16 лет и получатели социальных пособий, которые финансируются из республиканского бюджета путем прямых перечислений в ФОМС. А также с 2004 года республиканский

бюджет начал осуществлять перечисления за пенсионеров посредством прямых трансфертов в ФОМС.

- **Наличные выплаты «из-кармана» пациента.** Наличные выплаты - это взносы, которые делаются непосредственно населением во время оказания им медицинских услуг. Наличные выплаты могут быть официальными или неофициальными, обе формы существуют в Кыргызстане в настоящий момент. Официальная сооплата введена вместе с внедрением системы единого плательщика. (См. Информационный обзор №2 и №3). Сооплата вносится (а) за специализированную амбулаторную помощь в Центрах Семейной Медицины и Амбулаторно-Диагностических Отделениях; а также (б) за стационарную помощь в больницах.

#### 2. Уровень мобилизации ресурсов

**Общие расходы здравоохранения.** 2001 год является годом, для которого имеется полная картина мобилизации средств, в связи с тем, что данные о наличных расходах не собирались постоянной основе. В 2001 году, в Кыргызстане расходы на здравоохранение составили 4% от ВВП. В расчете на душу населения - это 596 сомов или 12.3 долларов.

Таблица 1. Общие расходы здравоохранения, 2001

Расходы здравоохранения как % от ВВП	% ВВП	
Бюджет	1.78%	
ФОМС	0.16%	
Частные наличные расходы	2.05%	
Общие расходы здравоохранения	4.00%	
Расходы здравоохранения на душу населения	Сомы	Доллары
Бюджет	265.8	\$5.5
ФОМС	24.3	\$0.5
Частные наличные расходы (официальные + неофициальные)	305.6	\$6.3
Итого	595.7	\$12.3
Процент общих расходов здр-ия	% от общего	
Бюджет	44.6%	
ФОМС	4.1%	
Частные наличные расходы	51.3%	

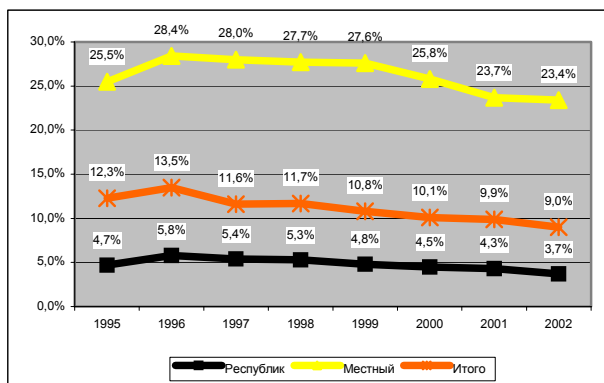


Общие расходы здравоохранения проследить в динамике сложно, так как нет достоверных данных по оценке частных расходов до 2000 года. Хотя, некоторые индикативные данные указывают на то, что частные расходы в 1997х годах, были намного выше (более 50% от общих расходов на здравоохранение), чем в 2001. Как описано ниже, сокращение государственных расходов на здравоохранение приходится на те же года. Таким образом, если даже мы не в состоянии продемонстрировать точные данные, мы можем предположить, что общие расходы на здравоохранение стали снижаться с середины 1990х.

**Государственные расходы на здравоохранение.** Можно точно утверждать, что уровень государственных расходов на здравоохранение снижается. В 1995 году в Кыргызстане выделялось 3.96% от ВВП на здравоохранение, этот процент сократился до 2.19% к 2002 году.

Иначе говоря, сектор здравоохранения имеет все меньшую и меньшую долю в общих государственных расходах. На Рисунке 2 приведен пример расходов здравоохранения в процентах от общих расходов госбюджета в период между 1995 и 2002 годами. На нем показано, что государственные расходы на здравоохранение составили 12.2% от общих государственных расходов в 1995 году и снизились до 9.0% к 2002 году.

**Таблица 2. Государственные расходы на здравоохранение в % от общих расходов госбюджета**



Источник: Центральное Казначейство КР при Министерстве финансов КР (ЦК КР при МФ), Фонд Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС), Национальный Статистический Комитет (НСК).

Одной из причин снижения государственного финансирования, на которую часто ссылаются, является сильное макро-экономическое давление, под которым находился Кыргызстан, реанимируя экономику и выполняя обязательства перед международными финансовыми институтами. Хотя, это и объясняет причину снижения общего уровня государственных расходов, это не объясняет почему доля сектора здравоохранения в общих государственных расходах сокращается.

### 3. Вопросы политики

**В пределах имеющегося финансирования, функционирование системы здравоохранения может подвергаться риску, при продолжающемся снижении расходов здравоохранения. Дальнейшее снижение расходов на здравоохранение, несомненно, окажет негативное влияние на здоровье населения, повысит уровень бедности, и таким образом помешает достижению целей социального и экономического развития страны.** Снижение государственных расходов, имевшее место в предыдущие годы, достигает критических уровней. С государственными расходами на уровне ниже 2% от ВВП, Кыргызстан теперь относится к странам с самыми низкими расходами среди государств с переходной экономикой.

■ Сокращение государственного финансирования здравоохранения приведет к снижению доступности к медицинской помощи. Многие заболевания, оставаясь не вылеченными, приводят в итоге к снижению продуктивности рабочей силы, а также успеваемости детей в школе, что ведет к долгосрочному негативному экономическому и социальному воздействию. Например, сокращение финансирования может привести к увеличению случаев гипертонической болезни, что в свою очередь приведет к увеличению инсультов и сердечных приступов у мужчин и женщин в наиболее трудоспособном возрасте. В результате, экономика теряет наиболее продуктивных работников, а семьи теряют основных кормильцев, создавая повышенный риск обеднения. Существует много примеров, когда инвестиции в здравоохранение приводили к улучшению продуктивности и способствовали экономическому развитию и устойчивому



существованию общества: диагностика и лечение анемии, бронхиальной астмы, меры по улучшению здоровья – йодирование соли, предупреждение бруцеллеза и т.д.

- Сокращение государственного финансирования ставит под удар Программу Государственных Гарантий, поскольку сектор здравоохранения не сможет самостоятельно финансировать свое обязательство по предоставлению базовых медицинских услуг населению. Это будет препятствовать реализации реформ в системе здравоохранения.
- Сокращение государственного финансирования переместит бремя оплаты на домашние хозяйства, что приведет к повторному появлению неофициальной оплаты. Так как, наличные выплаты пациентов подвергают семейные бюджеты непредвиденным большим расходам, возвращение неофициальной оплаты может повысить уровень бедности, и несомненно увеличит неравенство в доступе к медицинской помощи.
- Сокращение государственного финансирования будет способствовать ухудшению результатов деятельности здравоохранения из-за сокращения доступа к необходимой помощи и снижения возможностей медицинских учреждений предоставлять качественные услуги.
- Сокращение государственного финансирования противоречит приоритетам Правительства, предусмотренным в Комплексной Основе Развития и Национальной Стратегии Сокращения Бедности. В данных программах большое внимание уделяется развитию социального сектора как краеугольного камня сокращения бедности.

**В рамках имеющихся финансовых источников Кыргызстан находится на пути к созданию разнообразной доходной части бюджета здравоохранения, предполагающей использование различных источников финансирования.** Большинство стран, входящих в Организацию по Экономическому Развитию и Сотрудничеству (ОЭСР), а также многие страны с переходной экономикой признали, что выгоднее полагаться на несколько

источников мобилизации средств в секторе здравоохранения одновременно, чем на один. Это связано с тем, что каждый источник финансирования имеет свои сильные и слабые стороны:

- **Наличные выплаты.** Преимущество наличных выплат состоит в том, что они легко собираются, поскольку пациенты напрямую оплачивают медицинские услуги без участия посредника. Поэтому доля наличных выплат в общих расходах здравоохранения так высока в странах со слабым институциональным потенциалом. Но, наличные выплаты «из-кармана» имеют серьезный недостаток: они накладывают тяжелое финансовое бремя на бедные слои населения и на больных. Если болезнь является серьезным неожиданным заболеванием, как, например, инсульт или сердечный приступ, непредвиденные большие расходы, необходимые для лечения таких тяжелых заболеваний, могут обременить бюджет домашнего хозяйства до степени обеднения. По этой причине, в странах с хорошими институциональными возможностями, считается, что более эффективно и справедливо использовать механизмы финансирования, которые позволят людям платить небольшие суммы в течение жизни, когда они здоровы, в форме налогов, отчислений на социальное страхование или частных страховых взносов и получать медицинскую помощь бесплатно или за небольшую наличную плату, в случае болезни.
- **Поступления от общего налогообложения.** Другим источником финансирования системы здравоохранения являются доходы с общего налогообложения. Преимущество данного источника финансирования состоит в том, что люди защищены от обеднения, поскольку налоговые отчисления не связаны со случаем болезни. Люди производят выплаты, когда здоровы и пользуются услугами бесплатно или за небольшую со-оплату в случае болезни. Поступления от общего налогообложения считаются самым справедливым механизмом формирования средств системы здравоохранения. Недостаток данного источника средств в том, что он требует наличие формальной экономики и институциональной способности собирать достаточное количество налогов.



Часто утверждается, что в странах, где поступления от общего налогообложения являются основным источником, финансирование здравоохранения подвержено колебаниям из-за изменяющихся политических приоритетов, поскольку объем средств, которые получает сектор здравоохранения, определяется во время ежегодных бюджетных переговоров, и сектор здравоохранения является просто одним из многих конкурирующих государственных секторов.

- **Отчисления из фонда оплаты труда.** Отчисление на медицинское страхование с фонда оплаты труда является одним из новейших источников финансирования в Кыргызстане. Преимущество этого налога в том же, что и у поступлений из общего налогообложения: обеспечивается надежная защита от риска. Население защищено от обеднения в случае болезни, к тому же это справедливый способ формирования средств. В отличие от поступлений от общего налогообложения, отчисление на медицинское страхование установлено как % от фонда заработной платы, но подвержено изменениям в политических приоритетах, как и поступления из общего налогообложения. Его недостаток в том, что он требует наличия формальной экономики, где зарплата и заработки легко контролировать и облагать налогом. При экономике с огромным сельскохозяйственным сектором, где доходы являются безналичными, и имеется большое количество неформальных секторов со скрытой занятостью, тяжело собирать достаточные средства посредством отчислений от фонда заработной платы.

Так как, каждый источник финансирования имеет свои преимущества и недостатки, большинство стран считают предпочтительным полагаться на смешанное финансирование. В Кыргызстане также придерживаются данного типа финансирования, хотя оптимальный баланс между различными источниками будет обсуждаться и дальше. При таком обсуждении должна учитываться макроэкономическая ситуация, а также задачи по достижению сокращения бедности и цели деятельности системы здравоохранения.