



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики 10

НЕФОРМАЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ В БОЛЬНИЦАХ КЫРГЫЗСТАНА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Джозеф Катцин, Проект анализа политики здравоохранения, «МАНАС»
Айнура Ибраимова, заместитель министра здравоохранения,
генеральный директор Фонда обязательного медицинского страхования
Нинель Кадырова, заместитель генерального директора,
Фонд обязательного медицинского страхования
Тилек Мейманалиев, министр здравоохранения
Тобиас Шют, Швейцарский Красный Крест

Август 2001

Перевод: Нелля Таирова

**Всемирная Организация Здравоохранения
Министерство здравоохранения, Главное управление
координации и внедрения реформы здравоохранения**

Кыргызстан, Бишкек 720405, ул. Тоголок-Молдо 1, тел. +996 (312) 660438, 666244
Факс +996 (312) 663649, e-mail: moh@manas.elcat.kg

Неформальные платежи в больницах Кыргызстана: Предварительная оценка*

Предыстория

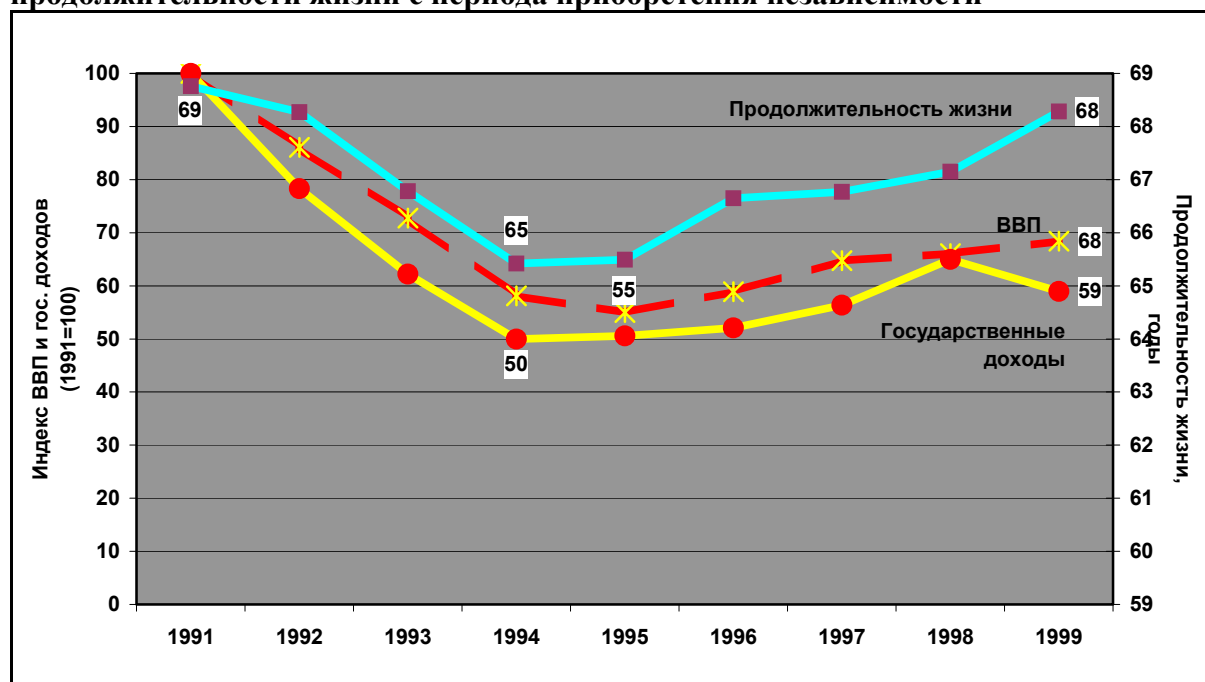
Переходный период

Кыргызская Республика, расположенная в Центральной Азии, приобрела независимость в 1991 году в связи с распадом Советского Союза. Всемирный банк классифицирует Кыргызстан как страну с низким уровнем доходов, где ВВП на душу населения составлял \$300 долларов США в 1999 году (\$2203 по Паритету покупательной способности). Данные обзоров домохозяйств (НСК 2001а) говорят о том, что в 1999 году 55% населения проживало за чертой бедности.

Система здравоохранения Кыргызстана испытала тяжелый финансовый недостаток в период экономических перемен, последовавших за приобретением независимости. До 1994-95 годов отмечался спад в основных показателях здоровья (например, продолжительность жизни), а после этого периода наблюдался их подъем. Тенденция в общих показателях здоровья отражает тенденцию в уровне ВВП и доходах государственного сектора (в основном с налогообложения) (Рис. 1). Несмотря на подъем во второй половине декады уровень ВВП и государственных доходов все же оставался намного ниже уровня периода приобретения независимости. Такое положение дел в значительной степени подорвало способность государства выполнять финансовые обязательства в системе здравоохранения.

* Данный документ был первоначально опубликован в специальном выпуске журнала «eurohealth», Том 7, номер 3, 2001 г.

Рис. 1. Тенденции в уровне ВВП, государственных доходов и ожидаемой продолжительности жизни с периода приобретения независимости



Источник: Изпорски и Гюрген (1999) и Абдымомунов (2000) – данные по росту ВВП. НСК (2001а) – данные по государственным доходам и уровню ВВП. ВОЗ (2001) – данные по ожидаемой продолжительности жизни. Данные по государственным доходам не учитывают гранты и внебюджетные средства (налог с фонда оплаты труда).

Унаследованная структура финансирования больниц и организации системы здравоохранения

Унаследованная система характеризовалась избыточными мощностями, особенно на стационарном уровне. Не это оказали влияние несколько факторов. Прежде всего, это метод ассигнования средств поставщикам, обусловленный исходными нормативами (например, количеством коек), который поощрял расширение физических мощностей. Последствия такой финансовой инициативы складывались на основе организационной структуры системы здравоохранения. На каждом государственном уровне была своя система предоставления услуг, интегрирующая аккумуляцию, закупку и функции предоставления услуг в составе единого ведомства (например, областные управления здравоохранения или ОУЗ). Функции по охвату населения дублировались на различных государственных уровнях, особенно в крупных городах каждой области¹ и в г. Бишкек, столице КР. Такая вертикальная интеграция системы здравоохранения на различных государственных уровнях вкпе с перекрывающимся охватом населения по географическому признаку привела к дублированию функций по предоставлению услуг. При такой организационной структуре отсутствовал стимул для планирования услуг здравоохранения, ориентированных на население, и стимул для различных государственных уровней по координации предоставления услуг. И, наконец, эти организационные и финансовые стимулы оказывали влияние на то, как готовились специалисты здравоохранения при Советской системе. Клинические протоколы и нормативы поощряли и даже требовали выделения

¹ В государственной структуре Кыргызстана понятие «область» эквивалентно понятию «провинция» или «штат», а понятие «район» эквивалентно понятию «район, округ».

значимости специализированной стационарной помощи, а основная роль поставщиков первичного уровня заключалась в «направлении» пациентов к поставщикам специализированных услуг и в спецучреждения (Катцин *et al.* 2001).

Излишние мощности были основным отображением неэффективности системы, руководствовавшейся такими финансовыми стимулами и структурой клинической практики. К примеру, в 1998 году Кыргызстане было на 15% больше больничных коек и почти вдвое больше больниц на душу населения, чем средний показатель в странах Европейского Союза (ЕС) (ВОЗ 2001), несмотря на более низкий уровень доходов. С переходом на рыночную экономику (изменение относительной стоимости вложений в систему) и снижением уровня государственных доходов, повлекшим за собой ослабление способности государства финансировать государственные службы, стало очень сложно содержать такую инфраструктуру. Затраты на персонал и коммунальные услуги (в основном отопление и электроснабжение) поглощали около 70% расходов на здравоохранение из государственного бюджета в 1999 году (данные Казначейства). В действительности, эти данные преуменьшают фактические затраты на вышеупомянутые услуги, так как сектор здравоохранения пользовался скрытыми субсидиями от государственных поставщиков коммунальных услуг в виде неоплаченных счетов (Всемирный банк 2001).

Неформальные выплаты, осуществляемые пациентами за стационарную помощь

Несмотря на то, что платные услуги были легализованы вскоре после провозглашения независимости, большинство наблюдателей полагают, что производимые пациентами нелегальные, неформальные выплаты имели широкое распространение в течение длительного времени. Льюис (2001 forthcoming) определяет неформальные выплаты как:

«выплаты отдельным поставщикам и учреждениям-поставщикам наличными или натурой, осуществляемые вне официальных платежных каналов или являющиеся покупками, которые должны были покрываться системой здравоохранения. Это включает в себя плату врачам «в конверте» и «взносы» больницам, а также стоимость приобретенных пациентами расходных материалов и купленных в частных аптеках лекарств, являющихся частью финансируемых государством услуг здравоохранения».

Имеющиеся ограниченные доказательства говорят о том, что случаи неформальных выплат (т.е., выплат персоналу и частной закупки необходимых материалов, которые должны предоставляться системой) имеют место в больницах Кыргызстана. Результаты обзора домохозяйств от 1994 года говорят о том, что 86% стационарных пациентов платили какую-то сумму за лечение. В среднем за время пребывания в стационаре около 60% выплат были сделаны за лекарства, 18% составили выплаты персоналу, 14% - выплаты за хирургические материалы и немногим более 3% составили официальные выплаты, а остальное было потрачено на другие необходимые предметы (Абель-Смит и Фолкингом 1995). Исследование 1997 года в двух областях (Бломкуист 1997) показало, что большинство стационарных пациентов предоставляло медицинские и немедицинские материалы, а результаты общенационального обзора домохозяйств 2001 года говорят о том, что это происходило чаще (см. Таб. 1). Последний обзор также показал, что практически все

стационарные пациенты платили за пребывание в стационаре (Фолкингем 2001; НСК 2001b)

Таб. 1. Предоставление расходных материалов для стационарных пациентов членами их семей

	1997, две области	2000-01, по Республике
Медикаменты	65%	81%
Питание	84%	95%
Белье	55%	74%

Источник: Бломкуист 1997; Фолкингем 2001.

Есть причина полагать, что требования оплаты медицинскими работниками возросли. Согласно официальной государственной статистике заработная плата в секторе здравоохранения всегда была ниже среднего уровня и снизилась в процентном отношении с 92% от средней заработной платы в 1994 году до 52% в 1999 году (НСК 2001a). Наряду с ранее упомянутыми фактами результатов обследований становится очевидным то, что случаи неформальных выплат имели место в больницах Кыргызстана и что доступ к стационарной помощи, включая лекарства, изделия медицинского и немедицинского назначения и время поставщиков, все в большей степени зависели от возможности пациента и его/ее семьи все это оплатить.

Неформальные выплаты были реальным признаком системы, характеризующейся избыточными физическими и человеческими ресурсами в контексте сокращающегося наличия государственных средств, низких зарплат и растущих цен. Учитывая это, единственным и реальным способом борьбы с неформальными выплатами был комплекс мер, направленный на устранение причин неэффективности при одновременном внесении незначительных сумм дополнительных средств в систему здравоохранения.

Оплата больниц на первой стадии реформ: 1997-2000 гг.

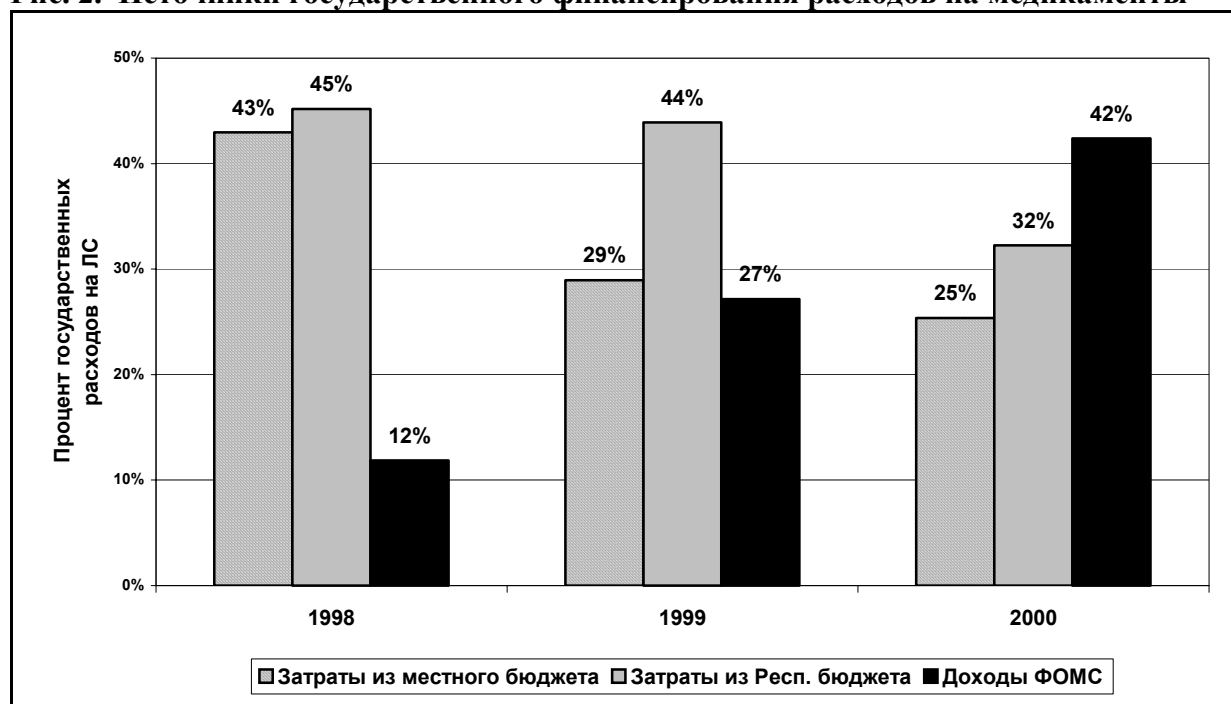
В 1997 году был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) как независимое агентство. Первоначально, Фондом ОМС были охвачены работающие лица, за которых работодатели (включая государственный сектор с 1998 года) выплачивали 2% налог с фонда оплаты труда как долю от общих налоговых обязательств, а также пенсионеры и зарегистрированные безработные, чья страховка покрывалась из пенсионного фонда и фонда занятости населения соответственно. Значительное увеличение охвата населения страхованием произошло в 2000 году, когда застрахованными стали считаться дети до 16 лет (и студенты-очники до 18 лет), а также лица, получающие социальные пособия от государства. Охват этих групп страхованием финансировался посредством прямых трансфертов из Республиканского бюджета в Фонд ОМС. Около 30% населения было охвачено Фондом ОМС в 1999 году, но включение детей в категорию застрахованных увеличило их количество до приблизительно 70% в 2000 году (Катцин *et al.* 2001).

Уровень финансирования, предоставляемый Фондом ОМС, был незначительным по сравнению с финансированием из бюджета: менее 5% от аккумулированного финансирования сектора здравоохранения в 1998 году и 8,5% в 1999 году. Так как затраты Фонда ОМС ограничивались больницами общего профиля и первичным звеном, более верным сравнением будет сравнение бюджетных расходов МЗ на больницы общего профиля. В 1999 году доля Фонда ОМС составляла немного больше

12% (Катцин *et al.* 2001). Несмотря на низкий уровень финансирования, оплата из Фонда ОМС смогла сдержать рост неформальных выплат. Руководство ФОМС приняло стратегическое решение по ограничению использования средств Фонда ОМС больницами до двух статей: оплата персонала (30%) и оплата ЛС (70%).

Дополнительные ресурсы, выделяемые на эти цели, могли бы сократить спрос медицинских работников на частные выплаты и, конечно же, сократить необходимость покупки ЛС застрахованными гражданами. Несомненно, влияние Фонда ОМС на финансирование ЛС было значительным даже при рассмотрении всех уровней системы здравоохранения. К 2000 году Фонд ОМС покрывал свыше 40% зарегистрированных в системе здравоохранения расходов на ЛС. Это имело определенные положительные последствия для тех больниц, которые заключили контракт с Фондом ОМС (Рис. 2).

Рис. 2. Источники государственного финансирования расходов на медикаменты



Источник: Данные ФОМС

ФОМС ввел понятие «активной закупки» и разделение покупатель-поставщик в системе здравоохранения Кыргызстана. Больницы, заключившие договор с Фондом ОМС, финансировались Фондом ОМС по принципу «за пролеченный случай», смоделированному на основе системы ДСГ – Диагностически связанные группы (DRG), США. Важно то, что ФОМС не создал отдельную параллельную систему здравоохранения; напротив, система оплаты «за пролеченный случай» принесла дополнительные доходы больницам, продолжающим получать бюджетные ассигнования в соответствии со старыми методами. ФОМС и МЗ работали в тесном сотрудничестве, которое было формализовано в 1999 году, когда ФОМС последовал политическому направлению МЗ, сохраняя при этом отдельный источник финансирования. Одним из примеров сотрудничества является то, что любая больница, заключившая договор с Фондом ОМС, должна использовать новые Клинико-информационные формы (КИФ) и отчитываться по каждому пациенту, используя эти новые формы. Данные из этих форм использовались в статистических

целях МЗ, а также для функций Фонда ОМС по оплате и контролю за использованием ресурсов (Катцин *et al.* 2001).

Используемые Фондом ОМС системы оплаты ввели дополнительные ресурсы и новый метод ведения дел в сектор здравоохранения. Хотя нет прямых доказательств влияния используемых Фондом ОМС методов оплаты на неформальные выплаты в больницах, эти методы обращены на решение двух причин таких выплат: низкие зарплаты и ограниченное количество ЛС. Впрочем, лежащая в основе структурная неэффективность системы не рассматривалась на первой стадии реформ здравоохранения.

2001: Введение системы «единого плательщика»

В 2001 году МЗ разработало комплексный пакет мер под заголовком «система единого плательщика». Система «единого плательщика» была введена в двух областях в 2001 году при запланированном расширении реформы по всей республике к 2003 году. Отличительные черты системы «единого плательщика» следующие:

- аккумуляция всех средств местного бюджета в территориальных управлениях Фонда ОМС (ТУ ФОМС);
- оплата поставщиков из этих средств в соответствии с системой оплаты Фонда ОМС, при отделении суммы бюджетных доходов, полученных медучреждением, от количества наличных коек;
- создание четкой, формальной и дифференцированной сооплаты для стационарного лечения, предполагающей исключение всех неформальных выплат на этом уровне.

Важным аспектом системы «единого плательщика» (и причиной такого названия) является создание единого пула средств для здравоохранения на областном уровне, что эффективно ликвидирует фрагментацию и дублирование, свойственные прежней системе. Это стало возможным благодаря решению правительства упразднить ОУЗ в начале 2000 года, как часть общей рационализации сектора здравоохранения. В ответ на это МЗ предложило, чтобы средствами здравоохранения из бюджетов местных самоуправлений на уровне области управляли ТУ ФОМС, вместо того, чтобы они удерживались и распределялись областными администрациями. Правительство одобрило это предложение. Вскоре после этого правительство приняло постановления по ТУ ФОМС в двух областях (Чуйской и Иссык-Кульской) по применению методов оплаты Фонда ОМС к бюджетным средствам по ПМСП и стационарной помощи. Детали административных механизмов были разработаны в течение 2000 года, а система была введена в январе 2001 года.

Сооплата населения в системе «единого плательщика»

В контексте системы «единого плательщика» целями политики сооплаты являются:

- формализовать оплату за стационарное лечение и обеспечить прозрачность процесса взносов и сборов;
- найти дополнительный источник финансирования для системы здравоохранения;
- увеличить доступ определенных групп населения к необходимой помощи посредством льготных механизмов.

Хотя система «единого плательщика» была введена в январе, понадобилось немного больше времени для проработки деталей политики сооплаты, поэтому она была внедрена только в марте 2001 года. Сооплата населения связана с системой оплаты поставщиков стационарных услуг Фондом ОМС и состоит из трех основных уровней, выплачиваемых в качестве установленной суммы за стационарное лечение:

- 1140 сомов² для незастрахованных лиц
- 570 сомов для застрахованных лиц
- 190 сомов для частично освобожденных от оплаты лиц (и 0 для полностью освобожденных от оплаты лиц)

Уровни сооплаты обратно пропорциональны уровню финансирования больниц покупателем. Средства местного бюджета, аккумулированные в ТУ ФОМС, используются для оплаты общей «базовой ставки» (до определения категории случая) для всех пациентов. Дополнительная сумма бюджетных средств откладывается для оплаты более высокой базовой ставки для частично или полностью освобожденных от оплаты пациентов. Для застрахованных лиц стандартная «незастрахованная» ставка оплачивается из бюджетных средств, а дополнительная базовая ставка оплачивается из республиканского пула Фонда ОМС. Как было отмечено ранее, не существует отдельной «системы страхования» для льготников Фонда ОМС. Вместо этого, охват ОМС дает право льготнику на более низкий уровень сооплаты, практически так же как охват *mutuelle* во Франции или политика «Medi-gap» в США. При оплате из Фонда ОМС (республиканского), все еще являющейся дополнением к бюджетным источникам, отсутствует фрагментация населения (и системы) на отдельные пулы. Наиболее важным является тот факт, что ТУ ФОМС организационно отделен от поставщиков услуг (т.е., оно не является частью областного или районного самоуправления), а это наряду с новыми методами оплаты означает, что существует реальное разделение покупатель-поставщик, устраняющее важное структурное препятствие к рационализации системы.

Влияние политики на неформальные выплаты: предварительные данные

Так как политика была внедрена только в марте 2001 года, любая оценка результатов должна считаться предварительной. Тем не менее, некоторые проведенные анализы дают представления о том, как политика внедрялась до настоящего времени и о ее результатах в отношении использования услуг и приемлемости для населения. Однако сначала мы представим информацию из последних обзоров домохозяйств, которые представляют факты по частоте и объему частных выплат в больницах в год, предшествующий внедрению политики сооплаты. Особенно важно оценить политику в контексте полученных данных.

Краткое описание данных, полученных из обзора домохозяйств

Общенациональный обзор 3000 домохозяйств, состоящих из 12900 человек, был проведен в феврале-марте 2001 года. Этот обзор предоставляет информацию по госпитализации за 12 месяцев до проведения обзора. Предварительный анализ обзора (Фолкингом 2001; НСК 2001b) говорит о том, что практически все стационарные пациенты платили какую-то сумму во время пребывания в больнице (Таб. 2). Расходы на питание, медикаменты и другие изделия мед. назначения можно рассматривать как «неформальные», так как эти необходимые материалы должны были предоставляться

² В мае 2001 года \$1 USD = примерно 49 сомов.

больницей. Большинство людей (87%), оплативших «больничные» или лабораторные расходы, *не получили* квитанции. Следовательно, остается неясным считать ли подобные выплаты (на которые существуют различные официальные расценки) формальными или неформальными. В общем, о выплатах персоналу упоминается нечасто, хотя, в сущности, все прооперированные пациенты упомянули об оплате хирургу.

Таб. 2. Оплата за расходные материалы и услуги во время пребывания в больнице

Статья	Процент оплативших	Выплаченная сумма (в сомах)	
		Средний арифметический уровень	Медианный уровень
Питание	93%	372	300
Медикаменты	83%	572	300
Изделия мед. назнач-я	67%	142	90
Больничные расценки	48%	156	30
Лаб. анализы	55%	64	20

Источник: Фолкингем 2001.

В целом, средний уровень оплаты за госпитализацию представлен в Таб. 3. Эти данные говорят о том, что если политика сооплаты будет внедрена как запланировано, то застрахованные и незастрахованные лица будут платить меньше, чем средний уровень, который они платили до внедрения сооплаты.³ Застрахованные также будут платить меньше, чем медианный уровень. Другими словами, пациенты больниц Чуйской области будут в более выгодном положении при сооплате, чем пациенты больниц Иссык-Кульской области.

Таб. 3. Средний уровень оплаты за госпитализацию

	Средний уровень оплаты (сом)	Медианный уровень оплаты (сом)
По Республике	1270	720
Чуйская область	1416	900
Иссык-Кульская область	1385	630

Источник: Фолкингем 2001.

Действует ли политика сооплаты? Принимают ли ее люди?

В мае 2001 годы было проведено «краткое оценочное» исследование с использованием методов Комплексной оценки села (PRA) для предоставления МЗ своевременной информации о результатах внедрения политики сооплаты (Шют 2001). Это исследование проанализировало 9 фокус-групп с 63 участниками в Чуйской и

³ Так как данные по госпитализации собирались за предыдущие 12 месяцев, при сравнении уровней сооплаты правильным будет немного увеличить средний уровень выплат (из исследования) для учета инфляции за 2000 год. Следовательно, в сравнении есть незначительное отклонение, показывающее, что в действительности средний и медианный уровень выплат до введения сооплаты были немного выше, чем данные, представленные в Таб. 3.

Иссык-Кульской областях, 52 из которых прошли стационарное лечение при действующей политике сооплаты. Наиболее важные результаты этих качественных исследований описываются далее.

Во-первых, очевидно, что политика сооплаты действует: большинство пациентов не платили ничего кроме официальной сооплаты. 45 из 52 опрошенных пациентов не доплачивали дополнительно за ЛС, лабораторные анализы и рентген и только 1 пациент упомянул о «неформальной» выплате врачу. Тем не менее, большинству пациентов еду приносили из дома члены семьи.

Во-вторых, восприятие политики смешанное, при поддержке большинства пациентов хирургических и терапевтических отделений и почти универсальном неприятии политики сооплаты со стороны рожениц. Основными причинами положительного взгляда на политику пациентов терапевтических и хирургических отделений являются: (а) большинство пациентов (особенно застрахованных) платят меньше, чем платили раньше за то же лечение, особенно за операцию; (б) пациенты пользуются имеющимися в наличии ЛС и изделиями медицинского назначения, а не покупают их самостоятельно в аптеках; (с) пациенты рассматривают разделение финансового бремени между государством и частным лицом как справедливое. Несмотря на то, что в целом взгляд на политику был положительным, тем не менее затрагивались волнующие вопросы относительно сооплаты. Уровни сооплаты могут представлять собой значительное финансовое препятствие к доступу, особенно для не попадающих в льготную категорию незастрахованных лиц.

Исследование показало ярко выраженный негативный взгляд на политику сооплаты со стороны рожениц, в основном потому, что уровень сооплаты воспринимался как слишком высокий. Большинство респондентов сказали, что сооплата была в несколько раз выше суммы, которую женщины платили раньше неформально. Было выказано беспокойство относительно того, что политика может привести к тому, что некоторые женщины будут рожать дома во избежание этих затрат.⁴ Высокий уровень сооплаты для родовспоможения является следствием характера охвата страхованием Фонда ОМС. Как отмечено выше, основными группами населения, охваченными Фондом ОМС, являются дети; работающие, за которых производят взносы работодатели; и пенсионеры. В связи с этим, у женщин репродуктивного возраста меньше всего шансов быть застрахованными. Например, в феврале 2001 года по республике всего было зарегистрировано 36924 случаев в больницах, заключивших договор с Фондом ОМС. 66% из этих случаев пришлось на застрахованных. Однако, из 2487 случаев родов только 19% пришлось на застрахованных (данные ФОМС). Следовательно, большинство рожениц не застрахованы и сталкиваются с самым высоким уровнем сооплаты.

Влияние на использование стационарной службы

Система «единого плательщика» создала противоречивые стимулы для уровня использования стационарной службы. Переход на систему оплаты «за пролеченный случай» создал стимул для увеличения объемов госпитализации. Сооплата воздвигла формальное препятствие для пользования услугами стационарной службы со стороны

⁴ Однако, пока данные по использованию стационарной службы не поддерживают эти беспокойства. Несмотря на общий спад в использовании в 2001 году относительно 2000 года за месяцы с марта по июнь, количество случаев родов возросло.

спроса, хотя невозможно было знать заранее, означает ли это рост или снижение реальной стоимости, с которой сталкиваются потенциальные пользователи стационарной службы. МЗ/ФОМС были обеспокоены тем, что общим результатом этих изменений может стать увеличение объема госпитализаций, что в свою очередь создаст финансовые проблемы для системы «единого плательщика».

Факты на сегодняшний день говорят о том что, то ожидаемого роста уровня госпитализаций возможно не произойдет. В целом, количество госпитализаций в период с марта по июль 2001 года было на 23% меньше по сравнению с тем же периодом 2000 года (см. Таб. 4). Несомненно, имел место спад в использовании стационарной службы, что можно отнести к сооплате. Величина этого спада была больше в Чуйской области, чем в Иссык-Кульской. Это удивительно, учитывая тот факт, что население Чуйской области в среднем богаче населения Иссык-Кульской области и учитывая данные из обзора домохозяйств по суммам, выплаченным в больницах каждой области за год до внедрения политики сооплаты (Таб. 3). Интересен также и тот факт, что снижение уровня использования стационарной службы сконцентрировано в районных больницах; тогда как в областных больницах наблюдался рост использования стационарной службы.⁵

Таб. 4. Изменение в уровне госпитализации с 2000 по 2001 гг., март – июль

	% изменения
Чуйская область	
Областная больница	2,9%
Районные, муниципальные и ведомственные больницы	-36,6%
<i>Все больницы Чуйской области</i>	<i>-31,5%</i>
Иссык-Кульская область	
Областная больница	39,0%
Районные и муниципальные больницы	-21,7%
<i>Все больницы Иссык-Кульской области</i>	<i>-3,6%</i>
Обе области	
Областные больницы	22,3%
Районные, муниципальные и ведомственные больницы	-32,7%
<i>Все больницы</i>	<i>-22,8%</i>

Источник: Данные ФОМС

Хотя недостаточное увеличение уровня использования стационарной службы может быть убедительным в плане финансовой устойчивости, спад в уровне использования стационарной службы означает, что некоторые нуждающиеся в медицинской помощи люди не могут ее получить из-за финансовых препятствий, обусловленных сооплатой.

⁵ Частично, видимый рост использования стационарной службы в областных больницах может быть продуктом организационной реформы, осуществленной в 2000 году, которая объединила административно и легально несколько специализированных областных больниц в единый объект. Данные по госпитализации в эти специализированные больницы не учитывались в данных за 2000 год, но были включены в данные за 2001 год и, следовательно, процент изменения в уровне госпитализаций в областных больницах преувеличен.

Несмотря на то, что возможно сооплата смогла бы сдерживать рост «необоснованных» госпитализаций, международный опыт говорит о том, что это маловероятно, особенно при стационарной службе, чье использование в основном зависит от поставщиков (Катцин 1998).

В ситуации с Кыргызстаном в настоящее время сложно определить повысила или понизила политика сооплаты стоимость госпитализации, с которой сталкиваются пациенты. Скорее всего это будет зависеть от индивидуальных характеристик пациентов, таких как страховой или льготный статус, тип госпитализации (напр., хирургический или нехирургический случай) и уровень дохода. Средних уровней, представленных в Таб. 3, недостаточно для определения влияния сооплаты на *отдельных* потенциальных пациентов. Даже если уровень сооплаты равен уровню «неформальных выплат», он создает меньше препятствий, так как неопределенность обычно ассоциируется с неформальными выплатами. Несмотря на эти факты и данные из Таб. 3, говорящие о том, что сооплата вероятно снизила стоимость в большинстве случаев (особенно для застрахованных лиц), нисходящая тенденция в использовании стационарной службы (Таб. 4) служит причиной для беспокойства, особенно для сельского населения, которое пользуется районными больницами.

Выводы и последующие шаги для разработки политики и исследований

Имеющиеся на данный момент ограниченные факты показывают противоречивую картину в отношении политики сооплаты. Качественное исследование обнаружило общее одобрение населения (за исключением родовспоможения), а сравнение уровней сооплаты с данными исследования по частным выплатам в стационарах показало, что расценки в настоящее время ниже, чем были раньше. Основным негативным результатом явилось неприятие сооплаты для родовспоможения и снижение уровня использования стационарной службы, особенно на районном уровне.

В политическом плане, основное беспокойство, ассоциируемое с политикой сооплаты, вызывает родовспоможение: как можно снизить сооплату за роды? МЗ пытается решить эту проблему, но при этом следует найти способ сместить большую долю финансового бремени с пациентов. Одним из решений может быть охват ОМС всех беременных женщин, таким образом давая им право на более низкий уровень сооплаты. Этот охват можно было бы финансировать посредством прямых трансфертов из Республиканского бюджета по принципу охвата медицинским страхованием детей. Хотя маловероятно, что охват страхованием беременных женщин явится причиной морального риска, остается возможность того, что может увеличиться количество госпитализаций по родовспоможению, если женщины перейдут от родов дома к родам в больнице. Несмотря на то, что такой переход обойдется дорого системе здравоохранения, он будет желателен в отношении качества медицинской помощи.

В целом, успех системы «единого плательщика» зависит от того, насколько она сможет повлечь за собой снижение фиксированных затрат системы здравоохранения посредством сокращения размеров физической инфраструктуры и персонала без последующего сокращения финансирования системы. Только таким способом можно будет высвободить средства для перераспределения на различные расходные статьи и увеличение зарплат. В свою очередь такое перераспределение может обеспечить

успешное функционирование политики сооплаты в дальнейшем посредством сокращения необходимости дополнительных частных выплат.

Представленные здесь данные дают картину результатов внедрения сооплаты населения в рамках более обширной системы «единого плательщика» за первые месяцы внедрения. Проводящиеся исследования попытаются более четко определить эффективность политики, повлекла ли она за собой рост или снижение оплаты, с которой сталкиваются пациенты (что предоставит косвенные доказательства ее влияния на доступность медицинской помощи), и то, насколько результативность политики отличается по регионам. Будут также проводиться дополнительные качественные исследования для выяснения того, как можно усовершенствовать политику для обеспечения доступа к медицинской помощи лиц из «группы риска», таких как бедное население, население вне наличной экономики и население из отдаленных районов. Такое исследование приведет к конкретным рекомендациям по выработке политики, которые будут учтены правительством при дальнейшем развертывании системы «единого плательщика» и политики сооплаты на всю республику.

Список литературы

- Abdymomunov, A. (2000). *The Kyrgyz Republic: Economic Developments January – September 2000*. Memorandum of 8 November. Bishkek, Kyrgyzstan.
- Abel-Smith, B and J Falkingham (1995). “Private payments for health care in Kyrgyzstan.” Report to Overseas Development Administration, Health & Population Division, Central Asia. London.
- Blomquist, J (1997). “Results and recommendations from the Social Services Household Survey of Jalal-Abad and Osh Oblasts, Kyrgyz Republic.” TA No. 2688-KGZ, Social Services Delivery and Finance Project, Kyrgyz Republic. Prepared for the Asian Development Bank. Abt Associates, Inc.
- Falkingham, J (2001). “Kyrgyz household health finance survey 2001: preliminary report.” Report on DFID-funded survey. London: London School of Economics and Political Science.
- Izvorski, I and E Gürgen (1999). “Growth, employment and real incomes.” In Gürgen, E, H Snoek, J Craig, J McHugh, I Izvorski, R van Rooden, Eds. *Economic Reforms in Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan*. Occasional Paper 183. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Kutzin, J, A Ibraimova, N Kadyrova, G Isabekova, Y Samyshkin, Z Kataganova. (2001 forthcoming). “Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health care system.” HNP Working Paper. World Bank, Health and Population Advisory Service, Washington, DC.
- Kutzin, J (1998). “The appropriate role for patient cost sharing.” In Saltman, RB, J Figueras and C Sakellarides, eds. *Critical Challenges for Health Systems in Europe*. Buckingham, England: Open University Press.
- Lewis, M (2001 forthcoming). “Informal health payments in transition countries: issues, trends and policy implications.” In Mossialos, E, A Dixon, J Figueras, J Kutzin, eds. *Funding Health Care in Europe*. Buckingham, England: Open University Press.
- NSC (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic) (2001a). <http://nsc.bishkek.su/Eng/Home/Start.html>
- NSC (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic) (2001b). “Sociological household survey on health care matters.” Preliminary report on DFID-funded survey. Bishkek: National Statistical Committee, Department of Sample Surveys.
- Samyshkin, Y (2000). “Hospital cost note. Facilities at different tiers of the budgetary system.” Abt Associates *ZdravReform* Project. Bishkek. Unpublished.
- Schüth, T (2001). “People’s perspectives on the co-payment policy.” Rapid Appraisal Study conducted in the pilot areas of Chui and Issyk-Kul oblasts. Bishkek: Swiss Red Cross and WHO/Kyrgyzstan.

WHO (World Health Organization) (2001). *Health for All Database, European Region*. January update. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Bank (2001). *Kyrgyz Republic: Review of Social Policy and Expenditures*. Report No 22354-KZ. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. The World Bank: Washington, DC.