



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики 24

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, РЕФОРМЫ И ПРИОРИТЕТЫ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Джозеф Катцин

Март 2003

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

Содержание

Слова признательности	ii
Краткое содержание	iii
Введение/предыстория	1
Тенденции в состоянии здоровья и использовании медицинских услуг	1
Состояние здоровья	1
Использование медицинских услуг.....	6
Расходы на здравоохранение: уровни и тенденции.....	7
Общий уровень расходов и источники финансирования.....	7
Уровни и тенденции в государственных расходах на здравоохранение	10
Расходы местных самоуправлений на здравоохранение и категориальные гранты .	12
Расходы и финансовый статус Фонда ОМС.....	15
Структура ассигнования средств сектора здравоохранения из государственного бюджета	21
Система финансирования здравоохранения и реформы	23
Структура финансирования здравоохранения до 2001 года.....	24
Система «единого плательщика» в Кыргызстане	32
Реформирование здравоохранения: достижения и проблемы	34
Техническая эффективность предоставления услуг и прозрачности для пациентов	35
Эффективность распределения ресурсов	43
Смягчение последствий бедности	45
Угроза успеху системы «единого плательщика».....	50
Рекомендации	56
1. Поддержать систему «единого плательщика» и распространить ее по всей территории республики	56
2. Усилить справедливость в распределении ресурсов в секторе здравоохранения .	58
3. Обновить инфраструктуру и сделать ее более эффективной в использовании энергии	59
4. Найти решение возникающим проблемам общественного здравоохранения: туберкулез и ВИЧ	60
Библиография.....	65
Приложение 1. Потоки денежных средств в системе «единого плательщика»	69

Слова признательности

Данный документ адаптирован и переработан из (2002 г.) первого проекта главы по здравоохранению, включенной в «Обзор государственных расходов в Кыргызской Республике», который готовился Всемирным банком и был завершен в 2003 году. Соавтором вышеупомянутой главы был Сарбани Чакраборти, Специалист по вопросам здравоохранения, Европейский и Центрально-азиатский регион, Всемирный банк. Бактыгуль Акказиева, сотрудник ПАПЗ (Проект анализа политики здравоохранения), подготовила большую часть данных из Казначейства по расходам, которые были использованы в данном документе. Талгат Субанбаев, сотрудник ПАПЗ, подготовил данные по состоянию здоровья и уровню использования услуг здравоохранения и Гулгун Мурзалиева, сотрудник ПАПЗ, предоставила данные по человеческим ресурсам. Полезные комментарии и предложения предоставили Ян Балтман, Всемирный банк, и Шила О’Догерти, Проект ЗдравПлюс, ЮСАИД.

Расходы на здравоохранение, реформы и приоритеты политики здравоохранения в Кыргызской Республике

Краткое содержание

Лица, определяющие политику здравоохранения в Кыргызстане, пытаются разрешить огромную проблему радикально сократившегося уровня финансирования, возникшую в результате переходного периода во время первой декады независимости республики. Процесс реформирования системы финансирования здравоохранения, который был начат в 1997 году с введением Фонда обязательного медицинского страхования и развит в 2001 году с введением системы «единого плательщика», имеет большие перспективы в сравнении с другими странами СНГ. Реформы изменили способ ведения дел в секторе здравоохранения, удаляясь от исторически сложившегося процесса составления бюджета, основанного на нормативах затрат, в направлении к согласованной и стратегической структуре покупки, основанной на результатах и нуждах населения. В частности, система «единого плательщика», введенная в двух областях в 2001 году и еще в двух областях в 2002 году, является комплексной реформой системы финансирования здравоохранения, которая направлена на разрешение большинства недостатков унаследованной системы. Она увеличила возможность перекрестного субсидирования в пользу больного населения, таким образом увеличивая возможность страхования населения из государственных расходов на здравоохранение. Она также создала стимулы, которые привели к очевидному росту технической эффективности, выраженной в сокращении персонала и физической инфраструктуры и увеличении доли государственных расходов, выделяемых на лечение пациентов. Политика льгот и сооплаты также привели к усилению прозрачности системы перед пациентами касательно их финансовых обязательств, к сокращению неформальных выплат и улучшению направленности услуг на лиц из уязвимых групп. Кроме преимуществ, привнесенных в сектор здравоохранения реформами, система «единого плательщика» служит примером использования государственных средств для «покупки результата», а не «финансирования затрат».

Несмотря на эти преимущества или, возможно, именно из-за них, дальнейшее распространение системы оказалось под угрозой. В частности, система подвергается финансовому риску из-за нестабильности поступления средств в систему из бюджетов местных самоуправлений и Социального фонда. Это также и политический риск, так как реформы подкреплены только временными приказами, постановлениями и положениями. Реформам необходима отчетливая правовая база прежде чем они будут распространены по всей республике.

Необходимы изменения в том, каким образом действует государственный сектор при создании среды, дающей возможность реформирования системы здравоохранения. Несмотря на то, что система «единого плательщика» в значительной степени усилила прозрачность и изменила стимулы *внутри* системы здравоохранения в тех областях, где была введена, ее успех подвергается риску из-за отсутствия прозрачности финансовых потоков *в* систему здравоохранения. К примеру, в 2001 и 2002 годах уровень доходных средств, перечисленных Социальным фондом в Фонд ОМС, составил всего около 36% от того, что следовало перечислить согласно существующих закона и положений. Более того, доля расходов, выделяемая на

здравоохранение из бюджетов местных самоуправлений, значительно уменьшилась в областях с действующей системой «единого плательщика» в 2001 году по сравнению с другими областями. По имеющимся данным, успех системы «единого плательщика» в усилении прозрачности платежных потоков пациентов привел к тому, что органы местных самоуправлений стали сокращать бюджетные ассигнования на здравоохранение в связи с очевидным ростом финансирования из этого источника. Однако анализ политики сооплаты, основанный на обзорах, дает ясную картину того, что **сооплата не является новым источником финансирования для системы здравоохранения**. Напротив, сооплата явилась преобразованием существующего источника финансирования (т.е., наличных выплат пациентов во время использования услуг), сделав его более прозрачным и подлежащим политическому и управленческому контролю. Насколько местные самоуправления сокращают бюджетные ассигнования на сектор здравоохранения в ответ на сбор средств от сооплаты или сокращение количества зданий и персонала, настолько эффективно они наказывают успешность реформ в достижении эффективности и прозрачности. Если это будет продолжаться, то стимулы будут подорваны, а преимущества достижения эффективности и прозрачности будут кратковременными. Более того, это может навредить деятельности по сокращению бедности и снижению ее влияния. При сокращении бюджетных ассигнований в ответ на очевидный, но недействительный, рост наличных расходов источники финансирования станут в большей степени зависеть от вложений пациентов. Это наиболее регрессивная форма финансирования, представляющая собой огромное препятствие для использования услуг здравоохранения бедными слоями населения, а также значительное бремя на их семейный бюджет.

Несмотря на то, что реформы способствовали улучшению технической эффективности и прозрачности, а также снижению влияния бедности в секторе здравоохранения, все еще остается место для усовершенствования, в частности, в вопросах корректировки географического неравенства в распределении финансовых и человеческих ресурсов. Следовательно, перемены также необходимы для усиления характера реформ здравоохранения, защищающих интересы бедных слоев населения. Они подразумевают усиление географической справедливости в политике сооплаты таким образом, чтобы финансовые обязательства пациентов наиболее близко отображали их способность платить. Однако в рамках жестких бюджетных ограничений в государственном секторе, определение ресурсов для перераспределения является проблемой. Несмотря на то, что Правительство и Всемирный банк согласовали план последовательного перераспределения части расходов на здравоохранение из Республиканского бюджета в регионы, осуществление которого должно было начаться в 2003 году в качестве одного из условий проекта «Реформирование сектора здравоохранения – II», он столкнулся с сильной политической оппозицией со стороны медицинских учреждений республиканского уровня и не был приведен в исполнение. Тем не менее, такое перераспределение должно произойти для того, чтобы процесс реформирования стал более справедливым. Оно может быть осуществлено в форме перераспределения в каждую область или в качестве перечисления в национальный пул Фонда ОМС (откуда затем эти средства будут перераспределяться посредством механизмов оплаты ФОМС). Для регулирования уровней сооплаты пациентов за стационарное лечение и стоимости лекарственных препаратов на амбулаторном уровне необходима та или иная форма перераспределения аккумулированных средств. Категориальные гранты обладают огромным потенциалом для разрешения этой проблемы при

условии, что основа их распределения будет изменена в сторону подхода, основанного на нуждах, а не останется «заполняющей брешь» мерой, покрывающей связанные с персоналом расходы. Следовательно, сверх существующих выравнивающих грантов в межправительственном финансовом процессе необходимо дополнительное межрегиональное балансирование для обеспечения большей справедливости в финансировании и использовании медицинской помощи. Для этого потребуются серьезный контроль центрального руководства.

Кроме необходимости поддерживать реформы и делать их более направленными на борьбу с бедностью, в системе здравоохранения возникают и другие приоритеты, требующие новых подходов и новых инвестиций. Это связано с необходимостью повышения эффективности использования энергии физической инфраструктурой системы здравоохранения, а также необходимостью решения проблем общественного здравоохранения, связанных с туберкулезом и ВИЧ.

Основная цель реформы заключается в «приведении к правильным размерам» физической инфраструктуры системы предоставления медицинских услуг. Под «правильными размерами» подразумевается сокращение количества (в основном больничных) зданий посредством рационализации отдельных больниц (например, консолидация выполняемых больницей функций в меньшем количестве зданий) и объединение отдельных специализированных больниц в больницы общего профиля. Одной из важных задач этого является сокращение объемов средств, выделяемых на фиксированные затраты, в основном на отопление и электричество. Несмотря на то, что в ответ на возникающие в результате введения системы «единого плательщика» стимулы осуществление процесса реструктуризации происходило довольно быстро, предварительные данные говорят о том, что это привело к незначительной финансовой прибыли. Хотя частично причиной этого являются изменения в энергетическом секторе, повлекшие за собой увеличение тарифных ставок, основной проблемой системы здравоохранения являются здания больниц как неэффективные потребители энергии. Сокращение текущих расходов на отопление в больницах требует существенных инвестиций как, например, на теплоизоляцию и получения возможности мониторировать и контролировать использование тепла и электричества в каждом здании больницы (т.е., установление счетчиков). По приблизительным расчетам теплоизоляция в больницах может снизить потерю тепла на почти 77%. Правительство и Минздрав должны направлять новые инвестиции (от доноров или из отечественных источников) на повышение эффективности использования энергии инфраструктурой системы предоставления услуг. При использовании этих инвестиций следует уделять особое внимание на среднесрочное и долгосрочное влияние этих инвестиций на текущие расходы при планировании инвестиционных процессов с должным учетом изменений, происходящих в энергетическом секторе.

И, в заключение, необходимо уделять повышенное внимание (и затраты) на борьбу с угрозой здоровью и благосостоянию общества, которую представляют собой туберкулез и ВИЧ/СПИД. Эти нозологии служат основанием для повышенного внимания, так как их инфекционные свойства означают, что они оказывают отрицательное влияние не только на уже инфицированных людей, но и на остальных. Потенциальный рост резистентных к лекарственным препаратам форм туберкулеза и ВИЧ-инфекции в ближайшем будущем, а также сокрушительный социальный и экономический распад, к которому они могут привести систему здравоохранения

Кыргызстана и общество в целом, требуют незамедлительных действий пока есть возможность их сдерживания.

Количество ВИЧ-инфицированных на данный момент незначительно, но инфекционная схема аналогична имеющейся в России и Украине, странах с самыми быстрыми темпами роста ВИЧ эпидемии в мире. Сейчас в Кыргызской Республике удобный момент для прекращения распространения вируса, но только при условии быстрого увеличения объема «снижающих вред» действий (обмен шприцев, медикаментозное лечение, работа по снижению риска при половых отношениях) для охвата 60% наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, в сравнении с текущим уровнем, составляющим всего около 2%. Хотя и предполагается, что 17,1 миллионов долларов США, утвержденные Глобальным фондом, покроют большую часть затрат, все же останется необходимость в увеличении уровня отечественных затрат на обучение специалистов современным методам профилактики и контроля ВИЧ, а также на лекарственные препараты и тренинги, необходимые для лечения инфекций, передающихся половым путем, на первичном уровне.

Несмотря на современные методы контроля над туберкулезом, существующие в общей системе здравоохранения (DOTS), туберкулез продолжает оставаться общественной угрозой для населения. Кроме проблемы для общего населения, туберкулез в местах лишения свободы является заслуживающей особого внимания проблемой из-за высокого уровня инфицированности, политики амнистирования зараженных туберкулезом лиц и отсутствия координации между «тюремной системой здравоохранения» и общей системой здравоохранения. Особое беспокойство вызывает возможность возникновения резистентных к лекарственным препаратам форм туберкулеза в местах лишения свободы и их распространение на все население через политику амнистирования. Возникает безотлагательная необходимость повышения способности тюремной системы здравоохранения выявлять и лечить туберкулез и резистентные к лекарственным препаратам формы туберкулеза с использованием современных методов. С этим же связана необходимость координации деятельности по борьбе с туберкулезом в общей системе здравоохранения республики для обеспечения непрерывности лечения выпускаемых на свободу заключенных и обмена квалифицированными специалистами и дорогостоящим диагностическим оборудованием. Необходимы новые инвестиции для создания возможности выявлять и лечить резистентные к лекарственным препаратам формы туберкулеза. В заключение, следует пересмотреть закон, дающий амнистию заключенным лицам на основании умеренных и тяжелых форм туберкулеза, и согласовать его с деятельностью общественного здравоохранения и общественной политики по защите всего населения.

Введение/предыстория

Как и большинство стран бывшего Советского союза Кыргызская Республика (КР) пережила болезненный в социальном и экономическом плане переходный период первых десяти лет с момента приобретения независимости в 1991 году. В советское время большинство услуг здравоохранения были бесплатными и имели место излишние социальные услуги и трансферты. Прекращение субсидирования из Москвы усугубило быстрый спад ВВП на душу населения и, в частности, соотношение государственных доходов к ВВП. Это привело к снижению государственных расходов, что отразилось на секторе здравоохранения и других социальных секторах.

Обзор социальной политики и расходов в Кыргызстане, подготовленный в 2000 году (Всемирный банк 2001a), описывает стратегию сектора здравоохранения, основанную на анализе структуры расходов и нуждах населения в услугах здравоохранения. Он включает в себя подробное изложение приоритетов политики и последующих шагов для процесса реформирования. Настоящий документ дает обновленные данные по затратам и состоянию здоровья, упомянутые в отчете, и делает переоценку приоритетов политики в свете новых данных по результатам далеко идущей реформы финансирования здравоохранения, введенной в 2001 году. Цель данного отчета заключается в том, чтобы проинформировать лиц, ответственных за принятие решений, о деятельности системы здравоохранения и институциональных и финансовых изменениях, необходимых для обеспечения достижения целей реформ здравоохранения в усилении эффективности, справедливости и прозрачности при одновременном снижении влияния бедности. Здесь также говорится о том, что туберкулез и ВИЧ-инфекция представляют собой возможную угрозу общественному здоровью и требуют незамедлительных согласованных действий для предотвращения крупных экономических и социальных последствий в дальнейшем. Несмотря на это, основное внимание данного отчета сфокусировано на системе финансирования здравоохранения в КР и, следовательно, документ не предназначен для использования в качестве комплексного обзора сектора здравоохранения. Для этой цели понадобится более обширный документ, полностью охватывающий вопросы общественного здравоохранения и качества медицинской помощи.

Тенденции в состоянии здоровья и использовании медицинских услуг

Состояние здоровья

Как и в большинстве стран бывшего Советского союза, в Кыргызской Республике официальные показатели состояния здоровья ухудшились в начале 1990-х годов (эта тенденция получила начало в 80-х годах), а затем стали улучшаться снова примерно с середины декады (Таб. 1). Например, показатели средней продолжительности жизни стали расти с 1996 года, а показатели общей смертности стали снижаться с 1995 года. Еще одной общей чертой стран этого региона является большая разница между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин. В КР эта разница достигла пика в 9,1 лет в 1994 году, но после этого стала снижаться и составила разницу в 7,6 лет в 2001 году. Показатели общей младенческой и материнской смертности также были ниже во второй половине 90-х гг.

Таб. 1. Основные показатели состояния здоровья в Кыргызской Республике

Индикаторы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	68,8	68,3	67,3	65,9	65,9	66,6	66,7	67,1	68,7	68,5	68,6
Женщины	72,7	72,2	71,7	70,7	70,4	70,9	71,4	71,2	72,6	72,4	72,5
Мужчины	64,6	64,2	62,9	61,6	61,4	62,3	62,5	63,1	64,9	64,9	64,9
Показатель смертности	6,9	7,2	7,7	8,3	8,2	7,6	7,4	7,4	6,8	6,9	6,6
Женщины	6,42	6,69	7,09	7,6	7,47	6,91	6,76	6,78	6,22	6,24	5,80
Мужчины	7,57	7,75	8,45	9,14	9,02	8,33	8,26	8,06	7,38	7,73	7,90
Показатель младенческой смертности (ПМС)	29,7	31,5	31,9	29,1	28,1	25,9	28,2	26,2	22,7	22,6	21,7
Показатель материнской смертности	76,4	70,1	80,1	80,1	67,4	65	76,4	54,7	45,9	46,5	49,9

Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при Минздраве. Показатель младенческой смертности лается на 1000 живорожденных и материнской смертности – на 100000 живорожденных. Представленные здесь показатели смертности основаны на критериях живорожденности, унаследованных у Советского союза. Представленные здесь показатели младенческой и материнской смертности полезны для проведения анализа тенденций внутри страны, но не для сравнения со странами, использующими международные критерии живорожденности ВОЗ.¹

Ведущими причинами смертности являются заболевания кровеносной системы (44% от общей смертности в 2000 г.), в первую очередь, сердечно-сосудистые заболевания, что подчеркивает необходимость повышенного внимания к укрепляющим здоровье мероприятиям и ПМСП для профилактики и лечения этих состояний до того, как они перейдут в тяжелые формы и потребуют дорогостоящего лечения. Далее идут заболевания дыхательной системы (13%), травмы и отравления (11%) и новообразования (9%). Ведущими заболеваниями по отчетности того года были респираторные заболевания (24%), заболевания эндокринной системы (17%) и мочеполовой системы (10%) (МЗ 2001 г.).

Национальные уровни этих индикаторов скрывают значительные колебания в состоянии здоровья в республике. Анализ данных по Кыргызстану из Медико-демографического отчета за 1997 год выявил, что показатель младенческой смертности был в 1,8 раз выше среди 20% самых бедных слоев населения по сравнению с 20% самых богатых слоев населения. Аналогичные различия наблюдались в показателях детской смертности до 5 лет и показателях уровня питания (Gwatkin *et al.* 2000). Официальные статистические данные также показывают региональные различия в показателях детского здоровья, что показано в Таб. 2 и Таб. 3. К примеру, показатель младенческой смертности в Баткенской области в 2001 году был 25,6 против Чуйской области с показателем 16,8 и разница в показателях между этими областями составляла 52%. Разница в показателях детской смертности до 5 лет между этими двумя областями была больше 80%.

¹ Расчеты показателей младенческой смертности, представленные в основном на данных по населению Медико-демографическом отчете (с использованием критериев живорожденности ВОЗ), составляют 61 случай на 1000 живорожденных за период с 1992 по 1997 годы, что более чем в два раза больше официальных данных Минздрава, составляющих 29 случаев на 1000 живорожденных за период с 1993 по 1996 годы (Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии [Кыргызская Республика] и Macro International Inc. (1998 г.)).

Таб. 2. Показатель младенческой смертности, по регионам

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
КР	32,2	30,0	29,7	31,5	31,9	29,1	28,1	25,9	28,2	26,2	22,7	22,6	21,7
Баткен	38,6	33,3	31,1	34,3	32,6	28,5	29,9	28,9	29,6	30,4	26,3	27,6	25,6
Ж-Абад	28,6	26,2	28,2	32,9	29,0	28,7	26,2	24,2	27,8	21,3	19,4	18,3	18,9
И-Куль	28,2	30,5	28,3	28,4	34,3	27,3	29,8	23,1	30,5	21,8	19,5	18,1	16,8
Нарын	34,9	28,0	31,2	33,1	38,9	28,9	29,8	22,5	28,9	21,2	18,3	18,5	22,2
Ош	36,4	35,2	32,7	33,4	31,8	31,5	30,6	30,2	29,6	32,2	27,7	25,5	24,0
Талас	35,5	29,2	33,2	29,3	33,6	26,0	26,9	20,7	29,0	19,2	23,1	23,1	20,8
Чуй	27,0	26,0	25,5	23,0	20,8	18,2	18,3	17,0	19,8	20,1	16,4	19,4	16,8
Бишкек	30,8	28,0	27,9	36,5	50,0	44,1	37,1	30,3	30,4	29,0	23,8	27,5	27,2

Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ

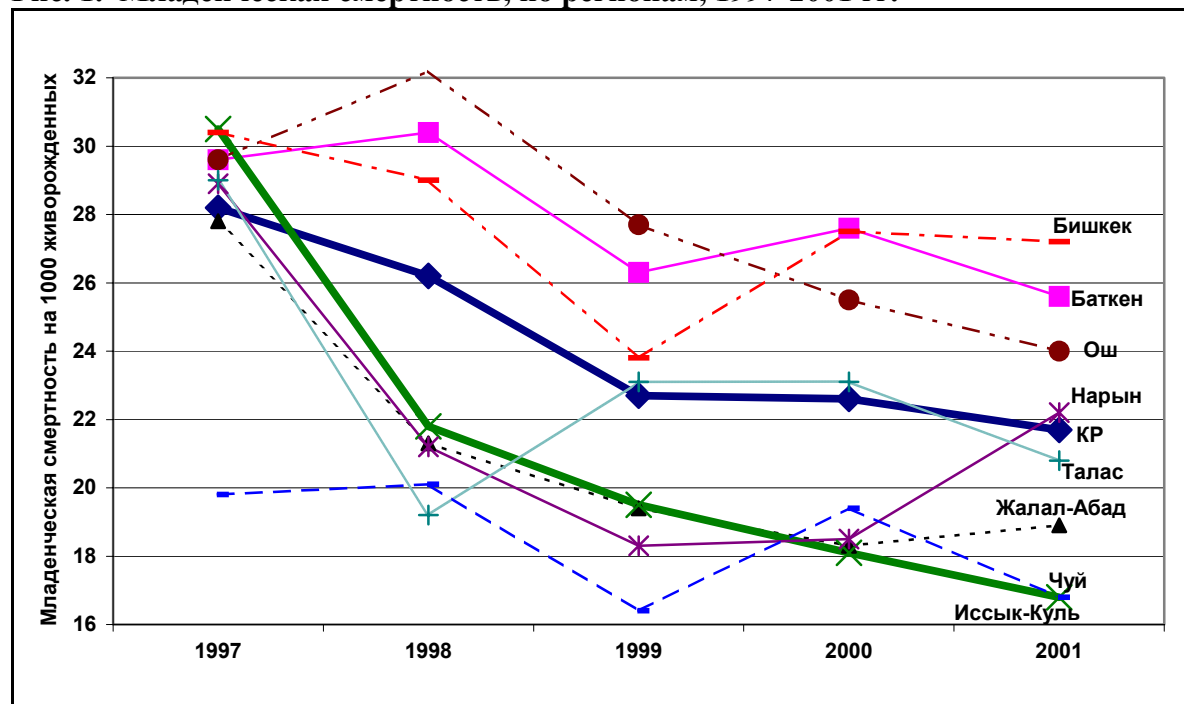
Таб. 3. Показатель детской смертности до 5 лет, по регионам

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
КР	38,6	42,2	44,6	41,9	41,3	36,4	42,1	40,7	35,5	33,2	29,5
Баткен									44,5	44,0	38,0
Ж-Абад	37,1	44,2	43,1	44,6	42,4	35,1	41,9	35,5	32,1	27,3	27,3
И-Куль	36,4	35,5	42,4	33,2	37,1	29,4	38,8	27,8	23,8	23,7	21,5
Нарын	42,2	48,9	50,3	42,4	45,5	30,9	44,7	36,4	31,0	32,7	31,0
Ош	43,5	48,3	49,9	48,0	47,2	44,9	48,5	53,8	46,9	41,0	39,2
Талас	42,2	38,2	45,1	35,9	35,9	26,0	45,4	28,2	33,8	32,5	29,0
Чуй	31,0	32,3	25,8	23,7	24,0	21,5	25,0	26,7	21,5	24,1	20,5
Бишкек	30,8	38,5	53,1	46,9	40,3	33,6	34,6	31,3	26,4	30,1	28,2

Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ

Более подробный взгляд на тенденции в состоянии здоровья детей вызывает ассоциации с внедрением реформ на первичном уровне. В частности, реорганизация ПМСП в Группы семейных врачей (ГСВ) началась в 1997 году в Иссык-Кульской области. С того времени процесс создания ГСВ стал быстро распространяться, особенно в Чуйской области и г. Бишкек, и на данный момент ГСВ существуют во всех областях республики. Впрочем, у ГСВ Иссык-Кульской области больше опыта и их персонал прошел больше обучения по новой клинической практике. Как показано в Таб. 2 и Таб. 3, в Иссык-Кульской области наблюдается наиболее быстрый спад в показателях младенческой смертности и детской смертности до 5 лет по сравнению с другими регионами республики. Хотя в 1997 году в Иссык-Кульской области наблюдался самый высокий уровень младенческой смертности, к 2000 году этот показатель был самым низким (см. Рис. 1). Однако фактов недостаточно, чтобы предположить, что реформирование первичного уровня могло повлиять на этот спад. Ведущими причинами младенческой смертности по республике являются острые респираторные инфекции (АРИ), которые составляют около 35% летальных случаев (МЗ 2001 г.). В обзоре историй болезней пациентов, проведенном в 2001-02 гг., проводилось сравнение лечебной практики ГСВ из 4 регионов на соответствие новым клиническим протоколам по лечению (МЗ 2002 г.). Было обнаружено, что в ГСВ Иссык-Кульской области 95% случаев лечения соответствовали клиническим протоколам по сравнению с 44% в Бишкеке, 54% в Чуйской и 78% в Ошской областях. Это говорит о том, что клиническая практика врачей первичного уровня в Иссык-Кульской области лучше, чем в других регионах (по крайней мере, в плане лечения ОРИ). Хотя это не доказывает, что реформирование первичного уровня явилось причиной снижения младенческой (и детской, о чем говорят данные в Таб. 3) смертности, все же есть повод для оптимизма в отношении того, что создание ГСВ и переобучение врачей оказали положительное влияние на показатели здоровья.

Рис. 1. Младенческая смертность, по регионам, 1997-2001 гг.



Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ

Тенденции в заболевании инфекционными заболеваниями вызывают особую тревогу с точки зрения социального благополучия, так как опасности подвергаются не только заболевшие люди, но и другие представители общества. Такие внешние факторы ставят борьбу с инфекционными заболеваниями на уровень государственной деятельности, включая финансирование. Как показано в Таб. 4, количество случаев заболеваемости туберкулезом и сифилисом резко возросло в 1990-х гг. Среди стран «СНГ-7»,² в Кыргызской Республике самый высокий уровень зарегистрированных случаев туберкулеза. Показатели заболеваемости туберкулезом быстро росли вплоть до 1998 года, а затем немного выравнивались (хотя и продолжали расти). Однако, это резкий рост и затем выравнивание являются искусственным признаком улучшения диагностики и введения стратегии лечения DOTS, что привело к возросшему выявлению случаев заболеваемости. Предполагалось, что введение DOTS приведет к увеличению количества зарегистрированных случаев заболевания, но к снижению в количестве летальных случаев в результате успешной стратегии лечения. Уровень смертности от туберкулеза снизился в период с 1997 по 2000 годы, но стал расти снова в 2001 году. Туберкулез является большой проблемой пенитенциарной системы. По имеющимся данным, уровень заболеваемости туберкулезом в 2001 году был почти в 40 раз выше среди заключенных по сравнению с общим населением, а уровень смертности среди них был выше в 150 раз. Тюрьмы являются рассадником резистентных к лекарственным препаратам форм туберкулеза, что в свою очередь является угрозой здоровью общества. Амнистирование заключенных в связи с наличием у них активной формы туберкулеза является установившейся практикой (например, около 1600 заключенных было выпущено на свободу в 2001 году вследствие их заболевания туберкулезом, из которых только 600 были зарегистрированы в общей системе по борьбе с туберкулезом для продолжения

² Страны «СНГ-7» включают в себя Армению, Азербайджан, Грузию, Кыргызскую Республику, Молдову, Таджикистан и Узбекистан.

лечения на свободе) и, следовательно, существует огромный риск того, что эпидемия туберкулеза в местах лишения свободы может распространиться на все население (Kokko *et al.* 2002).

Таб. 4. Тенденции отобранных инфекционных заболеваний

Индикаторы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Заболеемость туберкулезом	56,9	57,9	54,5	61,4	72,4	86,9	95,3	108,9	114,4	121,8	128,4
Показатель смертности от туберкулеза			9,5	13,6	13,4	13,5	16,0	13,5	13,6	12,6	13,6
Заболеемость сифилисом	2,0	2,8	4,5	22,5	73,6	152,8	167,8	144,4	116,7	73,4	49,4
Кол-во вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции	0	0	0	0	2	2	2	6	10	16	149

Данные Национального статистического комитета, Медико-информационного центра при МЗ и Координационного комитета Кыргызской Республики по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (2002 г.). Показатели заболеваемости и смертности рассчитаны на 100 000 населения. Данные по туберкулезу отображают только общее население, без учета заключенных. Если учитывать заключенных, то, по приблизительным подсчетам, показатель заболеваемости туберкулезом в 2001 году был бы равен 167,8.

Таб. 4 также показывает, насколько быстро выросло количество ВИЧ-инфицированных в 2001 году. Еще 108 случаев ВИЧ-инфекции были выявлены за первые 8 месяцев 2002 года. Отчасти, быстрый рост количества случаев заболевания за последние пару лет произошел в связи с улучшением отчетности, но это также предупреждение о том, как это заболевание может дорасти до экспоненциального уровня, если не будут приняты соответствующие меры по предотвращению его распространения. Большая часть выявленных случаев приходится на наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, которые составляют 85% от всех случаев ВИЧ-инфекции. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией сконцентрирован в Ошской области и составляет 81% от всех случаев, выявленных в 2002 году. 56% лиц, с выявленной на данный момент ВИЧ-инфекцией, находятся в местах лишения свободы и других исправительных учреждениях (Координационный комитет Кыргызской Республики по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, 2002 г.).

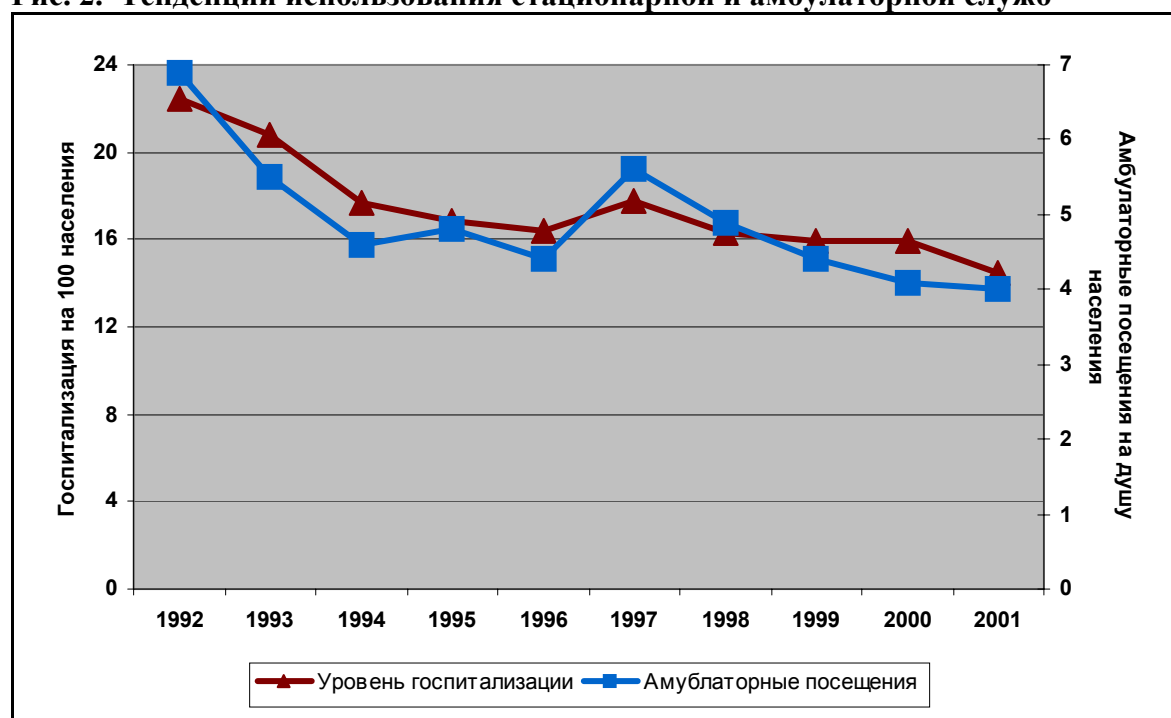
Несмотря на то, что в Кыргызстане количество случаев заболевания ВИЧ-инфекцией резко возросло, нельзя назвать с уверенностью реальное количество инфицированных лиц. UNAIDS предполагает, что реальное количество составляет около 3000 случаев или в 10 раз выше зарегистрированного уровня. Обследование следов крови на шприцах наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, в 2000 году показало частоту заболеваемости ВИЧ-инфекцией, составляющую от 11,5% до 18,5% в Бишкеке и от 32,2% до 49,8% в Оше. Исходя из этих данных, текущее количество инфицированных наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, составляет около 6550 в Бишкек и 2050 в Оше. В России наркоманы, принимающие наркотики внутривенно, также составляли группу риска, стоящую на первом месте по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Однако, опыт России показывает, что без своевременного вмешательства для прекращения распространения заболеваемости, она может резко возрасти среди наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, и может достичь 70% инфицированных среди наркоманов к концу 2003 года. Это означает, что инфицированными могут оказаться 40000 человек. Более того, опыт России и других стран говорит том, что эпидемия может перекинуться от наркоманов на проституток и их клиентов, а затем на все население. Следовательно, несмотря на относительно небольшое количество ВИЧ-инфицированных в КР на данный момент,

будет обоснованным принятие незамедлительных мер по сдерживанию заболеваемости, пока она не приняла масштабы эпидемии (Координационный комитет Кыргызской Республики по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, 2002 г.).

Использование медицинских услуг

Тенденции уровня использования стационарных и амбулаторных служб здравоохранения представлены на Рис. 2. На рисунке видна тенденция снижения использования, прервавшаяся увеличением в 1997 году, и вернувшаяся к снижению в последующие годы (хотя и более медленными темпами). Как показано в Обзоре социальных расходов (Всемирный банк 2001а), это отражает продолжение тенденции, которая получила начало в 1987 году. Несмотря на снижение, уровень использования остается высоким относительно международных стандартов, особенно по использованию стационарной помощи.

Рис. 2. Тенденции использования стационарной и амбулаторной служб



Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ

В Таб. 5 и Таб. 6 показаны тенденции использования стационарной и амбулаторной служб по регионам. Обе таблицы свидетельствуют о том, что наблюдается существенное различие в уровне использования медицинских услуг по республике. В Бишкек уровень использования амбулаторной службы намного выше, а стационарной – ниже, чем в остальных регионах республики. Впрочем, в данных по стационарной службе не учтены медицинские учреждения Республиканского уровня. Большинство этих учреждений расположены на территории г. Бишкек и обслуживают, в основном, население города и близлежащей Чуйской области. Следует отметить, что уровень использования стационарной службы резко снизился в 2001 году в Иссык-Кульской и Чуйской областях. Это может иметь отношение к начатому в том году процессу внедрения реформ в этих областях.

Таб. 5. Амбулаторные посещения на душу населения, по регионам

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
КР	6,9	6,4	4,6	4,8	4,4	5,6	4,9	4,4	4,1	4,0
Баткен									3,2	3,6
Ж-Абад	5,6	5,0	3,9	4,6	3,6	4,0	3,1	3,4	3,3	3,5
И-Куль	6,4	7,6	4,6	4,3	3,3	4,3	3,8	3,8	3,5	3,5
Нарын	6,9	5,9	5,1	5,4	5,4	6,5	5,8	5,2	4,3	4,1
Ош	6,1	5,5	3,9	3,8	3,3	4,5	3,9	4,8	3,1	3,7
Талас	6,5	5,2	5,0	5,6	4,9	5,8	5,3	4,8	3,7	4,1
Чуй	8,2	6,1	5,1	4,4	4,0	5,0	4,3	3,6	3,2	3,5
Бишкек	11,6	10,6	9,0	9,7	9,0	9,7	9,1	6,4	6,7	6,6

Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ

Таб. 6. Уровень госпитализации на 100 населения, по регионам

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
КР	23,0	22,4	20,8	17,7	16,9	16,4	17,8	16,3	15,9	15,9	14,5
Баткен										16,1	15,3
Ж-Абад	22,4		19,7	16,2	14,7	15,1	16,5	14,7	14,6	14,7	14,0
И-Куль	22,6		20,6	17,1	15,3	13,5	13,5	11,9	12,9	13,6	10,0
Нарын	22,1		20,0	15,6	15,4	15,5	16,9	16,4	17,8	16,4	14,9
Ош	23,1		20,7	17,6	17,1	15,9	17,1	15,7	20,4	14,5	13,5
Талас	22,5		21,1	17,3	16,3	15,8	16,1	14,0	15,3	15,6	14,1
Чуй	21,1		18,2	14,9	13,7	12,7	13,6	13,2	13,4	13,7	9,7
Бишкек	27,0		26,2	24,6	25,3	27,0	11,3	10,3	8,1	8,7	10,1

Данные Национального статистического комитета и Медико-информационного центра при МЗ.

Данные по госпитализации в Республиканские медучреждения включены в общие данные по республике, но не учтены в региональных показателях.

Расходы на здравоохранение: уровни и тенденции

Общий уровень расходов и источники финансирования

Кыргызская государственная система казначейства и Фонд обязательного медицинского страхования обладают существенным объемом информации по уровням, тенденциям и схемам расходов на здравоохранение из государственного бюджета. Информации по частным расходам на здравоохранение недостаточно, но исследование, профинансированное DfID и проведенное Национальным статистическим комитетом в марте 2001 года, позволяет сделать приблизительные расчеты этих расходов на 2000 и 2001 годы.³ При объединении этих источники появляется возможность рассчитать общий уровень национальных расходов на здравоохранение (т.е., исключая средства доноров) и его распределение по источникам финансирования за эти два года. Это показано в Таб. 7.

³ Подробное описание методов и результатов исследования представлено в документах Фолкингом (2001) и НСК (2001). Дополнительный анализ, проведенный Джейн Фолкингом, позволил сделать предварительный расчет уровня частных расходов на здравоохранение на душу населения в 2000 и 2001 годах. Так как исследование охватывало период получения стационарной помощи в течение года, то расходы, указанные в данном исследовании, охватывают период времени с 2000 по 2001 годы. Содержащиеся здесь расчеты основаны на одних и тех же данных, но с корректировкой на прирост населения, инфляцию стоимости медицинских услуг, относительный уровень расходов на здравоохранение в феврале по сравнению с другими месяцами и уровень ВВП. Это предполагает, что реальный уровень частных расходов на здравоохранение на душу населения не менялся за эти два года.

По этим расчетам, доля частных расходов на здравоохранение составляет 51-52% от общих расходов на здравоохранение.⁴ Большая часть этих расходов приходится на амбулаторную помощь и, в частности, на покупку лекарственных средств, как показано на Рис. 3. Расходы на лекарственные средства на амбулаторном уровне составляют 56% от общего уровня частных расходов на здравоохранение. Большая часть этих затрат имеет место не в медицинских учреждениях, а тратится на частную покупку прописанных или не прописанных медикаментов у частных поставщиков (в аптеках, на базарах и т.п.).

Частные наличные расходы представляют собой наименее справедливую форму оплаты за услуги медицинской помощи и необходимость осуществления таких расходов является огромным препятствием для бедных слоев населения в доступности к медицинской помощи. Поэтому, перенос большей доли расходов на здравоохранение из частных («из кармана») на предварительно оплаченные источники (т.е., общее налогообложение или налоги с фонда оплаты труда) является одной из целей финансовой политики системы здравоохранения. В международном масштабе, существуют доказательства того, что процент частных выплат в общих расходах на здравоохранение обратно пропорционален уровню дохода страны (Schieber и Maeda 1997).⁵ Другими словами, чем беднее страна, тем выше процент расходов на здравоохранение, выплачиваемых непосредственно пользователями медицинских услуг. Например, частные наличные выплаты («из кармана») составили около 70% в Таджикистане (Falkingham, forthcoming) и 87% в Грузии (Gamkrelidze *et al.* 2002). С международной точки зрения показатель в 51-52% является «неплохой известиём» для Кыргызской Республики, так как он представляет собой относительно небольшую долю наличных выплат («из кармана»), учитывая, что КР является страной с низким уровнем дохода.

⁴ Представленные в таблице данные не включают в себя транспортные расходы на консультации. Если бы эти расходы учитывались, то частные выплаты составили бы 305 сомов на душу населения в 2000 году и 320 сомов в 2001 году. В таком случае, доля частных расходов составила бы 52,9% в 2000 году и 52,5% в 2001 году. Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП возросли бы до 4,34% и 4,09% от ВВП соответственно.

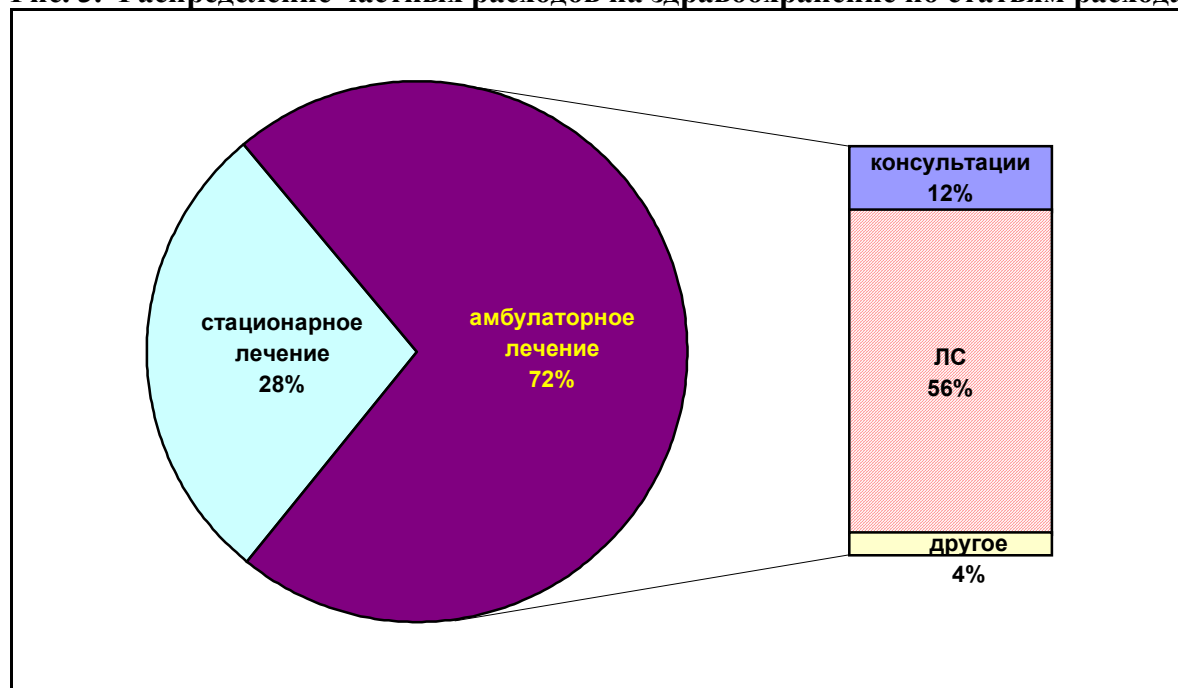
⁵ Говоря точнее, это соотношение доли частных расходов на здравоохранение к возможности страны собирать налоги (возможно, измеряемый процентом от ВВП, представленным доходами с налогообложения).

Таб. 7. Показатели расходов на здравоохранение, 2000-2001 гг.

	2000	2001		
Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП	4,23%	4,00%		
Бюджет	1,88%	1,78%		
ФОМС	0,16%	0,16%		
Частные наличные платежи	2,19%	2,05%		
Расходы на здравоохранение на душу населения	сомы	доллары	сомы	доллары
Всего	562,5	\$11,8	595,7	\$12,3
Бюджет	250,4	\$5,2	265,8	\$5,5
ФОМС	21,3	\$0,4	24,3	\$0,5
Частные наличные платежи	290,7	\$6,1	305,6	\$6,3
Процент от общих расходов на здравоохранение				
Бюджет	44,5%		44,6%	
ФОМС	3,8%		4,1%	
Частные наличные платежи	51,7%		51,3%	

Примечание: Расходы рассчитаны на основе источников финансирования. «Бюджет» показывает все расходы на здравоохранение, поступающие из бюджетных источников, включая расходы Фонда ОМС из средств, перечисленных из Республиканского бюджета, и расходы ТУ ФОМС из средств, перечисленных из местных бюджетов. «ФОМС» показывает только те расходы, средства на которые были перечислены в ФОМС из Социального фонда. Как описывается далее, проведение анализа расходов на основе только этих источников сильно преуменьшает роль Фонда ОМС в системе здравоохранения, так как он несет ответственность, в основном, за управление «бюджетными» средствами с начала внедрения системы «единого плательщика» в 2001 году. Расчеты сумм в долларах и процентов от ВВП основаны на данных НСК (2003).

Рис. 3. Распределение частных расходов на здравоохранение по статьям расхода



Источник: анализ данных из обзора домохозяйств, проведенного в феврале 2001 г. (Falkingham 2001).

Если бы были учтены транспортные расходы до места консультации, то доля расходов на амбулаторное лечение возросла бы до 73%. Из них, транспортные расходы составили бы 5%, консультации - 11%, лекарственные средства (ЛС) - 54% и другое - 3%.

Уровни и тенденции в государственных расходах на здравоохранение

В Казначействе имеется избыток данных по расходам на здравоохранение из бюджетных источников с 1995 по 2001 годы, что позволяет проведение сравнения этих данных с данными Казначейства по общему объему государственных затрат. Очевиден тот факт, что уровень государственных расходов на здравоохранение падает. В Таб. 8 показано, что наблюдается постоянный спад в затратах на здравоохранение, начиная с 4% от ВВП в 1995 до 1,9% в 2001 году. Создание в 1997 году Фонда ОМС, возможно, в некоторой степени смягчило спад в затратах на здравоохранение из «государственного бюджета» (т.е., затратах из Республиканского бюджета и бюджетов местных самоуправлений, включая расходы на здравоохранение из других министерств), но не смогло в полной мере его компенсировать.

Таб. 8. Государственные затраты на здравоохранение как процент от ВВП

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Всего	4,0%	3,1%	2,8%	2,8%	2,4%	2,0%	1,9%
Государственный бюджет	4,0%	3,1%	2,7%	2,7%	2,2%	1,9%	1,8%
ФОМС			0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%

Источник: Данные Казначейства по затратам на здравоохранение из государственного бюджета; Фонда ОМС по расходам Фонда ОМС из доходов, полученных из Социального фонда; и Национального статистического комитета по показателям ВВП. Данные по затратам на здравоохранение из бюджета не учитывают «специальные средства» (официальную оплату за медицинские услуги).

Существуют две возможные причины, по которым расходы на здравоохранение из государственного бюджета снизились как процент от ВВП: (1) имел место общий спад в государственных расходах как процент от ВВП, и/или (2) Республиканский и местные бюджеты перераспределили схему затрат не в пользу сектора здравоохранения. Как видно из Таб. 9 и Таб. 10, обе причины имели место. Начиная с 1995 года, уровень государственных доходов колебался от 17,5% до 21,3% от ВВП. Однако, не считая увеличения в 1998 году, уровень государственных расходов постоянно снижался как процент от ВВП, что отражает попытки правительства в достижении фискального баланса. Таким образом, важной причиной спада уровня государственных расходов на здравоохранение является общий спад государственных расходов в целом.

Таб. 9. Государственные доходы и расходы как процент от ВВП

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Доходы	21,2%	18,4%	19,3%	21,3%	19,5%	17,5%	19,4%
Расходы	38,3%	29,8%	29,3%	33,5%	32,0%	28,1%	26,1%

Данные Всемирного банка. Учитываются доходы и расходы ПГИ и внебюджетных средств.

Таб. 10. Здравоохранение как процент от общих расходов государственного бюджета

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Всего	12,3%	13,5%	11,6%	11,7%	10,8%	10,1%	9,9%
Республиканский	4,7%	5,8%	5,4%	5,3%	4,8%	4,5%	4,3%
Местный	25,5%	28,4%	28,0%	27,7%	27,6%	25,9%	23,7%

Источник: Данные Казначейства КР

Тем не менее, общий спад государственных расходов не является объяснением всего. Как показано в Таб. 10, имело место значительное снижение доли государственных расходов из бюджета, выделяемой на сектор здравоохранения. Таким образом, сокращение общего уровня расходов на здравоохранение произошло потому, что органы самоуправления на местном и Республиканском уровнях сместили свои приоритеты с сектора здравоохранения. В 2001 году, впервые, уровень расходов на здравоохранение упал ниже 10% от общих государственных затрат из бюджета.

Тогда как вышеупомянутое дает описание причин спада в финансовом плане, это не объясняет *почему* произошло изменение и, в частности, почему местные самоуправления постоянно перемещали средства с сектора здравоохранения на другие нужды. Учитывая создание Фонда ОМС в 1997 году, можно предположить, что финансовые органы стали рассматривать доходы по ОМС с налогообложения с фонда оплаты труда как замещение бюджетных средств, а не дополнение к ним. Таков был опыт Казахстана, где в 1996 году была введена схема обязательного медицинского страхования, последствием которой стал резкий спад общего уровня затрат на здравоохранение (Катцин и Кашин 2002). Хотя факты не указывают на причинную связь в Кыргызстане, как это было в Казахстане, любое замещение такого рода может привести к трагическим последствиям внедрения системы «единого плательщика», начатого в 2001 году. Как говорится далее, в новой системе различные источники государственного финансирования должны быть взаимодополняющими, а не замещающими друг друга, что может ослабить эффективность реформ.

В Таб. 11 представлены данные по текущему и реальному уровням расходов государственного сектора на здравоохранение на душу населения. В номинальных показателях и в показателях местной валюты наблюдается постоянный рост затрат. В период с 1998 по 1999 годы наблюдался существенный спад в долларовом исчислении, но это в основном отражает стремительное обесценивание сома, который за этот период потерял почти половину стоимости по отношению к доллару. В реальном исчислении затраты на здравоохранение на душу населения из бюджета сокращались вплоть до 2001 года. Достижение стабилизации в 2001 году (увеличение реальных расходов на здравоохранение на душу населения из государственного бюджета на 1%) стало возможным, в первую очередь, за счет достижения правительством контроля над инфляцией таким образом, что номинальный рост расходов на душу населения из бюджета был выше, чем увеличение компонента здравоохранения в индексе потребительских цен. В 1997 году расходы Фонда ОМС были незначительными, а расширение программы в 1998 году объясняет большой рост затрат Фонда ОМС в процентном отношении. Впрочем, реальные затраты на душу населения из Фонда ОМС сократились в 2000 году, но затем снова выросли в 2001 году. В реальном же исчислении уровень затрат на душу населения из Фонда ОМС был ниже в 2001 году по сравнению с 1999 годом.

Таб. 11. Показатели затрат на душу населения

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Текущие показатели затрат на здравоохранение							
Затраты на здравоохранение на душу населения из государственного бюджета	140,3	155,6	178,9	191,7	221,2	250,4	265,8
Специальные средства на душу населения		5,2	12,2	18,4	17,8	18,2	19,2
Затраты Фонда ОМС на душу населения			1,0	8,8	20,4	21,3	24,3
Всего зарегистрированных затрат на душу населения	140,3	160,9	192,1	219,0	259,4	289,9	309,3
Коэффициент роста зарегистрированных затрат на здравоохранение на душу населения		14,7%	19,4%	14,0%	18,5%	11,8%	6,7%
Валютный курс: сом к доллару США	10,82	12,84	17,37	20,77	39,02	47,72	48,44
Всего зарегистрированных затрат на душу населения (в долларах)	\$13,0	\$12,5	\$11,1	\$10,5	\$6,6	\$6,1	\$6,4
Реальные показатели затрат на здравоохранение (1995 сом)							
Процентный рост компонента здравоохранения в индексе потребительских цен (ИПЦ)	38,8%	20,6%	21,1%	13,0%	25,5%	20,5%	5,1%
Реальные затраты на душу населения из государственного бюджета	140,3	129,1	122,6	116,2	106,9	100,4	101,4
Коэффициент роста		-8,0%	-5,0%	-5,2%	-8,0%	-6,1%	1,0%
Реальные специальные средства на душу населения		4,3	8,3	11,2	8,6	7,3	7,3
Коэффициент роста			91,9%	34,1%	-23,0%	-15,3%	0,4%
Реальные затраты Фонда ОМС на душу населения			0,7	5,3	9,8	8,5	9,3
Коэффициент роста				668,4%	84,8%	-13,2%	8,3%
Всего зарегистрированных затрат на душу населения	140,3	133,4	131,6	132,7	125,3	116,2	117,9
Коэффициент роста реальных затрат на душу населения		-4,9%	-1,4%	0,8%	-5,6%	-7,3%	1,5%

Источники: НСК – данные по населению, индексу цен и валютному курсу. Казначейство – данные по затратам на здравоохранение из государственного бюджета и специальным средствам. ФОМС – данные по затратам ФОМС из доходов, полученных из Социального фонда.

Расходы местных самоуправлений на здравоохранение и категориальные гранты

Как показано в Таб. 10, расходы на здравоохранение составляли существенную долю от общих затрат местных самоуправлений. Далее это отражено в Таб. 12, которая говорит о том, что местные бюджеты постоянно составляли более двух третей от общих затрат государственного бюджета на здравоохранение. В 1997 году было внесено важное изменение, гарантирующее оплату сотрудников, занятых в секторах образования и здравоохранения. По системе категориальных грантов, финансирование зарплаты и выплат в Социальный фонд для сотрудников этих двух секторов было централизовано на республиканском уровне и перечислялось непосредственно в областные финансовые управления. В отличие от основанных на инфраструктуре нормативов, контролирурующих остальные бюджетные ассигнования, размер выделяемых на каждую область категориальных грантов предполагалось рассчитывать на средневзвешенной подушевой основе, где вес определялся возрастной структурой населения каждой области и относительной пропорцией населения каждой области, проживающего в городской или сельской местности и на высокогорье (Tasis 1999). Также предполагалось, что категориальные гранты будут использоваться для приоритетной деятельности в системах здравоохранения и

образования, а не просто покрывать связанные с персоналом расходы. Несмотря на то, что эти планы подразумевали потенциальное усиление эффективности и справедливости в ассигновании средств, они так и не были осуществлены и категориальные гранты остались средством для покрытия преопределенных расходов (зарплата и выплаты в Социальный фонд) на персонал (Всемирный банк 2002). Следовательно, потенциальные возможности категориальных грантов в финансировании приоритетных услуг и корректировке регионального дисбаланса в распределении средств относительно нужд населения, так и не были выполнены.

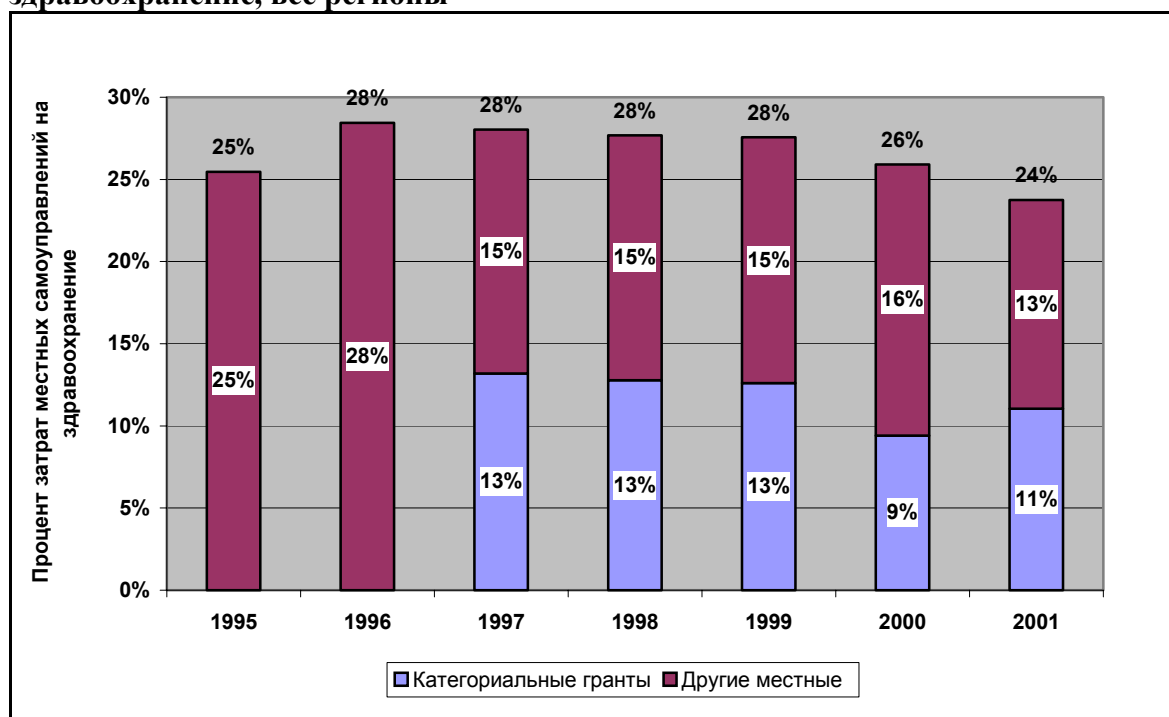
Таб. 12. Доли местного и Республиканского бюджетов в затратах государственного бюджета на здравоохранение

Процентные доли	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Республиканский бюджет	23,8%	28,3%	33,9%	31,8%	32,2%	33,3%	31,6%
Местный бюджет	76,2%	71,7%	66,1%	68,2%	67,8%	66,7%	68,4%
<i>категориальные гранты</i>			31,1%	31,4%	31,0%	24,2%	31,8%
<i>местные средства</i>	76,2%	71,7%	35,0%	36,7%	36,8%	42,5%	36,6%

Источник: Данные Казначейства КР. Категориальные гранты включены в затраты местного бюджета.

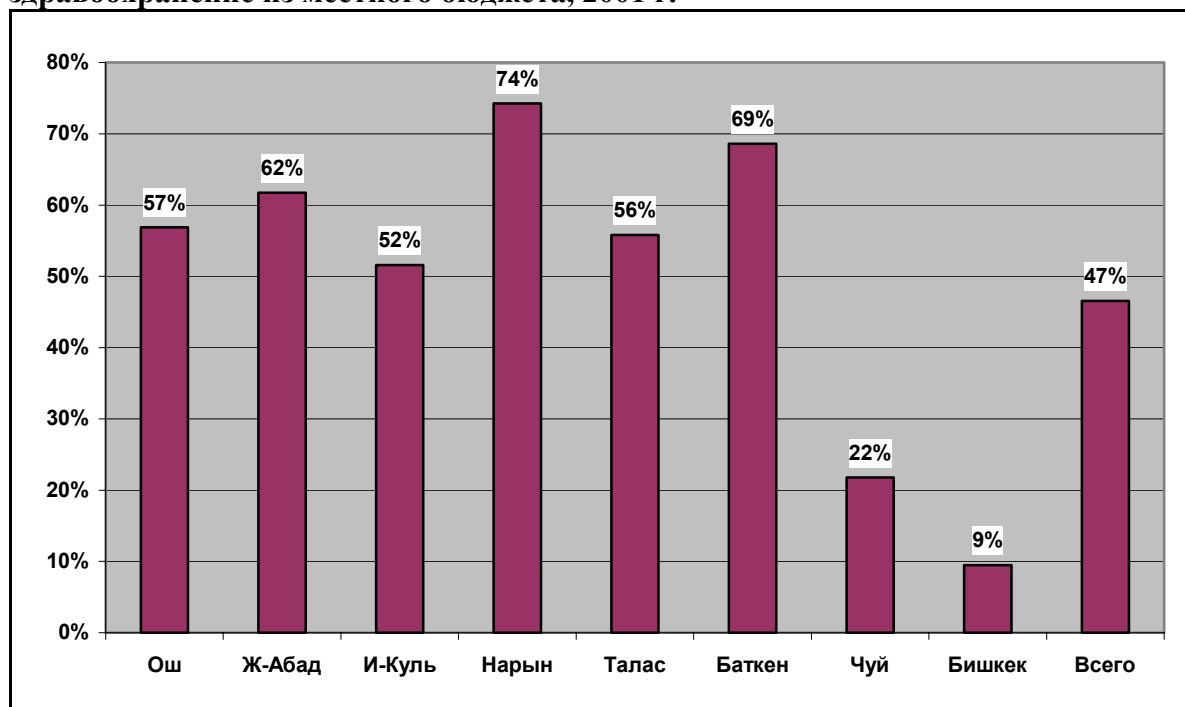
Как показано в Таб. 12, на Рис. 4 и Рис. 5, категориальные гранты обычно составляли около половины затрат местных бюджетов на здравоохранение, хотя и наблюдаются существенные различия между областями. Однако доля категориальных грантов сократилась в 2000 году, когда сократился их абсолютный показатель. В 2001 году наблюдается существенный рост в уровне категориальных грантов, хотя их доля от местных расходов на здравоохранение остается ниже доли, имевшейся в 1997-99 годах. Тем не менее, вызывает беспокойство тот факт, что утвержденный местный бюджет на 2002 год включает в себя 14%-ное сокращение выделяемых на здравоохранение категориальных грантов по сравнению с уровнем затрат 2001 года. Почти все регионы, за исключением города Бишкек, Чуйской и Таласской областей, запланировали это сокращение (Социум Консалт 2002). Это может обострить проблему, связанную с сокращением доли здравоохранения в затратах местных самоуправлений, которая началась в 2000 году и продолжилась в 2001 году. Как говорится далее в документе, сокращение категориальных грантов на здравоохранение может негативно повлиять на процесс реформирования здравоохранения.

Рис. 4. Процент затрат местных самоуправлений, выделяемый на здравоохранение, все регионы



Источник: Данные Казначейства КР

Рис. 5. Категориальные гранты как процент от общих затрат на здравоохранение из местного бюджета, 2001 г.

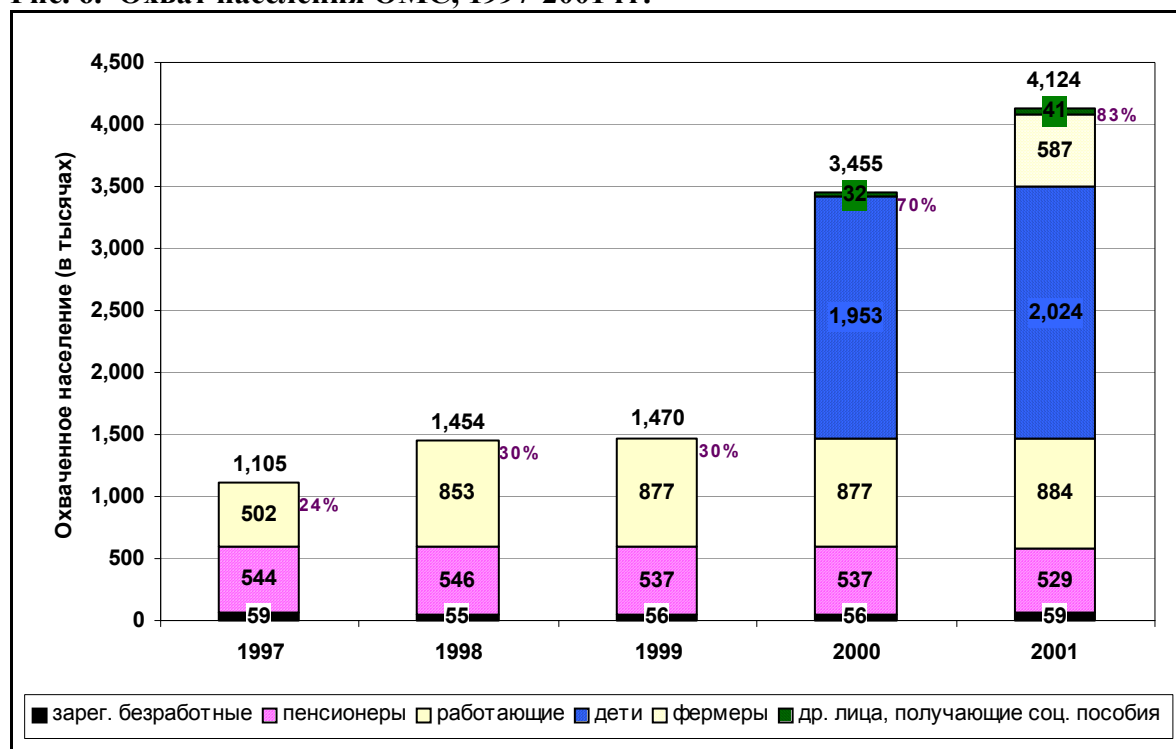


Источник: Данные Казначейства КР

Расходы и финансовый статус Фонда ОМС

Фонд обязательного медицинского страхования был введен в 1997 году в качестве «внебюджетной» организации при правительстве. Рис. 6 показывает, как вырос охват населения системой ОМС с момента создания Фонда ОМС. В 1998 и 1999 годах застрахованные лица составляли немногим больше 30% от общего населения и включали в себя пенсионеров, зарегистрированных безработных и работающих, за которых работодатели выплачивали взносы. В 2000 году охват детей и лиц, получающих социальные пособия, увеличил общий охват (финансируемых прямыми трансфертами из Республиканского бюджета в Фонд ОМС) до почти 70%, а в 2001 году охват фермеров, выплачивающих налог на землю, еще больше увеличил общий уровень охвата. Несмотря на то, что общий охват населения резко вырос, внутри различных категорий застрахованных существенных изменений не наблюдалось.⁶

Рис. 6. Охват населения ОМС, 1997-2001 гг.



Источник: Мейманалиев (2001). Проценты, указанные рядом с «планками», показывают степень охвата населения ОМС.

Источники финансирования для охвата обязательным медицинским страхованием различных групп населения, как определено законодательством Кыргызстана, представлены в Таб. 13. Кроме введенных в 2000 году трансфертов за детей и социальных бенефициариев, предназначенные для Фонда ОМС доходы собираются Социальным фондом, который также собирает налоги с фонда оплаты труда на выплату пенсий, пособий по безработице и других денежных пособий. Так как значительная доля застрахованных состоит из пенсионеров, испытывающих относительно высокую потребность в услугах здравоохранения, перечисление доходных средств из пенсионного фонда в Фонд ОМС имеет важное значение.

⁶ Рост количества застрахованных работающих лиц в 1998 году произошел за счет того, что, в отличие от 1997 года, в эту категорию были включены государственные служащие и сотрудники государственных предприятий. Они рассматривались как застрахованные в последующий годы.

Таб. 13. Правила финансирования и охвата Фондом ОМС

Группы населения	Источник финансирования
Работающие, в том числе	
Сотрудники, занятые в официальном секторе	2% выплата с фонда оплаты труда работодателем в Социальный фонд
Государственные служащие и сотрудники государственных предприятий	2% выплата с фонда оплаты труда работодателем в Социальный фонд (т.е. государством)
Самозанятые	2% от общего дохода предприятия в Социальный фонд
Частные фермеры	25% от тарифной ставки на земельный налог в Социальный фонд, из которых 5% идет на ОМС
Пенсионеры	Размер 1,5 минимальной зарплаты из пенсионного фонда в ФОМС
Зарегистрированные безработные	Размер 1,5 минимальной зарплаты из фонда занятости населения в ФОМС
Дети до 16 лет и студенты до 18 лет	Трансферты из Республиканского бюджета в ФОМС
Лица, получающие социальные пособия	Трансферты из Республиканского бюджета в ФОМС

Несмотря на то, что обязательства по сбору и аккумулированию средств были четко распределены между Социальным фондом и Фондом ОМС, перечисляемые в ФОМС суммы всегда были меньше тех, которые должны были перечисляться. Как показано в Таб. 14, с 1997 по 1999 годы наблюдался рост, сопровождаемый застоем, а затем снижением. Процент исполнения запланированных перечислений из Республиканского бюджета в 2000 году был выше, чем из Социального фонда, но и здесь наблюдался резкий спад в 2001 году, сопровождавшийся незначительным подъемом. Что касается работающих лиц, то разница между выплачиваемыми в Социальный фонд страховыми взносами и перечисляемыми в ФОМС доходами, имевшая место в 1997 году, значительно сократилась (в процентном отношении) в 1998 году, с дальнейшим сокращением в 1999 и 2000 годах. Впрочем, эта разница выросла снова в 2001 году. Уровень перечислений за пенсионеров значительно ниже, причем около трех четвертых от запланированных средств не были перечислены в ФОМС в 2000 году. Уровень перечислений за пенсионеров также существенно снизился в 2001 году и упал до нуля в 2002 году. Перечисления за зарегистрированных безработных были также ниже запланированных, но финансовые последствия этого не так существенны для Фонда ОМС, потому что общая сумма доходных средств по данной категории намного меньше, чем по пенсионерам и застрахованным работающим лицам. Причины того, что Социальный фонд не перечислял доходы, связаны с его собственными финансовыми проблемами. Следствием этого явилось то, что предназначенные на ОМС средства эффективно использовались для перекрестного субсидирования других программ, а в частности, пенсий. Пенсионеры также получают преимущества от перекрестного субсидирования в системе медицинского страхования по причинам, представленным в виде данных в Таб. 14, и по демографическим причинам, т.к. пенсионеры являются наиболее активными пользователями медицинских услуг.

Таб. 14. Перечисление доходов в ФОМС

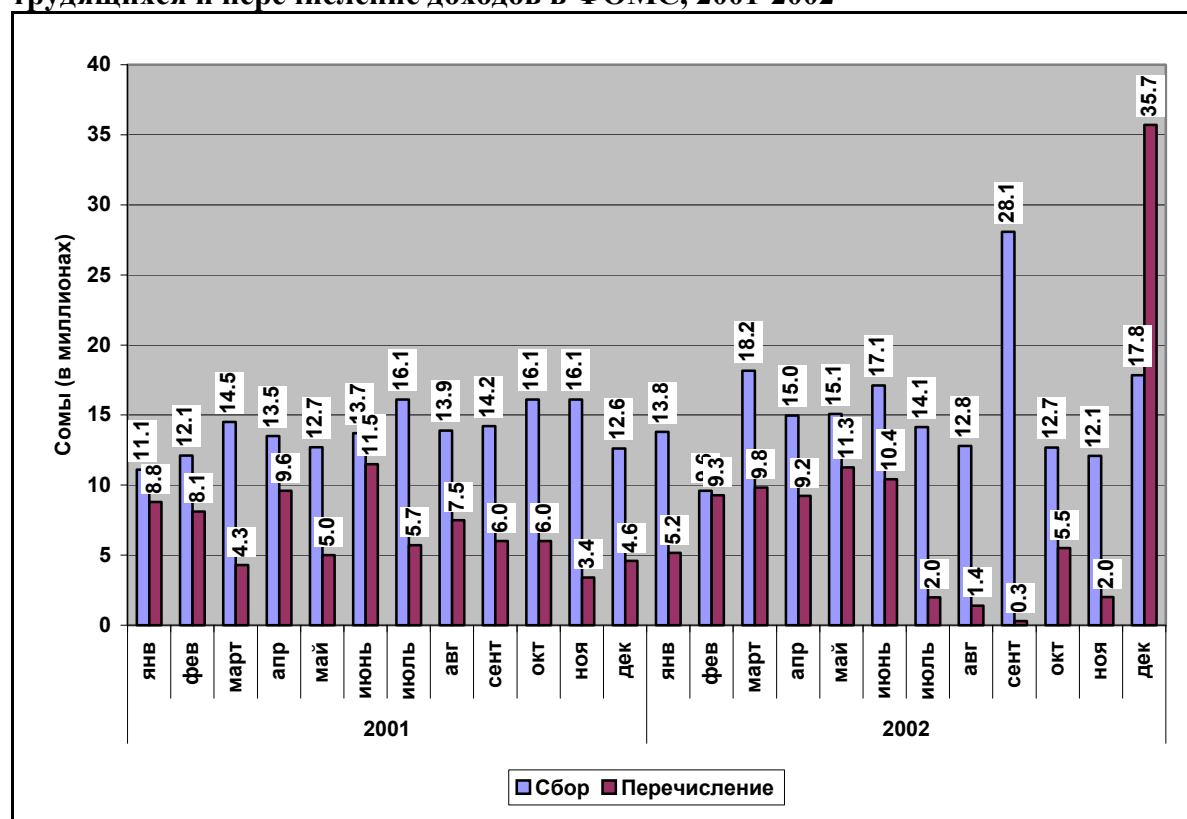
(в миллионах сомов)	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Взносы на ОМС, собранные Соцфондом	41,0	82,8	117,1	138,3	166,6	186,3
Доходы, перечисляемые в ФОМС за работающих	9,2	30,9	73,1	89,4	80,5	102,1
Процент перечисленных сборов	22,4%	37,3%	62,4%	64,6%	48,3%	54,8%
Запланированные доходы на пенсионеров	15,0	38,0	48,0	48,0	80,0	80,0
Доходы, перечисленные на пенсионеров	0,0	9,8	14,5	12,5	7,8	0,0
Процент запланированных перечислений	0,0%	25,8%	30,2%	26,1%	9,8%	0,0%
Запланированные доходы на безработных	0,0	8,5	9,0	9,0	9,0	9,0
Доходы, перечисленные на безработных	0,0	1,3	6,0	3,1	2,5	0,5
Процент запланированных перечислений		15,3%	66,7%	34,4%	27,8%	5,9%
Общий объем запланированных/собранных Соцфондом доходных средств	56,0	129,3	174,1	195,3	255,6	275,3
Фактически перечисленные Соцфондом доходные средства	9,2	42,0	93,6	105,0	90,8	102,6
Процент запланированных/собранных доходов, перечисленных Соцфондом	16,4%	32,5%	53,8%	53,8%	35,5%	37,3%
Трансферты из Республиканского бюджета						
Запланированные перечисления на детей				35,0	46,5	72,5
Фактические перечисления на детей				25,5	24,7	46,3
Процент запланированных перечислений				72,9%	53,1%	63,9%
Запланированные перечисления на лиц, получающих социальные пособия				5,0	3,8	7,7
Фактические перечисления на лиц, получающих социальные пособия				4,2	2,3	5,0
Процент запланированных перечислений				84,0%	60,5%	65,4%
Запланированные перечисления из Республиканского бюджета				40,0	50,3	80,3
Фактические перечисления из Республиканского бюджета				29,7	27,0	51,4
Процент бюджета, фактически перечисленный				74,3%	53,7%	64,0%
Всего, запланированные доходов ФОМС	56,0	129,3	174,1	235,3	305,9	355,6
Всего, фактические доходы ФОМС	9,2	42,0	93,6	134,7	117,8	154,0
Фактические доходы ФОМС как процент от запланированных	16,4%	32,5%	53,8%	57,2%	38,5%	43,3%

Источник: Данные ФОМС

Несмотря на то, что Социальный фонд всегда перечислял значительно меньше средств в ФОМС, чем был обязан юридически, характер снижения в 2001 году вызывает особое беспокойство. Как показано в Таб. 14, сбор доходных средств за работающих лиц в этот год был выше, чем в 2000 году, но уровень перечисления этих средств – ниже. Более того, подробное рассмотрение перечислений из Социального фонда в ФОМС за работающих лиц в течение 2001 и 2002 годов (Рис. 7) показывает, что в дополнение к тому, что перечисления были ниже положенных, они были еще и нерегулярными. Их данных видно, что перечисления из Соцфонда в ФОМС существенно колебались из месяца в месяц. Были месяцы, когда перечисления составляли более 70% от сборов (январь, апрель и июнь 2001 г.; февраль, май и декабрь 2002 г.), тогда как в другие месяцы, особенно во второй половине 2002 года (июль, август, сентябрь, ноябрь), перечисления составляли менее 20% от сборов. Как показывает неизменный ежегодный рост налоговых сборов с фонда оплаты труда,

отображенный в Таб. 14, проблема заключается не в сборе средств, а в несостоятельности Соцфонда выполнить обязательства по отношению к Фонду ОМС и застрахованному населению, как было определено законом.

Рис. 7. Сбор взносов Социальным фондом на медицинское страхование за трудящихся и перечисление доходов в ФОМС, 2001-2002

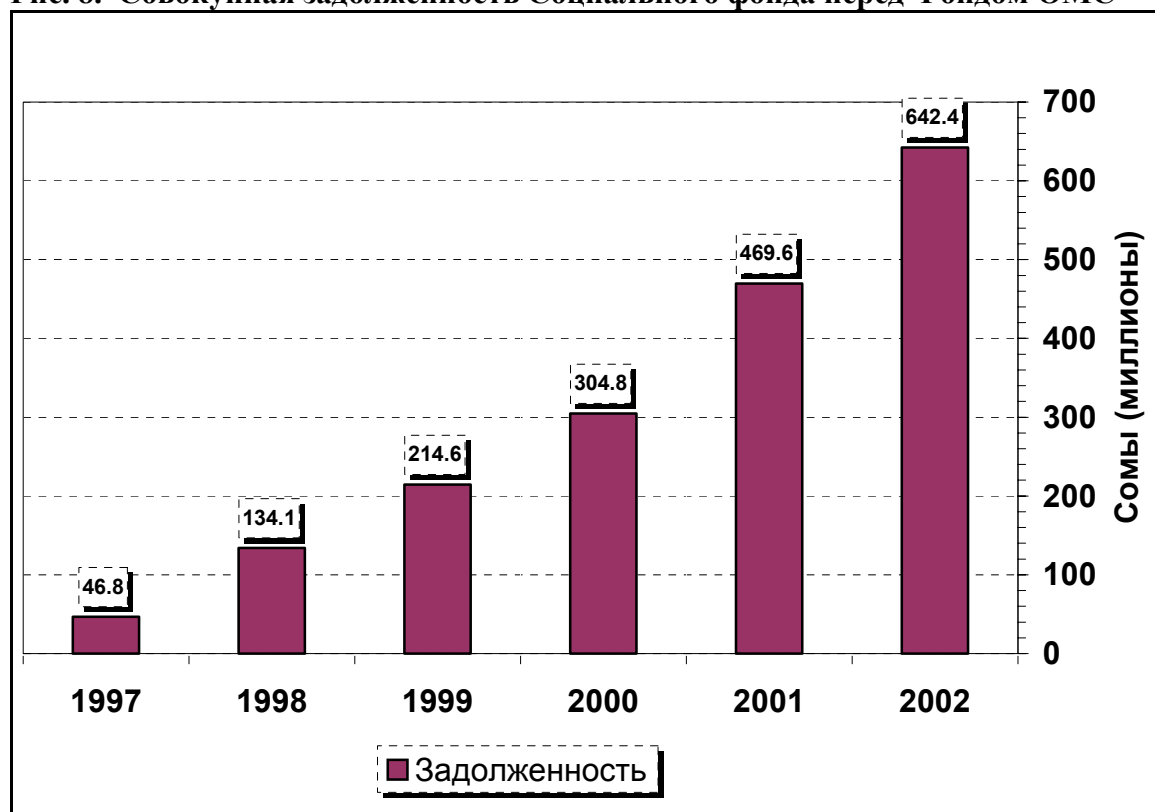


Источник: Данные Фонда обязательного медицинского страхования

Как показано на Рис. 8, кумулятивная задолженность Социального фонда перед Фондом ОМС превышала 640 миллионов сомов к концу 2002 года. Министерство здравоохранения поднимало вопрос о погашении этой задолженности перед Правительством, Наблюдательным советом по управлению национальным социальным страхованием, а также на заседаниях соответствующих комитетов обеих палат Жогорку Кенеша Кыргызской Республики. Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 ноября 2001 года №704 «Об итогах социально-экономического развития за 9 месяцев 2001 года» Социальному фонду поручено «обеспечить с 1 января 2002 года зачисление страховых взносов плательщиками взносов на обязательное медицинское страхование на отдельный расчетный счет Фонда обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики». В начале 2002 года между Соцфондом и Фондом ОМС было подписано соглашение о ежедневном перечислении 12% от общих сборов Соцфонда в Бишкеке в Фонд ОМС. Однако, это было временным решением. В июне 2002 года новый директор Соцфонда радикально сократил все перечисления в ФОМС, объясняя это тем, что не хватает средств для выплаты пенсий и все доходы Социального фонда должны направляться на покрытие пенсий. Это привело к резкому сокращению перечислений в третьем квартале 2002 года, что показано на Рис. 7. Ситуация стала настолько серьезной, что в соглашение между правительством и Международным валютным фондом (МВФ) были внесены поправки и включено условие, по которому Соцфонд должен был осуществлять наличные перечисления на

постоянной основе в ФОМС, начиная с октября 2002 года (т.е., без образования новых задолженностей). МВФ проверяет выполнение этого условия ежеквартально, что объясняет высокий уровень перечислений в декабре 2002 года. В действительности, данные ФОМС говорят о том, что большая часть денежных средств была перечислена Соцфондом за последние четыре дня декабря. Сумма, перечисленная за период с 27 по 31 декабря, составила 73% от всех перечислений за 4-ый квартал 2002 года, 68% от всех перечислений, имевших место во второй половине 2002 года и 31% от всех перечислений, имевших место в течение всего года.

Рис. 8. Совокупная задолженность Социального фонда перед Фондом ОМС



Источник: Социум Консалт (2002) и данные ФОМС за 2002 г.

Накопленная задолженность и нерегулярность перечислений являются серьезной угрозой финансовой стабильности ФОМС. Данные ФОМС говорят о том, что его долг перед поставщиками вырос с 94,9 миллионов сомов в начале 2002 года до 144,8 миллионов сомов к концу сентября, т.е. рост составил 53% за 9 месяцев.

Нерегулярность и непредсказуемость притока доходных средств подрывает договорные отношения, существующие между покупателем и поставщиками, в результате чего поставщики не уверены в том, когда им оплатят их деятельность и оплатят ли вообще. В дальнейшем это оказывает негативное влияние на население, так как в результате этого пациенты вынуждены осуществлять неформальные платежи.

Роль Фонда ОМС в качестве управляющего средствами системы здравоохранения намного важнее, чем роль источника финансирования, что отражено в процентных показателях расходов на здравоохранение, поступающих из налогов с фонда оплаты труда. С 1997 по 1999 годы ФОМС управлял только средствами, полученными из Соцфонда за застрахованных. Введенный в 2000 году охват страхованием детей и лиц, получающих социальные пособия, означал, что теперь ФОМС несет

ответственность за управление средствами, перечисляемыми из Республиканского бюджета. Более того, в 2000 году правительством были упразднены областные управления здравоохранения и, по предложению Минздрава, выпущено положение, по которому ответственность за аккумуляцию и распределение бюджетных средств на областном уровне передавалась Территориальным управлениям ФОМС (ТУ ФОМС). Все это послужило основой для создания системы «единого плательщика», которая была введена в Чуйской и Иссык-Кульской областях в 2001 году (более подробное описание представлено далее). Таким образом, значимость Фонда ОМС в финансировании системы здравоохранения в 2001 году может быть представлена на примере Таб. 15, в которой описываются разные объемы ответственности за различные функции системы финансирования здравоохранения, имеющие отношение к предварительно оплаченным доходным статьям (т.е., общее налогообложение или налоги с фонда оплаты труда). В качестве источника финансирования, налог с фонда оплаты труда, идущий на ОМС, составил 8,4% от общего уровня предварительно оплаченного финансирования в 2001 году. Если учесть перечисления из Республиканского бюджета в ФОМС, то ФОМС несет ответственность за управление 10,2% от общих предварительно оплаченных доходных статей сектора здравоохранения. Добавление к этому ответственности за управление средствами здравоохранения, выделяемыми из местных бюджетов в Чуйской и Иссык-Кульской областях, поднимает долю Фонда ОМС до практически 25%. Наконец, учитывая передачу ответственности за управление средствами местных бюджетов в ТУ ФОМС в 2000 году, общий объем предварительно оплаченных секторальных средств, которыми управляет ФОМС, составляет около 62%. Однако, последнее может быть преувеличением, так как ТУ ФОМС управляют средствами здравоохранения только на областном, а не на районном или муниципальном уровнях в областях, где система «единого плательщика» еще не введена. Тем не менее, распространение системы «единого плательщика» на всю республику, включая г. Бишкек, является государственной политикой и, следовательно, становится очевидным, что роль ФОМС в системе финансирования здравоохранения имеет важное значение, несмотря на то, что его роль в качестве источника финансирования посредством налогообложения с фонда оплаты труда относительно невелика.

Таб. 15. Распределение ответственности за предварительно оплаченное финансирование здравоохранения в процентах, 2001

Организация	Источник финансирования	Управление средствами		
		Республиканские трансферты	Единый плательщик	Бюджеты всех областей
Республиканский МЗ	24,1%	22,2%	22,2%	22,2%
Другие республиканские источники	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%
Местные самоуправления	62,7%	62,7%	48,5%	10,6%
ФОМС и ТУ ФОМС	8,4%	10,2%	24,4%	62,4%

Источник: Данные ФОМС и Казначейства. Число в 10,6% от расходов из местных самоуправлений в последней колонке представляет собой расходы Бишкекского городского департамента здравоохранения, который, в отличие от областных управлений здравоохранения, не был упразднен в 2000 году. Расходы на высшее медицинское образование включены в расходы Республиканского Минздрава.

Несмотря на сравнительно небольшую долю доходов в национальном пуле средств, которой управляет ФОМС (т.е., перечисления из Соцфонда и Республиканского бюджета за застрахованное население), целевое использование этих средств имело существенное влияние на заключивших договора поставщиков (ГСВ и больницы общего профиля). Расходы ФОМС составляли менее 1% от общих предварительно оплаченных/аккумуляированных (т.е., бюджет плюс ФОМС) расходов на здравоохранение в 1997 году, но этот процент превысил 10% в 2000 году. Несмотря на это, как показано в Таб. 16, доходы ФОМС в 2001 году составляли около 16% доходов стационаров и 24% доходов поставщиков ПМСП (за исключением официальных и неформальных наличных платежей). В действительности, эти процентные показатели недооценивают реальный результат, так как средства Фонда ОМС были направлены на конкретные затраты, такие как лекарственные препараты и надбавки к зарплате персонала, а это позволило в условиях ограниченных средств оказать заметное влияние на поставщиков и пациентов в заключивших договора медучреждениях. К 2000 году ФОМС покрывал более 40% зарегистрированных в системе здравоохранения затрат на лекарственные средства (но это показатель упал до 35% в 2001 году в связи с общим спадом доходов ФОМС), т.е. больше, чем Республиканский или местные бюджеты здравоохранения.

Таб. 16. Доли бюджета и Фонда ОМС в аккумуляированном финансировании здравоохранения

	1997	1998	1999	2000	2001
Общие расходы на здравоохранения					
Из бюджета	99,4%	95,6%	91,6%	89,9%	89,8%
Из Фонда ОМС	0,6%	4,4%	8,4%	10,1%	10,2%
Больницы общего профиля МЗ					
Из бюджета	99,7%	92,9%	86,1%	82,3%	84,0%
Из Фонда ОМС	0,3%	7,1%	13,9%	17,7%	16,0%
Поставщики ПМСП МЗ					
Из бюджета	100,0%	89,6%	75,7%	80,8%	76,4%
Из Фонда ОМС	0,0%	10,4%	24,3%	19,2%	23,6%
Больницы общего профиля МЗ и поставщики ПМСП вместе					
Из бюджета	99,7%	92,5%	84,4%	82,1%	82,9%
Из Фонда ОМС	0,3%	7,5%	15,6%	17,9%	17,1%

Источник: Данные Казначейства (за исключением спецсредств) и Фонда ОМС. Бюджет не учитывает трансферты в ФОМС; ФОМС включает в себя эти трансферты.

Структура ассигнования средств сектора здравоохранения из государственного бюджета

В Таб. 17 показано ассигнование средств государственного бюджета (консолидированные расходы Республиканского и местных бюджетов здравоохранения, включая расходы категориальных грантов) по общим программам с 1995 по 2001 годы. Как отмечено в Обзоре социальных расходов, подготовленном Всемирным банком, (Всемирный банк 2001а), эпидемиологическая ситуация в стране наряду с установленной политикой здравоохранения требуют изменений в

распределении средств для перехода от специализированных стационарных служб на ПМСП и службы общественного здравоохранения. Несмотря на это, процентное распределение расходов по программам (например, стационары удерживают 70-73%, амбулаторная служба – 9,5-10,5%, общественное здравоохранение – 5,6-7%) практически не изменилось за последние 7 лет, что говорит о том, что было предпринято недостаточно усилий для определения приоритетов в общей структуре затрат из средств государственного бюджета.

Таб. 17. Распределение затрат на здравоохранение из государственного бюджета, по программам

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Больницы широко профиля (общие детские и взрослые)	53,3%	52,3%	48,6%	49,1%	47,6%	51,0%	50,2%
Специализированные больницы	14,5%	15,6%	18,2%	19,7%	21,3%	19,9%	19,8%
Родильные дома	3,8%	3,1%	3,0%	3,4%	3,2%	2,5%	2,0%
Больницы восстановительного лечения	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Другие больницы	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Стационары, итог	71,7%	71,3%	70,2%	72,5%	72,3%	73,6%	72,3%
Многопрофильные поликлиники и врачи амбулаторных отделений	7,9%	8,0%	7,5%	7,3%	8,0%	7,7%	7,9%
Специализированные поликлиники и специалисты узкого профиля	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%
Стоматологические поликлиники	1,2%	1,3%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,0%
Станции скорой помощи	1,0%	1,1%	0,9%	1,0%	1,1%	1,0%	1,1%
Амбулаторная помощь, итог	10,3%	10,6%	9,7%	9,5%	10,5%	10,0%	10,1%
Общественное здравоохранение (СЭС и т.п.)	7,1%	6,8%	6,5%	5,7%	6,1%	5,7%	5,6%
Медицинские научно-исследовательские институты	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,7%
Администрация и бухгалтерия	0,7%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%	0,7%
Основные услуги по техническому обслуживанию	0,9%	1,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Капитальные инвестиции	4,4%	5,2%	3,5%	1,7%	1,6%	1,6%	2,2%
Образование специалистов здравоохранения	1,9%	1,5%	1,8%	1,5%	1,4%	1,1%	1,3%
Услуги, не входящие в другие категории^а	2,4%	2,1%	7,0%	7,5%	6,3%	6,6%	7,0%
Консолидированные затраты на здравоохранение из бюджета	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Источник: Данные Казначейства КР. Данные включают в себя расходы на здравоохранение, идущие через МЗ и вне МЗ. В процентных данных не учтены специальные средства и перечисления в ФОМС. Начиная с 1999 года централизованные расходы на коммунальные услуги на Республиканском уровне стали применяться в национальном госпитале и научно-исследовательским институтам пропорционально другим расходам.

^а Включает в себя Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (начиная с 1997 г.), Республиканский центр иммунопрофилактики, Медико-информационный центр и ряд других централизованных подразделений МЗ.

Данные Казначейства позволяют делать анализ ассигнований средств здравоохранения из государственного бюджета по затратам (или статьям расходов). Итог этих данных подведен в Таб. 18. Особое беспокойство вызывает высокий процент затрат, идущих на покрытие фиксированных расходов, таких как персонал и коммунальные услуги. Расходы на коммунальные услуги превысили 20% от общих расходов в 2000 и 2001 годах. Этот факт не говорит об увеличении объемов потребления тепло- и электроэнергии в эти годы, а представляет собой попытку руководства частично расплатиться с долгами медицинских учреждений перед

поставщиками коммунальных услуг, а также компенсировать повышение тарифов на электроэнергию. Однако, несмотря на это увеличение, задолженности остаются. Высокому проценту затрат на фиксированные расходы противостоит низкая доля расходов, идущая на необходимые для лечения пациента предметы, в частности, лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Расходы на последнее упали ниже 10% в 2000 году. Такая структура расходов подчеркивает необходимость реструктуризации системы предоставления услуг здравоохранения для сокращения фиксированных расходов. В этом отношении в 2001 году были достигнуты некоторые результаты вследствие проведения реформы системы финансирования здравоохранения в Чуйской и Иссык-Кульской областях. В данной структуре расходов беспокойство также вызывает низкий процент расходов на капитальные инвестиции. Эта ситуация показывает возросшую зависимость системы здравоохранения от средств доноров для проведения модернизации и восстановительного ремонта зданий и оборудования.

Таб. 18. Распределение затрат на здравоохранение из государственного бюджета, по статьям

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Текущие расходы, всего	91,0%	90,9%	91,7%	93,7%	94,9%	94,1%	94,6%
Расходы на персонал	56,1%	51,4%	52,1%	51,5%	56,1%	50,1%	52,3%
<i>из них, категориальные гранты</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>59,7%</i>	<i>61,0%</i>	<i>55,2%</i>	<i>49,6%</i>	<i>62,2%</i>
Командировочные расходы	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%
Фармацевтические препараты и изделия мед. назначения	8,4%	9,8%	12,7%	12,0%	12,0%	9,3%	9,4%
Питание	8,3%	9,0%	8,3%	10,0%	8,5%	9,0%	9,1%
Расходы на коммунальные услуги (отопление, электричество, газ, телефон)	12,4%	15,5%	13,7%	15,4%	14,0%	21,3%	20,2%
Наем и содержание транспортных средств	2,5%	2,0%	1,8%	1,8%	2,0%	2,2%	1,9%
Другие закупки и услуги	3,1%	2,9%	2,9%	2,7%	2,0%	1,8%	1,4%
Капитальные инвестиции, всего	9,0%	9,1%	8,3%	6,3%	5,1%	5,9%	5,4%
Оборудование и материалы	2,1%	2,1%	2,0%	1,7%	1,5%	1,5%	0,9%
Здания, учреждения, другие общественные работы	4,4%	4,8%	3,4%	1,7%	1,5%	1,5%	2,1%
Капитальный ремонт	2,5%	2,2%	2,8%	2,9%	2,0%	2,9%	2,4%
Общие расходы из бюджета	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Процентное распределение по статьям расходов не учитывает затраты из специальных средств и перечисления в ФОМС. Расходы на персонал включают в себя зарплату и выплаты в Соцфонд.

Система финансирования здравоохранения и реформы

Как говорится в нескольких публикациях (ВОЗ 2000, Baeza *et al.* 2001, Катцин 2001а), системы финансирования здравоохранения состоят из взаимосвязанных функций и политических курсов, имеющих отношение к предоставлению услуг населению. Под функциями подразумеваются:

- Сбор средств для системы здравоохранения
- Аккумуляирование (пулинг) средств для предоставления услуг здравоохранения населению
- Покупка/оплата услуг (ассигнование средств поставщикам)

Кроме этих функций, неотъемлемой частью системы финансирования здравоохранения является политика и практическая деятельность в отношении к наличным платежам и пакету гарантированных услуг. Следует рассматривать пакет гарантированных услуг как «те услуги и средства доступа к ним, которые покупатель оплачивает из аккумулированных средств» (Катцин 2001а, р.190). Такое понятие подразумевает, что не входящие в пакет услуги должны оплачиваться наличными деньгами (или из аккумулированных средств другого покупателя). Между «полностью оплачиваемыми» и «полностью не оплачиваемыми» услугами есть услуги, за которые надо платить частично (разделение затрат). В Кыргызской Республике, как и в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода, пробел между распределением аккумулированных средств и доходов с официального разделения затрат (при наличии такового) часто заполнялся неформальными платежами⁷, осуществляемыми пациентами.

Ключевые моменты, имеющие отношение к системе в целом, связаны с организационной и институциональной структурой для осуществления функций и политики. «Вертикальное» измерение этого подразумевает интеграцию ответственности за выполнение функций (включая предоставление услуг) в рамках одной организации или же разделение функциональных обязательств. «горизонтальное» измерение затрагивает рыночную структуру (т.е., количество поставщиков и степень конкуренции) для осуществления каждой функции или ряда интегрированных функций.

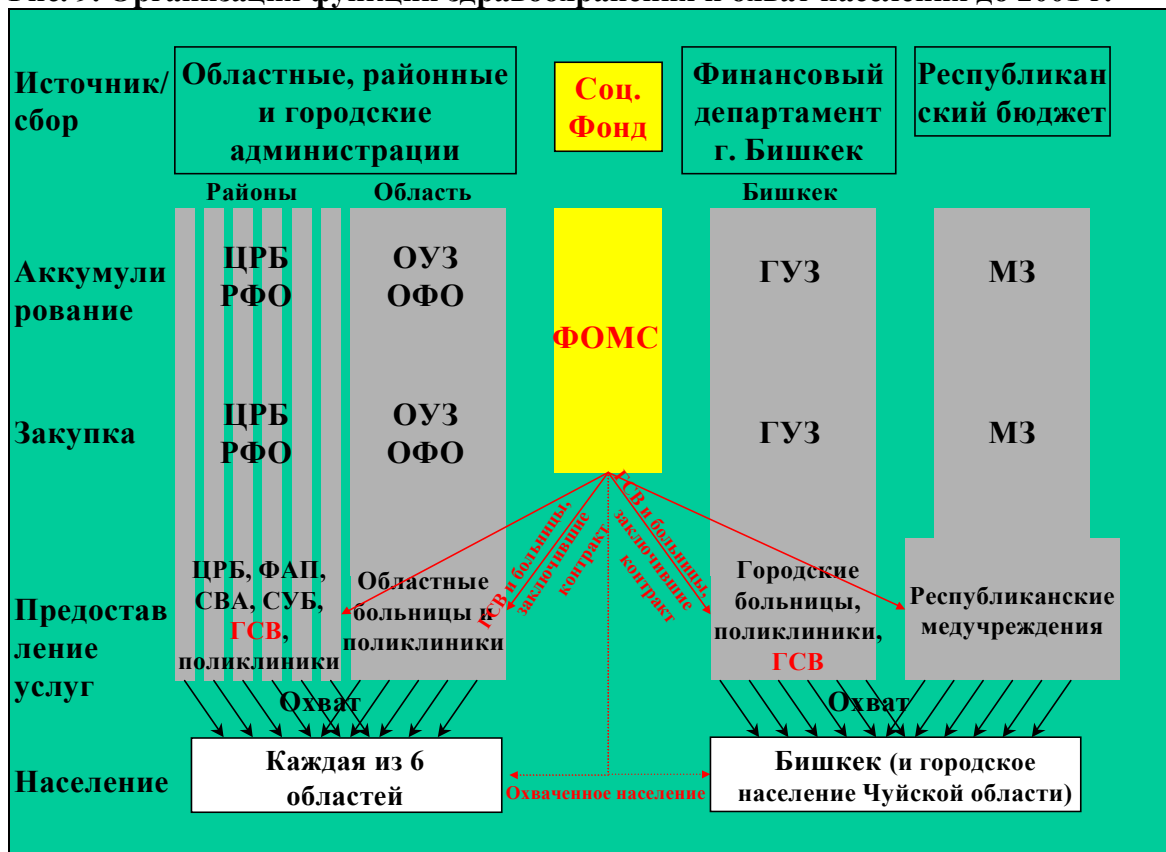
Структура финансирования здравоохранения до 2001 года

Организационная и институциональная структуры финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане оставались практически без изменений с момента приобретения независимости в 1991 году до конца 2000 года, где единственным немаловажным исключением было создание Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в 1997 году. Рис. 9 представляет собой *схему функций и охвата*, которая показывает структуру финансирования и предоставления услуг, а также охват населения системой здравоохранения. Данная схема касается только предварительно оплаченных источников доходов системы здравоохранения. Основными источниками предварительно оплаченных средств были местные самоуправления и Республиканский бюджет, а в 1997 году источником стал Социальный фонд.⁸

⁷ «Неформальные выплаты могут определяться 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». (Lewis 2002, р.184).

⁸ Как показано ранее в Таб. 7, частные наличные выплаты составляют немногим более 50% от общих расходов на здравоохранение.

Рис. 9. Организация функций здравоохранения и охват населения до 2001 г.



Примечание: ЦРБ = Центральная районная больница; РФО = Районный финансовый отдел (в некоторых областях средства здравоохранения с районного уровня аккумулировались в ЦРБ и отсюда распределялись поставщикам на районном уровне; в других, средства удерживались и распределялись РФО); ОУЗ = Областное управление здравоохранения; ОФО = Областной финансовый отдел (опять-таки, обязательства по аккумулярованию и покупке/оплате различались по областям); ГУЗ = Бишкекское городское управление здравоохранения; ФАП = Фельдшерско-акушерский пункт; СВА = Сельская врачебная амбулатория; СУБ = сельская участковая больница.

Унаследованная система финансирования здравоохранения в значительной мере способствовала неэффективности. Основным доказательством этого были излишние мощности, особенно на уровне стационаров.⁹ Кыргызская Республика (и другие страны СНГ) обладала намного большим количеством больниц и больничных коек на душу населения, чем, к примеру, страны Центральной и Восточной Европы и Европейского Союза (Европейское Бюро ВОЗ 2003), намного больше, чем могла содержать страна с низким уровнем дохода, особенно на государственные средства. Это явилось результатом комбинации различных факторов. Бюджетные ассигнования поставщикам основывались на нормативах затрат (например, количество коек), а количество персонала определялось по количеству коек различных специализаций. Такие нормативы поощряли увеличение физических мощностей и усиление специализации. Как показано на Рис. 9, каждый государственный уровень обладал своей системой здравоохранения, где были интегрированы аккумулярование средств, покупка и предоставление медицинских услуг, и эти системы предоставляли перекрывающийся охват населения, особенно в г. Бишкек (между городскими и Республиканскими системами) и областных центров (между областными и

⁹ Это подтверждается высоким процентом затрат здравоохранения, выделяемых на покрытие коммунальных услуг (см. Таб. 18).

муниципальными/районными системами). Это привело к дублированию обязательств по предоставлению услуг. В городской местности стационарная и амбулаторная службы были фрагментированы на многочисленные не конкурирующие учреждения, а охват областных учреждений обслуживанием часто перекрывался охватом районных/городских учреждений. Такая же ситуация наблюдалась и в г. Бишкек, где охват Республиканских медучреждений перекрывался охватом городских. При такой организационной структуре не было стимулов планировать услуги здравоохранения, ориентированные на население, а также не было стимула для разных уровней государственного управления координировать предоставление услуг.¹⁰ Выделение бюджетных средств осуществлялось на строгой постатейной основе и руководители медицинских учреждений не могли использовать их на альтернативной основе, а, следовательно, не могли контролировать движущие силы производства. Такое отсутствие гибкости также являлось источником неэффективности в системе здравоохранения.

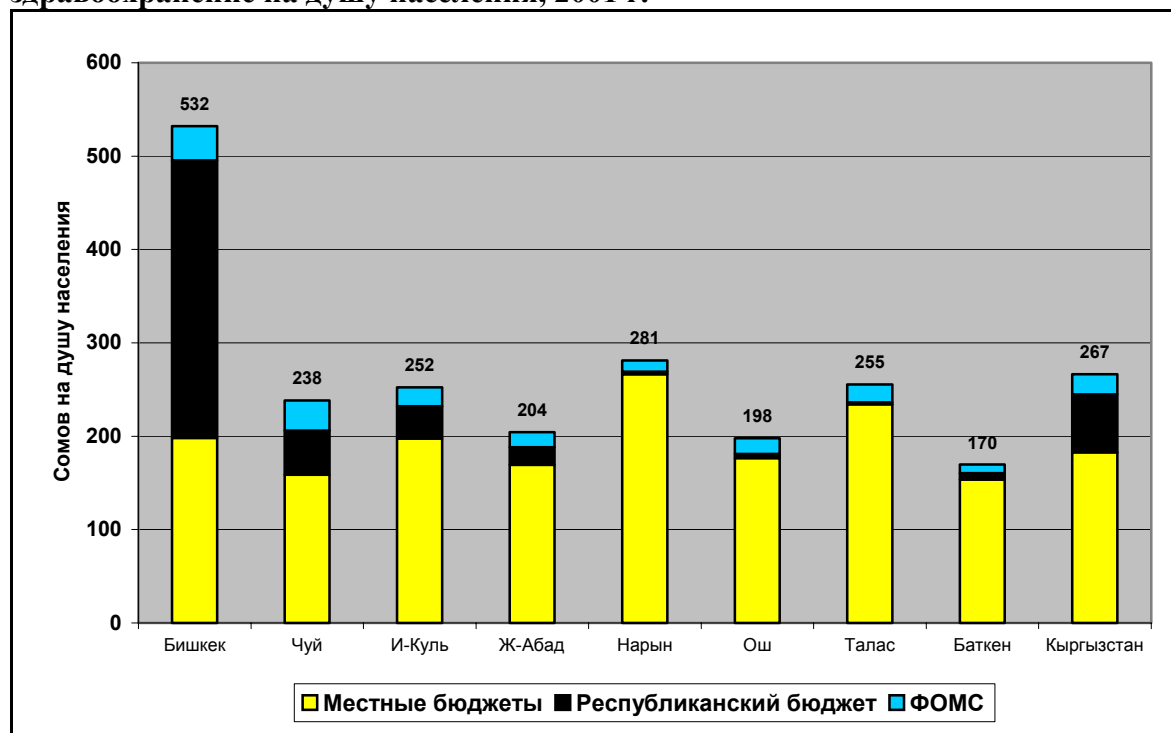
Помимо неэффективности, система финансирования здравоохранения не позволяла использовать финансовые потоки для усиления защиты населения от риска расходов на здравоохранение. Такая защита необходима для смягчения последствий бедности (посредством предоставления доступа к необходимым услугам даже для бедных слоев населения) и предотвращения роста бедности (посредством защиты доходов семьи от потенциально обедняющего уровня расходов на здравоохранение). Целью финансовой политики здравоохранения является обеспечение этой защиты посредством направления средств (перекрестное субсидирование) тем, кто наиболее остро нуждается в медицинской помощи («больным»), от тех, кому она нужна меньше или не нужна вообще («здоровых») (Baeza *et al.* 2001). При существующем уровне финансирования максимальный страховой потенциал можно получить том случае, если средства аккумулируются в едином общенациональном *рисковом пуле/фонде*. Однако в системе здравоохранения Кыргызстана пул ассоциировался с каждым государственным уровнем, т.е., с каждым районом, муниципалитетом и областью. Таким образом, фрагментированная структура аккумулирования и критерии распределения бюджетных средств поставщикам ограничивали страховой потенциал системы здравоохранения, так как перекрестное субсидирование был возможным только в рамках каждого государственного уровня. Более того, в рамках этих территориально распределенных пулов денежные средства делились на определенные бюджеты для каждого медицинского учреждения. В течение бюджетного года практически отсутствовала возможность перемещения средств из одного медучреждения в другое, даже если они были одного типа. Таким образом, создание рискованных пулов было фрагментировано по уровням охвата обслуживанием каждым медучреждением.

Государственные расходы на здравоохранение распределялись и продолжают распределяться на несправедливой основе. Хотя выравнивающие гранты, учтенные при составлении бюджета, в некоторой степени компенсировали более бедные районы, Рис. 10 показывает, что концентрация затрат на здравоохранение из

¹⁰ Излишние мощности и специализация не были исключительно продуктом финансовых стимулов и институциональной структуры. Эти факторы поощряли тот принцип, по которому готовились специалисты здравоохранения в Советской системе. Клинические протоколы и нормы поощряли, и даже требовали, акцентированного внимания на специализированную стационарную помощь, тогда как основная роль поставщиков ПМСП заключалась в том, что «направлять» пациентов к поставщикам специализированной помощи и в специализированные учреждения (Borowitz *et al.* 1999).

Республиканского бюджета в г. Бишкек привела к существенному неравенству в распределении государственных средств здравоохранения на душу населения. Это бы не было проблемой, если бы эти медучреждения оказывали услуги всему населению республики в соответствии в потребностями, но имеющиеся факты (отчет Всемирного банка 2001а) говорят о том, что эти медучреждения в основном обслуживают население г. Бишкек (и соседней Чуйской области). Таким образом, общая схема субсидирования здравоохранения из государственного бюджета отдает предпочтение географическим областям с наиболее высоким уровнем доходов населения.

Рис. 10. Региональное распределение государственных расходов на здравоохранение на душу населения, 2001 г.



Это обновленная версия диаграммы, включенной в Обзор социальных расходов за 1998 год, с корректировкой на данные по расходам за 2001 год и обновленные данные по населению, основанные на переписи населения 1999 года. Расходы на образование специалистов здравоохранения, медицинскую научно-исследовательскую деятельность, центры СПИД и укрепления здоровья, трансферты в ФОМС и «услуги, не включенные в другие категории» (например, Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, Республиканский центр иммунопрофилактики) не учтены в категории Республиканских расходов в данной диаграмме, потому что экономический эффект этих затрат не может быть отнесен к какому-либо отдельному географическому региону.

Еще одной проблемой, ассоциируемой с системой финансирования здравоохранения, был все увеличивающийся недостаток прозрачности. Широко распространилась практика неформальных выплат, в основном, на покупку необходимых для лечения лекарств и изделий медицинского назначения, но также в форме непосредственных выплат медицинскому персоналу. Исследование (Abel-Smith и Falkingham 1995) показало, что даже в начале 1994 года 69% амбулаторных и 86% стационарных пациентов платили какую-то сумму на покрытие стоимости лечения в так называемых бесплатных (за исключением лимитированной официальной оплаты за услуги) государственных медицинских учреждениях. Есть причина также полагать, что запросы на оплату медработников возросли. Согласно официальной государственной статистике заработок в секторе здравоохранения всегда был ниже среднего и снизился в относительных показателях с 92% от среднего уровня зарплат в 1994 году

до 51% в 2001 году (НСК 2003). В больницах Кыргызстана доступ к стационарной помощи, включая лекарственные средства, изделия медицинского и немедицинского назначения, а также время поставщиков все в большей степени зависит от платежеспособности пациента и/или его семьи. Неформальные выплаты были отчетливым признаком системы, характеризующейся излишними физическими мощностями и человеческими ресурсами в обстановке постоянно сокращающегося объема государственных средств, низких зарплат и растущих цен на ключевые затраты, такие как лекарственные средства и электричество.

В 1997 году был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), внесший в сектор здравоохранения новые механизмы распределения средств. Наряду с объединением аккумулирования и покупки/оплаты по принципу финансируемой из бюджета системы здравоохранения, ФОМС разделил покупку/оплату и предоставление услуг. Отличие Фонда ОМС также заключалось в том, что аккумулирование и покупка/оплата осуществлялись на национальном уровне, а не были ограничены пределами области или района. Соответственно, охват населения и создание рисков пулов не ограничивалось территориальными рамками. Механизмы и методы Фонда ОМС изменили принцип функционирования системы здравоохранения несмотря на незначительный объем средств, генерируемый ФОМС. Однако, как показано на Рис. 9, ФОМС не решил основную структурную проблему системы здравоохранения, связанную с вертикальной интеграцией и дублированием охвата в основной «бюджетной» системе.

Количественный результат говорит о том, что охват ОМС обеспечил определенную защиту застрахованным лицам от наличных расходов в больницах.¹¹ Как видно из Таб. 19 у застрахованных пациентов средний и медианный уровни расходов были ниже, чем у незастрахованных. Такова была реальная ситуация несмотря на тот факт, что, в среднем, у застрахованных пациентов наблюдались более тяжелые и дорогостоящие в плане лечения состояния, чем у незастрахованных. Такую разницу в сложности случаев следовало ожидать, если учесть наличие всех пенсионеров (мужчины старше 60-ти и женщины старше 55-ти лет) в категории застрахованных. Тем не менее, результаты исследования говорят о том, что, несмотря на предоставляемую системой ОМС защиту, застрахованные пациенты все же были вынуждены платить неформально, а, следовательно, в какой-то мере подвергались финансовому риску.

¹¹ Это произошло потому, что расходы ФОМС предназначались для приобретения ЛС, несмотря на то, что пакет гарантированных услуг не был четко определен.

Таб. 19. Расходы пациентов, структура случаев и страхового статус, февраль

2001 г.

Страховой статус пациента	Непродовольственные расходы		Общие расходы		Показатель структуры случаев	
	Среднее значение	Медианное значение	Среднее значение	Медианное значение	Среднее значение	Медианное значение
Застрахованный	839	439	1,246	771	0,997	0,942
Незастрахованный	1,028	620	1,401	950	0,883	0,868
Всего	930	520	1,321	850	0,942	0,892

Показатель сложности случаев заболеваний был рассчитан как среднее значение (среднее арифметическое и медианное) удельного веса случаев (КЗГ) для каждой категории пациентов. В исследовании принимали участие 2917 пациентов со всей республики, из них 1510 застрахованных и 1407 незастрахованных, а данные показывают ситуацию, имевшую место за месяц до введения официальной сооплаты на стационарное лечение.

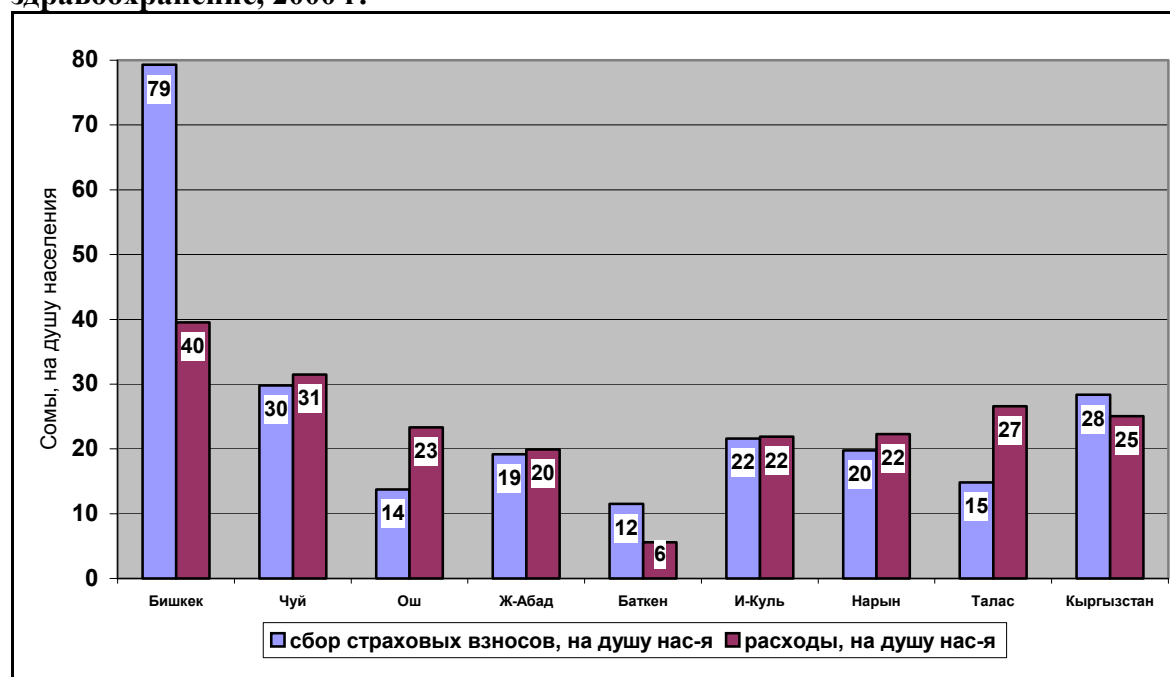
Основными переменными, введенные Фондом ОМС, были новые методы покупки/оплаты услуг и создание национального пула средств. Организационно это стало возможным потому, что ФОМС не был интегрирован с поставщиками услуг (т.е., существовало разделение на покупателя и поставщика) и потому, что его финансовые средства как «внебюджетного фонда» не подлежали строгому постатейному контролю в отличие от бюджетных средств. Вместо пассивного распределения денежных средств поставщикам по принципу унаследованной системы, ФОМС стал *активным покупателем*, объединившим решения по распределению средств с информацией о деятельности поставщиков и потребностях населения. Подписавшие договор с Фондом ОМС больницы оплачивались по *результату* (количество и тяжесть пролеченных случаев) с использованием системы оплаты за пролеченный случай, смоделированной на основе используемой в США программы «Медикэр». Поставщики первичной медико-санитарной помощи (Группы семейных врачей, или ГСВ, которые получили широкое распространение после их введения в 1997 году) оплачиваются по количеству приписанного населения. Процесс приписки заменил бывшую систему, при которой население приписывалось к поликлинике по месту проживания, на систему, при которой выбор поставщика ПМСП семьями управляет распределением финансовых средств из пула Фонда ОМС. В начале 2000 года ФОМС ввел Дополнительную программу ОМС по обеспечению застрахованных граждан лекарственными средствами на амбулаторном уровне (Дополнительный пакет лекарственных средств или ДП ОМС), нацеленную на немаловажные причины нездоровья и госпитализации (гипертоническая болезнь, железодефицитная анемия, язва желудка и двенадцатиперстной кишки) и покрывающую стоимость ЛС, необходимых для обеспечения эффективного амбулаторного лечения для укрепления здоровья и сокращения затрат в масштабе всей системы. В настоящий момент Минздрав находится в процессе распространения ДП ОМС на всю республику.

Эффект перераспределения от создания национального пула средств и оплаты поставщиков на основании их рабочей нагрузки и обслуживаемого населения, представлен на Рис. 11. За 2000 год показано сравнение уровней сбора страховых взносов на ОМС на душу населения с работодателями с уровнями расходов на здравоохранение на душу населения из Фонда ОМС. Как видно на рисунке, взносы на душу населения отражают структуру распределения доходов на душу населения в республике, где наиболее крупные взносы поступают из Бишкека и Чуйской области.

Распределение затрат на здравоохранение из Фонда ОМС на душу населения (хотя и самое высокое в Бишкеке и Чуйской области) более справедливо, чем распределение источников дохода от страховых взносов, что указывает на наличие определенной степени перекрестного субсидирования из этих более богатых регионов в остальные регионы республики. Например, данные показывают, что хотя взносы в Бишкеке и Чуйской области составляли 60% от общего дохода со страховых взносов, эти регионы получили только 44,5% от затрат на здравоохранение. Напротив, Баткенская, Жалал-Абадская и Ошская области сделали взнос, составляющий 27% от общего дохода, а получили 39% от затрат. Взносы Нарынской и Таласской областей составили 6% от дохода, а получили 9% от затрат. Такое перераспределение также имеет место и с доходами с общего налогообложения, но только благодаря государственным выравнивающим грантам. При наличии национального пула средств в ФОМС такая мера не нужна, так как руководствующиеся результатами методы оплаты автоматически стимулируют географическую справедливость в распределении средств.

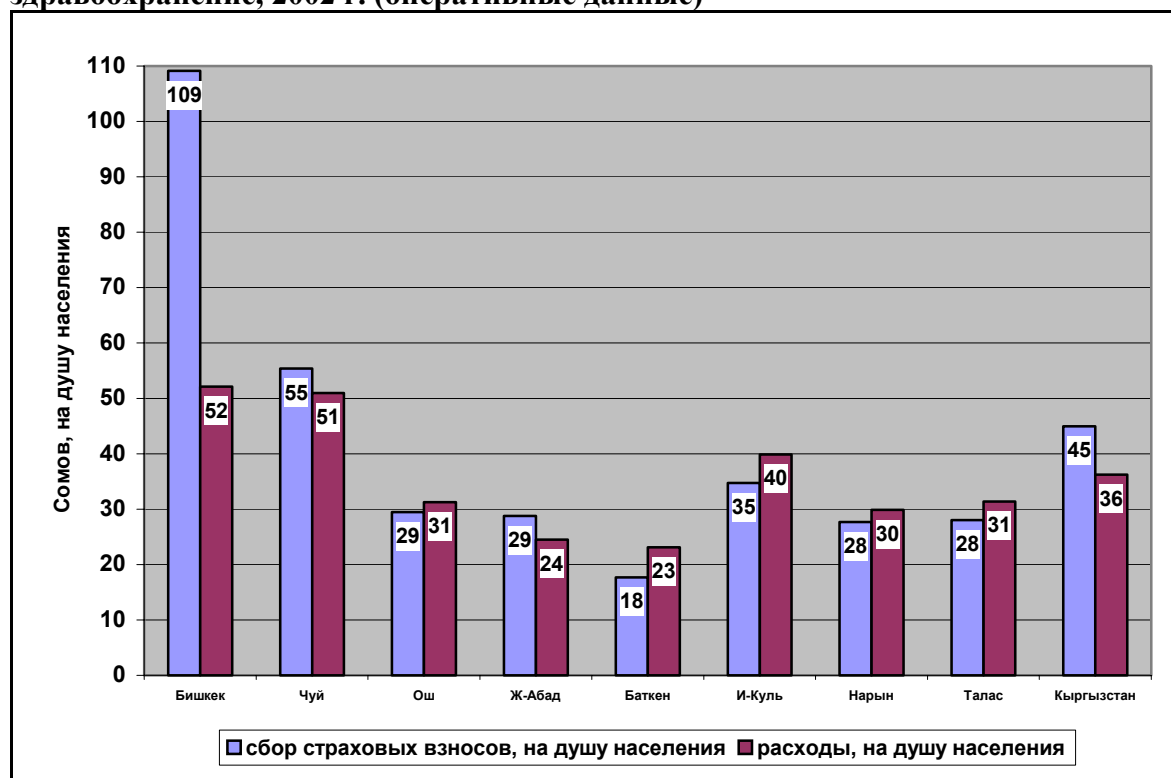
Хотя ФОМС платит стационарам по всей республике, географическая справедливость в распределении расходов была ограничена неспособностью Фонда ОМС заключить договора со всеми ГСВ. Например, в 2000 году ФОМС заключил договора со всеми ГСВ в Бишкеке, Чуйской и Иссык-Кульской области, и только с 52% ГСВ в Таласской, 25% в Жалал-Абадской, 22% в Ошской и 0 в Баткенской и Нарынской областях. В 2002 году ФОМС заключил больше договоров с ГСВ в этих регионах и ситуация с региональной справедливостью в расходах на душу населения улучшилась (Рис. 12). Так, несмотря на то, что в 2000 году расходы ФОМС на душу населения были в 7 раз выше в Бишкеке, чем в Баткене, этот показатель упал до 3,8 раза в 2001 году и до 2,25 раза в 2002 году (данные ФОМС). Справедливость в затратах ФОМС возрастет, если ФОМС сможет заключить договора со всеми ГСВ в республике.

Рис. 11. Источник дохода со взносов на ОМС и предназначение затрат на здравоохранение, 2000 г.



Источник: Данные ФОМС по доходам и расходам; данные НСК по населению.

Рис. 12. Источник дохода со взносов на ОМС и предназначение затрат на здравоохранение, 2002 г. (оперативные данные)



Источник: Данные ФОМС по доходам и расходам; данные НСК по населению.

Важно то, что ФОМС не создал отдельную параллельную систему здравоохранения; напротив, выплаты Фонда ОМС обеспечили дополнительные доходы стационарам и ГСВ, которые продолжали получать бюджетные ассигнования по старым методам. ФОМС и МЗ работали в тесном сотрудничестве, которое было формализовано в конце 1998 года, когда ФОМС стал подчиняться политике Минздрава, сохраняя при этом отдельный источник финансирования. В период с 1997 по 2000 годы ФОМС и МЗ создали предпосылки для реструктуризации сектора здравоохранения. Одним из примеров является тот факт, что все заключившие договор с Фондом ОМС больницы должны были использовать новые Клинико-информационные формы (КИФ) и отчитываться по данным на каждого пациента, используя эти новые формы. Это создало техническую основу для дальнейшего развития универсальной системы. К тому же, использование общей для всех пациентов формы сократило административные расходы поставщиков (Катцин *et al.* 2002).

В ретроспективе, ФОМС можно рассматривать как реагент изменений в секторе. Метода оплаты ФОМС ввели в сектор здравоохранения дополнительные средства и новые методы ведения дел. После приобретения опыта в аккумулировании средств и покупке/оплате услуг с 1997 по 2000 годы ФОМС разработал системы и навыки, позволившие переход от управления относительно небольшой долей общих средств сектора к принятию и осуществлению этих функций от имени МЗ. Начало было положено в 2001 году с введением системы «единого плательщика», которая нацелена непосредственно на разрешение лежащих в основе структурных проблем в системе здравоохранения.

Система «единого плательщика» в Кыргызстане

Система «единого плательщика», введенная в Чуйской и Иссык-Кульской областях в 2001 году и в Нарынской и Таласской областях в 2002 году, подразумевает радикальные перемены в структуре аккумулирования бюджетных средств, дополняемые унификацией методов оплаты поставщиков и мер по увеличению прозрачности финансовых вложений пациентов. Реформа финансирования не повлекла за собой существенных изменений в источниках финансирования в системе здравоохранения. Основные организационные характеристики этой модели представлены на Рис. 13:

- Аккумулирование всех средств здравоохранения из местных бюджетов (областных, районных и городских), включая категориальные гранты, в ТУ ФОМС;
- Унифицированная система оплаты поставщиков с использованием методов Фонда ОМС (т.е., оплата по пролеченному случаю в стационарах и по подушевому нормативу в ГСВ) из бюджетных средств (через ТУ ФОМС), дополняемая выплатами за застрахованных лиц из национального пула ФОМС;
- Разделение на покупателя и поставщика, завершившая вертикально интегрированные связи между покупателями и поставщиками в государственном секторе, сопряженное с ростом автономии поставщиков, включающим в себя сокращение постатейных ограничений в использовании бюджетных средств.

Рис. 13. Организация функций и охват в системе «единого плательщика»



Примечание: ЦСМ = Центр семейной медицины (более комплексное учреждение для предоставления первичной помощи и некоторых специализированных диагностических и терапевтических услуг).

ФОМС является единым покупателем в реформированной системе, применяющим свои методы оплаты поставщиков ПМСП и стационарной помощи к бюджетным

средствам из национального пула и через ТУ ФОМС из областного пула.¹² ФОМС платит стационарам и поставщикам ПМСП за каждого пациента/приписанного из областного пула и дополнительно за застрахованных лиц из национального пула. Оплата из обоих пулов основана на данных из одной клинично-информационной формы, что не требует дополнительных административных затрат (на уровне больницы или покупателя), связанных с поступающими из двух пулов выплатами. Фрагментация населения и системы на отдельные пулы на основе страхового статуса отсутствует, несмотря на то, что производимая ФОМС (национальный уровень) оплата все еще является дополнением к оплате из бюджетных средств.

Неотъемлемой частью реформы является спецификация льгот, разделения затрат и охвата населения. На Рис. 14 показано, как глубина (объем услуг, финансируемых из аккумулированных средств) и ширина (население, обладающее эффективным доступом)¹³ охвата¹³ связаны с источниками финансирования в системе «единого плательщика». Базовый пакет гарантированных для всего населения области услуг финансируется посредством отчислений местных самоуправлений в пул ТУ ФОМС. Этот пакет услуг включает в себя бесплатную ПМСП для приписанного населения к ГСВ, заключившего договор с ФОМС, и стационарную помощь с сооплатой при наличии направления. Базовый пакет гарантированных услуг также предоставляет бесплатную, или частично оплачиваемую, помощь при наличии направления лицам, входящим в определенные льготные категории (социальные или по болезни, такие как ветеран ВОВ, малоимущие пенсионеры, больные онко-заболеваниями и туберкулезом и т.п.). Льготы финансируются посредством механизма более высокой оплаты больниц (т.е., повышенная базовая ставка) из областного пула.¹⁴ Что касается застрахованных лиц, то выплачиваемые за них отчисления в национальный пул ФОМС предоставляют им право на более низкий уровень сооплаты за стационарную помощь и услуги специалистов на амбулаторном уровне, а также обеспечивают доступ к пакету лекарственных средств на амбулаторном уровне (см. далее). Таким образом, в Кыргызстане понятие «застрахованный» похоже на добровольную политику «Medigap» в США или «*mutuelle*» во Франции: охват является дополнением к тому, что финансируется из общих государственных доходов.¹⁵

Рис. 14 также показывает комплиментарный характер двух индивидуальных пулов средств и наличных выплат пациентов: (1) перечисления местных самоуправлений (включая категориальные гранты) в ТУ ФОМС на покрытие базового пакета гарантированных услуг для всего населения области; (2) перечисления из Соцфонда и Республиканского бюджета в национальный пул ФОМС на дополнительные льготы; (3) сооплата населения. Способность системы эффективно функционировать зависит от поддержания уровня аккумулированных средств с тем, чтобы официальная сооплата смогла заполнить пробел. Насколько местные самоуправления не выполняют свои обязательства по финансированию базового пакета гарантированных услуг за население своего региона и насколько необходимые средства не

¹² Некоторые поставщики, такие как противотуберкулезные больницы, оплачиваются на постатейной основе из бюджета, но теперь под управлением ТУ ФОМС.

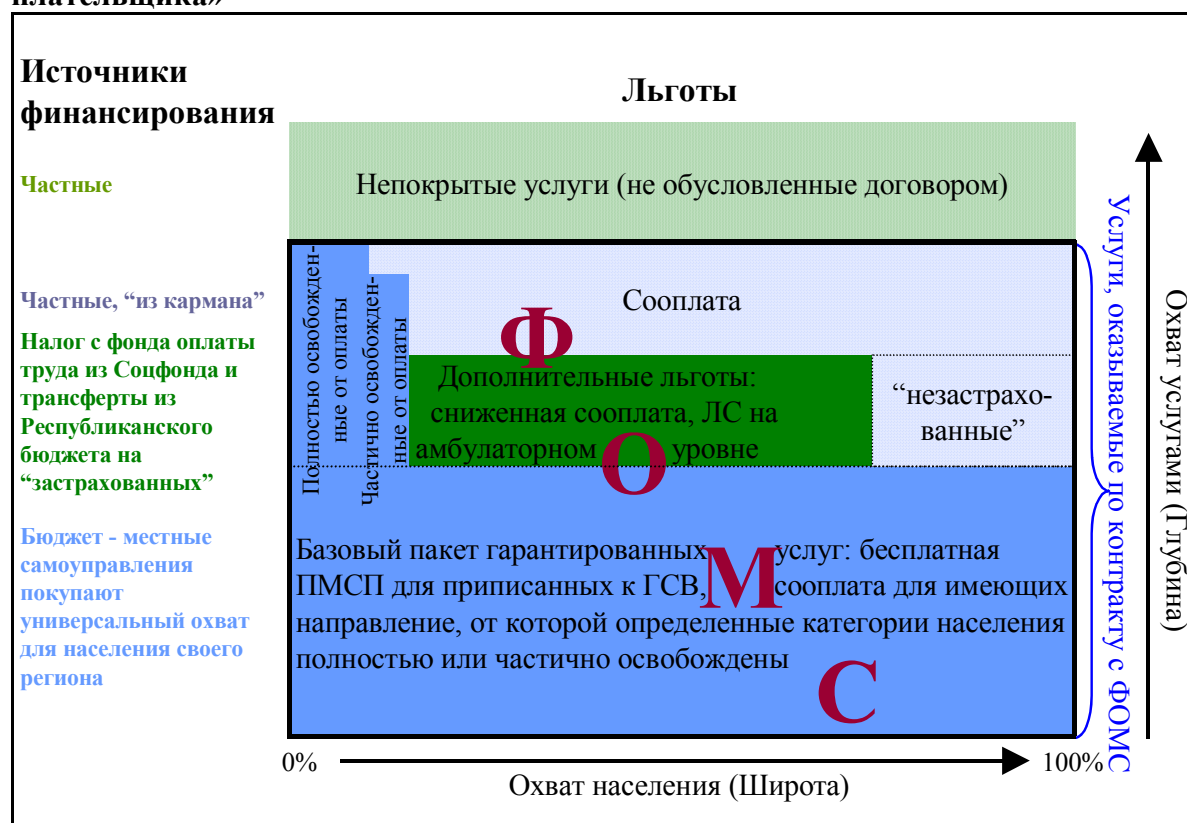
¹³ См. Катцин (2000) для рассмотрения концепций охвата.

¹⁴ Так, оказание медпомощи освобожденным от оплаты лицам не является «не финансируемым мандатом», порученному больницам.

¹⁵ Как писали Моссиалос и Томпсон (2002, р.130), «дополнительное добровольное медицинское страхование обеспечивает полное или частичное покрытие стоимости услуг, которые не включены или не покрываются полностью» основной системой.

перечисляются в ФОМС, настолько возрастает финансовое бремя населения в виде увеличения формальных и (наверняка) неформальных платежей. Следовательно, если источники финансирования будут рассматриваться в качестве замещения, такого как сокращение бюджетных ассигнований в систему «единого плательщика» в ответ на сбор доходов с сооплаты, то последствия распределения будут тяжелыми для населения и причинят ущерб государственной деятельности по сокращению бедности и смягчению последствий бедности.

Рис. 14. Финансирование, охват и льготы в Кыргызской модели «единого плательщика»



В Приложении 1 дается описание финансовых потоков внутри системы «единого плательщика».

Реформа по внедрению системы «единого плательщика» включает в себя действия, направленные на разрешение основных причин неэффективности, несправедливости и недостаточной финансовой защиты, а также на усиление прозрачности. В следующем разделе представлены данные по результативности системы «единого плательщика» и указаны задачи, в частности те, которые должны решаться не входящими в сектор здравоохранения органами правительства, для достижения успеха в улучшении здоровья и благосостояния населения.

Реформирование здравоохранения: достижения и проблемы

Значительный объем количественных и качественных данных по результативности системы «единого плательщика» в Чуйской и Иссык-Кульской областях был собран за период с 2001 по 2002 годы. Данные показывают ясную картину того, что имело место усиление эффективности, справедливости и прозрачности, но одновременно

существовал риск того, что успех может быть наказуем общей государственной системой финансирования. Если это произойдет, то все достижения могут быть ослаблены, так же как и стимулы для дальнейшего улучшения.

Техническая эффективность предоставления услуг и прозрачности для пациентов

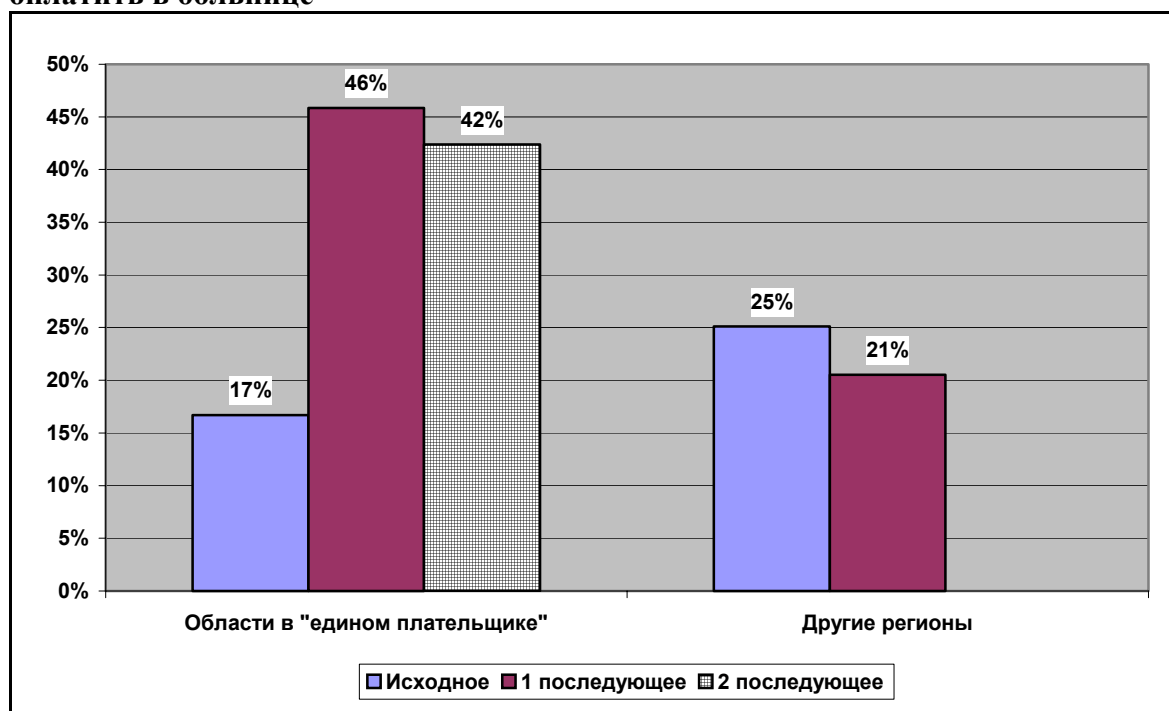
Реформа по внедрению системы «единого плательщика» привела к очевидным результатам в достижении технической эффективности и прозрачности. Пожалуй самым очевидным для населения и поставщиков фактом реформирования было введение официальной сооплаты населения для стационарного лечения. Основная задача при этом заключалась в замещении неформальных платежей формальной оплатой, что было направлено на усиление прозрачности, снижение неопределенности у населения и добавление средств к доходам, подлежащим административному контролю со стороны системы здравоохранения. Данные¹⁶ говорят о том, что политика сооплаты была успешной, хотя и наблюдались различия между двумя областями с действующей системой «единого плательщика».

Снижение неопределенности у пациентов. Одной из целей усиления прозрачности финансовых обязательств пациентов было сокращение неопределенности относительно необходимых на стационарное лечение затрат. Как показано на Рис. 15, около 17% респондентов в исходном исследовании¹⁷ в двух областях с действующей системой «единого плательщика» имели понятие об общей сумме, которую им следовало заплатить до госпитализации, и около 25% респондентов из других областей обладали такой же информацией. Результаты первого повторного исследования показали радикальное рост информированности (снижение неопределенности) в Чуйской и Иссык-Кульской областях. В этих областях предварительные знания об общей сумме оплаты возросли до 46% пациентов, тогда как в других областях наблюдался незначительный спад. Это является существенным доказательством того, что, спустя всего пять месяцев, работа Минздрава по информированию населения о новой политике в значительной мере сократила неопределенность. Однако, результаты второго повторного исследования в Чуйской и Иссык-Кульской областях, через год после введения политики сооплаты, не свидетельствуют о продолжающемся снижении неопределенности.

¹⁶ Представленные далее данные взяты из Kutzin (2002).

¹⁷ Выборка производилась на основе записей ФОМС и пациенты опрашивались на дому, спустя примерно 3 – 4 месяца после выписки. Исходное исследование охватывало 2917 пациентов по всей республике, выписанных в феврале 2001 года (7,4% от общего количества выписанных в феврале, за месяц до введения сооплаты). Первое повторное исследование охватывало 3731 пациентов по всей республике, выписанных в июле 2001 года (9,9% от общего количества выписанных в июле). Второе повторное исследование охватывало 1456 пациентов, выписанных из больниц Чуйской и Иссык-Кульской областей в марте 2002 года (17,7% от общего количества выписанных в этих двух областях в марте).

Рис. 15. Процент пациентов, знавших заранее о сумме, которую придется оплатить в больнице



Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ

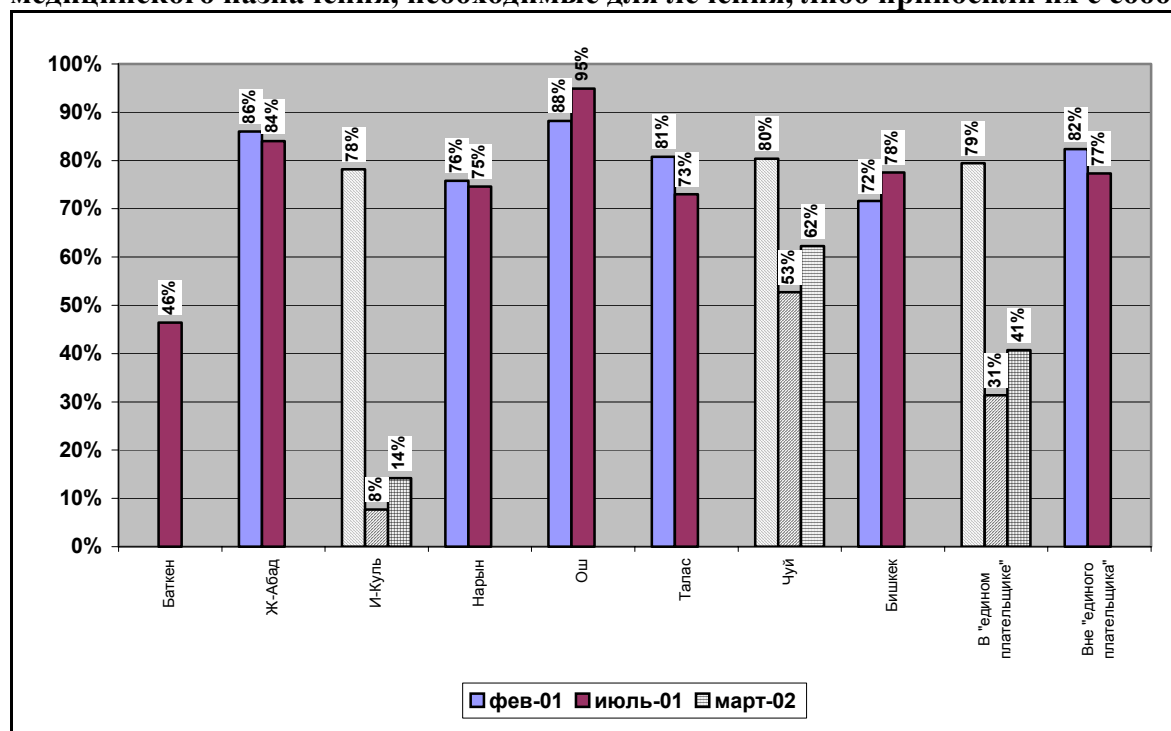
Сокращение неформальных выплат. Существует несколько различных способов оценки влияния реформ на частоту и уровень неформальных выплат. Факты, основанные на данных из обзоров пациентов, говорят о том, что реформы достигли успеха в сокращении неформальных выплат.

Рис. 16 показывает процент пациентов, которые отметили, что платили какую-то сумму за использованные за период госпитализации лекарства и изделия медицинского назначения. Эта сумма включает в себя расходы на лечение, осуществленные как в больнице, так и на покупку лекарств вне больницы. Это важно, так как оплата лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения была наиболее распространенной формой неформальных выплат пациентов, представляющей около 65% от наличных расходов пациентов за лечение в больнице. Имеются в наличии данные обзоров пациентов, выписанных в феврале и июле 2001 года, по всей республике и выписанных в марте 2002 года, по Чуйской и Иссык-Кульской областям. Рассматривая данные по каждому региону в разные моменты времени, становится возможным проследить изменения, связанные с введением системы «единого плательщика» в Чуйской и Иссык-Кульской областях после февраля 2001 года.

На диаграмме показано, что в феврале 2001 года около 80% пациентов были вынуждены платить за необходимые для лечения лекарства и изделия медицинского назначения непосредственно в больнице или покупать их вне больницы. В Иссык-Кульской области частота таких выплат заметно сократилась, с 78% пациентов в феврале до 8% пациентов в июле 2001 года. В Чуйской области также наблюдается снижение, но при этом больше половины пациентов все-таки вынуждены были платить за лекарства и изделия медицинского назначения даже после введения сооплаты. В остальных областях частота таких выплат остается высокой (около 80%

пациентов напрямую платили за лекарства и изделия медицинского назначения). В марте 2002 года в Чуйской и Иссык-Кульской областях процент пациентов, вынужденных платить, немного увеличился. Эти данные говорят о том, что система «единого плательщика» ассоциировалась со снижением частоты выплат, которые осуществлялись пациентами на покупку или предоставление необходимых для лечения лекарств и изделий медицинского назначения. В Иссык-Кульской области наблюдался больший спад нежели в Чуйской.

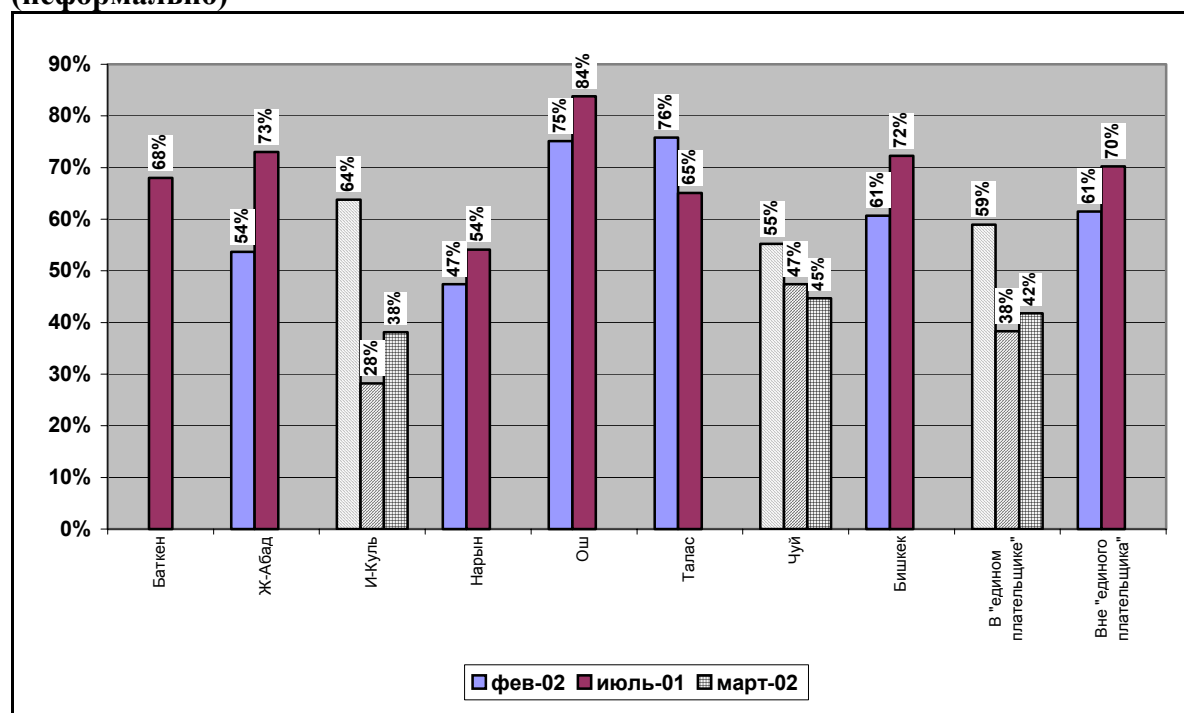
Рис. 16. Процент пациентов, которые либо платили за лекарства и изделия медицинского назначения, необходимые для лечения, либо приносили их с собой



Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ

Другим немаловажным видом неформальных выплат являются так называемые выплаты «под столом» медицинским работникам. На Рис. 17 представлены факты по частоте выплат, произведенных непосредственно медицинским работникам (врачам, хирургам, медсестрам и т.д.) за время прохождения лечения. Характер этого вида неформальных выплат варьируется от подарков, которые дарятся поставщику пациентом, до взяток, запрашиваемых врачами у пациентов. На диаграмме представлена частота всех видов выплат или взносов, выплаченных пациентами непосредственно медицинским работникам. Так же, как в ситуации с лекарствами и изделиями медицинского назначения, наблюдался огромный спад в частоте таких выплат в больницах Иссык-Кульской области после введения системы «единого плательщика» и незначительный спад в больницах Чуйской области. В целом по республике около 60% пациентов произвели выплаты медицинским работникам в той или иной форме. К июлю 2001 года этот показатель упал до 38% пациентов в двух областях с действующей системой «единого плательщика», тогда как в оставшихся регионах республики частота таких выплат возросла до 70%. В целом частота таких выплат возросла в Иссык-Кульской области и незначительно уменьшилась в Чуйской области. Однако, при проведении сравнения по всей стране, становится очевидным, что политика оказала положительное влияние на сокращение частоты таких выплат.

Рис. 17. Процент пациентов, плативших медицинским работникам «под столом» (неформально)

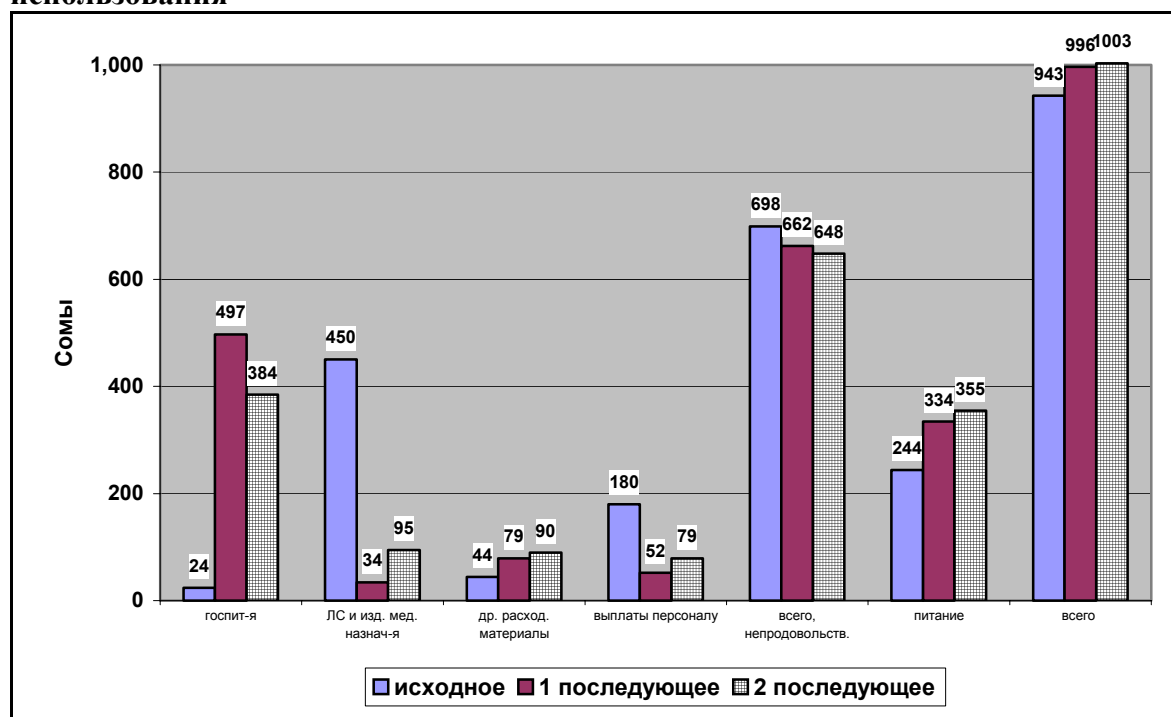


Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ

На Рис. 18 представлены данные по среднему уровню выплат пациентов в больницах Иссык-Кульской области, по статьям расходов, из исходного и двух повторных обзоров выписанных пациентов. Практически все указанные категории можно рассматривать в качестве неформальных выплат, за исключением оплаты за госпитализацию в повторном исследовании, которая представляет собой сооплату. Результаты повторных обзоров говорят о том, что политика сооплаты была успешной в замещении неформальных выплат официальной сооплатой, за исключением стоимости приносимой за период лечения еды¹⁸. Средний уровень расходов, в частности на лекарства и изделия медицинского назначения, был на 92% ниже в июле, чем в феврале 2001 года. Следовательно, необходимость для пациента (или для его семьи во время лечения пациента) в их поиске и покупке до госпитализации была почти полностью ликвидирована. Выплаты непосредственно работникам больниц также сократились более, чем на 70%. С учетом всего необходимого, общий уровень расходов пациентов (с учетом или без учета питания) после введения сооплаты остался практически на том же уровне, что и до ее введения. В марте 2002 года средний уровень неформальных выплат был выше, чем в июле 2001 года. Тем не менее, данные по Иссык-Кульской области говорят о том, что политика достигла очевидного успеха в сокращении неформальных выплат, в частности в расходах на услуги здравоохранения, и замещении их официальной сооплатой.

¹⁸ Обеспечение госпитализированного члена семьи едой считается обычной «культурной практикой» в Кыргызской Республике, хотя нет очевидных причин, которые привели к такому росту данного показателя. Во 2-м повторном обзоре пациентам задавался вопрос о потреблении еды во время госпитализации. В Иссык-Кульской области 30% пациентов ели только еду, приносимую членами семьи или друзьями, тогда как 70% иногда ели еду, выдаваемую в больнице. Хотя 59% пациентов отметили, что это является традицией, чтобы члены семьи или друзья приносили еду, 51% пациентов указали на то, что плохое качество и недостаточное количество больничной еды явились причиной того, что они предпочли питаться другой едой.

Рис. 18. Средний уровень расходов всех обследованных пациентов в больницах Иссык-Кульской области, взвешенный по распределению фактического использования



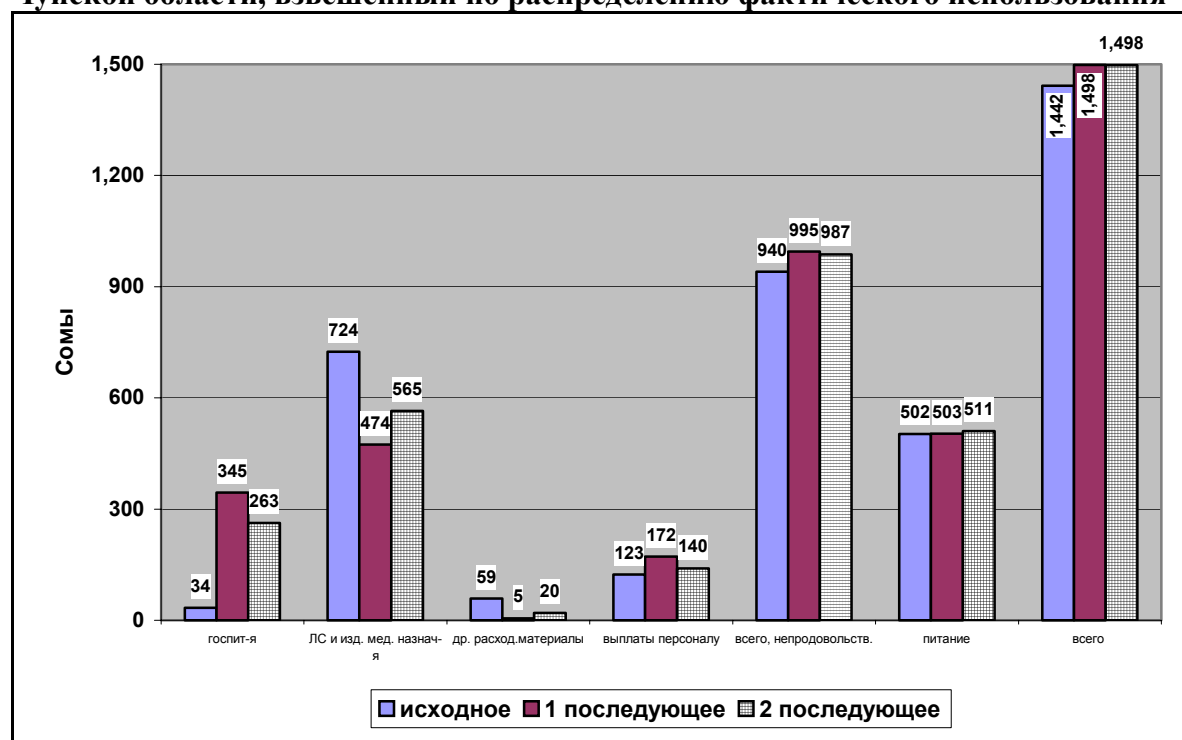
Исходное исследование включало в себя 381 случай из Иссык-Кульской области, представляющий собой 11,5% от отобранных случаев в феврале 2001 года. Первое повторное исследование включало 560 случаев, представляющих собой 16,3% от отобранных случаев в июле 2001 года. Второе повторное исследование включало 653 случая, представляющих собой 19,6% от отобранных случаев в марте 2002 года. Результаты исследований были взвешены для того, чтобы отобразить фактическое распределение пациентов в эти месяцы по страховому и льготному статусу, а также по типу случая (терапевтический, хирургический и родовспоможение).

На Рис. 19 представлены подобные результаты по Чуйской области. Уровень наличных расходов «из кармана» здесь был выше, чем в Иссык-Кульской области, что отражает более высокий средний уровень доходов у населения Чуйской области.¹⁹ Результаты также говорят о том, что хотя сооплата оказала влияние на сокращение расходов пациентов на лекарства и изделия медицинского назначения (примерно на 36% в июле 2001 года), оно было не настолько существенным как в Иссык-Кульской области. Более того, здесь наблюдался рост платежей, осуществляемых медицинским работникам напрямую. Как и в Иссык-Кульской области, недовольственные и общие расходы пациентов были примерно одинаковыми до и после введения политики сооплаты.²⁰ В целом, хотя Чуйская область достигла определенного прогресса в замещении неформальных выплат официальной сооплатой, это достижение было намного меньше того, что было сделано в Иссык-Кульской области.

¹⁹ Это также отражает влияние Чуйской областной больницы, которая расположена на территории г. Бишкек и является, в среднем, самой дорогостоящей больницей в стране, особенно для хирургической помощи.

²⁰ В ответ на вопрос о питании во 2-м повторном исследовании, около 47% пациентов больниц Чуйской области ответили, что ели только принесенную членами семьи или друзьями еду, что означает, что всего 53% пациентов ели по крайней мере что-то из предоставляемой больницей еды. 46% пациентов сказали, что это традиция, чтобы члены семьи и друзья приносили еду, тогда как 60% пациентов указали на то, что плохое качество и недостаточное количество больничной еды явились причиной того, что они предпочли питаться другой едой.

Рис. 19. Средний уровень расходов всех обследованных пациентов в больницах Чуйской области, взвешенный по распределению фактического использования



Исходное исследование включало в себя 505 случаев из больниц Чуйской области, представляющих собой 7,5% от отобранных случаев в феврале 2001 года. Повторное исследование включало в себя 622 случая, представляющих 10,9% от отобранных случаев в июле.

Как можно объяснить различное функционирование политики в этих регионах? Окончательных фактов нет, но одна из возможностей имеет отношение к различиям во внедрении общего пакета реформ финансирования здравоохранения в этих двух областях. В частности, уровень исполнения запланированных бюджетных ассигнований в систему «единого плательщика» составил всего 73% в Чуйской области против 98% в Иссык-Кульской области (Социум Консалт 2002). Местные финансовые органы Чуйской области не выполнили финансовые обязательства по отношению к системе здравоохранения. Отчасти, это произошло из-за того, что появление кажущихся новых доходов от сооплаты побудило их на перенаправление бюджетных средств в другие секторы.²¹ Результатом явилось перемещение большей финансовой ответственности на плечи пациентов. Это доказывает, что успех политики сооплаты тесно связан с объемом предоставляемого предварительно оплаченного финансирования.

Результаты 2-го повторного исследования, проведенного в Чуйской и Иссык-Кульской областях в марте 2002 года, говорят о том, что наблюдается ухудшение показателей, достигнутых в июле 2001 года, по сокращению неформальных выплат и неопределенности. Хотя эти доказательства являются косвенными, они все больше наводят на мысль о том, что успех политики сооплаты в значительной мере зависит от потоков предварительно оплаченного финансирования в систему «единого плательщика». В дополнение к проблемам финансирования из местных бюджетов

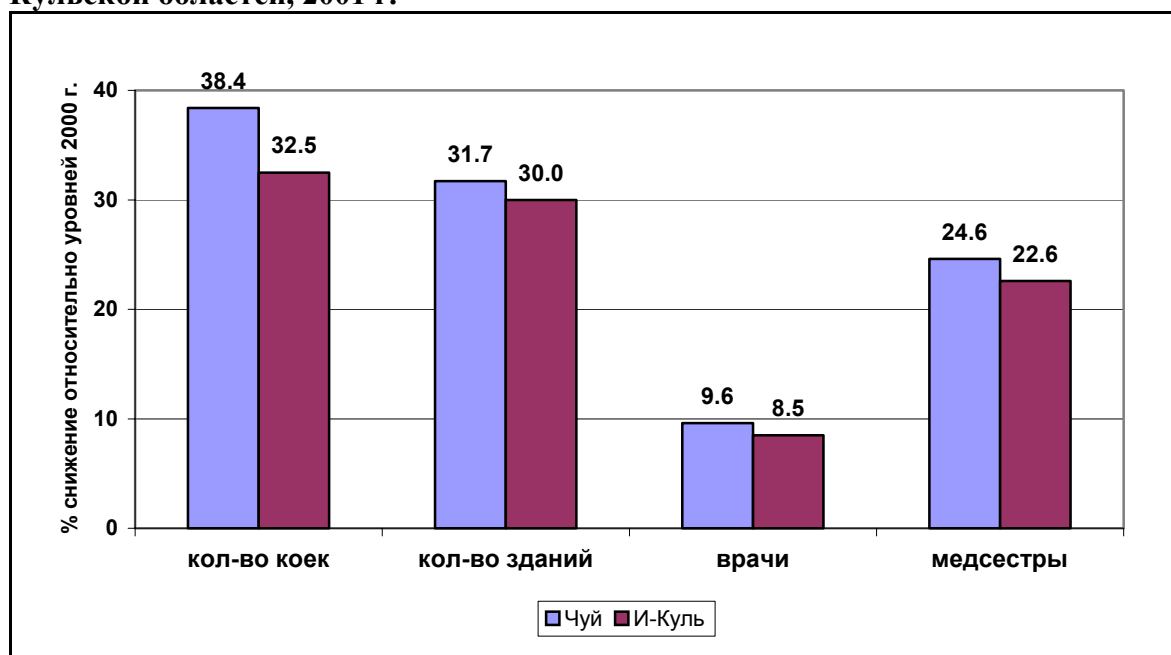
²¹ Однако, в 2002 году было достигнуто соглашение о том, что Чуйская государственная администрация выплатит некоторые долги, возникшие по причине низкого уровня исполнения бюджета в 2001 г. (Социум Консалт 2002).

возникла проблема с финансовыми потоками в ФОМС из Социального фонда, которая встала наиболее остро во второй половине 2001 года. Например, на Рис. 7 показано, что, хотя 61% собранных на медицинское страхование доходов за трудящихся был перечислен в ФОМС за первое полугодие 2001 года, этот показатель упал до 37% во втором полугодии того же года. Это привело к возникновению задолженности ФОМС перед поставщиками, что означало появление пробела в разделе «дополнительные льготы» в системе финансирования, представленной на Рис. 14. При наличии значительно более низкого уровня средств в предварительно оплаченном источнике большее бремя финансирования переместилось на плечи пациентов в виде роста неформальных платежей.

Сокращение фиксированных затрат. Еще одним важным достижением системы «единого плательщика» является прогресс в осуществлении реструктуризации системы здравоохранения в Чуйской и Иссык-Кульской областях. «Рационализация» инфраструктуры системы предоставления услуг здравоохранения должна была стать первым шагом в исполнении программы реформирования «МАНАС», утвержденной правительством в 1996 году (МЗ 1996), но так и не была проведена. Не только политические препятствия, но и структура аккумуляции и закупки в системе здравоохранения привели к созданию экономических препятствий в проведении реструктуризации. Система «единого плательщика» ликвидировала экономические препятствия. Изменение в методах оплаты из бюджетных средств в сочетании с реструктуризацией механизма аккумуляции и возможностью реинвестировать сбережения повлекли за собой полную замену стимулов, встающих перед поставщиками. В новой системе отсутствует преимущество увеличения мощностей, как это было раньше, когда составление бюджета было основано на нормативах. Напротив, стимулы (для стационаров) заключаются в снижении затрат при одновременном увеличении производительности. Представленные на Рис. 20 факты доказывают, что в Чуйской и Иссык-Кульской областях стимулы привели к сокращению фиксированных затрат стационаров. Сокращение физических мощностей и доходы с сооплаты, которые были очевидны и подлежали политическому и административному контролю, изменили совокупность расходов в этих двух областях в 2001 году по сравнению с 2000 годом (Рис. 21). Так, поддающиеся наблюдению расходы в двух областях с действующей системой «единого плательщика» показали увеличение доли затрат, идущей на покрытие переменных издержек (лечение пациента).²²

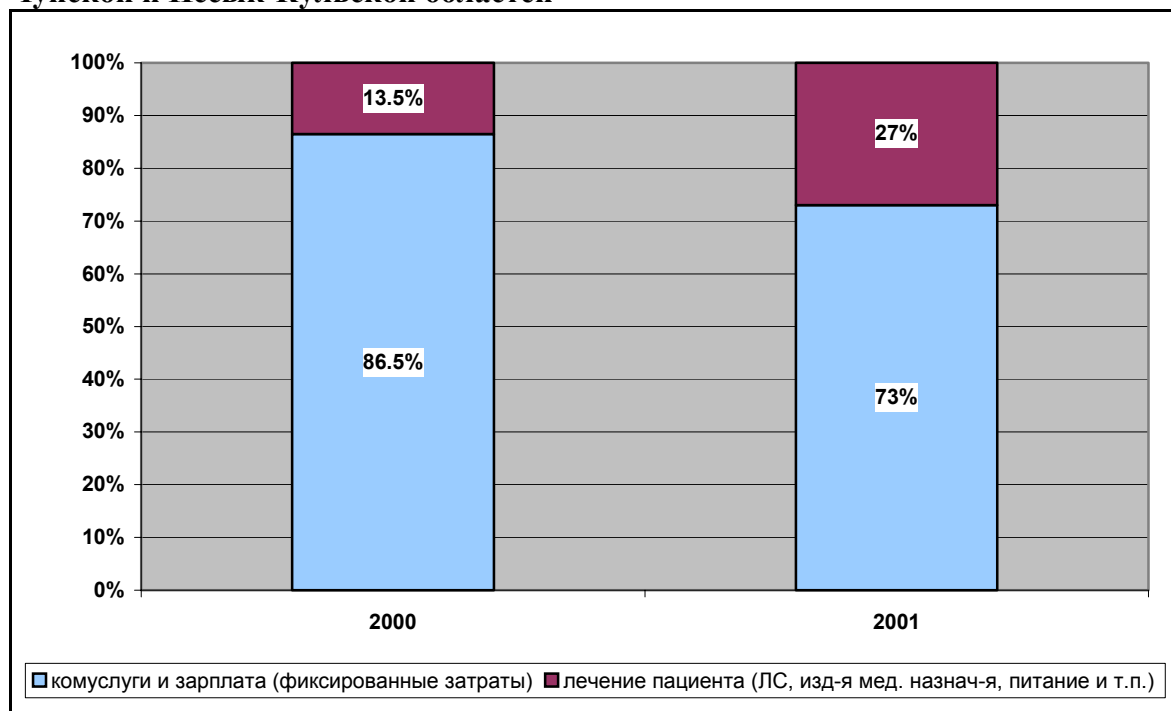
²² В 2000 году выплаты пациентов были, в основном, неформальными, и не учитывались системами бухучета сектора здравоохранения. Следовательно, неизвестен фактический состав вложений. Переход к переменным издержкам в 2001 году отражает комбинацию реальных изменений, последовавших за сокращением мощностей, и кажущихся изменений, возникающих в результате трансформации неформальных выплат в поддающуюся наблюдению официальную сооплату, расходы которой учитываются и используются в основном на лекарства.

Рис. 20. Сокращение мощностей в медицинских учреждениях Чуйской и Иссык-Кульской областей, 2001 г.



Источник: Социум Консалт (2002).

Рис. 21. Структура зарегистрированных расходов в медицинских учреждениях Чуйской и Иссык-Кульской областей



Источник: Данные ФОМС

Увеличение доходов, подлежащих административному контролю. В соответствии с положением МЗ/ФОМС стационарам следует использовать 50% от доходов с сооплаты на лекарственные препараты, 20% – на питание и 20% – в качестве надбавки к зарплате персонала. Оставшиеся 10% также предназначаются для приобретения

лекарств, а именно, для создания «резервного фонда» для обеспечения лекарственными препаратами бедных слоев населения, не имеющих документов, подтверждающих их право на освобождение от оплаты. Доходы с сооплаты вкуче с сбережениями, полученными в результате реструктуризации, позволили повысить средний уровень расходов на лекарства на одного пациента в день в 1,9 раза в Чуйской области и в 2,5 раза в Иссык-Кульской области, а также зарплату (относительно уровня 2000 года) в среднем на 29% и 24% соответственно (Ибраимова 2002). Следовательно, благодаря формализации выплат пациентов, новые доходы стали предметом для политических и административных директив. Внедрение политики по использованию средств сооплаты дало возможность сделать намного больше, чем просто произвести замену неформальных выплат формальными; оно позволило направить субсидии на ключевые затраты (а также на бедные слои населения посредством льготных механизмов и использованием резервного фонда). Это привело к увеличению доступности медицинской помощи и эффективности в предоставлении услуг здравоохранения (что было описано ранее и представлено на Рис. 21). В Рамке 1 представлен пример проведения реструктуризации в одном из районов Чуйской области и некоторых преимуществ, полученных в результате ее проведения вкуче с доходами с сооплаты.

Рамка 1. Реструктуризация больниц с новыми стимулами: на примере Чуйской области

В начале 2001 года в Иссык-Атинском районе Чуйской области насчитывалось 580 коек, распределявшихся следующим образом: 305 коек в ЦРБ, 125 коек в номерной больнице и от 10 до 60 коек в 6 СУБах. При подготовке к внедрению новой системы финансирования были разработаны планы реструктуризации системы здравоохранения, направленные на сокращение затрат при одновременном сохранении доступа к необходимым услугам. Планы были реализованы и к концу года в системе предоставления стационарной помощи было сокращено 300 коек и организована следующая структура: Территориальная больница (бывшая ЦРБ) – 190 коек и 3 подразделения ТБ: 70 коек в одном и по 10 коек в двух других. В результате реструктуризации были законсервированы 28 зданий и предприняты дополнительные меры по сокращению коммунальных затрат (например, установка счетчиков, оспаривание счетов с поставщиками коммунальных услуг). Реструктуризация коснулась и персонала, где были сокращены 543 ставки (33% от общего количества) и 57 физических лиц. Доходы с сооплаты предназначались для дополнительных расходов на лекарства, изделия медицинского назначения, питание и надбавку к зарплате. В результате всех этих изменений расходы на коммунальные услуги в медицинских учреждениях этого района сократились на 1,1 миллиона сомов, что привело к существенному снижению задолженности больниц перед поставщиками тепло- и электроэнергии. Общая задолженность медицинских учреждений сократилась на 93% в 2001 году. Средняя зарплата персонала возросла в 2,4 раза по сравнению с уровнем 2000 года, средний уровень расходов на лекарства на каждый случай увеличился в 2,7 раза и на питание – в 2,35 раза. Общий уровень расходов на лечение (т.е., предметы, требующие переменных затрат) вырос с 12% в 2000 году до 36% от расходов на стационарное лечение в 2001 году (Исаков 2002).

Эффективность распределения ресурсов

Несмотря на очевидные достижения технической эффективности, вызванные внедрением системы «единого плательщика» (т.е., реструктуризация медицинских

учреждений и перераспределение аккумулированных средств с фиксированных затрат на переменные), пока нет данных об изменениях в общей структуре распределения средств в системе здравоохранения. В период с 1995 по 2001 годы не наблюдалось заметных изменений в распределении бюджетных средств по уровням и видам медицинской помощи (например, стационарная, амбулаторная, общественное здравоохранение) (Таб. 17). Несмотря на то, что проводится реструктуризация системы здравоохранения с усилением внимания на первичный уровень и разрабатываются планы по реформированию и усовершенствованию СЭС, структура распределения средств еще не обеспечивает риторику реформ. Однако, это не является призывом к незамедлительному изменению структуры распределения. Тогда как может показаться, что выделение более высокого уровня финансирования на услуги общественного здравоохранения может улучшить эффективность распределения ресурсов, это требует особого внимания при внедрении запланированных реформ СЭС и учете способности служб по «укреплению здоровья» абсорбировать возросшие бюджетные ассигнования и правильно использовать средства.

Обнадеживающим знаком перемен в отношении эффективности распределения ресурсов является Дополнительная программа ОМС (ДП ОМС). Внедрение ДП ОМС привело к очевидному росту эффективности предоставления услуг. В Таб. 20 представлено количество (в процентах) амбулаторных посещений на трех пилотных участках при определенных нозологиях, охваченных ДП ОМС, по которым пациенты были направлены на стационарное лечение. Практически по всем нозологиям процент направлений сократился в период с 2000 по 2001 год. Внедрение ДП ОМС было начато в августе 2000 года; и с того времени сравнительные данные говорят о достижении положительных результатов в ведении этих нозологий на амбулаторном уровне. Это, в свою очередь, означает существенную экономию средств на стационарном лечении (без учета стоимости охваченных ДП ОМС лекарственных препаратов) и улучшение здоровья пациентов, состояние которых не ухудшилось до такой степени, чтобы потребовалась госпитализация.

Таб. 20. Процент случаев, направленных на госпитализацию в пилотных участках АДО

Поликлиника	Гипертоническая болезнь		Язва желудка и 12-перстной кишки		Бронхиальная астма		Анемия	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Бишкек, №1	10,8%	2,9%	9,6%	7,8%	22,0%	17,0%	11,3%	1,8%
Бишкек, №6	1,0%	0,4%	2,4%	2,6%	8,0%	2,8%	1,0%	0,4%
Аламедин	17,0%	15,0%	23,6%	9,6%	40,6%	25,6%	17,2%	4,3%

Источник: Данные МЗ (первые 9 месяцев каждого года)

Положительный опыт внедрения ДП ОМС способствовал решению МЗ и ФОМС о незамедлительном расширении программы. Реализация этого решения привела к изменениям в методах распределения средств здравоохранения Фондом ОМС. В ежегодном процессе планирования ФОМС просчитывает относительный объем ожидаемых доходов, который будет направлен на стационарную помощь и ПМСП. В 1998 году ФОМС принял решение о сохранении базовой ставки в номинальных

показателях при оплате стационарам на уровне 1997 года.²³ Таким образом, общий объем пула для оплаты стационаров определялся посредством умножения базовой ставки на прогнозируемое количество пролеченных случаев. Этот процесс привел к тому, что объем пула для оплаты ПМСП определялся по остаточному принципу (общие доходы ФОМС минус административные расходы и минус пул для оплаты стационаров), а приоритет отдавался стационарной помощи. Учитывая ограниченный бюджет Фонда ОМС и явный приоритет в заключении договоров со стационарами, Фонду ОМС удалось заключить договора только с половиной функционирующих в республике ГСВ в 1999 и 2000 годах. ДП ОМС финансируется из подушевого норматива ГСВ и, таким образом, такое ограничение в заключении договоров с ГСВ привело к ограничению возможности ФОМС в расширении ДП ОМС. Желание незамедлительного распространения ДП ОМС привело к изменениям в методах определения приоритетов ФОМС в распределении средств в 2002 году. Для начала ФОМС заключил договора со всеми ГСВ, расположенными в регионах с действующей системой «единого плательщика» (плюс ГСВ из других регионов, с которыми договора были заключены ранее), и обеспечил оплату подушевого норматива. Это привело к тому, что пул для оплаты стационаров стал финансироваться по остаточному принципу с очевидным переходом приоритетности на первичный уровень.²⁴ Эти факты говорят о необходимости сохранения движущей силы этой реформы и обеспечения денежных потоков в Фонд ОМС.

Смягчение последствий бедности

Система «единого плательщика» и определение Программы государственных гарантий предусматривают более эффективное использование затрат на здравоохранение для смягчения последствий бедности в секторе здравоохранения. Аккумуляция поступающих из местных бюджетов доходных средств на областном уровне существенно увеличило потенциальную возможность защиты населения от риска. Более того, создание более высоких ставок оплаты за лиц, входящих в льготные категории, позволило направлять субсидии на отдельных людей в этих группах. К тому же, как было отмечено ранее, больницы откладывают 10% от доходов с сооплаты в «резервный фонд» для предоставления бесплатных лекарств бедным пациентам, у которых отсутствуют документы, подтверждающие их право на освобождение от оплаты. Данные ФОМС указывают на то, что с марта по декабрь 2001 года около 9,5% пациентов в Чуйской и Иссык-Кульской областях получили бесплатное лечение, из них 57% были льготниками по социальному статусу или по заболеванию, а остальные 43% получили бесплатное лечение за счет резервного фонда больниц (Ибраимова 2002). Таким образом, ассоциируемый с формализацией частных выплат в здравоохранении политический курс не только привел к усилению прозрачности, но и способствовал целевому субсидированию уязвимых групп населения.

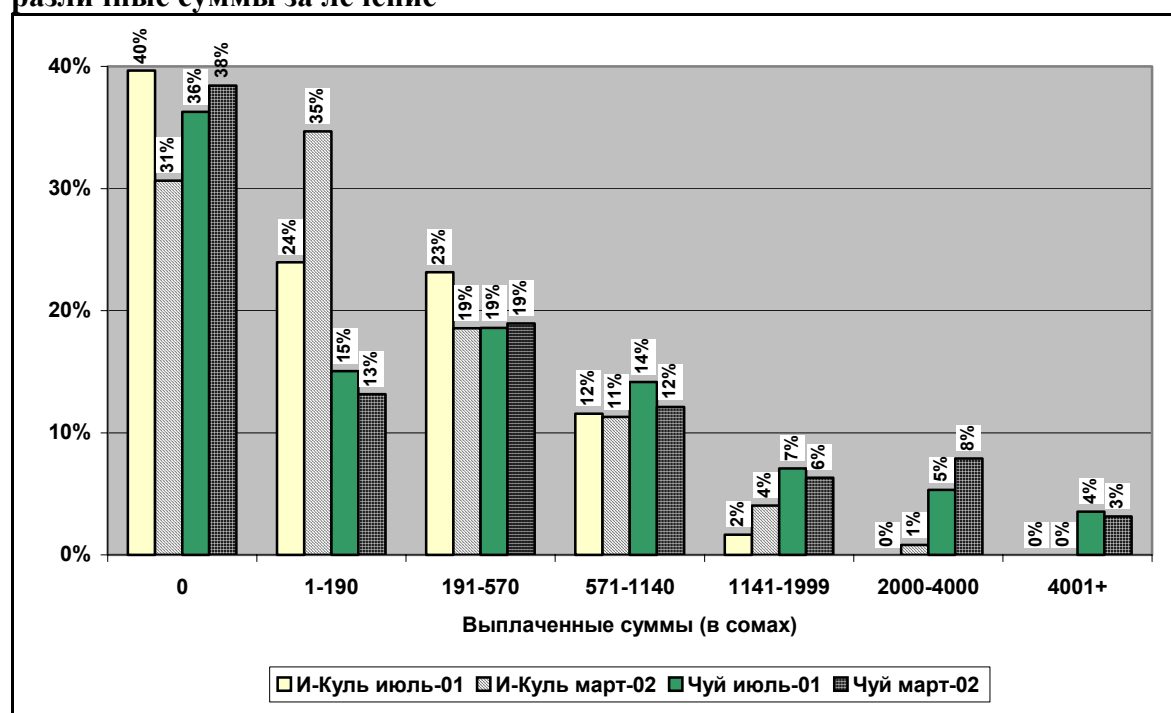
Как и следовало ожидать, данные из обзоров выписанных пациентов говорят о том, что некоторые официально принадлежащие льготным категориям пациенты в действительности платили за свое лечение. На Рис. 22 представлен процент освобожденных от оплаты пациентов Чуйской и Иссык-Кульской областей,

²³ Здесь изменений не произошло.

²⁴ Так как ФОМС считал сохранение уровня базовой ставки политической необходимостью, перенос приоритетов в распределении средств привел к введению бюджетных ограничений и ограничений в количестве случаев для каждой больницы.

опрошенных в первом и втором повторных исследованиях, которые платили различные суммы за лечение (официальное освобождение от оплаты стало регистрироваться в клиничко-информационных формах после введения системы «единого плательщика»). В июле 2001 года около 40% освобожденных от оплаты пациентов в Иссык-Кульской области и 36% в Чуйской области отметили, что ничего не платили за лечение. Соответствующие показатели за март 2002 года представляли собой 31% в Иссык-Кульской области и 38% в Чуйской области. Таким образом, в действительности большая часть освобожденных от оплаты пациентов платила за лечение. В среднем, они платили намного меньше, чем не входящие в льготные категории пациенты.

Рис. 22. Процент освобожденных от оплаты пациентов, которые платили различные суммы за лечение



Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ. Проведенное в июле 2001 года исследование включало в себя 121 освобожденного от оплаты случая в Иссык-Кульской и 113 в Чуйской областях. Проведенное в марте 2002 года исследование включало в себя 124 освобожденных от оплаты случая в Иссык-Кульской и 190 в Чуйской областях.

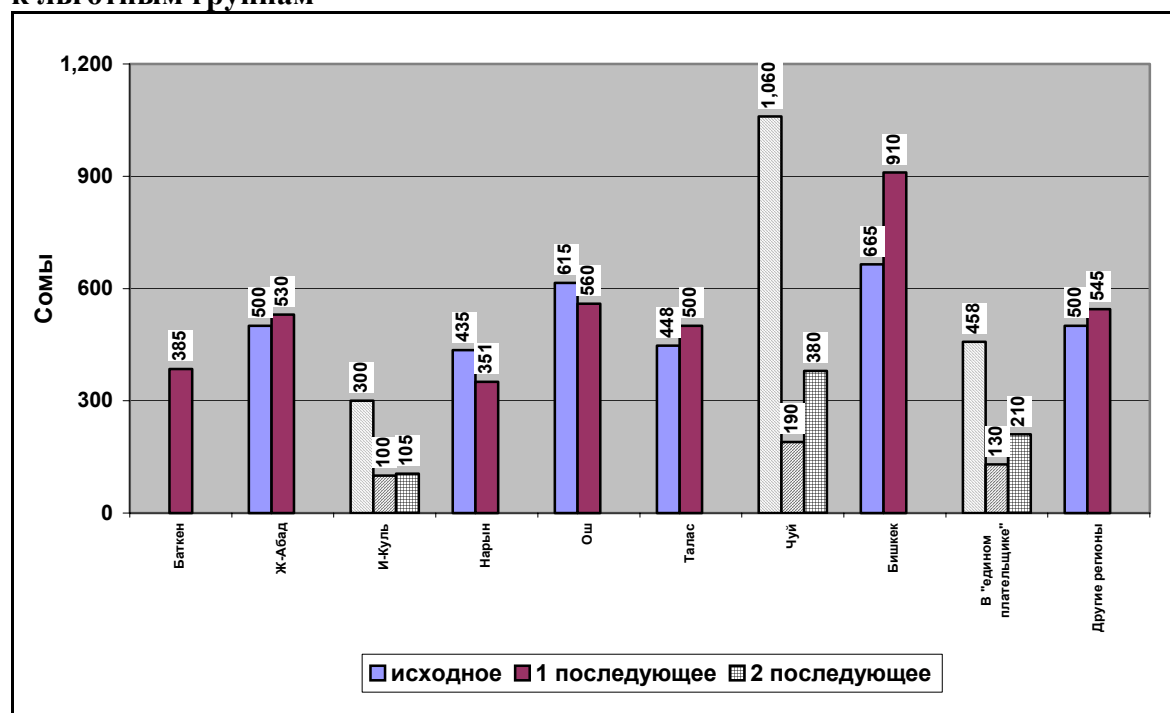
Несмотря на то, что факты говорят о несовершенстве льготной системы (т.е., большинство освобожденных от оплаты пациентов были вынуждены платить за лечение), более подробный анализ показывает, что система оказала существенное защитное влияние на лиц, входящих в эти категории. В идеале, при оценке этой системы можно было бы сравнить, сколько платили льготники до и после введения сооплаты как в областях с действующей системой «единого плательщика», так и в других регионах республики. Впрочем, проведение такого непосредственного сравнения невозможно, так как стационарная клиничко-информационная форма (КИФ) содержит коды льготных категорий только в тех регионах, где введена сооплата (т.е., в Чуйской и Иссык-Кульской областях, два повторных исследования). При проведении исследований пациентам задавали вопрос об их принадлежности к льготным категориям, дающим право на освобождение от оплаты (например, ветеран войны, различные группы инвалидности, больные после инфаркта, больные туберкулезом и т.п.). Сравнение указанного пациентами льготного статуса с льготным

статусом, указанным в КИФах, в Чуйской и Иссык-Кульской областях в двух повторных исследованиях указывает на близкое соответствие между ними. Например, из 272 пациентов, опрошенных в этих двух областях в июле 2001 года и отметивших их принадлежность к льготным категориям, 209 (77%) пациентов были отмечены как льготники в КИФах. Из 235 опрошенных в этом месяце пациентов, имевших код льготной категории в КИФах, 209 (89%) пациентов указали на свою принадлежность к, как минимум, одной льготной категории. В марте 2002 года соответствующие показатели составляли 69% от указавших на принадлежность к льготной категории пациентов, которые были отмечены как льготники в КИФах, и 92% от имевших код льготной категории пациентов, которые указали на принадлежность к льготной категории. В обоих повторных исследованиях льготный статус, указанный пациентами, и льготный статус, указанный в КИФах, тесно соотносятся друг с другом.

Исходя из довольно близкого соотношения между указанным пациентами и действительным льготным статусом, есть обоснования для сравнения среднего уровня расходов пациентов, отметивших свою принадлежность к льготным группам, до и после введения сооплаты, и в регионах с системой «единого плательщика» и других регионах. На Рис. 23 показаны медианные²⁵ уровни расходов пациентов, указавших на принадлежность к группам, имеющим право на освобождение от оплаты. Сравнение по регионам и в разные моменты времени позволяет оценить влияние системы «единого плательщика» в Чуйской и Иссык-Кульской областях с учетом сезонных колебаний. Медиана суммы, потраченной пациентами, отметившими свою принадлежность к льготным группам, сократилась в 3 раза в Иссык-Кульской области и в 5,6 раза в Чуйской области за период с момента проведения исходного исследования до момента проведения 1-го повторного исследования. На остальной территории республики характер изменений разнился по регионам, отмечая в среднем незначительный рост в медианном уровне расходов в регионах, не входящих в систему «единого плательщика». Эти факты наряду с представленными на Рис. 22 данными говорят о том, что льготная система в системе «единого плательщика» не функционировала идеально, но была достаточно эффективной в предоставлении защиты льготникам от высокого уровня наличных расходов «из кармана».

²⁵ Медиана – это варианта, делящая вариационный ряд на две равные половины (например, в исходном обзоре пациентов Иссык-Кульской области из всех случаев, отмеченных как льготные, половина потратила больше 300 сомов и половина – меньше 300 сомов). Это показатель среднего значения, на размеры которого, в отличие от среднего арифметического, не оказывает влияния величина крайних значений вариант. Впрочем, если бы использовались средние арифметические значения, то все показатели на графике были бы выше, но выводы были бы такими же.

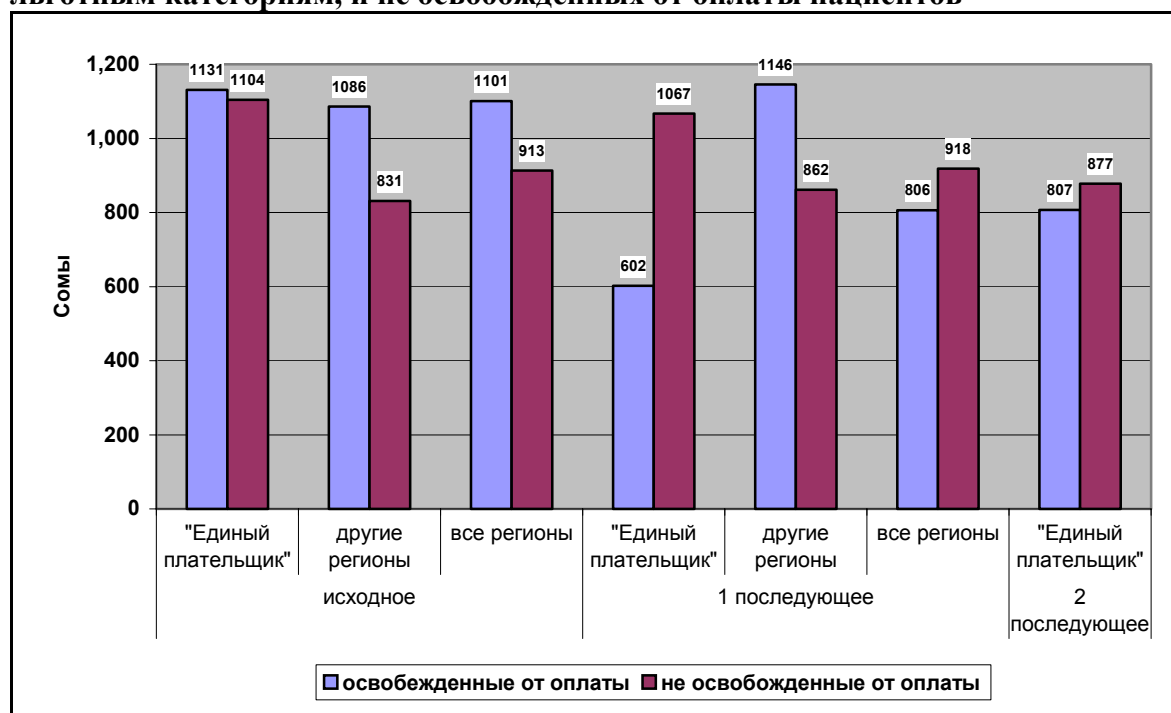
Рис. 23. Медианный уровень расходов пациентов, указавших на принадлежность к льготным группам



Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ. Исходное исследование охватывало 262 случая, в которых пациенты указали на принадлежность к льготным категориям. Первое повторное исследование (июль 2001 г.) охватывало 435 в которых пациенты указали на принадлежность к льготным категориям, а второе повторное исследование (март 2002 г., Чуйская и только Иссык-Кульская области) охватывало 351 таких случаев.

Анализ данных из проведенного в марте 2001 года обзора домохозяйств (Falkingham 2001) указывает на то, что, напротив, принадлежность (указанная пациентами) к льготным группам ассоциировалась с более высокими наличными расходами «из кармана». Данные из этого обзора включали в себя случаи госпитализации, имевшие место в период с марта 2000 года по февраль 2001 года (до введения сооплаты). Данные из обзоров пациентов, проведенных по заказу ВОЗ в 2001 и 2001 годах, говорят об изменении ситуации. Как показано на Рис. 24, средний уровень расходов пациентов в феврале 2001 года был выше у пациентов, указавших на принадлежность к льготным категориям, чем у пациентов, не освобожденных от оплаты, что соответствует результатам предыдущего исследования (Falkingham 2001). Однако в июле 2001 года в областях с системой «единого плательщика» стали появляться новые черты в отличие от других регионов республики. В Чуйской и Иссык-Кульской областях, средний объем выплат, произведенных указавшими на принадлежность к льготным категориям пациентами, существенно сократился по сравнению с уровнем в феврале, тогда как для не освобожденных от оплаты пациентов он практически не изменился. В других регионах объем платежей, произведенных освобожденными от оплаты пациентами, продолжал оставаться выше, чем объем платежей, произведенных не освобожденными от оплаты пациентами.

Рис. 24. Средний уровень расходов пациентов, указавших на принадлежность к льготным категориям, и не освобожденных от оплаты пациентов



Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ. Результаты не взвешены по типу случая. Уровню больниц или страховому статусу респондентов.

Несмотря на предпринятые действия по защите конкретных групп населения и полученные положительные результаты, надо еще многое сделать для того, чтобы стационарная помощь стала более доступной для населения в экономическом плане. В феврале 2001 г., 50% пациентов указали на то, что найти деньги для оплаты за госпитализацию им было «трудно», и 13% сказали, что было «очень трудно». В Чуйской и Иссык-Кульской областях эти показатели соответствовали 43% и 16%. В марте 2002 года в Чуйской и Иссык-Кульской областях наблюдается незначительное снижение, где 41% пациентов отметили «трудно» и 12% отметили «очень трудно». Пациенты также указали на использование различных методов для сбора денег на оплату госпитализации. Как показано в Таб. 21, изначально наиболее вероятным был тот факт, что пациенты в Чуйской и Иссык-Кульской областях укажут на отсутствие необходимости использования специальных методов по сбору денег (10% против 7% в других регионах), и этот показатель вырос до 16% в этих областях в июле 2001 года, тогда как в других регионах он упал до 5%. Это может указывать на большее защитное действие против обеднения в областях с системой «единого плательщика», но для конечных выводов необходимы дополнительные факты относительно того, насколько система «единого плательщика» усилила защиту от потенциально обедняющих уровней наличных расходов «из кармана» на здравоохранение.

Таб. 21. Процент пациентов, воспользовавшихся различными стратегиями по сбору денег для оплаты за госпитализацию

	Чуй и Иссык-Куль			Другие регионы	
	Исходное	1-е последующее	2-е последующее	Исходное	1-е последующее
Занимать деньги	25%	22%	21%	16%	20%
Продавать животных	12%	11%	6%	14%	14%
Продавать продукцию	8%	9%	7%	8%	11%
Продавать драгоценности	1%	0%	0%	0%	1%
Воспользоваться сбережениями	32%	34%	34%	42%	49%
Значительно снизить текущие расходы	16%	11%	11%	16%	16%
Принять помощь родственников	28%	29%	28%	33%	31%
Помощь благотворительных организаций	0%	0%	0%	0%	0%
Другое	2%	2%	3%	2%	1%
Ничего из вышеперечисленного	10%	16%	16%	7%	5%

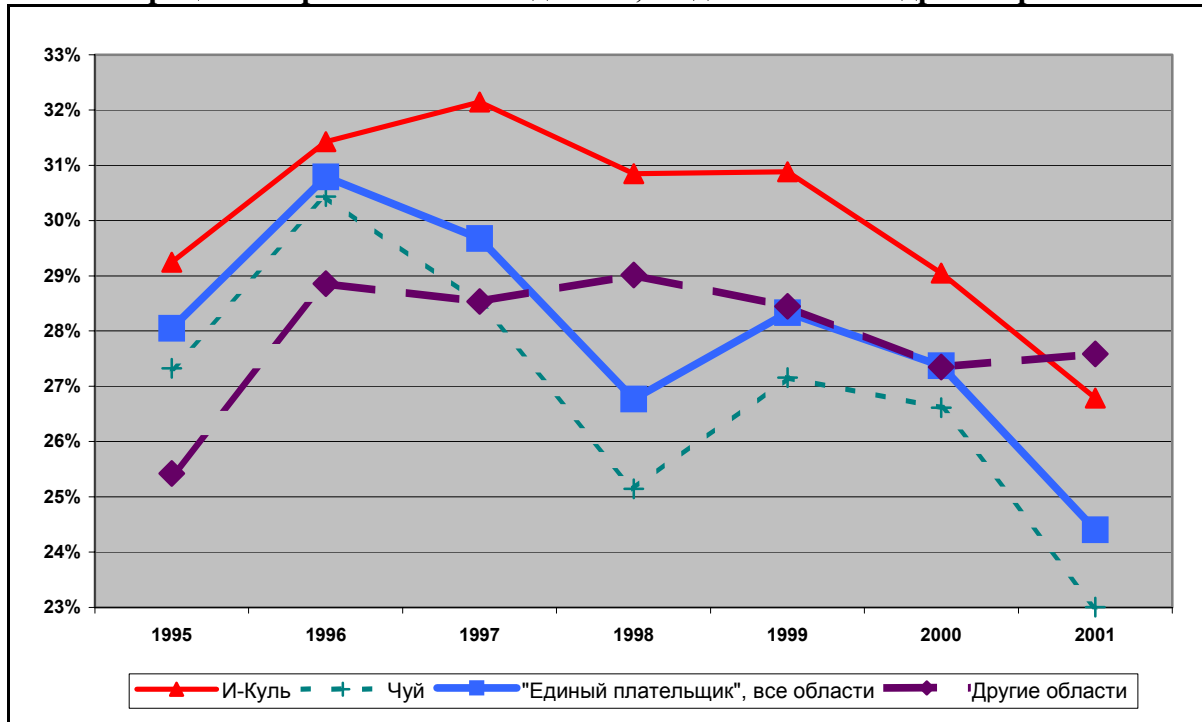
Источник: Обзор выписанных пациентов, ВОЗ, (2917 пациентов в феврале 2001 г., 3731 пациентов в июле 2001 г., и 1456 пациентов (только Чуйская и Иссык-Кульская области) в марте 2002 г.).

Угроза успеху системы «единого плательщика»

Прозрачность и стабильность потоков государственных средств в систему здравоохранения. Как в Иссык-Кульской, так и в Чуйской областях уровень доходов по официальной отчетности увеличился вследствие введения сооплаты. Однако, результаты обзоров пациентов совершенно ясно указывают на то, что в общем средний уровень наличных выплат пациентов после введения сооплаты остался примерно на том же уровне, как и до ее введения. Это говорит о том, что **сооплата не является новым источником финансирования для системы здравоохранения.** Напротив, это трансформация существующего источника финансирования, придание ему прозрачности и принадлежности политическому и административному контролю. Поэтому необходимо сделать так, чтобы уровень ассигнований из местного бюджета не имел никакого отношения к реальным или прогнозируемым данным по фактическим или предполагаемым уровням сбора сооплаты. Когда местные самоуправления прекращают бюджетные ассигнования в сектор здравоохранения в ответ на получение доходов с сооплаты, то они **наказывают успех политики в усилении прозрачности.** Долгосрочные последствия такого поведения могут привести к подрыву политики и в очередной раз направить расходы пациентов в «подполье». Изучение структуры изменений, произошедших в 2001 году в доле, выделяемой на здравоохранение из местных бюджетов, вызывает причину для беспокойства. Как видно из Рис. 25, доля здравоохранения в расходах местных самоуправлений существенно снизилась в Чуйской (13,6%) и Иссык-Кульской (7,8%) областях в 2001 году по сравнению с 2000 годом, тогда как в других областях изменений практически не наблюдалось (незначительное увеличение, составляющее 0,9%, за исключением г. Бишкек). Это различие между областями в и вне системы «единого плательщика» говорит о том, что появление предположительно новых доходов с сооплаты и/или сокращение количества зданий, коек и персонала могло

повлиять на мнение местных финансовых властей относительно того, что теперь системе здравоохранения требуется меньший объем финансирования и появляется возможность перераспределения в другие секторы. Следовательно, несмотря на то, что в секторе здравоохранения поменялись методы распределения средств и стимулы, успех этих перемен находится под угрозой неспособности общего руководства страны изменить процесс составления бюджета, основанного на вложениях.

Рис. 25. Процент затрат местных бюджетов, выделяемый на здравоохранение



Источник: Данные Казначейства. «Другие области» не учитывают Бишкек.

Кроме того, что таким поведением местные самоуправления наказывают усиление прозрачности, они также наносят ущерб деятельности по сокращению бедности и смягчению ее последствий. Как упоминалось ранее, одной из задач финансовой политики здравоохранения является перевод финансовых источников на предварительную оплату (общее налогообложение или налоги с фонда оплаты труда), а не осуществление наличных платежей пациентами на момент использования услуг. Международный опыт служит безусловным доказательством того, что наличные выплаты «из кармана» являются наиболее регрессивными формами оплаты за услуги здравоохранения. Кроме того, они представляют собой финансовый барьер в доступе к медицинской помощи, который сложнее преодолеть представителям бедных слоев населения. Сокращение бюджетных ассигнований в ответ на кажущийся рост наличных затрат ведет к тому, что источники финансирования все больше зависят от наличных выплат «из кармана». Это было бы проблематично с точки зрения справедливости, даже если бы при этом сохранялся неизменным общий уровень доходов (возмещение из бюджетных и страховых средств плюс наличные затраты), так как это означало бы, что более высокий процент от общих расходов приходится на наличные выплаты. Поскольку результаты исследований говорят о том, что пациенты платили примерно одинаково до и после введения сооплаты, наиболее вероятным является то, что прекращение аккумулированного финансирования приведет к снижению общего уровня финансирования системы здравоохранения, а также к регрессивным изменениям в совокупности источников финансирования.

Наряду с появлением новых проблем в обеспечении областных пулов средствами из местных самоуправлений, остаются проблемы в обеспечении прозрачности финансовых потоков в национальный финансовый пул ФОМС из Социального фонда. Как было упомянуто ранее и представлено на Рис. 7, Рис. 8 и в Таб. 14, ФОМС никогда не получал из Соцфонда того уровня финансирования, на который имеет законное право. Хотя ФОМС в некоторой степени адаптировался к неполным перечислениям средств из Соцфонда, они достигли критических размеров в 2001 и 2002 годах, когда очень низкий уровень перечислений из Соцфонда привел к образованию задолженности ФОМС перед заключившими договора медицинскими учреждениями в размере 144,8 миллионов сомов к концу сентября 2002 года (данные ФОМС). Результатом явились длительные задержки в оплате, что вынудило больницы полагаться на пациентов в оплате необходимых затрат.

Когда финансовые потоки основываются на договорах между покупателем и поставщиками, прогнозируемый уровень потоков финансирования жизненно необходим. Покупателю это необходимо для того, что запланировать и разработать допустимые ставки оплаты, а поставщикам это необходимо для из внутреннего планирования деятельности и сохранения уверенности в том, что им заплатят в соответствии с предоставляемой ими информацией по количеству приписанного населения и пролеченных случаев. Задержки в потоках средств создают угрозу финансовой стабильности системы здравоохранения. На данный момент, медицинские учреждения выживают за счет того, что переключаются связанные с потоками денежной наличности проблемы на пациентов, с вытекающим отсюда пагубным влиянием на справедливость и бедность. По мере продолжения существования этих проблем, жизнеспособность системы в целом будет подорвана и дискредитирована в глазах населения и поставщиков.

Географический дисбаланс финансовых и человеческих ресурсов. Основной проблемой, с которой сталкиваются система здравоохранения и процесс реформирования, является усиление географической справедливости в распределении ресурсов здравоохранения. Несправедливость в распределении финансовых средств была представлена на Рис. 10. Существует также несправедливое распределение персонала, что показано в Таб. 22. Схемы укомплектования персоналом указывают на то, что население разных регионов обладает разной степенью доступа к поставщикам (например, на население Бишкека приходится почти вдвое больше практикующих врачей на душу населения, чем на население Жалал-Абадской области) и сталкивается с разными сочетаниями поставщиков. В Баткенской, Жалал-Абадской, Нарынской, Ошской и Таласской областях на одного врача приходится более 4 медсестер, тогда как в Чуйской и Иссык-Кульской областях их менее 3 на врача (а в Бишкеке на одного врача приходится 1,3 медсестры). Таким образом, тип доступной для населения системы здравоохранения зависит в определенной степени от региона, в котором проживает пациент. Более того, средние показатели на областном уровне вуалируют различия между регионами. Некоторые сельские районы испытывают серьезную нехватку в квалифицированных врачах, что ставит их население под угрозу риска для здоровья (Социум Консалт 2002).

Таб. 22. Распределение медработников по регионам, 2001 г.

	Врачи, на 10000 нас-я	Медсестры, на 10000 нас-я	Медсестры, на одного врача
КР	18,0	54,9	3,1
Бишкек	23,5	29,7	1,3
Чуй	14,1	38,9	2,8
Нарын	18,5	75,3	4,1
И-Куль	15,7	44,8	2,9
Талас	15,1	62,0	4,1
Ж-Абад	12,4	54,0	4,4
Ош	13,5	56,7	4,2
Баткен	12,6	61,2	4,9

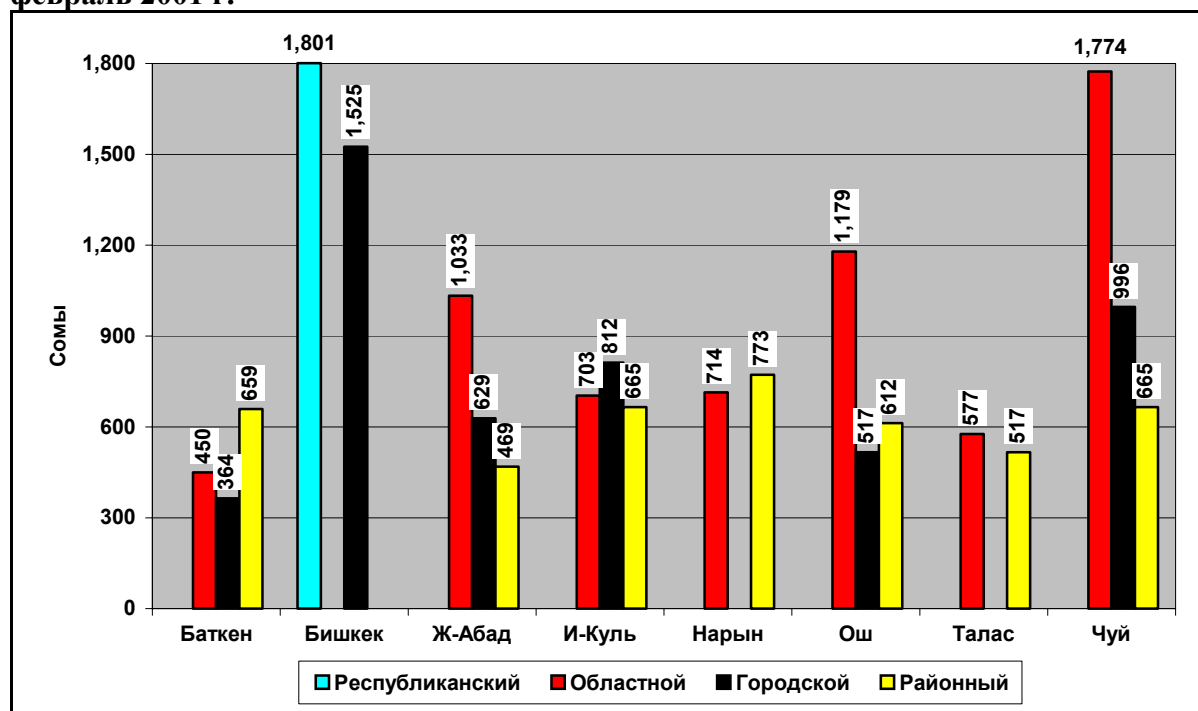
Источник: Медико-информационный центр при МЗ. Данные показывают количество практикующих врачей и средний медперсонал.

Следовательно, имеющиеся в наличии факты говорят о необходимости перераспределения финансовых и человеческих ресурсов для создания более справедливой системы здравоохранения, ориентированной на борьбу с бедностью. Минздрав и Всемирный банк согласовали план (Kutzin 2001b) по перераспределению примерно 27% Республиканских затрат на здравоохранение в течение 10 лет, начиная с 2003 года. Такое перераспределение могло бы помочь в устранении дисбаланса в распределении средств на душу населения, при котором предпочтение отдавалось Бишкеку. Инициирование такого перераспределения с начала 2003 года было одним из условий проекта «Реформирование сектора здравоохранения II», финансируемого Всемирным банком. Предполагалось, что ключевым шагом в осуществлении данного процесса будет внедрение системы «единого плательщика» в г. Бишкек с переводом всех медицинских учреждений (городских и республиканских) на территориальную основу и аккумуляцию средств (кроме тех, что подлежат перераспределению). Ожидалось, что это приведет к консолидации физических и человеческих ресурсов в соответствии с потребностями населения, обслуживаемого этими учреждениями. Для осуществления этого процесса между Мэрией г. Бишкек, Горкенешем г. Бишкек, Минздравом и Фондом ОМС был подписан договор о создании объединенного департамента здравоохранения и территориального управления ФОМС г. Бишкек (Kutzin и Мурзалиева 2002). Однако, в Бишкеке имело место длительное сопротивление внедрению имеющих отношение к системе «единого плательщика» реформ, которые должны были начаться в июле 2002 года. Сопротивление оказывалось как руководителями республиканских медицинских учреждений (защищающих свои интересы), так и властями г. Бишкек, которые не были согласны с тем, что городские финансовые средства могут быть использованы для оплаты оказываемой в республиканских медучреждениях медицинской помощи (Социум Консалт 2002). Более того, существующее законодательство не допускает перечисления денежных средств республиканского уровня в городской департамент или наоборот и, следовательно, объединенный департамент (как часть городской администрации) не мог обеспечить методы для аккумуляции республиканских и городских средств. Для осуществления такого аккумуляции с целью внедрения системы «единого плательщика» в Бишкеке, необходимы твердое политическое намерение и соответствующие институциональные структуры. Последнее может потребовать замену объединенного департамента на Бишкекское территориальное управление Фонда ОМС, который не будет частью городской администрации.

Повышение справедливости по географическому признаку в размере финансовых взносов пациентов. Еще один вопрос справедливости, стоящий на пути процесса реформирования здравоохранения, касается уровней внедряемой по республике сооплаты. В 2001 году уровни сооплаты в Чуйской и Иссык-Кульской областях были одинаковыми. Можно было бы поспорить, что это несправедливо, так как у населения Чуйской области в среднем более высокий уровень жизни, чем у населения Иссык-Кульской области. Кроме того, результаты исследования за 2001 год указывают на существенные региональные различия в выплатах пациентов (Рис. 26). Бишкек оказался самым дорогостоящим регионом для получения стационарной помощи, что подтверждается высоким уровнем расходов в Чуйской областной больнице, расположенной на территории г. Бишкек. В некоторых регионах уровень расходов пациентов в областных больницах был существенно выше уровня расходов в районных больницах. Это касается Чуйской, Ошской и Жалал-Абадской областей и, возможно, отражает разницу в уровне доходов городского и сельского населения в этих областях. Приблизительно одинаковые уровни расходов в разных типах больниц Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской и (в некоторой степени) Баткенской областей указывают на незначительные различия в платежеспособности населения в этих регионах.

Значительные различия в средних уровнях выплат пациентов, отображенные на Рис. 26, между Бишкеком и остальной частью республики поддерживают политику в отношении создания более высоких уровней сооплаты в больницах, расположенных в столице. Как отмечено ранее, пользователи этих больниц имеют более высокий уровень доходов, чем пользователи других больниц республики, и поэтому они в состоянии оплатить более высокие расходы. Кроме того, исследование указывает на то, что более высокие уровни сооплаты в этих больницах будут соответствовать преобладающему характеру неформальных расходов пациентов. Следовательно, более высокие уровни сооплаты в Бишкеке не будут противоречить задачам политики в отношении справедливости и приемлемости для населения. Даже вне Бишкека наблюдаются значительные колебания, что указывает на необходимость корректировки уровней сооплаты для того, чтобы обеспечить приблизительное отображение платежеспособности.

Рис. 26. Средневзвешенный уровень наличных выплат (непродовольственные), февраль 2001 г.



Источник: ВОЗ, обзор 3256 пациентов, выписанных из больниц в феврале 2001 г. (июле – в Баткене), отображающий ситуацию до введения сооплаты. Результаты исследования были снабжены весом, отражая фактическую совокупность застрахованных и незастрахованных (освобожденных и не освобожденных от оплаты) терапевтических, хирургических случаев и случаев родовспоможения в больницах всех областей в месяц проведения исследования. Обзор проведен Национальным статистическим комитетом.

Проблема, касающаяся внедрения такой меры, направленной на обеспечение справедливости, заключается в том, что уровень сооплаты находится в обратной зависимости от объема базовой ставки, выплачиваемой больнице за каждый пролеченный случай. Так, для обеспечения низкого уровня сооплаты в Таласской, Нарынской и Баткенской областях возникает необходимость обеспечения более высоких уровней финансирования за пролеченный случай из областных пулов. Но именно эти более бедные регионы не в состоянии обеспечить необходимый уровень финансирования из местных бюджетов. Это предполагает необходимость продвижения политики перераспределения центральным правительством. Возможным решением этого (кроме перераспределения республиканских затрат на здравоохранение) может быть реформирование основы по распределению категориальных грантов в системе здравоохранения для осуществления корректировки на количество населения в каждом регионе, имеющего право на бесплатную медицинскую помощь (Социум Консалт 2002). Кроме того, оплата из национального пула ФОМС могла бы включать в себя региональный корректор, чтобы дать возможность более бедным регионам организовывать деятельность при более низких уровнях сооплаты.

Опыт ДП ОМС до настоящего момента показывает, что проблема справедливости не ограничивается стационарной помощью. Данные по стоимости ЛС, возмещаемой ДП ОМС, указывает на то, что схема сработала в отношении контроля цен на ЛС, тем самым увеличив финансовую доступность. Например, в июле 2001 года уровень возмещения составлял около 41% - 63% от общей розничной стоимости охваченных

программой ЛС в ряде заключивших договора аптек. Наибольший экономический эффект этой системы наблюдался в Бишкеке. Данные из пилотных участков указывают на то, что цены, с которыми сталкиваются пациенты, были выше в Чуйской области по сравнению с Бишкеком, а соответствующий процент возмещения был ниже. Даже несмотря на то, что пилотный участок Чуйской области находился в прилежащем к Бишкеку районе, частный аптечный рынок здесь являлся по существу монополией, тогда как рынок в Бишкеке был конкурентоспособным. Отсутствие конкуренции и более высокая стоимость поставки наблюдаются в большей степени на большей территории республики, чем на пилотных участках. Это служит причиной для беспокойства относительно того, насколько полезной может быть ДП ОМС для сельского населения. Так как эта программа финансируется из выплачиваемого ГСВ подушевого норматива, одним из решений могло бы быть введение географического корректора в формулу оплаты для увеличения выделяемого на ЛС бюджета на душу населения в ГСВ, расположенных в сельской местности (Kutzin *et al.* 2002). Введение такого корректора подразумевает перераспределение средств из городской местности в сельскую.

Рекомендации

Из анализа реформ здравоохранения и общей информации о здравоохранении и расходах на здравоохранение, представленной ранее, вытекает ряд рекомендаций. Хотя большая часть рекомендаций касается поддержания и распространения экономического эффекта, полученного в результате введение системы «единого плательщика», имеются проблемы, которые следует разрешить системе здравоохранения и которые требуют новых инвестиций. Их описание представлено далее.

1. Поддержать систему «единого плательщика» и распространить ее по всей территории республики

«Единый плательщик» является комплексной реформой финансирования системы здравоохранения, которая ставит на рассмотрение большинство основных недостатков унаследованной системы. Она концептуально устойчива в плане расширения рискованных пулов и создания соответствующих стимулов. Также имели место достижения в усилении технической эффективности, увеличении прозрачности для пациентов касательно их финансовых обязательств, сокращении неформальных выплат и улучшении направленности услуг на лиц из уязвимых групп. Более того, система является примером использования государственных средств для «покупки результата», а не «финансирования затрат». Если в систему будет поступать больше денежных средств, то результатом будет увеличение оплаты за каждого приписанного на первичном уровне или за пролеченный случай на вторичном уровне, а не просто увеличение затрат на различные статьи расходов. Несмотря на очевидный успех, система находится под угрозой риска в связи с нестабильностью финансовых потоков в систему из местных самоуправлений и Социального фонда. Риск вызван еще и тем, что внедрение реформ основано на временных приказах, правилах и положениях. Необходимо законодательное подкрепление реформы.

Изменение основы составления бюджета и избежание наказания успеха.

Несмотря на то, что система «единого плательщика» продемонстрировала очевидный результат в достижении прозрачности и эффективности внутри системы

здравоохранения, это успех подвергается опасности из-за отсутствия прозрачности в финансовых потоках, поступающих в управляемые Фондом ОМС пулы на областном и национальном уровнях. Парадоксально, но главной проблемой правительства является разработка такого метода составления бюджета, который бы не наказывал успех. Данные по перечислениям средств в национальный пул ФОМС (Таб. 14) и по процентам затрат, выделяемых в сектор здравоохранения из местных самоуправлений в 2001 году (Рис. 25), свидетельствуют о том, что, в действительности, следствием достижения успеха в реформировании системы финансирования здравоохранения является снижение уровня финансирования. Очевидно, что эта ситуация должна измениться для сохранения инерции реформирования. В Обзоре социальных расходов (Всемирный банк 2001а) первой рекомендацией, направленной на осуществление перемен в секторе здравоохранения, было «изменение основы для определения объема бюджета и его распределения» (стр.25, том 2). Эта рекомендация занимает важное приоритетное место. В контексте «единого плательщика» процесс определения уровня финансирования для сектора здравоохранения из местных бюджетов и категориальных грантов во всех регионах (и финансовые потоки в национальный пул ФОМС) должны быть полностью отделены от оплаты потребляемых мощностей сектора (например, количество больниц, коек и персонала). Реформы срабатывают внутри сектора здравоохранения потому, что методы оплаты были переориентированы с затрат на результат. Необходимо, чтобы методы предоставления финансирования в сектор здравоохранения были переориентированы по тому же принципу.

Процесс определения объемов финансирования, предоставляемого в областные и национальный пулы ФОМС, так же должен быть отделен от учета уровня собираемых с сооплаты доходов. Имеющиеся в наличии данные указывают на то, что до введения сооплаты пациенты платили примерно столько же, сколько после ее введения. Единственным отличием было то, что теперь эти выплаты стали прозрачными. Любое снижение бюджетных ассигнований в сектор здравоохранения в ответ на это приведет к наказанию достижения эффективности и создаст препятствие задаче по усовершенствованию управления и усилению прозрачности в государственном секторе. Это также окажет непропорциональное воздействие на бедное население, так как большую часть расходов на здравоохранение придется оплачивать именно пациентам.

Категориальные гранты. Система категориальных грантов предназначена для оплаты приоритетных услуг, а не покрытия связанных с персоналом расходов. Следовательно, реформы в распределении категориальных грантов на здравоохранение можно было бы идеально приспособить для поддержки «единого плательщика». В частности, если бы распределение категориальных грантов по областям основывалось на формуле подушевого финансирования, основанного на потребностях (например, относительное количество населения взвешенное по количеству лиц, принадлежащих льготным категориям, в каждой области), это оказало бы существенную поддержку внедрению системы «единого плательщика», так как это отражало бы переход с распределения средств на основе затрат на распределение средств на основе результата (т.е., охват населения с корректировкой на относительную потребность). Кроме методов, используемых для распределения категориальных грантов, выделяемых на здравоохранение, по регионам, существует необходимость поддержания адекватного уровня этих категориальных грантов. Утвержденные бюджеты на 2002 год сигнализировали существенный спад в

абсолютном уровне категориальных грантов, выделяемых на здравоохранение. Основания для такого спада, который может подорвать стимулы, созданные новой системой финансирования здравоохранения, отсутствуют.

Продвижение предсказуемости финансовых потоков в ФОМС на национальном и областных уровнях. Предсказуемый бюджет на многолетний период (как с вполне осуществимой структурой среднесрочного бюджета) намного увеличит способность реформ здравоохранения в достижении эффективности и прозрачности. Это может создать «промежуток времени», за который можно будет внедрить реформы, что даст возможность руководителям системы отреагировать на стимулы с осознанием того, что все достижения эффективности будут усвоены. Реформы по усилению стабильности и предсказуемости финансовых потоков должны охватить национальный пул ФОМС для застрахованных лиц и отчисления местных бюджетов в областные пулы. Необходимо найти решение проблеме, касающейся потоков финансирования из Соцфонда в ФОМС. Одним из решений может быть перенос ответственности за финансирование отчислений на ОМС за пенсионеров с пенсионного фонда на Республиканский бюджет. Однако, для того, чтобы это сделать, нужно использовать формулу, которая будет определять соотношение отчислений к количеству пенсионеров и к установленной ставке взноса (например, возможно имеющей отношение к общей формуле ФОМС по расчету подушевой ставки для первичного уровня, базовой ставки ФОМС для стационарной помощи, и данные по уровню использования стационарной службы пенсионерами). Ключевым моментом является то, что независимо от того, какая формула будет разработана, ее нужно будет соблюдать, с тем чтобы ФОМС мог планировать бюджет, заключать контракты с поставщиками с уверенностью в способности полностью и вовремя обеспечить запланированный уровень финансирования.

2. Усилить справедливость в распределении ресурсов в секторе здравоохранения

Повышение справедливости в распределении ресурсов в контексте децентрализованной бюджетной системы всегда проблематично. В Кыргызстане действует согласованная между Всемирным банком и правительством стратегия по усилению справедливости посредством постепенного перераспределения части республиканских затрат на здравоохранение. Метод перераспределения пока не определен. Тем не менее, перераспределение может быть осуществлено посредством использования основанной на населении формулы, по которой ассигнования будут поступать в ТУ ФОМС в каждом регионе, или более простого, но потенциально более эффективного, процесса перечисления средств непосредственно в ФОМС на национальном уровне. Последний метод может выглядеть как централизованное финансирование, но, как показано на Рис. 12, методы оплаты ФОМС (подушевой норматив для ПМСП и оплата за пролеченный случай для стационарной помощи) могут достичь существенных результатов в географическом перераспределении при условии, что ФОМС сможет заключить контракты со всеми ГСВ. Еще большей справедливости можно будет добиться при использовании географического и/или корректора на сельскую местность в формулах оплаты. Как упоминалось ранее, инициирование такого перераспределения потребует у руководства страны преодолеть серьезное политическое сопротивление со стороны Республиканских учреждений и Бишкекских городских органов здравоохранения.

Связанное с этим условие справедливости заключается в создании более справедливой системы сооплаты, которая уравнивает потребность в выплатах пациентов с их платежеспособностью. Важным шагом в этом направлении может быть установление сооплаты за стационарную помощь и за ЛС на амбулаторном уровне по ДМ ОМС в обратно пропорциональную зависимость от уровня потребления на душу населения в каждом регионе (стандартный показатель, разработанный НСК и используемый для оценки бедности). Это бы привело к созданию более высокого уровня сооплаты в Бишкеке и более низкого уровня, к примеру, в Нарынской и Баткенской областях. Со временем, это может включить в себя вариации внутри региона, например, между областным центром и сельской местностью. Сложность в осуществлении этого шага заключается в том, что низкий уровень сооплаты требует более высокого уровня базовой ставки для стационарной помощи и более высокий подушевой норматив для ГСВ (из которого оплачивается ДП ОМС). Увеличение оплаты по ДП ОМС технически возможно, так как это будет происходить из национального пула ФОМС. Осуществление этого шага на стационарном уровне будет сложнее и потребует некоторого перераспределения между регионами. В принципе, этого можно достичь посредством использования новой формулы для категориальных грантов или через перераспределение части Республиканских затрат на здравоохранение. Если при перераспределении средства будут поступать в национальный пул ФОМС, то его объем будет достаточно большим для введения региональных корректоров при оплате для «выравнивания» региональных различий в способности платить сооплату. Однако, такое решение может принести пользу только застрахованному населению. Если эти варианты окажутся неосуществимыми или не сработают, единственным способом выполнения перераспределения будет более радикальное решение, включающее в себя создание единого национального пула средств под управлением ФОМС.

Вкратце, для того, чтобы в большей степени ориентировать финансовые реформы на борьбу с бедностью, необходимо принятие нескольких мер. Необходимо начать перераспределение из Республиканских затрат на здравоохранение на всю территорию республики. Это можно осуществить в форме перераспределения в каждую область или просто в качестве перечисления в национальный пул ФОМС (который затем произведет перераспределение посредством методов оплаты). Для регулирования уровней сооплаты за стационарную помощь и стоимости ЛС на амбулаторном уровне, следует провести некоторое перераспределение аккумулированных финансовых средств. Категориальные гранты обладают большим потенциалом для решения этой проблемы при условии, что основа их распределения будет изменена на метод, основанный на потребностях, вместо существующего «заполняющего брешь» метода, покрывающего связанные с персоналом расходы. В двух словах, сверх существующих в межправительственном процессе финансирования выравнивающих грантов необходимо дополнительное межрегиональное выравнивание для обеспечения большей справедливости в финансировании и использовании медицинской помощи. Это потребует решительной поддержки со стороны центрального руководства.

3. Обновить инфраструктуру и сделать ее более эффективной в использовании энергии

Сокращение размеров физической инфраструктуры, проведенное в Чуйской и Иссык-Кульской областях в рамках системы «единого плательщика», вселяет оптимизм относительно того, что новые финансовые стимулы могут привести к значительному

росту эффективности, которая может усилить финансовую стабильность системы здравоохранения. Однако, подробный анализ планов реструктуризации в шести больницах говорит о том, что, несмотря на полное внедрение планов, финансовых сбережений для перераспределения на связанные с лечением затраты не будет. Экономический эффект проявится в том, что увеличится период и температура отопления в больницах. При этом будет оставаться ощутимая разница между объемом тепловой энергии, который больницы смогут оплатить, и потребностями больницы. Немаловажной причиной этого является постоянный рост тарифов на электроэнергию. А после реформирования энергетического сектора государственным медучреждениям будет сложнее «выходить сухими из воды» при наличии таких огромных задолженностей перед поставщиками тепло- и электроэнергии. Следовательно, необходимы другие действия по снижению затрат на отопление, включая разработку планов экономии энергии для каждой больницы, а также более радикальные планы реструктуризации по дальнейшему сокращению размеров больниц, чтобы обеспечить более экономичное использование тепло- и электроэнергии и других коммунальных услуг (Чечейбаев 2002).

Основная проблема заключается в том, что больницы являются неэффективными потребителями энергии. Немалая часть расходов на отопление и электроэнергию просто теряется. Устранение этой проблемы потребует новых инвестиций для сокращения текущих расходов, связанных с отоплением больниц. Инженерный анализ нескольких больниц привел к выработке рекомендаций по установке счетчиков для мониторинга потребления тепла, теплоизоляции внешних стен зданий и внешних систем отопления, и рассмотрению возможности использования солнечного отопления. Стоимость некоторых из этих вариантов может быть высокой, но теплоэнергетик подсчитал, что теплоизоляция стен одной больницы приведет к снижению тепловых потерь на 77% (Саньков 2001).

В связи с любыми новыми инвестициями в инфраструктуру, направленными на усиление эффективности использования энергии, необходимо изменить процесс инвестиционного планирования. В частности, необходимо провести подробную оценку влияния новых инвестиций на текущие расходы, являющуюся частью процесса капиталовложения. Последние данные говорят о том, что это было проблемой для сектора здравоохранения. В частности, в Нарынской области в рамках Кыргызско-Швейцарского проекта по поддержке реформ здравоохранения были модернизированы 4 ЦРБ. Сравнение потребления электричества и расходов в течение отопительного сезона до и после вложения инвестиций показало, что в 3 из этих больниц потребление и расходы увеличились. При этом в других ЦРБ наблюдалось снижение и того, и другого (Чечейбаев forthcoming). Это указывает на необходимость пересмотра инвестиционной политики в секторе здравоохранения с акцентом на то, чтобы сделать больницы более эффективными в использовании энергии. Существенной частью этого будет процесс, включающий в себя мультигодовое прогнозирование влияния инвестиционных альтернатив на текущие расходы.

4. Найти решение возникающим проблемам общественного здравоохранения: туберкулез и ВИЧ

Как уже говорилось ранее в данном документе, туберкулез и ВИЧ-инфекция требуют внимания и действий со стороны властей не только потому, что являются серьезными проблемами сами по себе, но и потому, что являются инфекционными заболеваниями, которые потенциально могут нанести ущерб большому количеству населения помимо

уже инфицированных лиц. Необходимы действия, затрагивающие увеличение капиталовложений и новые стратегии, для сдерживания распространения этих инфекций прежде, чем они создадут непреодолимые социальные и экономические разрушения для системы здравоохранения и общества в целом.

ВИЧ/СПИД. Кыргызская Республика находится на ранней стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа²⁶ при относительно небольшом количестве зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Большинство случаев было зарегистрировано в 2001 и 2002 годах. Несмотря на официальные данные, правительство признает, что реальное количество случаев в 10 раз превышает зарегистрированное и что имеются предпосылки для увеличения масштабов эпидемии:

- высокий и постоянно растущий показатель инъекционного использования наркотиков;
- высокий показатель заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП)²⁷;
- изменения в сексуальном поведении, с учетом возросшего количества женщин (и детей), вовлеченных в работу коммерческого секса.

Схема ВИЧ-инфекции в Кыргызстане следует той же траектории, что в России и на Украине, где наблюдается самый быстрый рост эпидемии ВИЧ в мире. Эпидемия начинается с кластерных вспышек, затем быстро распространяется на инъекционных потребителей наркотиков, а затем на общее население. Учитывая предпосылки для быстрого роста, Кыргызстан едва ли сможет избежать эту стезю, если не примет незамедлительных мер для пресечения переноса вируса. По имеющейся в наличии информации можно предположить, что к 2015 году общая эпидемия может охватить 5% населения. Это может серьезно препятствовать перспективам развития страны.

Введение постепенно увеличивающихся интервенций по снижению вреда на ранней стадии может быть более рентабельным, чем лечение растущего количества больных СПИДом, которые будут появляться, если не предпринимать профилактических мер. Экономический прецедент для интервенции очевиден:

- есть вероятность того, что экономическое воздействие СПИДа в плане роста заболевания, ухудшения благосостояния и потери капитала будет значительным;
- стоимость мер по профилактике ВИЧ в данный момент невысока по сравнению с будущими финансовыми и скрытыми издержками, связанными с управлением эпидемией СПИДа;
- эпидемия ВИЧ может угрожать успешному внедрению Национальной стратегии сокращения бедности и достижению Целей тысячелетия.

Институт открытого общества (Фонд Сороса) обеспечил финансирование трех пунктов по обмену шприцев для инъекционных потребителей наркотиков в рамках международной инициативы по снижению вреда. Он оказал небольшую финансовую поддержку (на сумму в \$50000 США) для запуска пилотного проекта совместно с Республиканским центром наркологии по заместительной терапии метадонном. В

²⁶ Это описание ВИЧ/СПИДа заимствовано у DFID (2002).

²⁷ Наличие ИППП увеличивает вероятность передачи ВИЧ во время полового контакта.

настоящее время подсчитано, что инициатива по снижению вреда охватывает менее 2% инъекционных потребителей наркотиков, что намного ниже рекомендованного UNAIDS 60% охвата, необходимого для того, чтобы повлиять на скорость передачи ВИЧ-инфекции. Более того, понятие «снижение вреда» следует расширить и инкорпорировать в него не только программы по обмену шприцев, но и медикаментозное лечение и меры по снижению риска при сексуальных отношениях среди инъекционных потребителей наркотиков и работников коммерческого секса (в действительности, большое количество наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, вовлечены в деятельность коммерческого секса для обеспечения себя наркотиками и это один из путей передачи ВИЧ с одной группы риска на другую, а затем на остальное население). Необходимо проведение дополнительной работы по улучшению лечения ИППП и снабжению первичного уровня презервативами.

Следовательно, необходим существенный уровень новых инвестиций для постепенного увеличения интервенций по снижению вреда до уровня, необходимого для прекращения распространения ВИЧ-инфекции и ее сдерживания прежде чем ситуация выйдет из под контроля системы здравоохранения и общества. Утвержденное в конце 2002 года Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией предложение Кыргызстана по борьбе с ВИЧ/СПИДом на сумму в \$17,1 миллиона долларов США может сделать существенный вклад в достижение этой цели. Наряду с предположением относительно того, что средства доноров покроют большую часть инвестиционных затрат, необходимо увеличение внутреннего финансирования для поддержания этой деятельности. Кроме того, необходимо будет обучить специалистов разных профилей, имеющих и не имеющих отношения к медицине, современным методам профилактики и контроля ВИЧ. Также надо будет обеспечить поступление лекарственных препаратов и наличие тренингов для более эффективного лечения ИППП на первичном уровне.

Туберкулез.²⁸ Несмотря на введение DOTS, борьба с туберкулезом в Кыргызстане продолжает оставаться проблемой. Кроме проблемы для общего населения, туберкулез в тюрьмах является заслуживающей особого внимания проблемой из-за высокого уровня инфицирования, политики амнистирования зараженных туберкулезом лиц и отсутствия контроля над «пенитенциарной службой здравоохранения» со стороны Минздрава. Более того, методы выявления и лечения туберкулеза в пенитенциарной системе не соответствуют современным методам. Частично, это связано с нехваткой необходимого лабораторного оборудования и расходных материалов, а также с недостаточной осведомленностью в отношении используемой в стратегии DOTS бактериоскопии. Кроме того, некоторые заключенные заражаются туберкулезом намеренно, так как это дает им право на определенные привилегии при нахождении в местах лишения свободы и даже может привести к амнистии.

Особое беспокойство вызывает возможное возникновение мультирезистентных форм туберкулеза в местах лишения свободы.²⁹ Кыргызский научно-исследовательский институт туберкулеза в состоянии проводить такие исследования, но не имеет сертификации по диагностированию мультирезистентных форм туберкулеза. Кроме

²⁸ Это описание туберкулеза заимствовано у Kokko *et al.* (2002).

²⁹ Невозможно с уверенностью сказать, существуют ли мультирезистентные формы туберкулеза в связи с нехваткой необходимых диагностических служб в пенитенциарной системе.

того, институт не может предложить свои услуги пенитенциарной системе баз дополнительных средств и персонала. Хотя мультирезистентные формы туберкулеза в настоящее время не диагностируются, их существование вполне вероятно³⁰ и это означает, что обычные лекарственные препараты «первого ряда» выдаются больным туберкулезом напрасно.

Амнистирование заключенных, зараженных туберкулезом, представляет собой угрозу общественному здоровью населения Кыргызстана. Как уже говорилось, около 1600 заключенных были амнистированы в 2001 году вследствие заражения туберкулезом. К сожалению, отсутствует преемственность в лечении между пенитенциарной службой здравоохранения и общей системой здравоохранения. Несмотря на то, что бывшие заключенные должны приписываться к ГСВ, наказания за невыполнение этого предписания нет (как нет и стимулов для его выполнения).

Учитывая текущий масштаб проблемы и возможность ее роста, рекомендуется выполнение нижеуказанных действий:

- разработать комплексное национальное руководство для общего процесса выявления, лечения, последующего контроля и поддержки больных туберкулезом в местах лишения свободы и использовать его как основу для разработки локального применения;
- обеспечить наличие необходимого диагностического оборудования в медицинских центрах пенитенциарной системы, но при этом использовать персонал общей системы здравоохранения (МЗ) для управления более дорогостоящими и требующими навыков инструментами;
- разработать мастер-план по обучению медперсонала и другого персонала пенитенциарной системы и обучению заключенных методам выявления и контроля над туберкулезом;
- заполнить пробелы между пенитенциарными службами здравоохранения общей системой здравоохранения для обеспечения преемственности;
- интегрировать эпидемиологический мониторинг и контроль над туберкулезом в местах лишения свободы с общим мониторингом и контролем над туберкулезом в общей системе здравоохранения;
- разработать соответствующие методы диагностики мультирезистентных форм туберкулеза;
- начать процесс разработки стратегии «DOTS плюс», с привлечением существенных инвестиций в персонал, навыки и учреждения для эффективного лечения больных с мультирезистентными формами туберкулеза в местах лишения свободы и среди общего населения;
- начать экономить на содержании лабораторных служб в общей системе здравоохранения и пенитенциарной службе здравоохранения посредством объединения средств, выделяемых на борьбу с туберкулезом, и общего пользования модернизированными лабораториями;

³⁰ К примеру, в пенитенциарной системе есть одна больница для «тяжелых форм туберкулеза», в которой в 2001 году, в среднем, один раз в четыре дня умирал один пациент.

- пересмотреть существующее законодательство, амнистирующее заключенных на основе наличия заболевания активной формой туберкулеза средней или тяжелой степени тяжести, для обеспечения соответствия существующим принципам общественного здравоохранения по охране населения и принять все меры, включая финансовые стимулы, для приписки всех бывших заключенных к ГСВ и обеспечения преемственности лечения туберкулеза.

Библиография

- 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.
- Baeza, C., P. Crocco, M. Nuñez, M. Shaffer (2001). *Towards Decent Work: Social Protection in Health for All Workers and their Families*. Conceptual framework for the extension of social protection in health. Geneva: International Labor Organization, Strategies and Techniques against Social Exclusion and Poverty (STEP) program.
- Borowitz, M., S. O'Dougherty, C. Wickham [Cashin], G. Hafner, J. Simidjiyski, C.A. VanDevelde, M. McEuen. (1999). "Conceptual foundations for Central Asian Republics health reform model." Program report by ZdravReform Program to USAID. Document no. CAR_PD_1(E). Almaty, Kazakhstan: Abt Associates, Inc.
- КК (Координационный комитет Кыргызской Республики по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией) (2002). «Разработка программ по профилактике ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, направленных на снижение социальных и экономических последствий из распространения». Приложение к *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Бишкек, Кыргызская Республика.
- Чечейбаев Э. (forthcoming). «Влияние реструктуризации на потребление и стоимость коммунальных услуг в 8 Центральном районных больницах». Проект анализа политики здравоохранения, Программа «МАНАС», Документ исследования политики. Бишкек, Кыргызская Республика: Всемирная организация здравоохранения и Министерство здравоохранения.
- Чечейбаев Э. (2002). «Осуществимость достижения запланированных сбережений посредством реструктуризации системы здравоохранения». Проект анализа политики здравоохранения, Программа «МАНАС», Документ исследования 16. Бишкек, Кыргызская Республика: Всемирная организация здравоохранения и Министерство здравоохранения.
- DFID (Department for International Development) (2002). "Kyrgyz Republic: HIV/AIDS Epidemic Prevention Project." Programme Concept Note. London: UK Department for International Development.
- Falkingham, J. (forthcoming). "Poverty, out-of-pocket payments and inequality in access to health care: evidence from Tajikistan." *Social Science and Medicine*.
- Falkingham, J (2001). "Kyrgyz household health finance survey 2001: preliminary report." Report on DFID-funded survey. London: London School of Economics and Political Science.
- Gamkrelidze, A., R. Atun, G. Gotsadze, L. MacLehose (2002). *Health Care Systems in Transition: Georgia*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Care Systems.

Gwatkin, D.G., S. Rutstein, K. Johnson, R. Pande, A. Wagstaff (2000). “Socio-economic differences in health, nutrition and population in the Kyrgyz Republic.” Discussion draft. Washington, DC: World Bank, HNP/Poverty Thematic Group.

Ибраимова А.С. (2002). «Справка о деятельности Фонда ОМС при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2001 год». Доклад в правительство. Бишкек, Кыргызская Республика: Фонд обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения.

Исаков Э.А. (2002). «Функционирование Иссык-Атинской центральной районной больницы в условиях формирования и исполнения консолидированного бюджета». Доклад главного врача для Министерства здравоохранения. Бишкек, Кыргызская Республика.

Kokko, S., I. Aitmagambetova, R. Mamatkulov, T. Aptekar, O. Moldokulov, J. Bultman, D. Djoldosheva (2002). “Tuberculosis and HIV/AIDS in the prisons of the Republic of Kyrgyzstan – tackling the growing public health problems.” Discussion paper. Washington, DC: World Bank.

Kutzin, J. (2002). Evidence from the Kyrgyz health financing reforms: implications for Governance Structural Adjustment Credit (GSAC).” Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 17. Bishkek, Kyrgyz Republic: World Health Organization and Ministry of Health.

Kutzin, J. (2001a). “A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements.” *Health Policy* 56(3):171-204.

Kutzin, J. (2001b). “Ministry of Health plan for redistribution of Republican health spending.” Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 4. Bishkek, Kyrgyz Republic: World Health Organization and Ministry of Health.

Kutzin, J. (2000). “Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for policy analysis.” HNP Working Paper. Washington, DC: World Bank, Health and Population Advisory Service.

Kutzin, J. and C. Cashin (2002). “Health system funding.” In McKee, M., J. Healy, J. Falkingham, eds. *Health Care in Central Asia*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.

Kutzin, J., A. Ibraimova, N. Kadyrova, G. Isabekova, Y. Samyshkin, Z. Kataganova (2002). “Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health care system.” Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC: World Bank, Human Development Network.

Kutzin, J. and G. Murzalieva (2002). “Evaluation of the merged Bishkek City Health and Territorial Health Insurance Department.” Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 23. Bishkek, Kyrgyz Republic: World Health Organization and Ministry of Health.

Lewis, M. (2002). "Informal health payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: issues, trends and policy implications." In Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.

Мейманалиев Т. С. (2001). Информация о мерах по улучшению деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Отчет для представителей Парламента. Бишкек, Кыргызская Республика.

МЗ (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики) (2002). «Отчет по мониторингу и оценке фармацевтической ситуации в Кыргызской Республике». Отчет подготовлен для ВОЗ. Бишкек, Кыргызская Республика: Департамент лекарственных средств и медицинской техники при МЗ, Фонд обязательного медицинского страхования и Главное управление координации и внедрения реформы здравоохранения.

МЗ (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики) (2001). «Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике, 1991-2000 гг.». отчет подготовлен Медико-информационным центром при Министерстве здравоохранения при поддержке Информационного центра ВОЗ по вопросам здравоохранения для республик Центральной Азии. Бишкек, Кыргызская Республика.

МЗ (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики) (1996). *Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «МАНАС»*. Бишкек, Кыргызская Республика.

Mossialos, E. And S.M.S. Thompson (2002). "Voluntary health insurance in the European Union." In Mossialos, E. A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, Eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.

НСК (Национальный статистический комитет Кыргызской Республики) (2003). <http://nsc.bishkek.su/English/Index.htm>

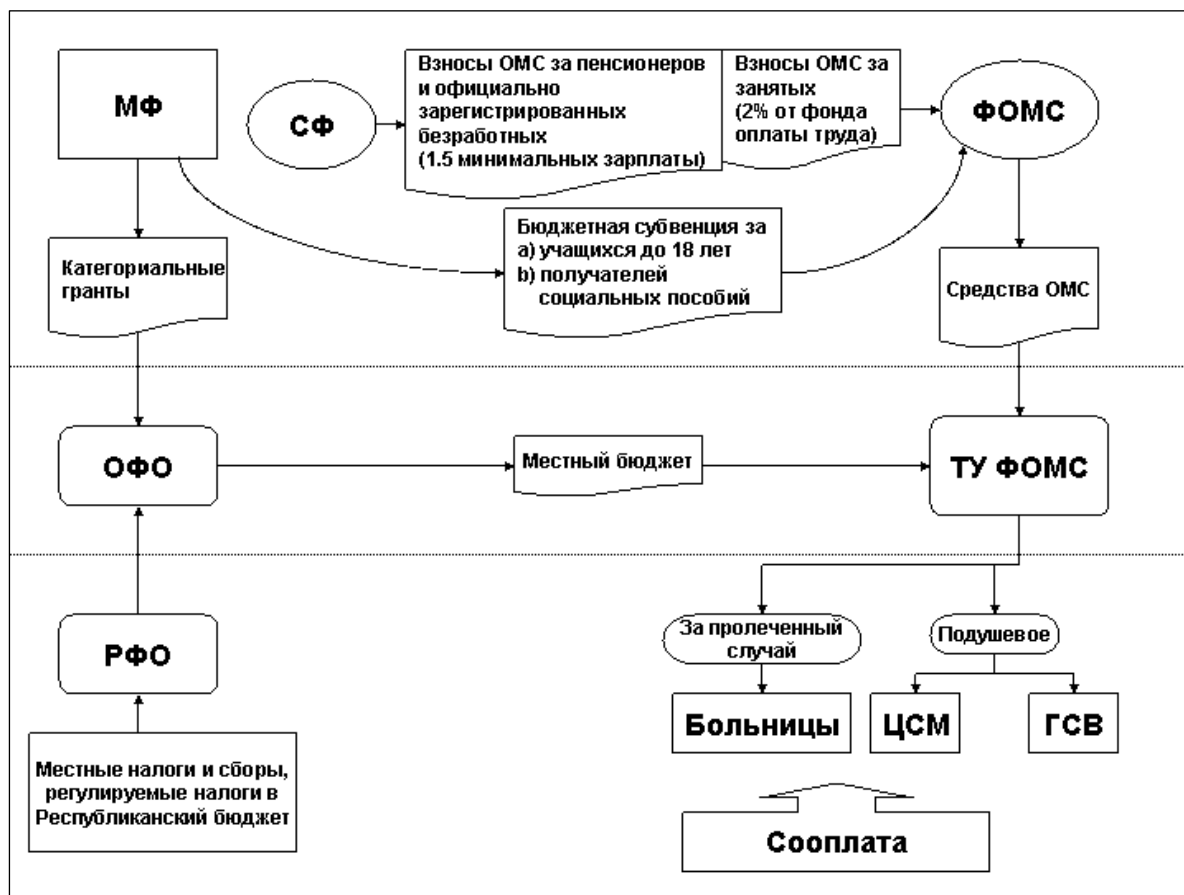
НСК (Национальный статистический комитет Кыргызской Республики) (2001). «Социологический обзор домохозяйств по проблемам здравоохранения». Отчет подготовлен Отделом выборочных исследований для исследования, финансируемого DFID. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии [Кыргызская Республика] и Macro International Inc. (1998). *Кыргызская Республика: Медико-демографический отчет, 1997*. Калвертон, Мэриленд: Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики и Macro International Inc.

Саньков В. И. (2001). «Отчет по оценке осуществимости запланированных сбережений в результате отсоединения отдельных зданий Иссык-Атинской ЦРБ от системы отопления». Технический отчет подготовлен для Проекта анализа

- политики здравоохранения, Программа «МАНАС». Бишкек, Кыргызская Республика: Всемирная организация здравоохранения и Министерство здравоохранения.
- Schieber, G. and Maeda A. (1997). "A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In Schieber, G.J., Ed. *Innovations in Health Care Financing*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC.
- Социум Консалт (2002). «Финансирование сектора здравоохранения: улучшение показателей здоровья и реформирование сектора здравоохранения». Исходный документ для Обзора социальных расходов в Кыргызской Республике, подготовленного Всемирным банком. Бишкек, Кыргызская Республика.
- Tacis (1999). *Budgeting and Budgetary Policy Studies: Health Care Sector Planning and Budgeting*. Technical Report of the Public Sector Resources Management Adjustment Credit (PSRMAC). Bishkek: European Union Tacis-PSRMAC Project.
- ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева.
- ВОЗ/Европейское Бюро ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения/Европейский Региональный офис) (2003). *European Health for All Database*. January update. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Всемирный банк (2002). Кыргызская Республика: Кредит на структурные преобразования в государственном секторе и технический кредит на преобразования в государственном управлении. *Памятная записка для Подготовительной миссии, 12-23 ноября 2001 г.* Washington, DC: World Bank, Europe and Central Asia Region, Central Asia Country Unit.
- Всемирный банк (2001а). *Кыргызская Республика: Обзор социальных расходов (в двух томах)*. Отчет No. 22354-KG. Washington, DC: Europe and Central Asia Region, Human Development Sector Unit.

Приложение 1. Поток денежных средств в системе «единого плательщика»



- МФ – Министерство финансов
 ОФО – областной финансовый отдел
 РФО – районный финансовый отдел
 СФ – Социальный фонд