



Документ исследования политики No. 43

Анализ финансовой устойчивости Программы государственных гарантий в среднесрочном периоде

Элина Манжиева, ВОЗ
Улан Нарманбетов, Фонд обязательного медицинского
страхования
Нинель Кадырова, Фонд обязательного медицинского
страхования
Мелитта Якаб, ВОЗ

Ноябрь 2007

1. Введение

Программа государственных гарантий (ПГГ) определяет перечень медицинских услуг и условия их получения для всех граждан страны, а также льготы для определенных категорий населения. Главной целью ее внедрения в 2000 году было создание предсказуемой и прозрачной системы, определяющей права и обязанности всех граждан. В рамках ПГГ услуги на первичном уровне являются бесплатными, а на стационарном уровне - по регулируемой сооплате. ПГГ и уровень сооплаты ежегодно пересматриваются.

Глубина охвата ПГГ является результатом компромисса между разнонаправленными целями. С одной стороны, часто возникают требования по увеличению глубины пакета услуг, чтобы снизить финансовое бремя на население и улучшить доступ к услугам. С другой стороны, бюджетные ограничения влияют на возможности расширения объема гарантированных услуг. Принятие закона об увеличении степени охвата не снизит финансовое бремя, если данный закон не подкреплен соответствующим финансированием. Как уже было доказано, доходы от сооплаты являются важным источником финансирования для медикаментов и изделий медицинского назначения в стационарах. Снижение этого вида доходов без соответствующего увеличения в государственном финансировании повлечет за собой увеличение в неформальных выплатах.

В 2006 году льготная структура ПГГ претерпела значительные изменения – была увеличена глубина охвата в рамках Программы. Сооплата была полностью отменена для родов, детей от 1 года до 5 лет и пенсионеров старше 75 лет. Данное изменение произошло одновременно с началом реализации программы Манас таалими, внедряемой с помощью Широкосекторального подхода, который дал возможность увеличения общего финансирования сектора здравоохранения, включая ПГГ, как со стороны государства, так и со стороны доноров (через поддержку бюджета). Несмотря на то, что увеличение глубины охвата гарантированными услугами позитивно повлияло на финансовую защиту и справедливость, это также вызвало вопросы о том, насколько вливание дополнительных средств сможет покрыть снижение в доходах в результате введения новых льгот.

Целью данного исследования является анализ влияния описанных выше изменений на финансовую устойчивость ПГГ в среднесрочном периоде. Таким образом, чтобы получить финансовый разрыв, сопоставляются потребности в финансировании на основе расчета стоимости услуг в рамках ПГГ с имеющимися ресурсами из государственного бюджета (включая средства доноров, участвующих в совместном финансировании SWAp) и сооплаты. Здесь рассчитывается влияние новой политики по сооплате на финансовый разрыв. Согласно этим расчетам, снижение доходов с сооплаты не имело негативного влияния на финансовую устойчивость ПГГ, так как было одновременное увеличение финансирования из государственного бюджета. Если выразиться иначе, расширение Программы не оказало влияния на ее общий уровень финансирования в силу соответствующего повышения в государственном финансировании. В то же самое время необходимо учесть, что финансовый разрыв уже существовал до расширения льгот и даже при самых оптимистических предположениях о росте экономики и приверженности

Правительства к сектору здравоохранения, государственный бюджет может покрыть только от 77% до 80% финансовых потребностей Программы. Таким образом, до тех пор пока существует финансовый разрыв, дальнейшее расширение ПГГ не рекомендуется.

Данное исследование имеет следующую структуру. Во втором разделе дается определение Программы государственных гарантий и описание методологии расчета финансовой потребности для покрытия расходов по ней, разработанной «Социум Консалт». В третьем разделе описываются проблемы финансирования, существовавшие еще до расширения льгот. В четвертом разделе дается детальный анализ влияния уменьшения сооплаты на уровень использования услуг (4.1), общий объем сооплаты (4.2), размер финансового разрыва в краткосрочном и среднесрочном периоде (4.3 и 4.4). В пятом разделе предоставляются главные заключения и рекомендации.

2. Каким образом определяются потребности в финансировании ПГГ?

Программа государственных гарантий (ПГГ) определяет перечень медицинских услуг и условия их получения для всех граждан страны, а также льготы для определенных категорий населения. В рамках ПГГ каждый гражданин республики имеет право на получение бесплатных услуг на уровне ПМСП в независимости от его страхового статуса и приписки. При наличии направления услуги специалистов на амбулаторном и госпитальном уровне предоставляются со внесением соответствующего уровня сооплаты, за исключением тех категорий граждан, которые полностью освобождены от сооплаты. Сооплата – это фиксированная ставка, которая выплачивается по поступлению пациента в больницу. Ее размер зависит от страхового статуса, льготной категории, вида предоставляемых услуг (роды, хирургия, терапия) и наличия направления. Пациенты освобождаются от сооплаты в зависимости от диагноза болезни или их принадлежности к льготным социальным категориям, что должно защитить группы населения, особо подверженные к высоким затратам на услуги здравоохранения (Постановление Правительства № 98 от 25 февраля 2002 г.). Поставщики медицинских услуг получают более высокую ставку за лечение пациентов из льготных категорий, чтобы предотвратить дискриминацию со стороны поставщиков против пациентов из льготных категорий населения.

Методология расчета условной стоимости ПГГ была разработана и официально принята в 2005 году (Постановление Правительства № 280 от 1 июля 2005 г.).¹ За исключением услуг скорой медицинской помощи, исходной точкой для расчетов являются существующие нормативы финансирования, а не определение действительной стоимости предоставления услуг. Главной целью данного подхода является выравнивание финансирования по регионам на один и тот же тип услуг. Более того, существующие ставки возмещения не связаны напрямую с данными расчетами. Таким образом, это ограничивает любой

¹ Данное описание методологии расчета потребности финансирования услуг, предоставляемых в рамках ПГГ, основано на Социум консалт, *Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан*, 18 мая 2007 г. Особая благодарность за вклад в написание этого раздела выражается Асель Рыскельдиевой из компании Социум Консалт.

анализ финансовой устойчивости ПГГ. В связи со спецификой каждого вида медико-санитарной помощи (скорая медицинская, ПМСП, специализированная медицинская помощь и лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях, стоматологическая помощь и специализированная медицинская помощь в стационарах широкого профиля), методология расчета для каждого из них также отличается.

2.1. Расчет стоимости услуг на стационарном уровне

Стоимость специализированной медицинской помощи в стационарах широкого профиля в рамках ПГГ рассчитываются следующим образом:

1. Для каждой области рассчитать расходы из государственного бюджета на один пролеченный случай на основании утвержденного бюджета на 2005 год.
2. Из полученной суммы вычесть расходы на покрытие коэффициентов высокогорья, сельской местности и малых городов.
3. Поделить расходы за пролеченный случай по трем статьям: питание и медикаменты, зарплата и другое.
4. Поскольку основной целью политики ПГГ на стационарном уровне является выравнивание расходов по регионам на питание и медикаменты, расходы на данные статьи по всем областям доводятся до уровня Бишкека, где соблюдаются нормы по обеспечению питанием и медикаментами. Таким образом формируются потребности на питание и медикаменты в рамках ПГГ, что составляет часть общей стоимости ПГГ.
5. Отсюда, общая стоимость ПГГ равна сумме расходов из государственного бюджета по зарплате и прочим статьям, плюс нормативным расходам на питание и медикаменты.
6. Полученная сумма умножается на количество пациентов, которая затем делится на население, что дает подушевой норматив для стационаров широкого профиля в рамках ПГГ.

2.2. Стоимость услуг на ПМСП

Стоимость услуг на ПМСП в рамках ПГГ рассчитывается следующим образом:

1. Для каждой области общие расходы государственного бюджета на первичную медико-санитарную помощь разделить на количество населения.
2. Из полученной суммы вычесть расходы на покрытие коэффициентов высокогорья, сельской местности и малых городов.
3. Основной целью политики ПГГ на уровне ПМСП является выравнивание уровня зарплаты по регионам, поэтому расходы по данной статье доводятся до уровня области с самой высокой ставкой зарплаты (Таласская область). Таким образом формируются потребности на зарплату в рамках ПГГ, что составляет часть общей стоимости ПГГ.
4. На основе анализа расходов по ПГГ, было определено, что доля зарплаты в общих расходах на ПМСП не должна превышать 70%. Однако, в реальности, на 2005 год в большинстве областей эта доля составила от 85% до 95%. Следовательно, для каждой из этих областей расходы на все основные статьи, кроме зарплаты, должны были повыситься до уровня, необходимого

для обеспечения того, чтобы доля зарплаты в расходах ПМСП из государственного бюджета не превышала 70%.

5. Сумма вновь рассчитанных расходов на зарплату и фактических расходов на другие статьи умножается на население.

2.3. Стоимость услуг на неотложную скорую медицинскую помощь

Стоимость услуг на неотложную скорую медицинскую помощь в рамках ПГГ рассчитывается следующим образом:

1. Средние затраты бюджета на один выезд составляются на основе следующих норм и предположений:
 - a. средний радиус пробега одной автомашины составляет 15 км,
 - b. потребление бензина – 15 литров на 100 км при средней стоимости одного литра бензина 17 сомов,
 - c. норматив удорожания затрат на техническое обслуживание – 10%,
 - d. состав линейной бригады три человека,
 - e. средний размер месячной зарплаты персонала линейной бригады,
 - f. минимальные расходы на медикаменты и изделий медицинского назначения на один вызов – 11 сомов;
2. Нормативное число посещений в год определяется приказом Минздрава;
3. Минимальный стандарт бюджетного финансирования одной линейной бригады на 2005 год составлял 103 447 сомов;
4. Существуют специальные коэффициенты для (1) специализированных бригад и (2) самостоятельных станций;
5. Общее число бригад скорой помощи берется из официального отчета по скорой помощи за предыдущий год;
6. Общее число линейных бригад умножается на расчетную минимальную стоимость одной линейной бригады, то же самое делается для специализированных и самостоятельных бригад;
7. Общая стоимость для всех типов бригад делится на население.

ПГГ финансируется не только из государственного бюджета, но также из других источников, и вместе они покрывают значительную долю расходов по Программе. Они включают в себя следующее: (1) средства ОМС за работающих, сбором и перечислением которых в ФОМС занимается СФ, (2) средства ОМС для уязвимых групп, перечисляемые в ФОМС из республиканского бюджета, (3) специальные средства республиканского и местных бюджетов, а также (4) сооплата. Для расчета стоимости ПГГ на душу населения, финансируемой из средств ОМС за работающих, специальных средств и сооплаты, фактические общие расходы по каждому из этих источников делятся на количество населения.

Для расчета потребности в финансировании из средств ОМС для уязвимых групп сначала средства ОМС для работающих делятся на количество застрахованных; затем, рассчитанная стоимость на одного застрахованного умножается на общее количество человек в уязвимых группах, чья страховка оплачивается из республиканского бюджета. Полученная сумма считается фактической стоимостью ПГГ, которая должна покрываться страхованием. Однако, уровень финансирования из республиканского бюджета значительно

ниже рассчитанной таким образом суммы, так как он обуславливается имеющимися средствами государственного бюджета. Рассчитанная сумма делится на население, которая дает подушевую стоимость ПГГ, финансируемой перечислениями из республиканского бюджета за уязвимые группы.

В качестве заключительного действия, подушевая стоимость ПГГ по всем видам помощи умножается на общее количество населения, что затем умножается на соответствующие коэффициенты. Полученные суммы по каждому виду помощи суммируются, что дает общую стоимость ПГГ в базовом году (2005 г.).

Метод, выбранный для среднесрочного прогнозирования стоимости ПГГ в данном анализе, несложен: Общая стоимость ПГГ в базовом году делится во-первых, по источникам финансирования; во-вторых, на зарплату и другие расходы. Значение для заработной платы, финансируемой из государственного бюджета, умножается на коэффициент ежегодного повышения зарплаты для медицинских работников. Здесь необходимо отметить, что зарплата государственных служащих, включая медицинских работников, была повышена в 2006 году и планируется повышаться в течение следующих трех лет в среднем на 20% в год, несмотря на то, что в 2007 году повышение зарплаты составило 30%. Значение других расходов умножается на уровень инфляции. Для получения стоимости ПГГ для каждого вида помощи, сумма двух значений (зарплата и другие расходы) умножается на общее число населения, которое, согласно демографическим прогнозам, будет увеличиваться на 1% в течение следующих трех лет. Общая стоимость ПГГ – это сумма всех значений стоимости ПГГ по видам медико-санитарной помощи. В **Таблице 1** приведен данный процесс расчета на примере 2006 года.

3. Дефицит финансирования ПГГ до расширения льгот

Методология расчета, описанная выше, была применена только для распределения средств внутри сектора для постепенного выравнивания между регионами. Министерство финансов продолжало определять общий бюджет сектора здравоохранения на основе уровня бюджета прошлого года и общего уровня государственных расходов. Таким образом, с самого начала существовал **значительный дефицит в финансировании ПГГ** (см. **Таблицу 2**). Согласно расчетам, описанным выше, в 2005 году общая стоимость ПГГ составила 2.2 миллиардов сомов (Социум Консалт, 18 мая 2007 “Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан”). Фактическое финансирование Программы составило 1.8 миллиардов сомов, включая сооплату, что привело к ее недофинансированию на 27.4%.

Таблица 2: Дефицит финансирования, 2005 (тыс. Сом)

	2005
Общая стоимость ПГГ	2 498 265
Расходы на ПГГ (госбюджет, средства ОМС)	1 595 001
Покрытие общей стоимости (1)	63,8%
Сооплата	219 400
Покрытие общей стоимости (2)	72,6%

Источник: Социум Консалт, *Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан*, 18 мая 2007; Минздрав, 2006. *Отчет по финансовому управлению за 2005 г.*

Неполное финансирование ПГГ способствовало сохранению неофициальных платежей и подрывало основную цель введения ПГГ – четкое определение прав и обязанностей пациентов и государства в отношении предоставления медицинских услуг, включая льготы для различных групп населения. Однако, несмотря на недостаточность средств для полного покрытия стоимости существующей Программы, парламент и некоторые другие заинтересованные группы требовали отмены или, по крайней мере, сокращения сооплаты.

4. Влияние увеличения глубины охвата ПГГ

В 2006 году, с небольшим увеличением финансирования из государственного бюджета и дополнительной грантовой поддержкой от международных партнеров, Правительство КР расширило льготы в рамках ПГГ, что вызвало вопросы о ее финансовой устойчивости. Согласно Постановлению Правительства «О Программе государственных гарантий» следующие группы, дополнительно к существующим льготным группам, были полностью освобождены от сооплаты:

- Дети от одного года до пяти лет (дети до одного года были освобождены с самого начала),
- Вставшие на учет беременные и женщины в течение восьми недель после родов,
- Пенсионеры в возрасте 75 лет и старше.

Кроме того, сооплата за госпитализацию для пенсионеров до 75 лет была снижена до минимального уровня.

В этом разделе рассматривается влияние новой политики на уровень использования услуг на стационарном уровне среди категорий населения, освобожденных от сооплаты, (4.1.), влияние на общий объем сборов от сооплаты (4.2.), а также на дефицит финансирования (4.3. и 4.4.).

4.1. Влияние на уровень использования услуг

Снижение цен, выраженное в уменьшении размера сооплаты, привело к увеличению спроса. Таким образом, между 2005 г. и 2006 г., произошло резкое увеличение общего числа госпитализаций среди новых льготных групп. Общее количество госпитализаций выросло с 681 320 до 756 274 или на 11% (ФОМС, База данных КИФ, сентябрь 2007 г.). Более того, процентный рост среди новых льготных категорий населения был еще выше. Например, количество пролеченных случаев среди детей от одного года до пяти лет увеличилось на 57,5%, а среди пенсионеров старше 75 лет – на 28,4% (ФОМС, База данных КИФ, сентябрь 2007 г.). Эти тенденции привели к значительному увеличению

доли пролеченных случаев без взноса сооплаты в общем числе пролеченных случаев от 45,6% до 65,2% (**Рисунок 1**).

Однако, в 2007 г., согласно прогнозам, сделанным на основе тенденций первых шести месяцев, ожидается лишь незначительное увеличение числа пролеченных случаев, приблизительно на 5,8%. Более того, ожидается, что доля льготных категорий населения в общем числе пролеченных случаев не изменится существенно по сравнению с 2006 г. Например, число пролеченных случаев среди детей от одного года до пяти лет вырастет приблизительно всего на 14,5% (**Рисунок 2**).

Рисунок 1: Доля пролеченных случаев без взноса сооплаты в общем числе пролеченных случаев, 2004 – 2007 гг



Рисунок 2: Число пролеченных случаев среди детей от одного года до 5 лет, 2004 – 2007 гг



Источник: ФОМС, База данных КИФ, сентябрь 2007 г.

Таким образом, первоначальный рост спроса, последовавший снижению уровня сооплаты, постепенно стабилизируется, что соответствует опыту других развивающихся стран при увеличении или снижении уровня взноса пациента. Ожидается, что доля льготных категорий населения освобожденных от сооплаты в общем числе пролеченных случаев останется приблизительно на уровне 65% и не превысит 70%.

4.2. Влияние на общий объем сборов от сооплаты

В результате увеличения доли пациентов, освобожденных от сооплаты, общий объем сборов от сооплаты снизился от 219 400 тысяч сомов в 2005 г. до 182 900 тысяч сомов в 2006 г., т.е. на 11%.² Как показано в **Таблице 3**, после введения новой политики по сооплате, объем сборов от сооплаты от новых льготных категорий населения уменьшился на 90% или на 38,48 миллионов сом, тогда как объем сборов от сооплаты от всех остальных категорий, включая ранее существовавшие льготные группы, увеличился всего на 1,1% или на 1,95 миллионов сом. Таким образом, этого было недостаточно для возмещения потерь в результате введения новых льгот, что привело к снижению объема

² Все процентные изменения даны в реальном выражении, где уровень инфляции в 2006 г. к предыдущему году равен 5,7%, согласно Закону о республиканском бюджете на 2007 г.. Документ был открыт 10 мая 2007 г. на сайте <http://www.minfin.kg/modules/smartsection/item.php?itemid=679>

сборов от сооплаты на 16,6% (11% в реальном выражении) или на 36,53 миллиона сом.

Таблица 3: Изменения в объеме сборов от сооплаты по льготным категориям, 2005 – 2006 (Сом)

Сооплата по категориям населения	2005	2006	% изменение 2005-06 гг.
Женщины при родах и 8 недель после родов	19 173 840	2 180 138	-88,6
Дети от 1 года до 5 лет	18 578 592	1 364 634	-92,7
Пенсионеры в возрасте старше 75 лет	4 978 033	707 847	-85,8
Общая сумма сооплаты для новых льготных категорий	42 730 465	4 252 619	-90,0
Все другие категории	176 669 535	178 620 181	1,1
Общая сумма сооплаты	219 400 000	182 872 800	-16,6

Источник: База данных по клиничко-информационным формам ФОМС, Ноябрь 2007 г.; Минздрав, 2006 - 2007 гг. *Отчеты по финансовому управлению за 2005 – 2006 гг.*

4.3. Влияние на дефицит финансирования в краткосрочном периоде

С 2005 по 2006 гг., государственные расходы на ПГГ, включая государственный бюджет и взносы на медицинское страхование в Социальный фонд, выросли с 1,6 миллиарда до 1,9 миллиарда сомов, т.е. на 15%. В дополнение к этим внутренним ресурсам страны, увеличилось финансирование ПГГ из внешних источников (234,5 миллионов сомов). Общее увеличение финансирования Программы, в период между 2005 и 2006 гг., составило 29%, что позволило увеличить покрытие ее стоимости с 72,6% до 83,6%, несмотря на снижение общих поступлений от сооплаты и увеличение количества случаев госпитализации (**Таблица 4**). Однако, вопросы относительно финансовой устойчивости ПГГ в среднесрочной и долгосрочной перспективе, особенно в связи с прекращением внешнего финансирования в 2010 году, еще не разрешены.

Таблица 4: Влияние на финансовую устойчивость новой политики по сооплате в краткосрочном периоде (тыс. Сом)

	2005	2006
Общая стоимость ПГГ	2 498 265	2 800 991
Расходы на ПГГ (госбюджет, средства ОМС)	1 595 001	1 924 184
Покрытие общей стоимости (1)	63,8%	68,7%
Сооплата	219 400	182 900
Покрытие общей стоимости (2)	72,6%	75,2%
Средства доноров в рамках Широкосекторального подхода		234 571
Покрытие общей стоимости (3)		83,6%

Источник: Социум консалт, *Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан*, 18 мая 2007 г. Минздрав, 2006 – 2007 гг. *Отчеты по финансовому управлению за 2005 – 2006 гг.*

4.4. Влияние на финансовую устойчивость существующей Программы государственных гарантий в среднесрочной перспективе

В данной части описываются источники финансирования ПГГ, которые необходимо рассмотреть для определения финансовой устойчивости Программы в среднесрочном периоде.

Общие государственные расходы рассчитываются на основе прогнозных данных по общей сумме ВВП и доли государственных расходов в ВВП, представленных в ССПБ на 2008 – 2010 гг., версия за июль 2007 года. Изначально, планировалось использовать Стратегию развития страны. Однако, стало ясно, что в ней были заложены слишком оптимистичные прогнозы: например, согласно Стратегии, в период с 2007 г. по 2010 г. реальный рост ВВП должен составить 8%, что, учитывая показатели роста экономики за последние три года, не представляется возможным. Более того, уже в ССПБ на 2007-2009 годы прогнозируется более низкий показатель роста экономики, около 6% (Минфин, ССПБ 2007 – 2009, стр. 93). Таким образом, несмотря на то, что ССПБ на 2008-2010 гг. является проектным документом, он является наиболее подходящим источником для прогнозов по макроэкономическим показателям.

Общие государственные расходы на здравоохранения рассчитываются на основе юридического соглашения между Правительством Кыргызской Республики и международными партнерами по развитию, оказывающими бюджетную поддержку для реализации Программы «Манас таалими». Согласно условиям данного соглашения, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах должна ежегодно увеличиваться, чтобы достичь 13% к 2010 году. Уровень финансирования из внешних источников, или так называемых средств SWAp, также основан на юридическом соглашении между Правительством КР и международными партнерами по развитию. Учитывая план по ежегодному финансированию из средств, выделяемых международными партнерами по развитию, и общего направления Программы «Манас таалими» по обеспечению справедливости и финансовой защищенности при доступе к базовым медицинским услугам, большая часть средств SWAp нацелена на улучшение качества и финансовой устойчивости ПГГ.

Расчеты по средствам медицинского страхования основываются на предположении, что безотносительно к изменениям в ставке социального налога, ставка взноса на медицинское страхование останется на уровне 2%. Расчеты основаны на прогнозах СФ по общему фонду заработной платы, чей темп роста будет равен темпу роста ВВП. Например, если в 2006 г. общий фонд заработной платы составил 18,2 млрд. сом, то к 2007 г. он должен достичь 20,4 млрд. сом, что равняется 12% росту – 6,5% реальный рост ВВП и 5,6% уровень инфляции (проект ССПБ на 2008 – 2010 гг.).

На основании бюджетов СФ на 2006 и 2007 гг. рассчитывается доля взносов на ОМС в фонде заработной платы (ФОТ). Предполагается, что ее средняя величина (1,7%) останется неизменной до 2010 года. Теоретически, эта доля должна составлять 2% от ФОТ. Однако, уровень сбора социальных налогов составляет 87%, так как часть работодателей не делает взносы вообще или не

делает их во время, а средства, выделяемые на ОМС, рассчитываются на основе фактически собранной суммы. Таким образом, фактическая сумма социальных налогов равняется ставке социального налога, деленной на 100 и умноженной на ФОТ, который затем умножается на уровень сбора, деленный на 100. Более того, согласно существующим положениям, административные расходы СФ составляют 3% от взносов на ОМС.

В 2007 г. **общая сумма сборов от сооплаты** должна снизиться по сравнению с 2006 г., так как осведомленность населения о новой политике по сооплате значительно улучшилась по сравнению с началом 2006 г., когда некоторые учреждения продолжали взимать сооплату с представителей новых льготных групп населения (База данных по клинко-информационным формам). При условии, что нынешняя политика по сооплате останется неизменной и не будет значительных изменений в показателях здоровья населения и его социально-демографической характеристики, общая сумма сборов от сооплаты будет расти на уровне инфляции (5%).

На основании выше описанных предположений и данных, ожидается, что покрытие стоимости ПГГ будет постепенно расти в период между 2005 и 2010 гг. и достигнет 78%, без учета внешнего финансирования (**Таблица 5**). Однако, сокращение дефицита финансирования в основном произойдет за счет увеличения государственных расходов и средств ОМС. Их общий нынешний рост, который должен сохраниться до 2010 г., составляет в среднем 17% в год. Это вероятно является оптимистическим прогнозом. Он основан на оптимистических предположениях относительно (i) показателя реального роста ВВП, который в среднем должен составить 7,2% в течение следующих трех лет, (ii) расходов государственного бюджета, которые, неизбежно будут завышены, поскольку они рассчитываются на основе ВВП, (iii) расходов сектора здравоохранения, основанных на предположении о том, что Правительство полностью выполнит свои финансовые обязательства по финансированию Программы «Манас таалими».

Интересно отметить, что если взять общую сумму сбора сооплаты за 2005 г., т.е. до введения новой политики по сооплате, с поправкой только на уровень инфляции, дефицит финансирования меняется незначительно – 20,5% к 2010 году по сравнению с 22%, которые ожидаются при новых льготах (**Таблица 6**).

Таким образом, введение новых льготных категорий не имело значительного влияния на среднесрочную финансовую стабильность Программы государственных гарантий. Однако, анализ показывает, что даже при оптимистических предположениях об экономической деятельности страны и исполнении обязательств Правительства по финансированию сектора здравоохранения, стоимость ПГГ покрывается всего на 77 – 80%. Следовательно, любое расширение ПГГ и введение новых льгот в будущем должны быть внимательно изучены, поскольку они приведут к увеличению дефицита ее финансирования, подрывая тем самым финансовую устойчивость всей Программы.

5. Заключение

Главной целью введения ПГГ было улучшение прозрачности в определении прав и обязательств населения и государства. Программа явилась своеобразным обещанием: государство гарантирует своим гражданам право на определенный набор медицинских услуг, при условии что они будут следовать некоторым правилам, включая соблюдение системы перенаправлений, выплату социальных налогов и внесение сооплаты. Таким образом, вопрос финансовой устойчивости ПГГ становится вопросом о том, как долго государство может поддерживать надежность данного обещания.

Согласно результатам данного анализа, даже до расширения льгот ПГГ финансировалась не полностью. В 2005 году, было покрыто 72,6% финансовых потребностей Программы. Благодаря значительному увеличению государственного финансирования, потеря от отмены сооплаты для некоторых категорий населения не имела негативного влияния на финансовую устойчивость Программы, а покрытие финансовых потребностей даже увеличилось до 75,2%. Однако, продолжающийся финансовый дефицит свидетельствует о том, что увеличения в государственных расходах должны быть направлены на закрытие этого дефицита, до дальнейшего расширения льгот. При условии, что существующие льготы останутся без изменений, к 2010 году будет покрыто только 78% финансовых потребностей ПГГ, несмотря на значительный рост в государственном финансировании (в среднем 17% в год между 2007 и 2010 гг.).

Данный анализ был сделан с точки зрения финансовой устойчивости ПГГ. Однако, существуют и другие факторы, которые необходимо учесть при проведении полного анализа влияния снижения сооплаты на доступность и финансовое бремя домохозяйств. В то время как результаты этого анализа показывают, что общий уровень использования услуг вырос, они не в состоянии показать распределение среди различных социально-экономических групп. Для этого необходимы данные на уровне отдельных домохозяйств, которые возможно получить из Модуля по здравоохранению, являющегося частью Интегрированного обзора домохозяйств за 2007 год. Более того, есть риск, что официальное снижение сооплаты привело к росту неофициальных выплат из кармана, подрывая таким образом цель создания ПГГ. Достоверные данные по неформальным платежам можно получить через Обзор выписанных пациентов за 2007 год. Таким образом, выводы, представленные здесь, должны быть дополнены исследованием, основанным на данных двух обзоров, упомянутых выше.

Таблица 1: Стоимость ПГГ, 2005 – 2006 гг.

	Всего	в том числе:						
		СМП	СП	ЦСМ	ГСВ	СТАЦ	ПРОЧЕ	ЛЕКПАКЕТ
2005								
Численность населения (чел.)	5 138 700	5 138 700	5 138 700	5 138 700	5 138 700	5 138 700	5 138 700	5 138 700
Высокогорный коэффициент		1,0325	1,0325	1,0325	1,0325	1,0325	1,0006	1,0325
Сельский коэффициент		1,0472	1,0486	1,0551	1,1220	1,0556	1,0000	1,0000
Коэффициент малых городов		1,0449	1,0371	1,0324	1,0137	1,0321	1,0000	1,0000
Минимальный стандарт финансирования (сом)	427,8	17,6	17,6	48,7	117,2	217,6	1,7	7,3
бюджетного	300,5	16,9	13,0	47,2	60,8	153,6	1,6	7,3
ОМС из республиканского бюджета	41,4	0,0	0,0	0,0	28,1	13,4	0,0	0,0
ОМС из страховых взносов	41,4	0,0	0,0	0,0	28,1	13,4	0,0	0,0
сооплаты	38,5	0,0	2,2	0,7	0,0	35,7	0,0	0,0
спец.средств	5,9	0,7	2,4	0,8	0,3	1,6	0,1	0,0
Потребность в средствах по минимальному стандарту (тыс.сом)	2 498 264,8	102 132,0	101 452,4	281 698,3	707 517,8	1 258 019,8	8 844,3	38 600,2
бюджетного	1 747 902,1	97 883,7	75 048,5	272 896,6	367 041,2	887 983,7	8 448,3	38 600,2
ОМС из республиканского бюджета	246 600,0	0,0	0,0	0,0	169 309,4	77 290,6	0,0	0,0
ОМС из страховых взносов	246 600,0	0,0	0,0	0,0	169 309,4	77 290,6	0,0	0,0
сооплаты	222 793,7	0,0	12 470,6	4 157,2	0,0	206 165,9	0,0	0,0
спец.средств	34 368,9	4 248,3	13 933,3	4 644,4	1 857,8	9 289,0	396,0	0,0
2006								
Численность населения (чел.)	5 190 087	5 190 087	5 190 087	5 190 087	5 190 087	5 190 087	5 190 087	5 190 087
Высокогорный коэффициент		1,0325	1,0325	1,0325	1,0325	1,0325	1,0006	1,0325
Сельский коэффициент		1,0472	1,0486	1,0551	1,1220	1,0556	1,0000	1,0000
Коэффициент малых городов		1,0449	1,0371	1,0324	1,0137	1,0321	1,0000	1,0000
Минимальный стандарт финансирования (сом)	479,4	19,2	19,1	54,4	135,6	241,4	1,9	7,7
бюджетного	333,0	18,5	14,3	52,8	68,0	169,9	1,8	7,7
ОМС из республиканского бюджета	49,7	0,0	0,0	0,0	33,7	16,0	0,0	0,0
ОМС из страховых взносов	49,7	0,0	0,0	0,0	33,7	16,0	0,0	0,0
сооплаты	40,7	0,0	2,3	0,8	0,0	37,7	0,0	0,0
спец.средств	6,3	0,8	2,5	0,8	0,3	1,7	0,1	0,0
Потребность в средствах по минимальному стандарту (тыс.сом)	2 800 990,5	111 630,0	110 413,6	314 345,9	818 593,1	1 395 345,7	9 900,5	40 761,8
бюджетного	1 937 586,7	107 143,8	82 531,0	305 051,3	410 288,7	982 327,8	9 482,3	40 761,8
ОМС из республиканского бюджета	295 920,0	0,0	0,0	0,0	203 171,3	92 748,8	0,0	0,0
ОМС из страховых взносов	295 920,0	0,0	0,0	0,0	203 171,3	92 748,8	0,0	0,0
сооплаты	235 270,1	0,0	13 168,9	4 390,0	0,0	217 711,2	0,0	0,0
спец.средств	36 293,6	4 486,2	14 713,6	4 904,5	1 961,8	9 809,2	418,2	0,0

Источник: Нацстатком, Демографический ежегодник 2001 – 2005, Бишкек 2006 г.; Социум консалт, Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан, 18 мая 2007 г.

Таблица 5: Прогнозы по дефициту финансирования ПГГ (тыс. Сом)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Общая стоимость ПГГ	2 498 265	2 800 991	3 198 283	3 801 661	4 294 787	4 864 417
Расходы на ПГГ (госбюджет, средства ОМС)	1 595 001	1 924 184	2 294 314	2 783 173	3 203 629	3 587 177
Покрытие общей стоимости (1)	63,8%	68,7%	71,7%	73,2%	74,6%	73,7%
Сооплата	219 400	182 900	180 000	189 000	198 450	208 373
Покрытие общей стоимости (2)	72,6%	75,2%	77,4%	78,2%	79,2%	78,0%
Средства доноров в рамках Широкосекторального подхода		234 571	304 571,1	346 500,0	346 500,0	346 500,0
Покрытие общей стоимости (3)		83,6%	86,9%	87,3%	87,3%	85,1%

Источник: Социум Консалт, *Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан*, 18 мая 2007; Отчет СФ 2005, 2006; Минздрав, 2006 – 2007 гг. *Отчеты по финансовому управлению за 2005 – 2006 гг.*; Закон о Республиканском Бюджете на 2007 г.; Минфин Документ о повышении зарплаты для сектора здравоохранения и внутренний документ ФОМС о распределении средств заработной платы; Запланированные выплаты ВБ 2007-2010, электронная почта от 30 мая, 2007; ССПБ 2008 – 2010.

Таблица 6: Прогнозы по дефициту финансирования ПГГ без изменений в политике по сооплате, внесенных в 2006 г. (тыс. Сом)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Общая стоимость ПГГ	2 498 265	2 800 991	3 198 283	3 801 661	4 294 787	4 864 417
Расходы на ПГГ (госбюджет, средства ОМС)	1 595 001	1 924 184	2 294 314	2 783 173	3 203 629	3 587 177
Сооплата, без изменений 2006 г.	219 400	230 370	241 889	253 983	266 682	280 016
Покрытие общей стоимости (4)	72,6%	76,9%	79,3%	79,9%	80,8%	79,5%

Источник: Социум Консалт, *Моделирование уровня финансирования ПГГ – Кыргызстан*, 18 мая 2007; Отчет СФ 2005, 2006; Минздрав, 2006 – 2007 гг. *Отчеты по финансовому управлению за 2005 – 2006 гг.*; Закон о Республиканском Бюджете на 2007 г.; Минфин Документ о повышении зарплаты для сектора здравоохранения и внутренний документ ФОМС о распределении средств заработной платы; Запланированные выплаты ВБ 2007-2010, электронная почта от 30 мая, 2007; ССПБ 2008 – 2010.