

Документ исследования политики # 57

Повышение финансовой защиты в Кыргызстане посредством сокращения неформальных платежей: Данные за 2001-06 годы

Мелитта Якаб
Советник по политике
Страновой офис ВОЗ, Кыргызстан

Джозеф Катцин
Региональный советник по финансированию здравоохранения, ВОЗ
Офис ЕВРО/ВОЗ по укреплению систем здравоохранения в Барселоне

3 мая, 2009

Содержание

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Введение | 4 |
| 2. | Краткая информация | 5 |
| 3. | Исследовательские вопросы | 8 |
| 4. | Источники данных | 8 |
| 5. | Инструмент опроса | 11 |
| 6. | Индикаторы | 12 |
| 7. | Результаты | 13 |
| 7.1. | Оплата пациентов за медикаменты и медицинские принадлежности | 13 |
| 7.2. | Оплата медицинскому персоналу | 16 |
| 7.3. | Другие платежи | 21 |
| 7.4. | Общее финансовое бремя пациентов и влияние на приоритетные льготные группы | 21 |
| 7.5. | Общий объем неформальной оплаты | 25 |
| 8. | Ограничения | 27 |
| 9. | Выводы и рекомендации для политики | 29 |

Перечень таблиц

| | |
|--|----|
| Таблица 1. Размер выборки пяти волн опроса..... | 9 |
| Таблицы 2. Переменные из опроса и базы данных ФОМСа..... | 10 |
| Таблица 3. Показатель ответивших по волнам проведенных опросов | 11 |
| Таблица 4. Категории немедленной оплаты..... | 11 |
| Таблица 5. Пример формулирования вопросов по неформальной оплате | 12 |
| Таблица 6. Доля неформальной оплаты в общих больничных расходах (2006) ... | 26 |

Перечень графиков

| | |
|---|----|
| График 1. Оплата за медикаменты (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)..... | 14 |
| График 2. Оплата за медицинские принадлежности (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)..... | 14 |
| График 3. Средняя оплата за медикаменты и медицинские принадлежности по волнам реформирования (среди всех пациентов)..... | 15 |
| График 4. Оплата медицинскому персоналу (частота и средняя оплата среди тех, кто платит) | 17 |
| График 5. Оплата медицинскому персоналу по типу учреждения (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)..... | 18 |
| График 6. Ежемесячная средняя заработная плата по отраслям, 1999-2007 годы | 19 |
| График 7. Частота неформальной оплаты персоналу по нозологиям, 2006 | 20 |
| График 8. Среднее значение неформальной оплаты, произведенной персоналу среди тех, кто платил, по нозологиям, 2006 | 20 |
| График 9. Средняя неформальная оплата по всем пациентам | 22 |
| График 10. Общие платежи за детей до 5 лет и беременных | 24 |
| График 11. Общие платежи за пенсионеров и льготников..... | 24 |
| График 12. Общий объем неформальной оплаты, 2001-06 годы | 25 |

1. Введение

Неформальная оплата является важной особенностью постсоветских систем здравоохранения. Существует несколько исследований, демонстрирующих их динамику во времени, но при этом широко признается, что неформальные платежи значительно увеличились во время переходного периода. Ранний переходный период характеризуется резким сокращением государственных бюджетов в бывшем Советском Союзе и Центральной Европе. Это существенно повлияло на системы здравоохранения, которые преимущественно финансировались государством и обеспечивались государством. Система здравоохранения приспособилась к более сжатым условиям финансирования путем повышения взносов пациентов. В тех странах, где сокращение государственного финансирования здравоохранения было умеренным (напр. Венгрия, Польша, Болгария, Румыния), неформальная оплата осуществлялась только медицинскому персоналу. (Делчева, Балабанова и др. 1997; Чавла, Берман и др. 1998; Мاستилика и Бозиков 1999; Льюис 2000; Балабанова и МакКи 2002; Павлова, Грут и др. 2003; Гааль, Эветович и др. 2006; Вайан, Грайбоск и др. 2006) В тех странах, где спад государственного финансирования был резким (напр. Кыргызстан, Таджикистан, Грузия, Молдова), неформальная оплата стала распространяться и производится не только медицинскому персоналу, но также и за лекарства, медицинские и немедицинские принадлежности. (Абель-Смит и Фолкингом 1995; Энсор и Савельева 1998; Льюис и Катцин 2000; Катцин 2001; Белли, Готсадзе и др. 2004; Фолкингом 2004; Катцин 2004; Готсадзе, Бенит и др. 2005) Эти взносы пациентов не регулировались и не контролировались, оставались на усмотрение отдельных врачей, а в некоторых случаях противоречили законным правам на доступ.

В Кыргызской Республике, снижение государственных расходов на здравоохранение было значительным: государственный бюджет, выделяемый на сектор здравоохранения в 2000 году составил только 30% от объема средств 1991 года в реальном выражении. Почти 80% этих расходов поглощались за счет постоянных издержек унаследованной системы предоставления медицинских услуг, которая характеризовалась избыточными мощностями. После оплаты расходов на персонал и коммунальных услуг, у стационаров оставалось немного средств на закупку лекарственных средств и медицинских принадлежностей. Пациенты вынуждены были обеспечивать медикаменты и принадлежности для своего лечения. Одновременно, зарплата врачей тоже сократилась как в абсолютном выражении, так и относительно средней заработной платы в стране. По данным Национального Статистического Комитета, заработная плата в секторе здравоохранения составляла 92% от среднего уровня по стране в 1994 году и сократилась до 52% к 1999 году. (Катцин 2001) Это привело к миграции врачей из сельских районов в городские центры и за границу, и все чаще и чаще стали поступать сведения о неформальных платежах медицинскому персоналу. На протяжении 1990х, платежи пациентов за медикаменты и медицинскому персоналу были полностью нерегулируемыми и оставались на усмотрение врачей.

Многообещающие реформы финансирования здравоохранения внедряются в Кыргызской республике в 1996 году, как часть комплексных Программ

реформирования сектора здравоохранения «Манас» и «Манас Таалими». Снижение финансового бремени населения при обращении за медицинской помощью стало одной из задач этих реформ. Учитывая ограниченные бюджетные средства, было понятно, что у сектора здравоохранения не будет дополнительных государственных средств, чтобы снизить расходы пациентов. Огромный больничный сектор должен был сократиться для того, чтобы достичь эффективности и перенаправить сэкономленные средства на лекарства, медицинские принадлежности, а также лучше платить персоналу, дабы снизить наличные выплаты «из-кармана» пациента за эти статьи расходов. Серия реформ, внедряемых последовательно за период с 1996 по нынешний день, были нацелены на достижение более эффективной системы предоставления медицинских услуг с более прозрачными и устойчивыми механизмами финансирования.

Цель этого документа заключается в том, чтобы оценить повлекли ли за собой реформы в области финансирования здравоохранения и предоставления услуг сокращение неформальной оплаты медицинскому персоналу, за медикаменты, медицинские принадлежности и другие расходы в период с 2001 по 2006 годы. Чтобы ответить на этот вопрос, мы использовали уникальный набор данных 20,955 интервью, собранный в пять волн в период между 2001 и 2006 годами. Это самая большая база данных в мире, документирующая тенденции по неформальной оплате, с применением одной и той же методологии по годам.

Документ структурирован следующим образом. Мы делаем краткий обзор информации по неформальной оплате в Кыргызстане и реализуемым реформам в области финансирования здравоохранения и системы предоставления услуг в Разделе 2. Мы рассматриваем методологические вопросы в Разделах 3-6, в том числе исследовательские вопросы, источники данных, инструмент опроса и индикаторы. Результаты представлены в Разделе 7, а выводы и рекомендации в Разделе 8.

2. Краткая информация

Практически не существует документированных фактических данных из предшествующего переходному периоду времени о распространенности и уровне неформальной оплаты в Кыргызской Республике. По неофициальным данным и личным учетным данным предполагается, что в это время неформальная оплата в основном состояла из подарков медицинскому персоналу, преимущественно в натуральном выражении. Наличные платежи были редкими, это были наличные платежи за медикаменты и принадлежности. Первые количественные оценки неформальной оплаты в Кыргызской Республике делаются в обследовании домохозяйств 1994 года, согласно которому 86% пациентов, сообщающих о госпитализации, платили за помощь. (Абель-Смит и Фолкингем 1995) Уже в то время, неформальная оплата состояла из оплаты медицинскому персоналу, оплаты за медикаменты, покупки медицинских принадлежностей (шприцы, марля, бинты, капельницы и т.д.) и немедицинских принадлежностей (белье, блокноты, электрические лампочки, очищающие средства и т.д.). Последующие обследования домохозяйств в 1997 и 2001 годах подтвердили полученные данные

этого ранее проведенного обследования и выявили высокий процент неформальных платежей за госпитализацию.

Реформы, нацеленные на снижение неформальных платежей и финансового бремени пациентов в целом состояли из четырех основных составляющих. Первой составляющей была централизация каналов финансирования здравоохранения (аккумуляция). До внедрения реформ, поставщики – почти все государственные – финансировались из поступлений от общего налогообложения в соответствии с иерархическими административными структурами: поставщики республиканского уровня финансировались из налогов республиканского уровня, областные учреждения финансировались из налогов областного уровня, а районные учреждения финансировались из налогов районного уровня. Поперек этих административных границ финансирование не осуществлялось, и решения не принимались, что приводило к дублированию и отсутствию стимулов для предупреждения неэффективности. В результате проведенных реформ в области системы финансирования здравоохранения, каналы финансирования централизовались на областном уровне, аккумулируя налоговые поступления в областных управлениях ФОМС. Этот шаг упразднил бюджеты районного и городского уровней и создал возможность перераспределения средств через городские-районные границы внутри областей. В 2006 году, дальнейшая централизация осуществлялась с переносом механизмов аккумуляции средств для ПГГ с областного на национальный уровень, все больше выравнивая государственное финансирование по стране.

Вторая составляющая включает в себя внедрение перспективных методов закупки. До внедрения реформ поставщики оплачивались на основе нормативов вложений, определенных в строгие постатейные бюджеты и отражающих исторически сложившиеся образцы. Руководители не могли перераспределять средства между бюджетными статьями расходов, если было необходимо или появлялась возможность. В рамках реформ, постатейные бюджеты, основанные на вложениях, были заменены подушевой оплатой для поставщиков ПМСП и оплатой за случай для госпитальной помощи.

Третий составляющий элемент включал сокращение больничного сектора. Изменения в механизмах финансирования здравоохранения создали благоприятную среду для сокращения излишних госпитальных мощностей. Поскольку большинство больниц строились как павильоны, функционирующие в 15-20 небольших зданиях, сокращение внутри учреждения предоставило огромные возможности для экономии средств на постоянных издержках. Излишние здания сносились, сдавались в аренду (напр. аптекам) или передавались другим в общественное пользование (напр. отделы по укреплению здоровья). В течение 2001-04 годов, физический потенциал в больничном секторе сократился с 1,464 зданий до 784, в результате чего, изменились общая операционная зона, коммунальные затраты и расходы на техническое обслуживание. В то же время, сокращение среди учреждений включало в себя объединение учреждений, обслуживающих совпадающие группы населения посредством административных механизмов.

Наконец, были введены новые правила, регулирующие права с помощью четкого определения льгот через Пакет государственных гарантий (ПГГ). ПГГ обеспечивает бесплатную первичную медико-санитарную помощь для всего

населения и госпитальную помощь по направлению с официальной сооплатой. Сооплата – это фиксированная ставка, оплачиваемая при госпитализации, варьирующая в зависимости от страхового статуса, льготного статуса, типа случая (роды, хирургия, терапия) и от того, имеется ли у пациента направление. Льготы предоставлялись с учетом определенных категорий заболеваний, предполагающих большее использование медицинской помощи, таким как инвалиды, больные раком, больные, недавно перенесшие инфаркт миокарда, туберкулезные больные, ветераны ВОВ и т.д. Больницы получают выше оплату за лечение льготников с целью предупреждения отбора. Сооплата принимается в кассе стационаров, и в некоторых случаях медицинскому персоналу разрешается брать сооплату с пациента и вносить в кассу от их лица. Пациенты должны получить квитанцию на сооплату, которую вносят. Полученная сооплата регистрируется в больничной базе данных вместе с пронумерованной квитанцией. Эти данные ежемесячно предоставляются в ФОМС, и в соответствии с ними производится оплата. Получаемые доходы от сооплаты хранятся на коммерческом банковском счете больницы, и 80% из них должны использоваться на закупку медикаментов, принадлежностей и питание, а 20% могут использоваться на надбавку к зарплате персонала. В Фонд обязательного медицинского страхования (областные управления) ежемесячно предоставляются отчеты по собранным средствам, а по использованию поступлений от сооплаты – ежеквартально. Сооплата была введена в двух областях в 2001 году, и затем постепенно распространялась, охватив полностью страну к 2004 году.

Пациенты не должны оплачивать что-либо сверх официальной сооплаты. Все дополнительные платежи (как наличными, так и в натуральном выражении), осуществляемые во время госпитализации помимо официальной сооплаты, считаются неформальной оплатой согласно политике в КР, вне зависимости от обстоятельств, в которых они были произведены (напр. до или после лечения, по четкому требованию или в знак благодарности). Чтобы повысить эффективность реализации политики сооплаты, проводились кампании по связям с общественностью в основном через средства массовой информации, информирующие пациентов об их правах. Ставки сооплаты вывешены во всех медицинских учреждениях рядом с кассой. От отделений стационаров требуется публично вывешивать перечень лекарственных препаратов, которые они обязаны иметь в наличии и ежедневно отмечать там, что у них действительно есть в запасе. Телефоны горячей линии Фонда обязательного медицинского страхования имеются в стационарах для того, чтобы докладывать о возможных нарушениях.

Ранее проведенная оценка политики сооплаты после первой волны реформ показывает, что неформальная оплата значительно снизилась в двух регионах, которые первыми внедрили реформы по сравнению с остальными шестью регионами, которые позже внедрили реформы. (Катцин 2001; Катцин 2004) Частота неформальных платежей медицинскому персоналу сократилась с 59% до 38%, а средняя неформальная оплата на 30% в областях, где реформы внедрялись раньше. Напротив, неформальные платежи персоналу немного возросли в тех, регионах, которые начали реформирование позже. Реформы оказали одинаково большое влияние на частоту и уровень неформальной оплаты за лекарства и медицинские принадлежности. До внедрения реформ, почти от 80% пациентов требовали обеспечить лекарствами и медицинскими принадлежностями, этот показатель снизился до 31% пациентов в областях,

внедривших реформы. Уровень неформальных платежей за медикаменты и медицинские принадлежности также продемонстрировал резкое снижение на 53% в реформируемых областях. Между тем, области, позже внедрившие реформы, испытывали незначительное снижение в частоте взносов за эти предметы, а также небольшое повышение в общем уровне платежей. Однако, в ходе исследования также обнаружилось, что реформы не изменили общий уровень расходов пациента, только их состав. Сокращение неформальной оплаты компенсировалось за счет повышения недавно внедренных ставок официальной сооплаты. Таким образом, общее финансовое бремя пациентов не изменилось. Авторы приходят к выводу о том, что важность проведения реформ в КР заключается в повышении прозрачности посредством формализации платежей пациентов, пока дальнейшее повышение финансовой защиты остается на политической повестке дня. Мы заново пересмотрели эти выводы в данном документе, дополнив ранее полученные данные информацией о дополнительных волнах проведения опросов в 2003, 2004, и 2006 годах.

3. Исследовательские вопросы

Цель этого документа заключается в том, чтобы ответить на три исследовательские вопроса:

1. Какие тенденции имели место в неформальных платежах в системе здравоохранения КР в период между 2001 и 2006 годами, и в какой степени эти тенденции объясняются внедренными реформами в области финансирования и предоставления услуг?
2. Какие группы населения извлекли выгоду из наблюдаемых тенденций в неформальной оплате, и в частности, изменилось ли общее финансовое бремя пациентов для социально значимых групп, включая льготников, беременных женщин, детей и пожилых?
3. Каковы общие объемы неформальных платежей в системе здравоохранения сегодня относительно других источников финансирования, и каковы объемы их дальнейшего сокращения?

4. Источники данных

Данные, использованные в этом анализе, основаны на пяти волнах опросов, проведенных с госпитализированными пациентами, спустя 4-6 месяцев после выписки. Опросы госпитализированных пациентов проводились в феврале 2001 года, июле 2001 года, апреле 2003 года, апреле 2004 года и октябре 2006 года. (Таблица 1) Размер выборки обследований варьировал от 2,913 до 5,337, образовав в результате базу данных в 20,955 интервью по неформальной оплате. Эта крупнейшая база данных в мире, документирующая основные направления по неформальной оплате с использованием одной и той же методологии через годы.

Таблица 1. Размер выборки пяти волн опроса

| Месяц госпитализации | Число интервью | как доля госпитализаций* в месяц проведения опроса |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| Февраль 2001 года | 2,913 | 7.4% |
| Июль 2001 года | 3,731 | 9.9% |
| Апрель 2003 года | 4,440 | 9.5% |
| Апрель 2004 года | 4,534 | 8.0% |
| Октябрь 2006 года | 5,337 | 9.4% |

Примечание: среди стационаров, заключивших контракты с ФОМС

Перечень пациентов, госпитализированных в месяцы, указанные выше, и выписанных домой, обеспечил основу для построения выборки обследований. Обследуемая группа больных стратифицировалась по областям (8) и типу случаев (5), образовав в итоге 40 страт. Некоторые ячейки выборки небольшого размера, но представляющей политический интерес, были отобраны с излишком для придания соответствующей силы (напр. хирургические случаи в менее населенной местности). В результате, опрос не является само-взвешенным, а удельные значения были разработаны с целью представления группы госпитализированных больных.

Поскольку, основа выборки была получена из базы данных ФОМСа, идентификаторы пациентов были построены так, чтобы информация, получаемая во время опроса от пациентов, могла быть объединена с данными по характеристикам случая со стороны предложения, зафиксированными в базе данных ФОМСа. Полученная в результате база данных является богатым набором данных по неформальной оплате, а также характеристикам лечения со стороны спроса и предложения, и позволяет проведение более глубокого анализа детерминантов неформальной оплаты, чем было возможно до настоящего времени. Объединение данных производилось исследователями проекта, и у ФОМСа не было доступа к персонализированным данным по неформальной оплате, что обеспечило конфиденциальность пациента и поставщика.

Таблицы 2. Переменные из опроса и базы данных ФОМСа

| Данные из интервью пациента | Данные из базы данных ФОМСа |
|---|--|
| → Полученные услуги и произведенные платежи во время госпитализации <ul style="list-style-type: none"> ▪ Госпитализация ▪ Персонал ▪ Лекарства и мед. принадлежности ▪ Не мед. принадлежности ▪ Питание | → Возраст → Пол → Страховой статус → Льготный статус → Тип случая <ul style="list-style-type: none"> ▪ Роды ▪ Хирургия ▪ Терапия |
| → Контекстуальные факторы, окружающие неформальную оплату <ul style="list-style-type: none"> ▪ Почему платили? ▪ Где вносилась сооплата? ▪ Знал ли пациент, сколько предполагалось платить (официально, неофициально)? ▪ Источники информации ▪ Механизмы справиться с оплатой ▪ Удовлетворенность полученной помощью | → Удельное значение случая из предполагаемой оплаты → Направление → Тип стационара <ul style="list-style-type: none"> ▪ Республиканский ▪ Областной ▪ Городской ▪ Районный |
| → Социально-экономический статус | → Больница → Область проживания → Официально зарегистрированная сооплата, оплаченная пациентом |

Желательный объем выборки для каждого года рассчитывался на основе распределения фактического количества пациентов в каждой стране. Предполагалось сначала, что не все случаи, выбранные из базы данных ФОМСа, будут установлены, поэтому ФОМС попросили отобрать больше случаев, нежели желательный объем выборки. Случайно выбранные имена пациентов и адреса были переданы исследовательской компании, выбранной ВОЗ для выполнения этого задания на конкурсной основе. В течение всех пяти лет проведения опроса, контракт присуждался одной и той же компании. Перечень, предоставляемый ФОМС, содержал небольшое количество неполных адресов каждый год, по которым исследовательская компания не наносила визиты. С оставшимися больными связались, и достаточно большое количество не смогли найти, потому что респонденты переехали, не оставив адреса, жилье снесли или адрес оказался неправильным. Только очень маленький процент респондентов отказались отвечать на вопросы после того, как они были определены и с ними связались, не достигнув 1% из контактированных мест. Существовали и другие причины, способствующие невозможности завершить интервью, такие как, например, пациент умер сразу после госпитализации, был повторно госпитализирован, не в состоянии отвечать на вопросы, никогда не госпитализировался, и т.п. В целом, доля ответивших при обследовании варьировала от 74% до 100% в рамках проинтервьюированных случаев как доля от желательного размера выборки, и от 70% до 82% в рамках опрошенных респондентов как доля от контактированных мест. Доля ответивших варьировала по областям в год проведения опроса, а удельные значения выборки были скорректированы для не ответивших.

Таблица 3. Показатель ответивших по волнам проведенных опросов

| | 2001Ф | 2001И | 2003 | 2004 | 2006 |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Желательный размер выборки | 3460 | 4500 | 6000 | 4500 | 6500 |
| Размер выборки, предоставленный ФОМС | 4283 | 5505 | 5483 | 6352 | 7547 |
| Неполные адреса в базе данных ФОМС | 251 | 240 | 91 | 146 | 398 |
| Контактированные места | 4032 | 5265 | 5392 | 6206 | 7149 |
| Не смогли найти | 950 | 1398 | 900 | 1602 | 1686 |
| Отказались от интервью | 22 | 26 | 0 | 68 | 54 |
| Другая причина | 143 | 110 | 52 | 2 | 72 |
| Опрошенные | 2917 | 3731 | 4440 | 4534 | 5337 |
| Показатель отказов (Отказавшие как % тех, с кем связались) | 0.5% | 0.5% | 0.0% | 1.1% | 0.8% |
| Показатель ответов 1 (Опрошенные как % тех, с кем связались) | 72.3% | 70.9% | 82.3% | 73.1% | 74.7% |
| Показатель ответов 2 (Опрошенные как % от желательного объема выборки) | 84.3% | 82.9% | 74.0% | 100.8% | 82.1% |

5. Инструмент опроса

Получение достоверных ответов по неформальной оплате является сложной задачей, потому что респонденты могут не захотеть обнаруживать то, что были втянуты в неофициальные или незаконные действия, особенно во время опросов, проводимых в медицинских учреждениях, где они могут бояться, что это повлияет на их лечение. Проведение опроса 4-6 месяцев спустя после выписки снижает этот страх. Для того, чтобы и дальше минимизировать потенциальные смещения по причине нежелания признаваться в противозаконном поведении, в инструменте опроса, примененном в этом исследовании, не использовались слова “формальная” и “неформальная” оплата. Скорее, вопросы формулировались так, чтобы восстановить в памяти пациентов подробную историю произведенных платежей. (Таблица 4) Переменные для формальной и неформальной оплаты кодировались исследователями по факту во время аналитической стадии. Это было возможно, потому что правила внесения оплаты пациентами в стационарах КР четко прописаны: сооплата – это официальная оплата, которая производится при госпитализации, тогда как все дополнительные платежи персоналу, за медикаменты и другие принадлежности являются неформальными. Данный подход позволил минимизировать смещения в предоставленной информации и дестигматизацию предоставления информации о неофициальной практике.

Таблица 4. Категории немедленной оплаты

| Оплата медицинскому персоналу | Другие платежи |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечащий врач ▪ Медсестра ▪ Хирург ▪ Анестезиолог ▪ Лаборанты ▪ Персонал, проводящий диагностику (напр. рентгенлаборант) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Госпитализация ▪ Питание ▪ Медикаменты ▪ Медицинские принадлежности (бинты, шприцы, рентген пленка, расходные материалы для лаб. анализов) |

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Физиотерапевт ▪ Другие | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Другие принадлежности (белье, одежда) |
|---|---|

Несмотря на то, что большинство платежей производились наличными в кыргызских сомах, также были примеры платежей, осуществленных в долларах США или в натуральном выражении. Чтобы охватить все возможные платежи, каждый вопрос об оплате начинался с суммы, оплаченной наличными в кыргызских сомах или в долларах США, а затем в натуральном выражении тоже в кыргызских сомах и долларах США. Долларовая сумма конвертировалась в кыргызские сомы для анализа с применением среднего уличного обменного курса в месяц госпитализации. (Таблица 5)

Таблица 5. Пример формулирования вопросов по неформальной оплате

| | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|---------------------|
| 1 | Платили ли вы или кто-то еще за медикаменты во время этой госпитализации ? | Да... ...1 Нет ...2 >>г. 8 | Наличные.....1 | _____сом |
| | | | | _____доллары США |
| | | | В натуральном выражении2 | _____сом |
| | | | | _____доллары США |

6. Индикаторы

Четыре индикатора было создано для анализа всех категорий неформальной оплаты, и они будут использоваться в Разделе 6, чтобы представить результаты.

- a) **Процент пациентов, производящих неформальную оплату** – этот индикатор показывает распространенность неформальной оплаты;
- b) **Средняя и медианная оплата среди тех, кто платит** – этот индикатор показывает средний/медианный размер транзакций, поскольку те, кто не платит, не включены в анализ и не занижают уровень фактических транзакций своими нулевыми платежами;
- c) **Средняя и медианная оплата среди всех пациентов (a*b)** – на этот индикатор влияет как распространенность оплаты, так и ее уровень среди тех, кто платит;
- d) **Общий объем неформальной оплаты (a*b*госпитализации)** – на этот индикатор влияет распространенность неформальной оплаты, средний уровень транзакций, и число госпитализаций.

Эти индикаторы рассчитываются для следующих категорий оплаты: оплата медицинскому персоналу, оплата за медикаменты, медицинские принадлежности, немедицинские принадлежности и питание. Под сомнением находится то, является ли оплата за питание неформальной оплатой, поскольку пациенты везде в мире платят дополнительно за питание, когда госпитализируются. Реформы в

Кыргызстане нацелены на улучшение питания в стационарных учреждениях, и мы предоставляем данные по расходам пациентов на питание. Представляя итоговые данные, мы указываем, включают ли они оплату за питание или нет.

7. Результаты

В 2001 году, пациенты оплачивали 1,479 сомов в среднем, когда госпитализировались. Это составило 22% годовых средств на душу среднестатистического кыргызского домохозяйства в тот год, по расчетам Национального статистического комитета¹, что возлагало огромное бремя на домохозяйства, которые испытывают случаи госпитализации. В среднем, 50% этих платежей производились за лекарства (39%) и медицинские принадлежности (11%), 32% - за питание, 11% - персоналу и 7% - за немедицинские принадлежности. Как мы показали в этом разделе, значительное сокращение произошло в некоторых компонентах неформальной оплаты, но не во всех. Самый большой компонент неформальной оплаты - медикаменты и медицинские принадлежности - сократился значительно в период между 2001 и 2006 годами, и эти доказательства могут быть системным образом связаны с внедрением системы единого плательщика и проведением реструктуризации. (Раздел 7.1) С другой стороны, неформальные платежи медицинскому персоналу, за немедицинские принадлежности и питание еще существенно не сократились, и многие факторы обуславливают этот результат. (Разделы 7.2 и 7.3) Тогда как эти тенденции привели к значительному снижению общего финансового бремени пациента (Раздел 7.4), неформальная оплата, связанная с госпитализациями, оставалась значительной и насчитывала 26-30% от общих расходов на больничном уровне (Раздел 7.5)

7.1. Оплата пациентов за медикаменты и медицинские принадлежности

В период между 2001 и 2006 годами, частота и уровень платежей пациентов за медикаменты и медицинские принадлежности демонстрируют наиболее существенное сокращение из всех категорий неформальной оплаты. В 2001 году, 81% госпитализированных пациентов вынуждены были покупать медикаменты и 72% вынуждены были покупать медицинские принадлежности для лечения, которое получали в стационаре. В 2006, 51% пациентов платили за медикаменты и 35% платили за медицинские принадлежности, что было признаком существенного снижения потребности делать такие покупки. Средняя оплата также снизилась значительно, как за медикаменты, так и за медицинские принадлежности. Те, кто покупал медикаменты, расходовали 559 кыргызских сомов в среднем в 2006 году (по ценам 2001 года) в отличие от 763 кыргызских сомов в 2001 году, снижение на 27% в реальном исчислении. Те, кто покупал медицинские принадлежности, расходовали 127 кыргызских сомов в среднем в 2006 году (по ценам 2001 года) по сравнению с 172 сомами в 2001 году, снижение на 26% в реальном исчислении.

¹ На основе общего потребления домохозяйства, рассчитанного в Кыргызском интегрированном обследовании домохозяйств.

График 1. Оплата за медикаменты (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)

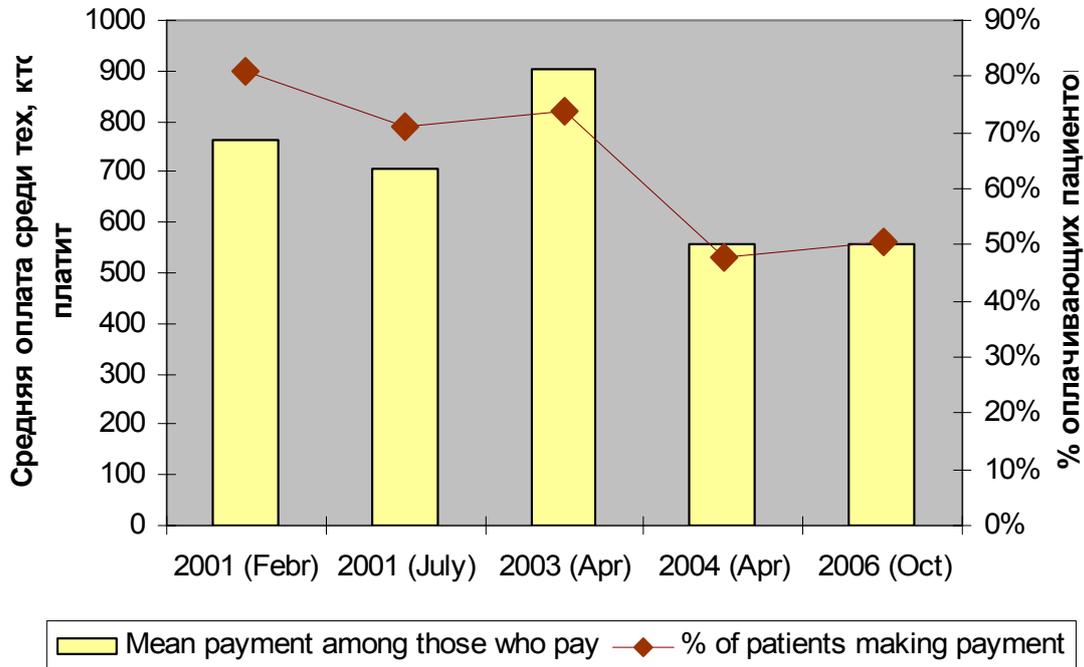
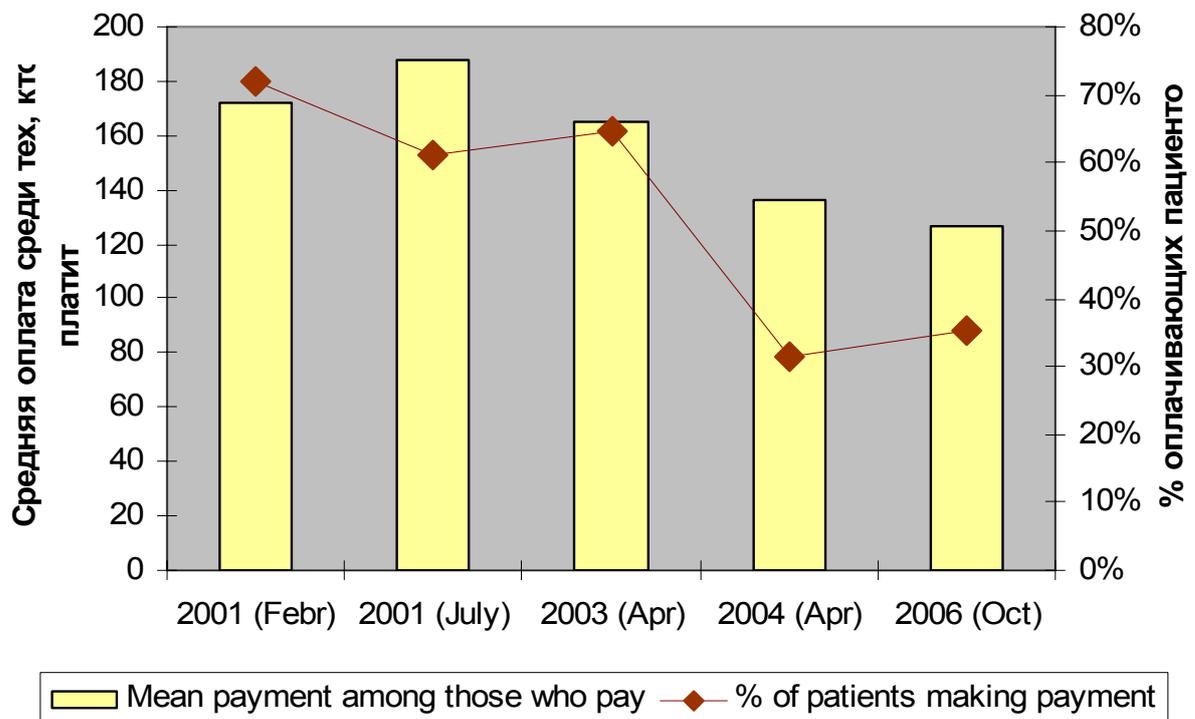
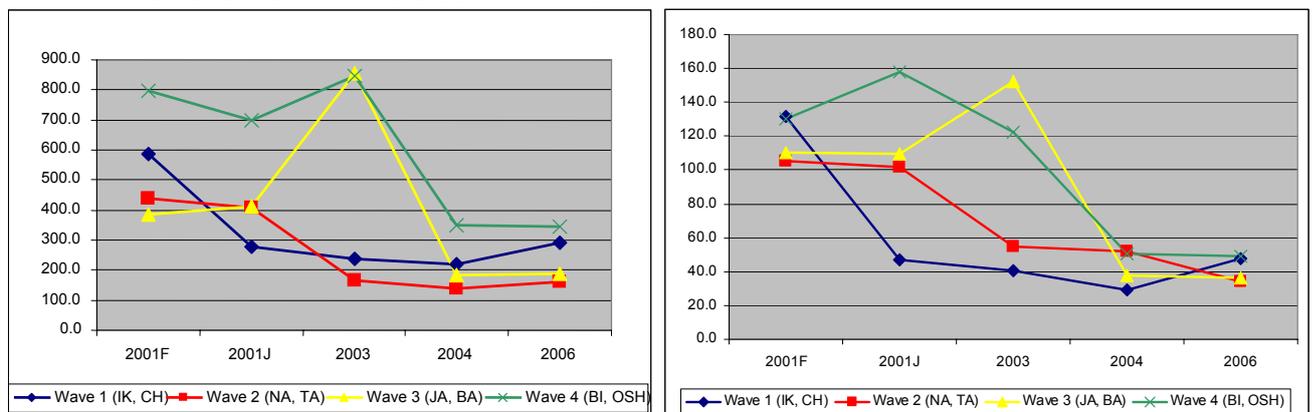


График 2. Оплата за медицинские принадлежности (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)



Снижение в платежах пациентов за медикаменты и медицинские принадлежности непосредственно связано с внедрением системы единого плательщика в стране, которому способствовала реструктуризация учреждений и рационализация внутрибольничного распределения расходов. Реформы внедрялись в четыре волны по две области, вступающие в новую систему каждый год, начиная с 2001 года и далее. Анализ по волнам реформ показывает, что спады в неформальной оплате за медикаменты и медицинские принадлежности происходили спустя год, после того как области вошли в систему единого плательщика. Например, Иссык-Кульская и Чуйская области вошли в первую волну и вступили в систему единого плательщика в марте 2001 года, а спад в оплате за медикаменты и медицинские принадлежности уже отмечался там во время июльской волны обследования 2001 года. В то же время, расходы на медикаменты и медицинские принадлежности не изменились в других областях за тот же период времени. Аналогичным образом, Нарынская и Таласская области составили вторую волну и вошли в систему единого плательщика в марте 2002 года, а спад в оплате за медикаменты и медицинские принадлежности отмечался там во время третьей волны обследования в 2003 году. В то же самое время, расходы на медикаменты и медицинские принадлежности фактически увеличились в других областях. Такая же взаимосвязь между внедрением реформ и спадом в неформальной оплате наблюдалась в остальных областях. **На Графике xx продемонстрированы эти тенденции для медикаментов**

График 3. Средняя оплата за медикаменты и медицинские принадлежности по волнам реформирования (среди всех пациентов)



Такой результат стал возможен благодаря комбинации механизмов, которые включали централизацию аккумулирования средств, замену исторически сложившихся постатейных бюджетов механизмом оплаты за случай, сокращение больничной инфраструктуры и внедрение сооплаты за госпитализации. В рамках системы единого плательщика были созданы закупочные пулы областного уровня, и внедрена оплата за случай для стационаров. Оплата за случай обеспечила стимулы для стационаров сократить издержки госпитализированных пациентов, а следовательно, лечить эффективнее. До внедрения системы оплаты за случай, группа экспертов работала с каждой больницей, показывая их доходы и расходы по новой системе, до и после реструктуризации физической инфраструктуры. Стационары Кыргызстана функционируют в нескольких 2х этажных зданиях, иногда более, чем в 20. В результате этого, начался процесс рационализации, и здания или крылья зданий

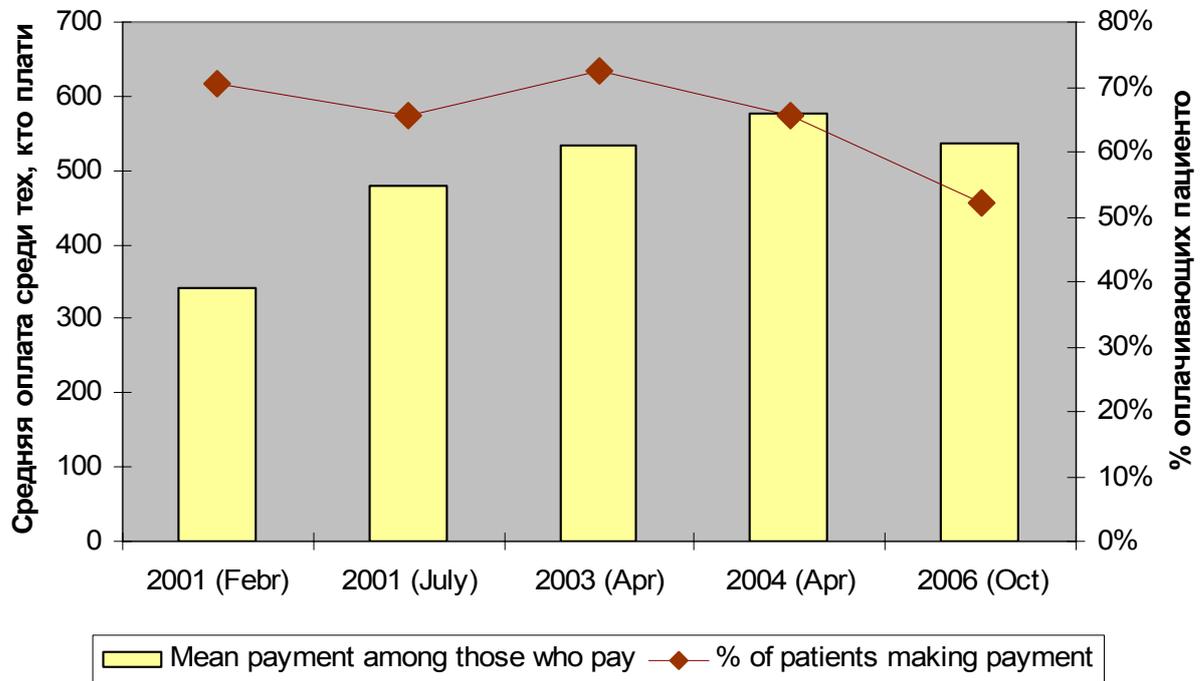
передавались для немедицинского использования, сносились или сдавались в аренду для коммерческой деятельности. За период с 2001 по 2004 годы, общая площадь сократилась на 40%. Сокращение физической инфраструктуры и рационализация штатного расписания позволили сэкономить значительные средства на постоянных издержках, а сэкономленные средства были перенаправлены на медикаменты и медицинские принадлежности. Такое перераспределение средств позволило стационарам лучше материально обеспечивать свои учреждения ресурсами, необходимыми для оказания непосредственной помощи пациентам. В период между 2000 и 2003 годами, доля расходов здравоохранения непосредственно на помощь пациентам (медикаменты, принадлежности и питание) повысилась с 16% до 36%.

Более того, была введена сооплата в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ), которая регулирует права и обязанности при получении мед. услуг и оплате за них. ПГГ внедрялась как часть реформ по системе единого плательщика. Сооплата была введена как единовременная сумма, оплачиваемая за госпитализацию в кассе стационара. Система сооплаты была простой и без труда понятной с разными ценами за хирургию, терапию и роды с одной стороны, и разными льготами, страховым статусом и статусом направления с другой стороны. Учреждениям разрешается оставлять сооплату себе, но от них требуется выделять 80% от сооплаты на закупку медикаментов и медицинские принадлежности, а оставшиеся 20% они могут использовать на вознаграждение медицинскому персоналу. Сборы от сооплаты составили около 10% от официального потока поступлений стационаров, следовательно, это означало довольно значительные дополнительные средства на медикаменты и медицинские принадлежности. В сочетании с сэкономленными средствами от расходов на коммунальные услуги и персонал, дополнительные доходы позволили стационарам значительно повысить свои расходы на медикаменты и медицинские принадлежности, а также снизить необходимость для пациентов обеспечивать это для оказания им помощи с ощутимым снижением финансового бремени для пациентов.

7.2. Оплата медицинскому персоналу

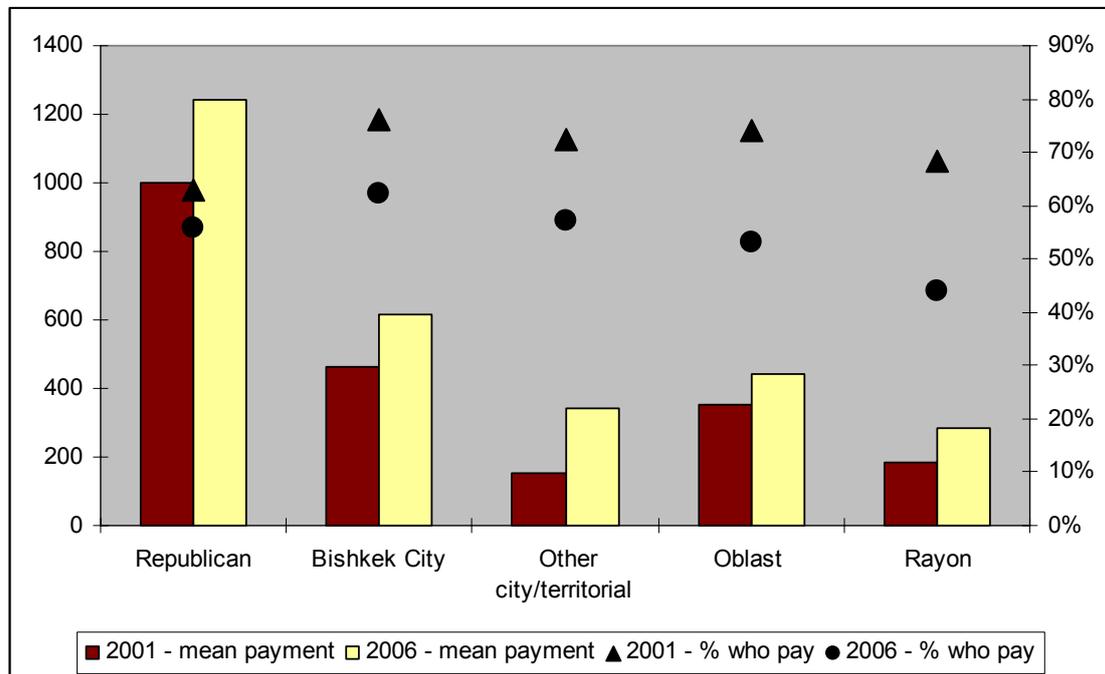
Напротив, оплата медицинскому персоналу не показывает такого однозначного улучшения: несмотря на то, что меньше пациентов платили в 2006 году, чем в 2001 году, сумма, оплачиваемая ими, значительно повысилась. Частота оплаты медицинскому персоналу снизилась с 70% до 52% пациентов, тогда как средняя сумма среди тех, кто платит, увеличилась с 342 сомов до 536 сомов, или на 57% в реальном исчислении в период между 2001 и 2006 годами. Несмотря на то, что сокращение в частоте оплаты персоналу указывает на некоторый прогресс в формализации зарплаты медицинского персонала, половина пациентов продолжают оплачивать медицинскому персоналу и те, кто платит, платят почти на 60% больше в реальном исчислении, чем до внедрения реформ.

График 4. Оплата медицинскому персоналу (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)



Тенденции по типу медицинского учреждения показывают интересную картину. Частота оплаты медицинскому персоналу была достаточно одинаковой во всех типах стационаров (республиканские, Бишкекские городские, областные, районные) в 2001 году, в среднем достигнув 70%. Частота оплаты медицинскому персоналу значительно снизилась во всех учреждениях с самым большим снижением в районных больницах (с 68% до 44%) после областных больниц (с 74% до 53%), Бишкекских городских больниц (от 76% до 62%) и республиканских больниц (от 63% до 56%). Средняя оплата среди тех, кто платит, продемонстрировала большие колебания в 2001 году по типам учреждений перед внедрением реформ с 182 кыргызских сомов в районных учреждениях до 1,000 кыргызских сомов в республиканских учреждениях. Средняя сумма транзакций значительно повысилась во всех типах учреждениях: в республиканских учреждениях на 24%, в Бишкекских городских учреждениях на 32%, в областных учреждениях на 26% и в районных учреждениях на 56%.

График 5. Оплата медицинскому персоналу по типу учреждения (частота и средняя оплата среди тех, кто платит)

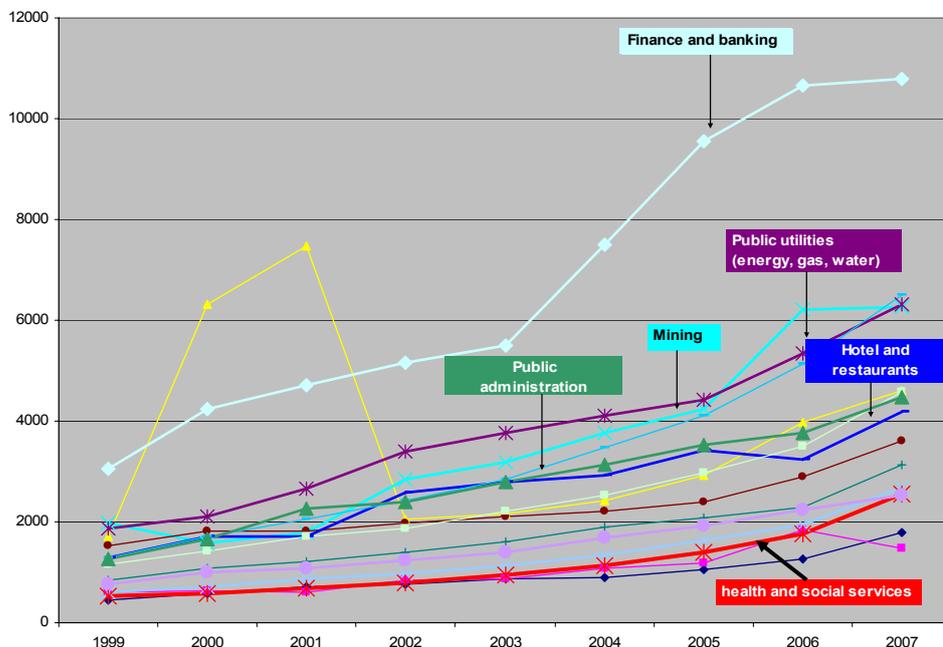


Основная причина отсутствия явного снижения в неформальной оплате медицинскому персоналу заключается в низком уровне средней заработной платы в секторе здравоохранения. В период между 1999 и 2004 годами, зарплата в секторе здравоохранения была самой низкой среди всех отраслей, отслеживаемых Национальным статистическим комитетом, оставаясь позади других государственных секторов, таких как государственное управление, коммунальное обслуживание и частные сектора, такие как гостиничный и ресторанный, а также банковский сектор. В этот период, зарплата в секторе здравоохранения была в половину меньше, чем в других отраслях. В 2005 году повышение ставки годового оклада начало ускоряться, особенно с увеличением финансовых объемов благодаря широко секторальному подходу (SWAp), как в части бюджетных средств, так и в части донорских средств. Несмотря на эти повышения, зарплата в секторе здравоохранения составила 64% от среднего уровня заработной платы в 2007 году, указывая на то, что выделяемые надбавки к заработной плате все еще являются недостаточными для полной ликвидации разрыва между работниками сектора здравоохранения и средним гражданином КР, работающим в формальном секторе.

Во время недавно проведенного исследования, в ходе которого анализировались финансовые и нефинансовые причины миграции медицинских работников, было опрошено 243 медицинских работника в районах, особенно подверженных миграции и дефициту кадров. (Мурзалиева, Кожокеев и др. 2008) В ходе исследования выяснилось, что 83% врачей были недовольны уровнями своей оплаты. Уровень заработной платы в этой группе в среднем составлял 3,040 сомов (от 2,000 до 4,000 сомов), что ниже минимальной потребительской корзины - 3,365 сомов на человека в месяц. Опрошенные врачи отмечали, что существующие уровни заработной платы не позволяют обеспечивать семью и

угнаться за продолжающимся ростом цен на продукты и коммунальные услуги. В результате, 77% опрошенных врачей были в долгах и вынуждены искать другие источники дохода вне сектора здравоохранения (напр. сельскохозяйственные работы, торговля, и т.п.) В то время как небольшая доля респондентов не выражали недовольство по поводу уровней зарплаты и зарабатывали в пределах 5,000-7,000 сомов, но они должны были отрабатывать несколько дежурств без отпуска и выходных, чтобы сохранять такой уровень. В результате проведенного исследования были сделаны выводы о том, что крайне низкая заработная плата, на которую невозможно содержать семьи медицинского персонала, большая загруженность, работа по несколько дежурств без отпуска, привело к напряжению, депрессии, сильному недовольству и безнадёжности среди медицинских работников, тем самым, увеличив число тех, кто работает за границей.

График 6. Ежемесячная средняя заработная плата по отраслям, 1999-2007 годы



Источник: Национальный Статистический Комитет

Анализ средней оплаты персоналу по специальностям подтверждает неофициальные данные о том, что цены на получение помощи варьируют значительно по медицинским состояниям от 345 сомов до 1766 сомов. Беспокойство часто вызывает то, существуют ли значительные ценовые барьеры для беременных женщин и детей при обращении за помощью. На Графиках 7 и 8 показано, что частота неформальной оплаты медицинскому персоналу является высокой при беременности и связанных с ней состояниях, но уровень этой оплаты самый низкий среди всех других. В среднем, беременные женщины платили 438 сомов персоналу в 2006 году за госпитализацию, связанную с родами и 345 сомов за госпитализации, связанные с перинатальными состояниями. С точки зрения финансовой защиты, эти платежи не должны повышать беспокойство, поскольку 9 месяцев беременности позволяют женщинам сэкономить средства для родов в отличие от пациентов с неожиданно возникшими заболеваниями (напр. инфаркт,

инсульт). Детские госпитализации в основном происходят по причине инфекционных и респираторных заболеваний, которые также демонстрируют самую низкую оплату среди всех других состояний - 508 сомов и 420 сомов соответственно. В целом, самые высокие платежи производились за состояния, требующие хирургических вмешательств или применения высоких технологий (напр. кардиология, лечение рака, абдоминальная хирургия).

График 7. Частота неформальной оплаты персоналу по нозологиям, 2006

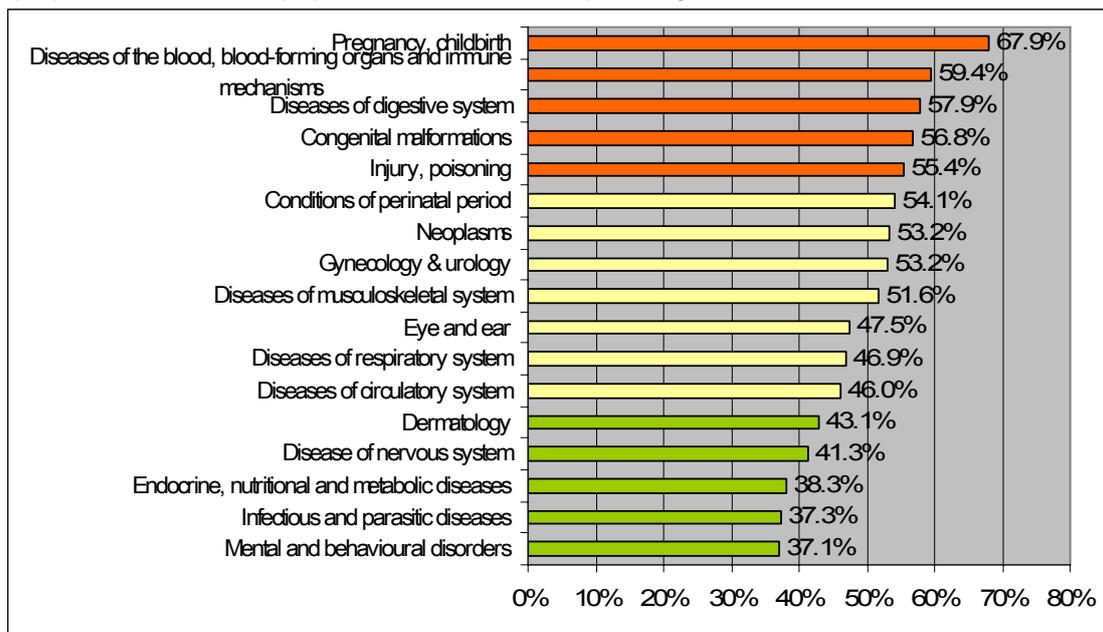
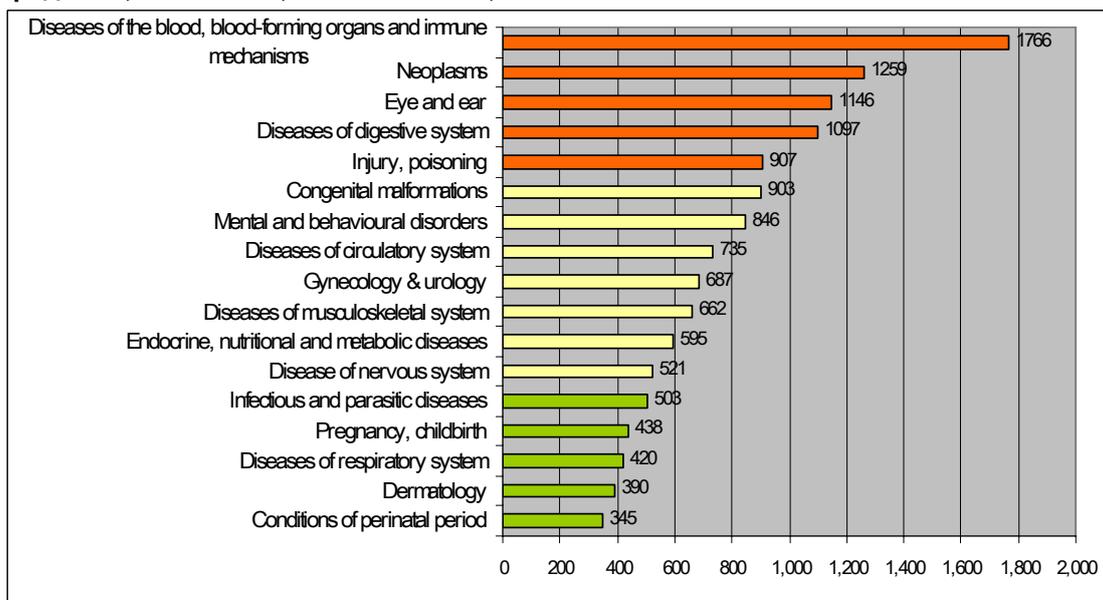


График 8. Среднее значение неформальной оплаты, произведенной персоналу среди тех, кто платил, по нозологиям, 2006



7.3. Другие платежи

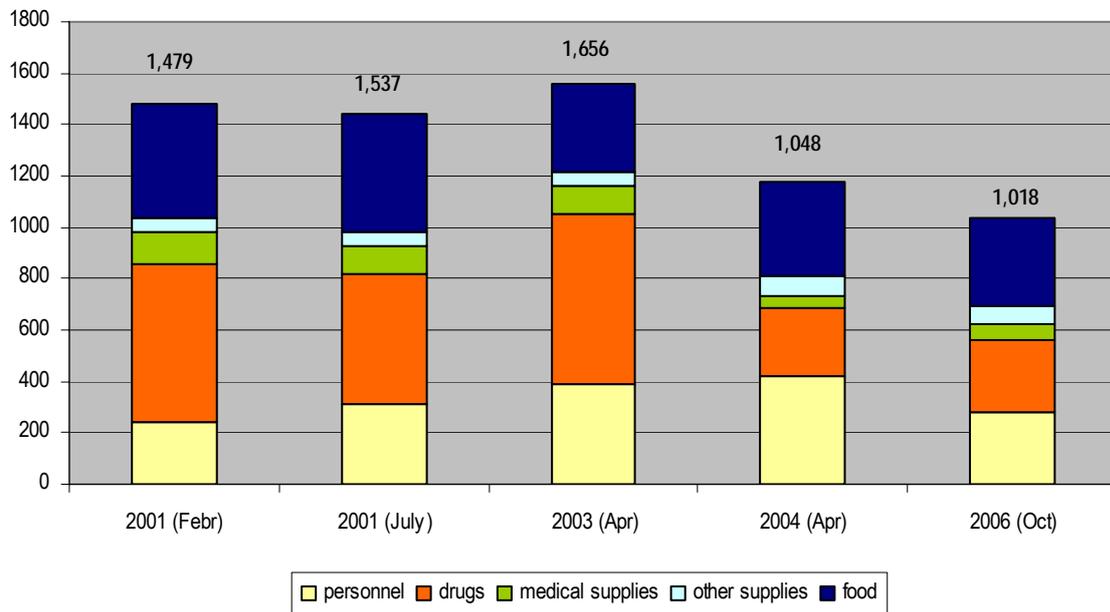
Платежи пациентов за питание также снизились, несмотря на то, что величина снижения была менее выраженной, чем за медикаменты и медицинские принадлежности. В 2001 году, 91% пациентов платили за питание, когда госпитализировались и платили в среднем 490 сомов. В 2006 году, 76% госпитализированных пациентов покупали свои продукты и платили в среднем 447 сомов (по ценам 2001 года), снижение на 9% в реальном исчислении.

Не произошло продвижения в плане сокращения платежей пациентов за немедицинские принадлежности. Немедицинские принадлежности включают покупку белья, лампочек, блокнотов, мыла, некоторые из которых пациенты покупают для собственного пользования, а некоторые их просят приобрести в стационарах. Частота этих платежей оставалась стабильной в анализируемый период времени (45% в сравнении с 44%), а средняя оплата среди тех, кто платит, повысилась с 116 сомов до 161 сома (на 39%) в реальном исчислении. Несмотря на то, что повышение является значительным, доля платежей пациентов за медицинские принадлежности является довольно маленькой, следовательно, эта тенденция сильно не влияет на общую тенденцию в платежах пациентов.

7.4. Общее финансовое бремя пациентов и влияние на приоритетные льготные группы

В целом, общая средняя неформальная оплата значительно сократилась, и сокращение было больше, нежели повышение формальной сооплаты, что является чистой выгодой для пациентов. Средняя неформальная оплата сократилась на 461 сомов в реальном исчислении, в основном за счет сокращения оплаты за медикаменты и медицинские принадлежности. Средняя сооплата увеличилась на 176 сомов в период между 2001 и 2006 годами в среднем по всем пациентам. Это говорит об абсолютном снижении финансового бремени населения на 285 сомов в реальном исчислении или на 19%. В рамках ресурсов домохозяйств, эти платежи снизились с xx% до yy%, означая значительное сокращение финансового бремени для домохозяйств и высвобождение средств на другие цели. Состав средней оплаты также существенно изменился. Доля медикаментов и медицинских принадлежностей снизилась с 50% до 35% платежей пациентов, а доля оплаты медицинскому персоналу повысилась с 11% до 19%.

График 9. Средняя неформальная оплата по всем пациентам



Особенный интерес представляет то, как финансовое бремя пациента изменилось для приоритетных льготных групп ПГГ. Приоритетными льготными группами являются либо освобожденные от сооплаты, либо частично освобожденные. Определение приоритетных льготных групп менялось за обследованный период времени несколько раз с самым крупным расширением ПГГ в 2006 году. (Рамка 1) Приоритетные льготные группы, не оплачивающие сооплату или оплачивающие сниженную сооплату, составляют 59% госпитализаций, а финансовое бремя сооплаты распространяется на свыше 41% госпитализаций. В 2006 году, структура госпитализаций выглядела следующим образом: не освобожденные - 41%, роды - 24%, дети до пяти лет - 13%, освобожденные по социальным показаниям - 11%, освобожденные по медицинским показаниям - 7% и пенсионеры старше семидесяти пяти лет - 4%.

Сокращение неформальной оплаты для приоритетных групп населения было особенно серьезным. Поскольку, они не платят или платят сниженную сооплату, их чистая выгода от реформ превышала ту, что была у общего населения. Самая крупная чистая прибыль была определена для детей до пяти лет с абсолютным сокращением в общих платежах пациентов (неформальная оплата и сооплата) на 736 сомов или 52% в реальном исчислении. Абсолютное сокращение в общих платежах пациентов в реальном исчислении составило 37% для беременных, 33% для освобожденных по медицинским показаниям, 28% для пенсионеров старше 75 лет и 13% для освобожденных по социальным показаниям. Это означает, что реформы имели хороший целевой результат, и в особенности, извлекли пользу приоритетные группы населения.

На этот хороший целевой результат могли оказать влияние ряд факторов, хотя эти взаимосвязи нуждаются в дальнейшем подтверждении. Во-первых, кроме родов все группы нуждаются в применении медикаментов и медицинских

принадлежностей. Поскольку, эти перемены были вызваны сокращением в оплате за медикаменты и принадлежности, приоритетные группы могли извлечь пользу в более широком смысле, нежели общая группа пациентов. Во-вторых, у этих групп больше вероятность использования медицинских услуг, нежели у общего населения, следовательно, они могут быть подвержены ПГГ, а также своим правам и обязанностям. В результате, они возможно меньше хотят вносить неформальную оплату. В-третьих, эти группы больше социально и экономически ограничены.

Но, существуют не только победители. Общее бремя оплаты повысилось значительно для тех, кто не является частью прежних льготных категорий или новых льготных групп. В 2001 году, их общие платежи насчитывают 1,506 сомов, и это все неформальная оплата. К 2006 году, их бремя сооплаты возросло в среднем до 452 сомов в реальном исчислении, тогда как их неформальные платежи сократились до 1,215 сомов в реальном исчислении. В целом, их общие расходы на одну госпитализацию увеличились до 1,667 или на 11%. Эта группа населения включает всех детей старше пяти лет и взрослых трудоспособного возраста, за исключением рожениц.

С расширением ПГГ в 2006 году, около 40% пользователей стационаров брали на себя полностью бремя сооплаты, тогда как 60% являются освобожденными. В исследовании ОАПЗ 2007 года, проанализированы финансовые последствия расширения ПГГ, и сделаны выводы о том, что увеличение государственного финансирования в период с 2005 по 2006 год немного превысило потерю доходов от сооплаты вслед за изменением политики, следовательно, финансовый дефицит не увеличился. Однако, финансовый дефицит сохраняется, и политика не изменилась, увеличение финансирования сектора здравоохранения с 2006 года могло незначительно покрыть финансовый разрыв.

Рамка 1. Правила ПГГ для приоритетных льготных групп

- **Те, кто имеет определенные медицинские показания или социальный статус**
 - Освобожденные от сооплаты сначала
- **Беременные и роды**
 - 2001: Сооплата введена за другие госпитализации
 - 2002-04: Сооплата отменена
 - 2004: Сооплата в 200 сомов введена повторно
 - 2006: Сооплата отменена при расширении ПГГ
- **Дети до 5 лет**
 - Дети младше 1 года освобождены от сооплаты с начала
 - Сооплата для детей от 1 до 5 отменена в апреле 2006 года
- **Пенсионеры старше 75 лет**
 - Сооплата отменена в апреле 2006

График 10. Общие платежи за детей до 5 лет и беременных

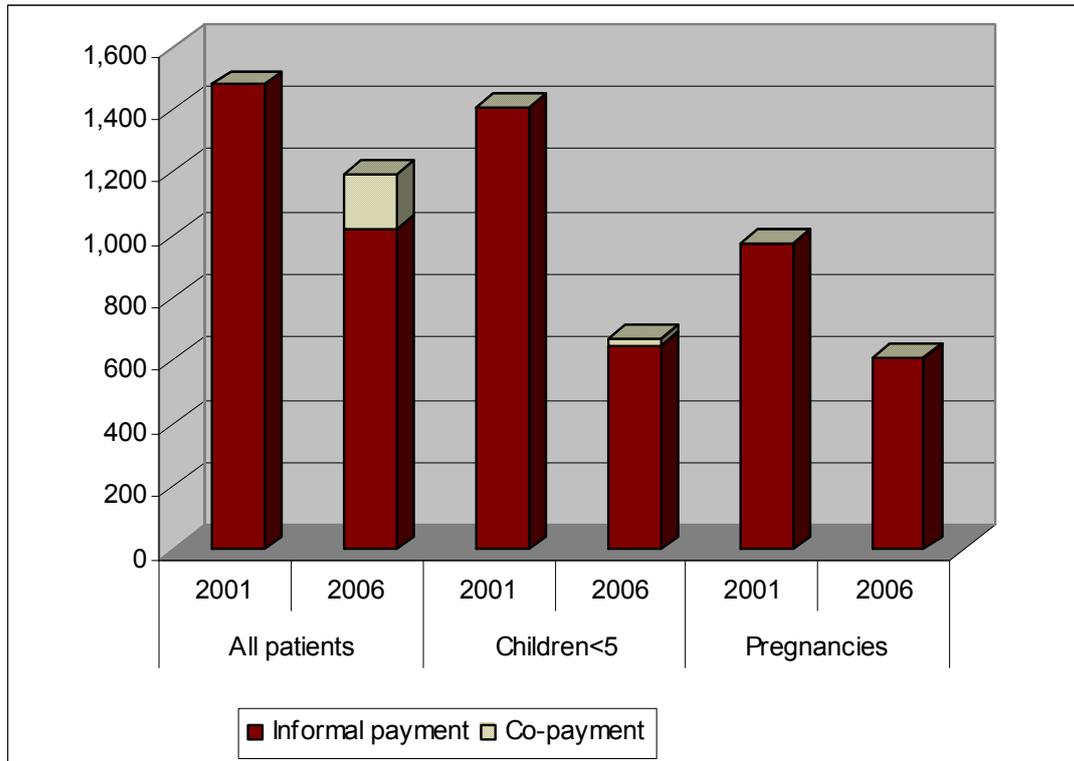
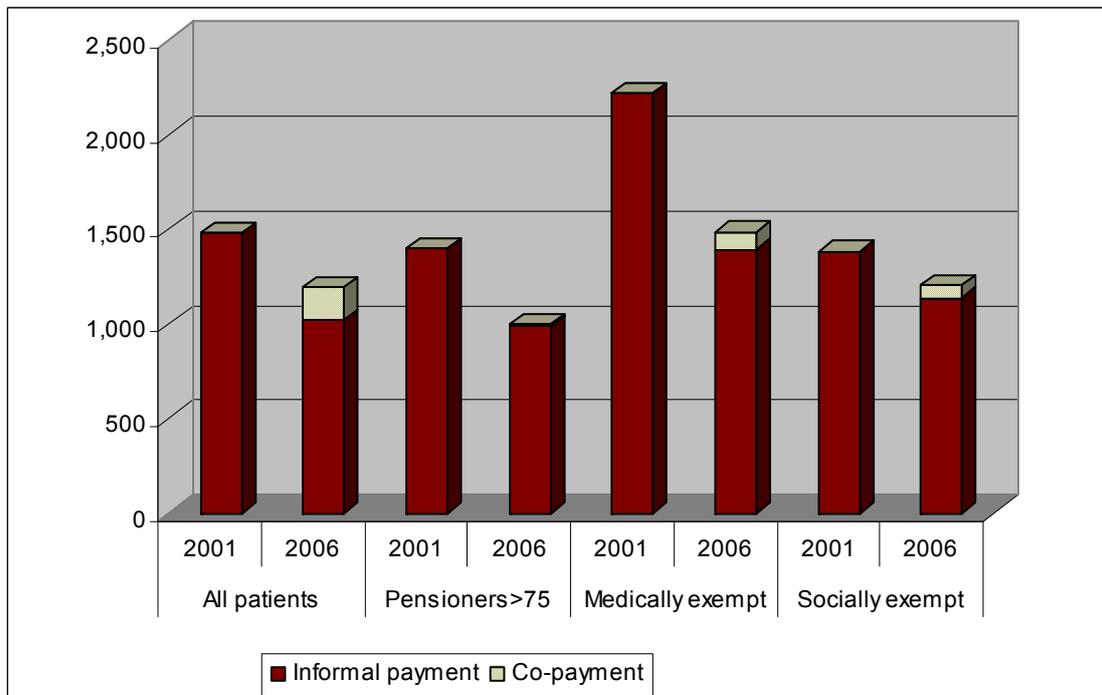


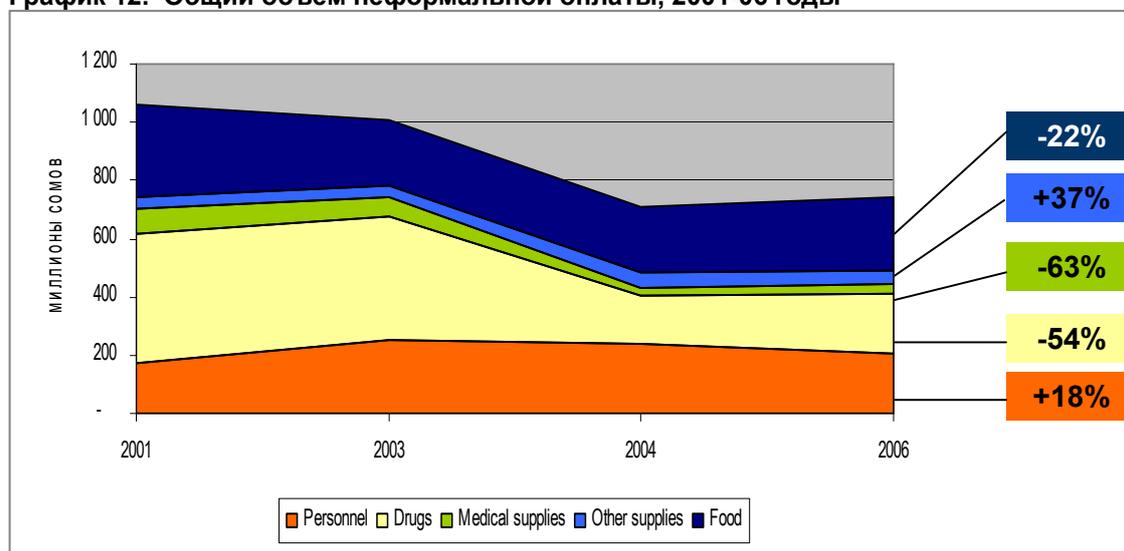
График 11. Общие платежи за пенсионеров и льготников



7.5. Общий объем неформальной оплаты

Общий объем платежей пациента (средняя оплата, помноженная на число госпитализаций) также показывает существенное снижение. В 2001 году, общие платежи пациентов в больничном секторе насчитывали 1.06 миллиард сомов, в том числе все виды оплаты, перечисленные выше. Произошло значительное снижение в общем объеме платежей пациентов за медикаменты (236.8 млн. сомов в реальном исчислении или 54%), медицинские принадлежности (56.2 млн. сомов в реальном исчислении или 63%) и питание (70 млн или 22%). Эти позитивные тенденции слегка перевешивает увеличение объема оплаты медицинскому персоналу (30 млн. сомов в реальном исчислении или 18%) или за другие принадлежности (14 млн в реальном исчислении или 37%). В результате этих тенденций, общий объем платежей пациентов уменьшился до 740 млн сомов (по ценам 2001 года) к 2006 году, снижение на 319 млн сомов или на 30%.

График 12. Общий объем неформальной оплаты, 2001-06 годы



По общему объему неформальной оплаты, мы рассчитали долю неформальных платежей в госпитальном секторе относительно источников официальной оплаты государственного финансирования и сооплаты за 2006 год. Поскольку, пациенты платят за питание, когда госпитализируются, даже в самых хорошо финансируемых системах здравоохранения, мы рассчитали итоговые цифры по неформальной оплате, включая и исключая расходы пациента на питание. Без расходов пациента на питание, общий объем неформальной оплаты составил около 26% от расходов на госпитальный сектор с остатком, состоящим из государственных расходов (67%) и сооплаты пациента (7.3%). Если включить расходы пациента на питание, доля неформальной оплаты выросла до 34% от общих расходов на стационары.

Эти цифры по неформальной оплате как доля от общих больничных расходов указывают на дефицит финансирования ПГГ (около 26-34%), которая находится в той же цепи, что и другие подходы, нацеленные на расчет финансового разрыва ПГГ. Официальная методология определения

потребностей финансирования ПГГ была разработана совместно Социум Консалт и ФОМС и принята в 2005 году Постановлением Правительства №280. По этой методологии рассчитываются потребности финансирования на основе минимальных стандартов, применяемых к кадрам, учреждению, оснащению, медикаментам и т.п. С применением этой методологии, дефицит финансирования ПГГ составил 27.4% в 2005 году и 24.8% в 2006 году после учета государственных средств и средств сооплаты. (Манжиева и др. 2007, Социум Консалт 2007) Эти цифры схожи, хотя немного и ниже тех, что представлены в отчете АОК Консалт, который финансируется KfW: они определили финансовый разрыв ПГГ в стационарах на уровне 39% в основном за счет недопоступлений средств на зарплату медицинского персонала. (АОК Консалт, 2009) Эти три источника указывают на корневую причину сохранения неформальной оплаты в системе здравоохранения КР: выделяемые государственные средства и доходы от сооплаты не покрывают затраты предоставления льгот, обещанных населению по ПГГ, финансовый разрыв сохраняется и заполняется за счет неформальных платежей.

Таблица 6. Доля неформальной оплаты в общих больничных расходах (2006)

| | Кырг. сомы | Доля от общего |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Государственные расходы на стационары | 1,683,479,000 | 67.08% |
| Сооплата | 182,400,000 | 7.27% |
| Неформальная оплата без питания | 643,804,269 | 25.65% |
| Итого (1) | 2,509,683,269 | 100.00% |
| Государственные расходы на стационары | 1,683,479,000 | 59.43% |
| Сооплата | 182,400,000 | 6.44% |
| Неформальная оплата без питания | 966,990,094 | 34.13% |
| Итого (2) | 2,832,869,094 | 100.00% |

Таким образом, общая неформальная оплата за госпитализации значительно сократилась в период между 2001 и 2006 годами с более 1.06 млрд сомов до 740 млн сомов в реальном исчислении. Это снижение было вызвано сокращением неформальной оплаты за медикаменты и медицинские принадлежности. Напротив, снижения не произошло в платежах пациентов медицинскому персоналу. Несмотря на значительное сокращение, неформальная оплата остается в системе здравоохранения и составляет 26-34% от общих больничных расходов. Устойчивое сохранение неформальной оплаты указывает на то, что дефицит финансирования ПГГ сохраняется, несмотря на то, что она (неформальная оплата) существенно сократилась. На практике, финансовый разрыв ПГГ ведет к зарплате, которая ниже, чем ожидалось и к сохранению

необходимости для пациентов покупать медикаменты и медицинские принадлежности несмотря на то, что происходит это не так часто, как раньше. Интерес представляет то, могло ли сокращение неформальных платежей быть больше. Внедрение новых механизмов финансирования здравоохранения в период между 2001 и 2004 годами происходило в условиях сокращающихся и неустойчивых потоков финансирования в сектор здравоохранения. Во-первых, областное финансирование стало снижаться вслед за успешной реструктуризацией, поскольку сокращение кадров и коек повлекло за собой хорошо-привитую реакцию советской бюджетной системы: если снижаются вложения, то должны снизиться государственные средства. В результате этого механистического отклика, по сути, были изъяты сэкономленные средства из сектора здравоохранения, что снизило стимулы поставщиков для принятия на себя болезненных процессов сокращения в других местах. Во-вторых, введение сооплаты имело вытесняющий эффект для государственных расходов, и предельные ресурсы предоставлялись тем секторам, у которых не было шанса собрать дополнительные доходы посредством сооплаты. (Катцин 2004) В-третьих, планируемые доходы несоответствующим образом предоставлялись в распоряжение сектора здравоохранения, что приводило к непостоянному исполнению бюджета, регулярному наложению ареста на имущество и недостаточным отчислениям из Социального Фонда в ФОМС. Эти факторы создали затруднительную ситуацию для ФОМС, чтобы продолжать на ежедневной основе удовлетворять контрактные соглашения для поставщиков и населения. Это в свою очередь отразилось на зарплате и наличии лекарств, и незамедлительно вызвало несогласие основных партнеров. Ситуация с финансированием начала улучшаться в 2006 году с вступлением в силу SWAp и значительным улучшением как в распределении бюджетных средств, так и в их исполнении.

8. Ограничения

Настоящее исследование является единственным исследованием в Европейском регионе ВОЗ по неформальной оплате, в котором применялся специализированный опрос с целью измерения уровня неформальной оплаты, а также единая методология за шестилетний период. Таким образом, полученные данные являются высококачественными данными по неформальным платежам в регионе. Тем не менее, как и все исследовательские проекты, у этого проекта тоже есть ограничения.

Все опросы страдают от возможных ошибок памяти. Респонденты могут не помнить конкретные события, о которых спрашивают во время интервью. Часто пациенты сами не платят, когда госпитализируются, родственники платят от их лица, и пациент может не знать точно, сколько было оплачено. В этом исследовании, мы ставили своей целью улучшить ситуацию с ошибками памяти несколькими путями. Во-первых, было только 4-6 месяцев между интервью и госпитализацией. В международной практике это оправдано, поскольку госпитализации являются важными событиями, которые проходят красной нитью в жизни людей, они их хорошо помнят в течение года. Во-вторых, мы разбили расходы на много разных компонентов, чтобы помочь респондентам вспомнить о конкретных выплатах, о которых они возможно забыли. В-третьих, вопросы по расходам были сформулированы так, чтобы узнать об оплате, произведенной

пациентом, а также другими от ее/его лица. (См. Раздел 5 по формулированию и последовательности вопросов) По причине этих факторов, уровень неформальной оплаты, представленный в этом документе, вероятно ниже истинных уровней в каждый обследуемый год. Тем не менее, поскольку эти проблемы воздействовали на данные в равной степени по годам, представленные тенденции являются достоверным представлением истинных тенденций в неформальных платежах во времени.

Чувствительные вопросы могли пострадать от предоставления недостоверной информации, потому что респонденты, возможно, не хотели признаваться в поведении, которое они считают незаконным и ненадлежащим. Мы попытались минимизировать недостоверное предоставление информации несколькими путями. Во-первых, опрос был анонимным, и респондентов заверяли в этом во время вводной части интервью. Во-вторых, при формулировке вопросов, мы просили пациентов подробнее дать информацию об оплате за госпитализацию, не используя слова “неформальная”, и даже не намекая на неофициальный характер этих платежей. Далее неформальные платежи обсуждались довольно открыто как признак недостаточного финансирования сектора, и поэтому сильный акцент не делался на неформальном характере этих платежей. В целом, мы считаем, что это небольшая опасность для недостоверности данных обследования.

9. Выводы и рекомендации для политики

Кыргызстан может продемонстрировать впечатляющие результаты в области сокращения неформальных платежей в системе здравоохранения за шестилетний период, особенно, за медикаменты, медицинские принадлежности и питание. Кыргызстан является единственной страной в бывшем СССР, которая может продемонстрировать такие результаты. Более того, это сокращение в неформальных платежах хорошо отразилось на приоритетных группах населения. Полученным результатам способствовало создание системы единого плательщика, что включало прогрессивную централизацию финансирования и внедрение механизмов оплаты поставщиков по числу населения/результату. Централизованное аккумулирование и разрыв с нормативами, основанными на вложениях при формировании бюджета, создали условия для успешной реструктуризации, что привело к сокращению расходов на медикаменты и принадлежности. Эти реформы активно пилотировались и постепенно были внедрены по всей стране в период между 2001 и 2004 годами. Реформы привели к выравниванию государственных расходов по регионам и более эффективному распределению ресурсов в медицинских учреждениях. Эти два результата снизили потребность пациентов платить за медикаменты, принадлежности и питание при госпитализации. В целом, сокращение неформальной оплаты в этих областях в значительной мере способствовало повышению финансовой защиты от затрат, связанных с заболеванием.

Несмотря на то, что эти достижения впечатляют, существенная сумма неформальной оплаты сохраняется в системе здравоохранения. Мы установили, что неформальные платежи составляют 26-34% от общих расходов здравоохранения на стационары. Сохранение этих платежей указывает на то, что остается дефицит финансирования ПГГ, который не покрывается за счет государственных средств и сооплаты. Более того, неформальная оплата медицинскому персоналу продолжает вызывать беспокойство, и ее объем возрастал на всех уровнях оказания помощи. Несмотря на то, что последние увеличения в финансировании сектора здравоохранения направлялись на зарплату медицинского персонала в большой степени, она продолжает отставать от национального среднестатистического показателя, и многие врачи сталкиваются с серьезными экономическими затруднениями, чтобы свести концы с концами. В ходе нашего исследования, было также обнаружено, что проблема финансового бремени успешно разрешается для приоритетных групп населения, но затраты этого достижения приходятся на 40% госпитализированных, которые платят сооплату, а также неформальную оплату. В целом, сохранение неформальных платежей остается политической проблемой, потому что они продолжают представлять собой не прогнозируемое финансовое бремя для пациентов и подрывать надежность гарантированной сущности ПГГ.

Не существует чудодейственных средств для того, как сократить неформальные платежи в системе здравоохранения КР. Во-первых, поскольку неформальная оплата является признаком дефицита финансирования в системе здравоохранения, ее снижение может предусматриваться только с дальнейшим увеличением в формальных (государственных и частных) источниках

финансирования. Дальнейшее увеличение бюджетного финансирования, продолжение использования донорских средств SWAp для ПГГ, возможное повышение налога с фонда заработной платы, когда восстановится экономика, и повышение сооплаты являются вариантами для повышения формального финансирования. Без этого, сокращение неформальной оплаты для существующего пакета гарантий и системы оказания услуг не будет возможным.

Во-вторых, ПГГ нуждается в пересмотре в рамках своей существующей ценовой структуры, которая проста и обеспечивает прозрачность. Модификации следует рассматривать вместе со следующими направлениями: (i) уровни сооплаты следует корректировать в соответствии с инфляцией прошлых лет, а уровень сооплаты следует поднимать; (ii) дифференциацию в оплате между республиканскими учреждениями, Бишкекскими городскими и другими учреждениями следует повышать, чтобы отразить колебания неформальной оплаты по этим учреждениям и (iii) небольшую сооплату для всех льготных групп следует рассматривать на уровне 200 сомов, что является не большим финансовым бременем для человека, а из-за большого объема льготных случаев (60% всех госпитализаций) могло бы означать огромные доходы для больниц.

В-третьих, необходимо изыскивать дальнейшие пути достижения эффективности в системе здравоохранения. Возможности для дальнейшей реструктуризации учреждений за пределами городов Бишкек и Ош ограничены. Хотя, в этих двух городах, данный вопрос остается на повестке дня, и политическое обязательство необходимо для продолжения этих мероприятий. Второе, целесообразность госпитализаций нуждается в изучении с последующей передачей помощи на амбулаторный уровень. Наконец, эффективность использования электроэнергии учреждениями необходимо улучшать, позволив сэкономленные на коммунальных расходах средства, в конечном счете, перераспределять на персонал, медикаменты и принадлежности.

Список литературы

- Абель-Смит, Б. и Дж. Фолкингем (1995). Частная оплата за медицинскую помощь в Кыргызстане Лондонская Администрация заморского развития, Отдел Здоровья и Населения, Центральная Азия.
- АОК Консалт. (2009). Пакет государственных гарантий Кыргызской Республики: Анализ существующего финансирования и расчет недофинансирования. АОК Консалт. Германия
- Балабанова, Д. и М. МакКи (2002). "Доступ к медицинской помощи в системе переходного периода: Ситуация Болгарии." Международный журнал по планированию и менеджменту здравоохранения **17**(4): 377-395.
- Балабанова, Д. и М. МакКи (2002). "Осмысление неформальных платежей за медицинскую помощь: пример Болгарии." Политика здравоохранения **62**(3): 243-273.
- Белли, П., Дж. Готсадзе, и др. (2004). "Наличные и неформальные платежи в секторе здравоохранения: Данные из Грузии." Политика здравоохранения **70**(1): 109-123.
- Чавла, М., П. Берман, и др. (1998). "Финансирование медицинских услуг в Польше: Новые данные по частным расходам." Экономика здравоохранения **7**(4): 337-346.
- Делчева, Э., Д. Балабанова, и др. (1997). "Платежи из-под-полы за медицинскую помощь: Данные из Болгарии." Политика здравоохранения **42**(2): 89-100.
- Энсор, Т. и Л. Савельева (1998). "Неформальные платежи за медицинскую помощь в бывшем Советском Союзе: некоторые факты из Казахстана." Политика и планирование здравоохранения **13**(1): 41-49.
- Фолкингем, Дж. (2004). "Бедность, наличные платежи "из-кармана" и доступ к медицинской помощи: Данные из Таджикистана." Социальная наука и медицина **58**(2): 247-258.
- Гааль, П., Т. Эветович, и др. (2006). "Неформальная оплата за медицинскую помощь: Данные из Венгрии." Политика здравоохранения **77**(1): 86-102.
- Готсадзе, Дж., С. Бенитт, и др. (2005). "Поведение при обращении за помощью и наличные платежи "из-кармана" в Тбилиси, Грузия." Политика и планирование здравоохранения **20**(4): 232-242.
- Катцин, Дж. (2001). Принципы оплаты пациентов в условиях системы единого плательщика в КР: Предварительная оценка. Документ исследования политики ВОЗ #12. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID
- Катцин, Дж. (2004). Расходы здравоохранения, реформы и политические приоритеты в Кыргызской Республике Документ исследования политики ВОЗ #24. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID
- Льюис, М. (2000). Кто платит за медицинскую помощь в Восточной Европе и Центральной Азии? Вашингтон D.C., Всемирный Банк, Отдел Сектора Человеческого Развития, Европа и Центральная Азия.
- Манжиева, Э., У. Нарманбетов, и др. (2007). Анализ среднесрочной финансовой устойчивости Пакета государственных гарантий. Документ исследования политики ВОЗ #43. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID

- Мастилика, М. и Ж. Бозиков (1999). "Наличные платежи "из-кармана" за медицинскую помощь в Хорватии: Последствия для справедливости." Хорватский медицинский журнал **40**(2): 152-159.
- Мурзалиева, Г., К. Кожокеев, и др. (2008). Почему врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинского персонала. Документ исследования политики здравоохранения #51. ВОЗ. Бишкек.
- Павлова, М., В. Грут, и др. (2003). "Значение качества, доступа и цены для потребителей медицинской помощи в Болгарии: самостоятельно разработанный подход." Международный журнал планирования и менеджмента здравоохранения **18**(4): 343-361.
- Вьян, Т., К. Грыбоск, и др. (2006). "Неформальные платежи в государственных медицинских учреждениях в Албании: Результаты качественного исследования." Социальная наука и медицина **62**(4): 877-887.