



ЦРЗ



МЗ КР



ФОМС при МЗ КР

Документ исследования политики № 54

**Национальные Счета Здравоохранения в
Кыргызстане: Обзор общих расходов на
здравоохранение за 2007 год**

**Адылжан Темиров (ЦРЗ)
Бактыгуль Акказиева (ЦРЗ)
Улан Нарманбетов (ФОМС)
Айбек Осмонов (ФОМС)**

Октябрь 2008 г.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ	5
1 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	7
1.1 Создание НСЗ	7
1.2 Сбор данных	7
2 ТЕНДЕНЦИИ В ФИНАНСИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С 2000 ПО 2007 ГОДЫ	11
3 ДЕТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2007 ГОДУ	16
3.1 Расходы здравоохранения по видам источников финансирования	16
3.2 Расходы на здравоохранение в разрезе организаций, финансирующих систему здравоохранения в КР	19
3.3 Расходы здравоохранения в разрезе поставщиков	21
3.4 Расходы на здравоохранение по функциям	23
3.5 Расходы здравоохранения в разрезе экономического классификатора	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	28
ПРИЛОЖЕНИЯ	30

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АДО	Амбулаторно-диагностическое отделение
ВБ	Всемирный банк
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВНД	Валовой национальный доход
ГУИН	Главное управление исполнения и наказания, МЮ КР
ГСВ	Группа семейных врачей
ДП ОМС	Дополнительная программа ОМС
КР	Кыргызская республика
ЛОО	Лечебно-оздоровительное объединение, Управление делами Администрации Президента КР
ЛС	Лекарственные средства
МВД	Министерство внутренних дел КР
МЗ	Министерство здравоохранения КР
МККК	Международный Комитет Красного Креста
МКСЗ	Международная классификация счетов здравоохранения
МО	Министерство обороны КР
МОбраз	Министерство образования КР
МТиК	Министерство транспорта и коммуникаций КР
МТСЗ	Министерство труда и социальной защиты КР
МФ	Министерство финансов КР
МФК	Международная финансовая корпорация
МЮ	Министерство юстиции КР
НВиКД	Наличные выплаты из кармана домохозяйств
НИИ	Научно-исследовательские институты
НСК	Национальный статистический Комитет КР
НПО	Неправительственные организации
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
НС	Наблюдательный совет
ОРЗ	Общие расходы здравоохранения
ООб	Областная объединенная больница
ООН	Организация объединенных наций
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организация по экономическому сотрудничеству и развитию
ПГИ	Программа государственных инвестиций
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр МЗ КР

РГ	Рабочая группа по НСЗ
СНБ	Служба национальной безопасности при президенте КР
СНП	Скорая и неотложная помощь
СПБ	Среднесрочный прогноз бюджета
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая станция
СФ	Социальный Фонд КР
ТБ	Туберкулез
ТУ ФОМС страхования	Территориальное управление фонда обязательного медицинского
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР
ЦК	Центральное Казначейство МЭФ КР
ЦОВП	Центр общей врачебной практики
ЦРЗ	Центр развития здравоохранения при МЗ КР
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединенных наций
ЮНФПА	Фонд Организации объединенных наций в области народонаселения
ЮСАИД	Американское агентство по международному развитию
CA AIDS Control Project	Центральноазиатский проект по контролю над ВИЧ/СПИД
DFID	Департамент международного развития Великобритании
FMR	Отчеты по финансовому менеджменту
KfW	Немецкий Банк Развития
MSF	Врачи без границ
SDC	Швейцарское Бюро Сотрудничеству
SIDA	Шведское Агентство по международному
SWAp	Широкосекторальный подход (Sector Wide Approach)
FS	Источники финансирования
HF	Финансирующие организации/Агенты
HP	Поставщики медицинских услуг
HC	Распределение медицинских услуг по функциональному признаку
RC	Экономический классификатор расходов здравоохранения

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

За последние десятилетия система здравоохранения в Кыргызской Республике претерпела большие изменения, и в частности в направлении финансирования (напр. внедрение системы Единого Плательщика и сооплаты, разделение сектора здравоохранения на «плательщика» и «поставщиков» и другие). Необходимо сформировать устойчивую, эффективную интегрированную систему финансирования здравоохранения, которая должна обеспечить справедливое, равномерное распределение ресурсов, сбалансированность государственных обязательств в рамках Программы государственных гарантий и других приоритетных программ, снижение финансового бремени для населения, эффективное и рациональное использование ресурсов здравоохранения. Проведенный среднесрочный анализ влияния реформ на систему здравоохранения в мае 2008 года было отмечено, что реформы проведенные в направлении финансирования принесли хороший результат. Так, было отмечено, снижение финансового бремени населения и более рациональное использование ресурсов здравоохранения¹. В ходе проведения этого анализа использовались данные Национальных счетов здравоохранения наряду с другими источниками.

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) является хорошим инструментом как для финансовых работников в системе здравоохранения, так и для лиц, определяющих политику здравоохранения, так как он отражает полную картину финансовых потоков в системе здравоохранения страны, включая государственные, частные и донорские средства. Данные собираемые в рамках НСЗ могут способствовать разработке дизайна стратегии развития системы здравоохранения и ее дальнейшей реализации, проведению политического диалога, мониторинга и оценки деятельности сектора здравоохранения. Так, данный инструмент (НСЗ) является признанным методом анализа финансирования сектора здравоохранения и используется в более 50 странах мира.

НСЗ в Кыргызстане начали свое существование в 2005 году и Фонд Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС) является институциональным домом НСЗ в Кыргызстане. Данный отчет является уже третьим по счету и он формируется ФОМС и ЦРЗ при финансовой поддержке ВОЗ/DFID. В настоящем отчете представлены данные за 2007 год, и здесь мы впервые пытаемся представить данные по донорским средствам, основанные на исследовании доноров, проведенного в этом году в рамках НСЗ.

Основные выводы:

1. Общие расходы здравоохранения в 2007 году составили 9 012,5 миллиона сомов, что составляет 6,4% к ВВП относительно 7 062,4 млн. сома (6,2% к ВВП) в 2006 году. Номинальный рост расходов за этот период достиг 28%, а реальный – 16%.
2. Доля государственного бюджета в 2007 году, включая средства ОМС и SWAp, составила 46,6% относительно 44,5% в 2006 году, тогда как доля НВиКД снизилась до 47,6% (55,5% в 2006 году), а доля средств международных организаций в виде параллельного финансирования составила 5,8% от общих расходов здравоохранения.
3. Доля государственных расходов на здравоохранение от общих расходов государственного бюджета составила 11,1% в 2007 году, тогда как в 2006 году этот показатель был на уровне 10,6%.
4. Доля средств, расходуемые государственными финансирующими организациями возросла практически до 51% относительно 42,3% в 2004 году и 48% в 2006 году, в то время как расходы негосударственного сектора сократились по сравнению с предыдущими годами и составили 43%.
5. Касательно расходов здравоохранения в разрезе функций, то здесь наблюдается сохранение тенденций сокращения расходов на стационарную лечебную помощь, начавшееся после 2000 года (более 74% от расходов на лечебную помощь) до

¹Более подробно читайте в «Отчете по среднесрочному обзору национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» от 7 мая 2008 г.»

49,7% в 2007 году, при этом за аналогичный период расходы на амбулаторную лечебную помощь увеличились с 10% до 25,6%.

Данный отчет включает в себя 3 главы и 2 приложения. Глава 1 описывает определенные нюансы в методологии, использованной в Кыргызстане при разработке НСЗ, включая источники полученных данных. Общая тенденция финансирования системы здравоохранения в период с 2000 по 2007 года отражена во второй главе. В главе 3 представлен более глубокий анализ расходов на здравоохранение за 2004, 2006 и 2007 года. И завершается отчет выводами по основным результатам и последующими рекомендациями. В Приложении 1 представлен полный список классификаторов используемые в НСЗ таблицах, а Приложение 2 включает в себя 5 таблиц НСЗ с различными аспектами национальных расходов на здравоохранение.

1 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Методология НСЗ включает себя разработку классификаторов и таблиц для того, чтобы отобразить всю структуру здравоохранения и показать движение средств внутри системы; а также описание сбора данных для заполнения этих таблиц. В основе классификаторов НСЗ в Кыргызстане лежит методология международной классификации счетов здравоохранения (МКСЗ) представленные в Руководстве по составлению национальных счетов здравоохранения (ВОЗ, 2003) и бюджетные классификации КР. При необходимости РГ пересматривает классификаторы в соответствии с изменениями в бюджетной классификации Кыргызстана.

1.1 Создание НСЗ

В Кыргызстане НСЗ были впервые внедрены в 2005 году и с тех пор начался процесс их институализации в рутинную систему здравоохранения Кыргызстана. Первый отчет был подготовлен в 2006 году используя данные за 2004 год, где основной фокус был направлен на детальное описание методологии и сбора данных, а уже во втором отчете был проведен более глубокий анализ расходов за 2006 года. Третий отчет по НСЗ будет продолжен анализ расходов на здравоохранение с учетом данных за 2007 год. В рамках проводимой работы по институализации НСЗ отмечается несколько фаз: определение ОРЗ в КР, сбор данных о расходах здравоохранения, ввод данных в таблицы НСЗ, анализ результатов для разработки политики здравоохранения и далее распространение информации широкому кругу заинтересованных участников.

В основе классификаторов НСЗ в Кыргызстане лежит методология международной классификации счетов здравоохранения (МКСЗ) и бюджетные классификации КР представленные в *Руководстве по составлению национальных счетов здравоохранения (ВОЗ, 2003)*. В отчете за 2007 год были внесены некоторые изменения в классификаторы по поставщикам медицинских услуг (НР) и экономическому классификатору (RC), а также были скорректированы названия некоторых категорий в классификаторе по функциям (НС). В приложении 1 приведены пересмотренные классификаторы за 2007 год.

В системе здравоохранения существуют три вида расходов: государственные, частные и внешнее финансирование и они сведены в пяти основных таблицах, которые связаны между собой и отслеживают движение финансовых потоков в стране от одной категории к другой. В соответствии с МКСЗ и бюджетным классификатором КР, каждый участник, каждая функция и т.д. отнесены к тому или иному коду, разделены на подкатегории, с учетом потребности страны. В системе НСЗ Кыргызстана было решено разделить участников здравоохранения на следующие категории, которые действуют в системе здравоохранения страны:

- источники финансирования (FS)
- финансирующие организации (HF)
- поставщики медицинских услуг (НР)
- функции здравоохранения (НС)
- статьи расходов (RC)

1.2 Сбор данных

Данные по государственным расходам, собираемые для НСЗ в Кыргызстане, основываются на финансовых отчетах ФОМС сводимые в FMR; а данные по частным расходам и внешнему финансированию основывается на исследованиях (обследование домохозяйств, исследование международных организаций, и т.д.). В нижеследующей Таблице 1 представлены источники данных за 2007 год: .

Таблица 1: Источники данных за 2007 год

Финансирование	Источник
<p><u>Государственные расходы</u> Республиканский Бюджет</p>	<p>Финансовые Отчеты Центрального Казначейства при Минфине о расходах подведомственных учреждений МЗ КР:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Отчет об исполнении сметы расходов подведомственных учреждений МЗ КР (ГУИН, МЮ, и т.д.)”, <p>Финансовые отчеты МЗ КР:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Сводная форма № 2 “Отчет об исполнении сметы расходов”,
<p>ФОМС</p>	<p>Финансовые Отчеты из системы отчетности ФОМС</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Отчет об исполнении смет расходов организаций здравоохранения” (форма № 2 – бюджет) в данной отчетной форме отражены расходы на здравоохранение из средств местных бюджетов с разбивкой по параграфам (Основная группа 5);. ▪ “Отчет об исполнении смет по специальным средствам.” (форма № 4 – по параграфам); ▪ “Отчет об использовании средств соопалты” (форма № 4 – сооплата); ▪ “Отчет об использовании средств ОМС” (форма № 4 – ОМС).
<p><u>Частные расходы (негосударственные расходы)</u> Со-оплата Спец.средства</p>	<p>Финансовые Отчеты Центрального Казначейства при Минфине о расходах подведомственных учреждений МЗ КР:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Отчет об исполнении смет по специальным средствам подведомственных учреждений МЗ КР (ГУИН, МЮ, и т.д.)”. <p>Финансовые отчеты Минздрава</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Сводная форма № 4 “Отчет об исполнении смет по специальным средствам”. <p>Финансовые Отчеты из системы отчетности ФОМС</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Отчет об исполнении смет по специальным средствам.” (форма № 4 – по параграфам); ▪ “Отчет об использовании средств соопалты” (форма № 4 – сооплата);
<p>Неформальные Расходы (наличные выплаты)</p>	<p>В этом году обследование домохозяйств не проводилось. Поэтому данные расчетные основываются на существующих данных за 2001, 2004 и 2006 годы методом экстраполяции данных. Однако, используя метод экстраполяции расходы были распределены на 2007 год без поправки на инфляцию, а также эластичность дохода и другие поправки не были взяты в расчет.</p>
<p>Некоммерческие учреждения, НПО, частные поставщики медицинских услуг</p>	<p>Эти данные в настоящем отчете отсутствуют.</p>

**Внешнее Финансирование
(негосударственные расходы)**

Исследование международных организаций:
 ▪ Разработан вопросник для сбора данных

Внешнее Финансирование (негосударственные расходы)

Для определения методологического подхода для получения комплексных расширенных данных по внешним фондам/средствам, которые будут адаптированы к местному контексту, был проанализирован опыт других стран, в частности Украины и Республики Таджикистан. При разработке нашего вопросника за основу был взят украинский вариант вопросника как наиболее подходящий для нашего контекста. Нами разработанный вопросник состоит из 3 секций для общих расходов НСЗ, включающих в себя информацию об итоговых затратах в разрезе источников, мероприятий (функций) и статей расходов. В частности, структура вопросника следующая:

- вводная часть: идентификационная информация об организации, заполняющая данную анкету и контактная информация.
- часть А включает общую информацию по обобщенным расходам на здравоохранение в КР в 2007 году.
- в части Б запрашиваются данные по финансированию реализованных проектов в 2007 году данной организацией в разрезе функции здравоохранения (напр. амбулаторная лечебная помощь; стационарная лечебная помощь; медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным; администрация здравоохранения и медицинского страхования и т.д.) и статьей расходов (напр. техническая помощь, обучение, капитальный ремонт и т.д.). Если международной организацией осуществлялось несколько проектов в 2007 году, то необходимо было заполнить эту часть Б для каждого проекта.

Кроме того, в связи с тем, что в этом году, также разрабатывались суб-счета для ВИЧ/СПИДа и Туберкулеза, то в дополнение к основному вопроснику для международных организаций были включены по 2 раздела для этих компонентов, в которых также запрашивается информация о затратах в рамках этих компонентов в разрезе источников, мероприятий (функций) и статей.

- вопросы, приведенные в части В, касаются финансовых взносов данной организации в 2007 году на деятельность, связанную с ВИЧ/СПИДом в КР. Деятельность, связанная с ВИЧ/СПИДом, не ограничивается исключительно медицинскими программами, главная задача которых – влиять на состояние здоровья людей, которые живут с ВИЧ/СПИДом в определенный период времени, но включает также программы, направленные на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа и охватывающие население в целом (например, реципиенты программ распространения презервативов, направленных на сдерживание распространения ВИЧ/СПИДа, информационные кампании, пропагандистская деятельность и т.п.).
- в части Г запрашивается информация о финансировании каждой из конкретных программ, связанных с ВИЧ/СПИДом т.е. сколько средств было израсходовано в 2007 году исключительно на эту деятельность, как на медицинскую, так и на немедицинскую деятельность.
- вопросы, приведенные в части Д, касаются финансовых взносов данной организации в 2007 году на деятельность, связанную с туберкулезом в КР. Деятельность, связанная с туберкулезом, не ограничивается исключительно медицинскими программами, но включает также программы, направленные на профилактику туберкулеза и охватывающие население в целом (например, информационные кампании, санпросвет работа, пропагандистская деятельность и т.п.)

- в части Е запрашивается информация о финансировании каждой из конкретных программ, связанных с туберкулезом, т.е. сколько средств было израсходовано в 2007 году исключительно на эту деятельность, как на медицинскую, так и на немедицинскую деятельность.

В данное исследование вошли все международные организации, которые оказывают финансовую и техническую помощь системе здравоохранения в Кыргызстане напрямую и косвенно. Международные организации разделяются на финансовые организации (ЕБРР, МФК, ВБ, АБР, KfW и т.п.), организации по развитию и сотрудничеству (DFID, SIDA, USAID, SDC и т.п.), организации, входящие в структуру ООН (ВОЗ, UNAIDS, т.п.) и неправительственные организации (МККК, Врачи без границ, и т.п.).

Прежде чем, данный вопросник был распространен среди международных организаций, он был апробирован несколькими донорами. На основе небольших комментариев, были внесены изменения в этот вопросник, и далее распространен по электронной почте. Наряду с этим вопросником, также было распространено письмо, предоставляющее обоснование данного исследования. Однако, по запросу отдельных международных организаций нами были проведены встречи с ними для того, чтобы объяснить как заполнять вопросник и ответить на другие вопросы. Это исследование было проведено при технической и финансовой поддержке ВОЗ-ЕВРО. Все данные представленные международными организациями конфиденциальны и представлены в отчете в обобщенной форме.

Несмотря на то, что вопросник был апробирован, в ходе исследования были выявлены определенные трудности с заполнением его, в частности, в частях, где необходимо представить расходы в разрезе функций и статей расходов (части Б, Г и Е). Это связано с тем, что у всех международных организаций существует своя отчетность и свои периоды отчетности.

2 ТЕНДЕНЦИИ В ФИНАНСИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С 2000 ПО 2007 ГОДЫ

В настоящее время, в системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет, поступления от общего налогообложения, фонд обязательного медицинского страхования, отчисления из фонда оплаты труда. Частные средства включают в себя наличные выплаты из кармана домохозяйств (НВиКД). Внешнее финансирование представляет собой средства, направляемые международными организациями в систему здравоохранения Кыргызской Республики.

Средства из *республиканского бюджета* поступают:

- В Министерство здравоохранения, которое в свою очередь осуществляет финансирование (а) учреждений третичного уровня; (б) интернатов и других учреждений по оказанию ухода; (в) санитарно-профилактических услуг и учреждений; (г) расходов по администрированию, (д) прочих услуг, имеющих отношение к здоровью (например образование).
- В другие министерства и ведомства, которые осуществляют финансирование медицинских учреждений, относящихся к соответствующему ведомству (например, военный госпиталь Министерства обороны).
- Фонд ОМС на республиканском уровне аккумулирует и распределяет по областям средства, направленные на финансирование медицинских учреждений первичного и вторичного уровня, а также средства ОМС из республиканского бюджета и Социального фонда.

В настоящее время финансирование из *местного бюджета* практически не осуществляется в связи с тем, что согласно принятого 25 сентября 2003 года закона «О финансово-экономических основах местного самоуправления» на 2006 год намечался переход с четырехуровневого на двухуровневый бюджет. В этой связи, Министерством здравоохранения КР в ходе переговоров и консультаций с Министерством финансов КР было достигнуто соглашение о переводе финансирования с уровня областей на республиканский уровень. Исключение составил лишь город Бишкек, где сохранилось финансирование на уровне местного бюджета.

Средства, полученные в результате *сбора страховых взносов на ОМС* направляются в Фонд ОМС и в первую очередь направлены на реализацию Программы государственных гарантий, а также ДП ОМС по обеспечению лекарственными средствами застрахованного населения.

Частные расходы в Кыргызстане представлены в основном *средствами домохозяйств*. Домашние хозяйства осуществляют наличные платежи за предоставляемые услуги как на первичном, так и на вторичном уровне. Данный вид платежей может быть как формальным (сооплата, оплата услуг немедицинского характера), так и неформальным. Однако, большая часть платежей приходится на приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне.

Начиная с 2006 года, часть *средств от международных доноров* начала поступать в рамках SWAp, то есть средства доноров вливаются в общий государственный бюджет страны. Внешнее совместное финансирование осуществляется в рамках SWAp следующими международными организациями: ВБ, DfID, KfW, SDC, SIDA. Оставшаяся часть средств в виде параллельного финансирования расходуется на реализацию различных проектов в сфере здравоохранения. Данные по внешнему финансированию в части параллельного финансирования впервые представлены в данном отчете, однако, не в полном объеме. Финансирование из данного источника осуществляется как через государственные агентства, так и через различные неправительственные организации. Данные по внешнему параллельному финансированию основаны на информации, полученной от следующих международных организаций: DfID, ЮСАИД, KfW, SDC, ВОЗ, UNFPA, UNICEF, MSF, МККК, CA AIDS Control Project (WB).

Таблица 2. Общие расходы здравоохранения

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
В номинальных выражениях								
Общие расходы здравоохранения (млн. сом.)								
Бюджет	1 248,2	1 334,7	1 478,1	1 528,2	1 809,0	2 147,6	2 421,0	2 966,9
ФОМС	105,1	119,7	142,1	197,4	338,2	254,5	466,9	704,469
Частные	1 521,4	1 885,3	2 254,2	2 628,2	3 090,6	3 490,7	3 921,9	4 291,6
Внешнее совместное фин-е							252,6	529,7
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	519,8						
Всего	2 874,7	3 339,7	3 874,4	4 353,8	5 237,8	5 892,8	7 062,4	9 012,5
Расходы здравоохранения на душу населения (в сомах)								
Бюджет	255,0	270,4	297,2	304,9	353,3	419,4	472,8	579,4
ФОМС	21,5	24,3	28,6	39,4	66,0	49,7	91,2	137,6
Частные	310,8	382,0	453,2	524,4	603,6	681,7	765,9	838,1
Внешнее совместное фин-е							49,3	103,4
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	101,5						
Всего	587,3	676,7	778,9	868,7	1 022,9	1 150,8	1 379,2	1 760,0
Как доля от общих расходов здравоохранения								
Бюджет	43,4%	40,0%	38,2%	35,1%	34,5%	36,4%	34,3%	32,9%
ФОМС	3,7%	3,6%	3,7%	4,5%	6,5%	4,3%	6,6%	7,8%
Частные	52,9%	56,5%	58,2%	60,4%	59,0%	59,2%	55,5%	47,6%
Внешнее совместное фин-е							3,6%	5,9%
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	5,8%						
Всего	100,0%							
Как доля ВВП								
Бюджет	1,9%	1,8%	2,0%	1,8%	1,9%	2,1%	2,1%	2,1%
ФОМС	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%
Частные	2,3%	2,6%	3,0%	3,1%	3,3%	3,5%	3,5%	3,1%
Внешнее совместное фин-е							0,2%	0,4%
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	0,4%						
Всего	4,4%	4,5%	5,1%	5,2%	5,6%	5,9%	6,2%	6,4%
В реальных выражениях								
Общие расходы здравоохранения								
Бюджет	1 248,2	1 248,5	1 354,2	1 358,0	1 544,3	1 757,7	1 876,5	2 086,7
ФОМС	105,1	112,0	130,2	175,4	288,7	208,3	361,9	495,5
Частные	1 521,4	1 763,6	2 065,3	2 335,6	2 638,3	2 857,0	3 039,7	3 018,4
Внешнее совместное фин-е							195,8	372,6
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	365,6						
Всего	2 874,7	3 124,1	3 549,8	3 869,1	4 471,4	4 823,1	5 473,8	6 338,7
Расходы здравоохранения на душу населения								
Бюджет	255,0	253,0	272,3	271,0	301,6	342,0	361,6	399,4
ФОМС	21,5	22,7	26,2	35,0	56,4	40,5	69,7	94,8
Частные	310,8	357,3	415,2	466,0	515,2	556,0	585,7	577,8
Внешнее совместное фин-е							37,7	71,3
Внешнее параллельное фин-е	Н/д	70,0						
Всего	587,3	633,0	713,6	771,9	873,2	938,5	1054,7	1143,4

Примечание: Для расчета расходов здравоохранения в реальном выражении использовался Индекс потребительских цен (2000=100).

За период с 2000 года по 2007 год общие расходы здравоохранения возросли с 2,9 до 9 млрд. сомов. Следует отметить, что в 2007 году к общим расходам здравоохранения по

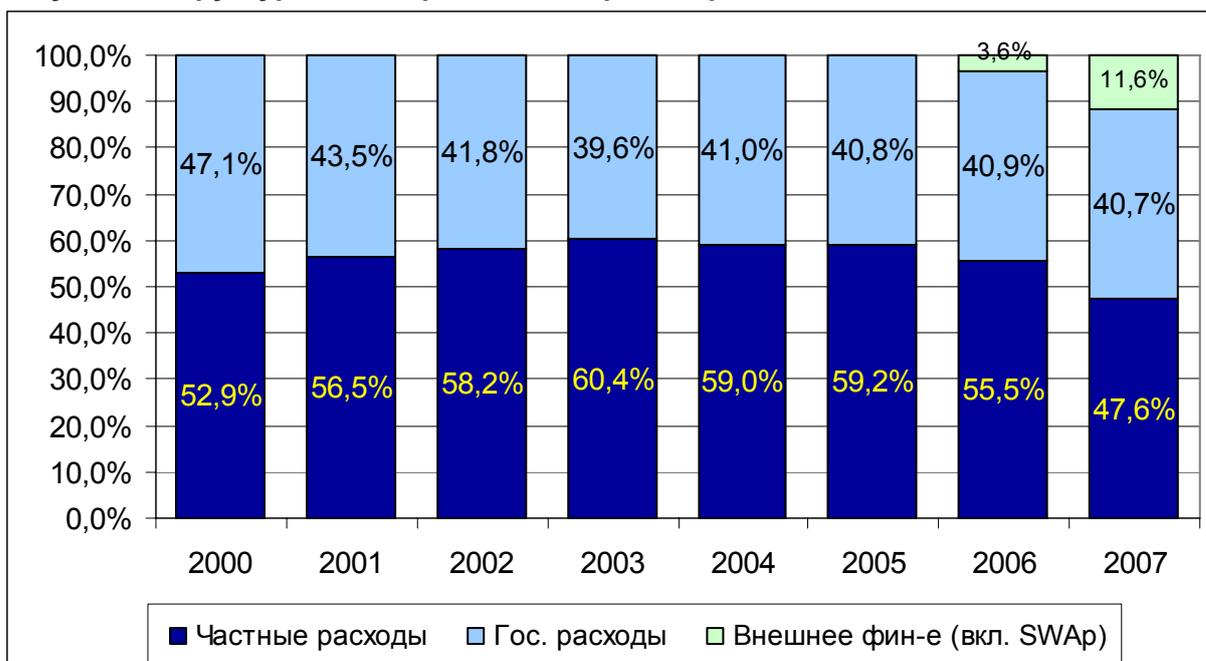
результатам проведенного исследования было добавлено дополнительно около 520 млн. сомов в виде параллельного финансирования со стороны донорских организаций. В результате, в процентном соотношении к ВВП расходы здравоохранения возросли с 4,4% до 6,4% соответственно (Таблица 2).

При этом, в 2007 году государственное финансирование (включая средства ОМС) составили 2,6% к ВВП относительно 2,1% в 2000 году, частные средства возросли с 2,3% до 3,1%, что касается внешнего финансирования, то оно составило 0,8% к ВВП. К положительным моментам нужно отнести то, что частные расходы, несмотря на стабильное увеличение номинального показателя за весь рассматриваемый период, в процентном отношении в 2007 году снизились относительно предыдущего года (3,1% к ВВП относительно 3,5% к ВВП). В пересчете на душу населения, общие расходы здравоохранения увеличились с 587 сомов в 2000 году до 1 760 сомов в номинальном выражении и 1 143 сомов с учетом инфляции в 2007 году. Иначе говоря, за рассматриваемый период общие расходы на здравоохранение увеличились в реальном выражении почти в 2 раза.

Данная динамика роста расходов на здравоохранение во второй половине, в особенности касательно роста государственных расходов, является положительным трендом. Было проведено несколько проведенных исследований реформ в рамках реализации программы «Манас», которые отметили ряд успехов, которые удалось достичь, но в то же время показали, что реализация реформ происходила при снижении финансирования. Нехватка финансирования для сектора здоровья ограничила потенциал реформ по оказанию влияния на результаты здоровья и финансовой защите.

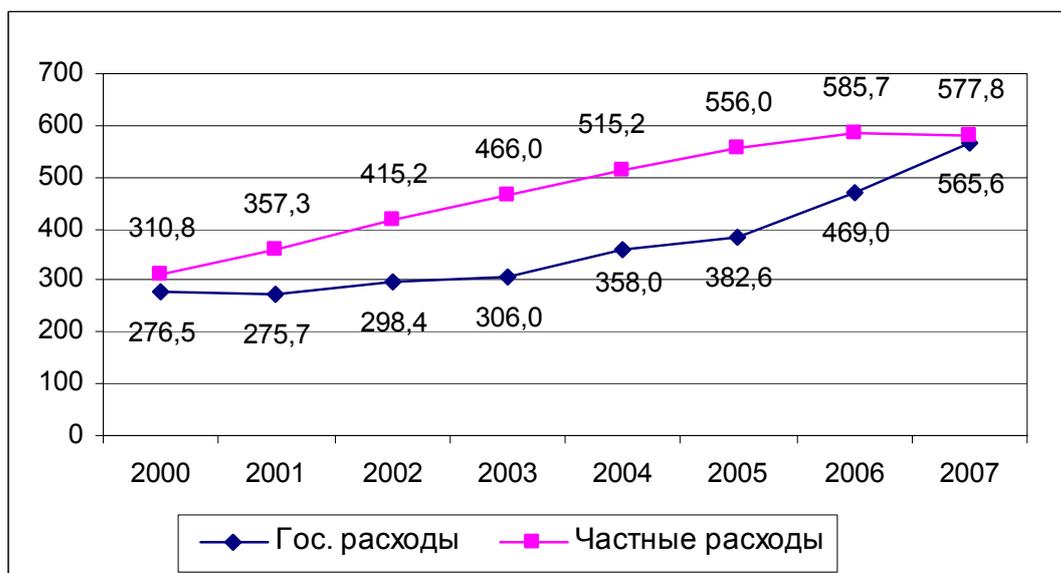
В структуре общих расходов здравоохранения преобладают частные расходы населения, динамика которых за период с 2000 года по 2005 год характеризовалась устойчивой тенденцией к росту (с 52,9% до 59,2%) (Рисунок 1). Однако, начиная с 2006 года, доля частных расходов стала снижаться и в 2007 году впервые за весь рассматриваемый период составила менее половины общих расходов на здравоохранение (47,6%). Данная тенденция обусловлено рядом причин, так с одной стороны объемы общих расходов здравоохранения в 2007 году были расширены за счет данных по внешнему финансированию, которые составили 11,6% (параллельное финансирование + финансирование в рамках SWAp). С другой стороны, частные расходы в период 2000-2003гг. в реальном выражении увеличивались гораздо более быстрыми темпами (около 53,5%), чем государственные расходы (13,3%), в результате чего, доля частных расходов увеличилась до 60,4% от общих расходов на здравоохранение. Однако, начиная с 2004 года уровень государственных расходов начал ускоряться относительно частных расходов вплоть до 2007 года (61,2% относительно 14,4%), следствием чего стало сокращение доли частных расходов в структуре общих расходов здравоохранения. В целом, к 2007 году государственные расходы относительно 2000 года возросли на 21,4%, тогда как частные расходы имели тенденцию к снижению и к 2007 году снизились до уровня менее 2000 года (99,3%). На Рисунке 2 показана динамика реального роста государственных и частных расходов на здравоохранение в пересчете на душу населения. Данный график дает представление о том, как увеличивался разрыв между государственными и частными расходами в течение 2000-2005 года (с 34 до 173 сомов), но затем этот разрыв стал сокращаться и к 2007 году достиг минимального значения (12 сомов). Следует отметить, что государственные расходы включают в себя расходы государственного бюджета и расходы ФОМС. При этом, за период 2004-2007 рост государственных расходов был достигнут за счет увеличения расходов государственного бюджета на 35% и расходов ФОМС на 71% в реальном выражении. Ускорение в темпе роста государственных расходов с началом реализации программы «Манас Таалими» и SWAp – долгожданная тенденция, которая позволит оказывать влияние на ключевые результаты здравоохранения и финансовой защиты.

Рисунок 1. Структура общих расходов здравоохранения, в %



Примечание: В 2006 году внешнее финансирование включает только средства в рамках SWAp.

Рисунок 2. Динамика роста государственных и частных расходов на душу населения относительно 2000 года, в сомах



Одним из важнейших моментов реализации деятельности системы здравоохранения является увеличение государственного финансирования. По этой причине, одним из двух ключевых условий в рамках SWAp является ежегодное увеличение доли государственного бюджета, ассигнованного сектору здравоохранения.

В целом, начиная с 2000 года, из государственного бюджета расходовалось на здравоохранение сумма равная 1,8%-2,1% от ВВП. При включении расходов по ОМС, данный показатель до 2%-2,6% к ВВП в разные годы рассматриваемого периода. При этом, в течение последних нескольких лет отмечается устойчивая тенденция к увеличению уровня государственных расходов относительно ВВП. К 2007 году расходы государства на здравоохранение достигли 2,6% от ВВП. Данная положительная тенденция подтверждается и при анализе доли государственных расходов на здравоохранение в общих расходах государственного бюджета. Так, несмотря на то, что в 2003 году было отмечено снижение данного показателя до 8,8% относительно 10,1% в 2000 году, к 2007

году тенденция кардинально изменилась и доля государственных расходов на здравоохранение составила уже 11,1% относительно всех расходов государственного бюджета.

Таблица 3. Расходы на здравоохранение как % от общих расходов государственного бюджета

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Всего	10.1%	10,5%	9,3%	8,8%	9,1%	11,9%	10,6%	11,1%
Респуб. бюджет	4.5%	3,7%	2,9%	2,9%	3,1%	4,6%	9,8%	10,4%
Местный бюджет	25.8%	22,1%	21,6%	20,3%	20,7%	20,8%	4,5%	4,6%

При этом, если рассматривать государственные расходы на здравоохранение в разрезе республиканского и местных бюджетов, то здесь также можно увидеть аналогичные тенденции в течение периода с 2000 по 2003 год. При этом следует отметить, что доля средств направляемых в сектор здравоохранения из местного бюджета преобладала над средствами из республиканского бюджета. Однако, в 2006 году в результате проведенной реформы по финансовой децентрализации ситуация изменилась. Если в 2000 году из местных бюджетов в сектор здравоохранения поступало более четверти всех средств, то в 2007 году финансирование здравоохранения из местных бюджетов составило всего лишь 4,6%. Это связано с тем, что начиная с 2006 года в рамках проводимых реформ было принято решение для большей эффективности перенести все финансирование сектора здравоохранения на республиканский уровень. Исключением стал г. Бишкек, где сохранилось финансирование медицинских учреждений из средств бюджета города. В результате, доля средств направляемых на финансирование здравоохранения из республиканского бюджета к 2007 году увеличилось по сравнению с 2000 годом более чем в два раза и составило 10,4% от общих расходов республиканского бюджета.

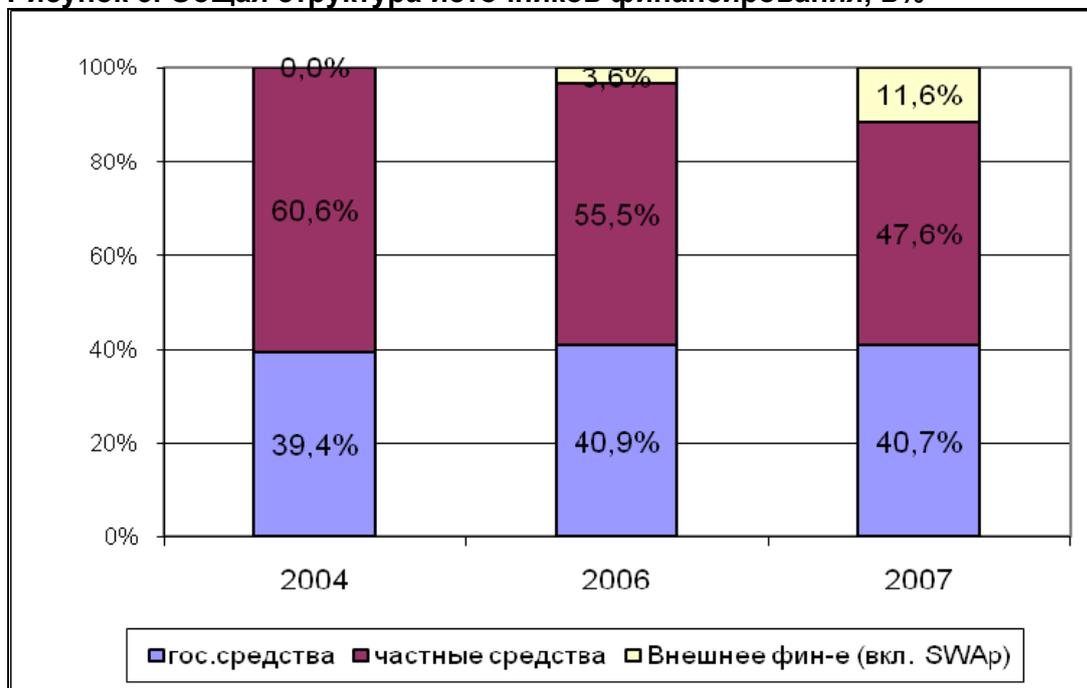
3 ДЕТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2007 ГОДУ

В данной главе представлен анализ НСЗ за 2007 год, который является логическим продолжением работы, начатой в 2006 году по формированию единой базы данных, которая должна отражать все финансовые потоки, имеющие место в секторе здравоохранения. Данная глава также содержит сравнительный анализ текущих данных с данными, полученными при формировании отчета по НСЗ за 2004 и 2006 гг. Проведение подобного анализа позволит в большей степени оценить прогресс, достигнутый в сфере реформирования системы финансирования сектора здравоохранения в ходе реализации Национальной программы «Манас Таалими». Кроме того, полученная общая картина движения и объема финансовых средств по источникам, функциям, статьям расходов и т.д. поможет достичь более глубокого понимания не только проблем финансирования, но и определения потенциальной области для реформирования.

3.1 Расходы здравоохранения по видам источников финансирования

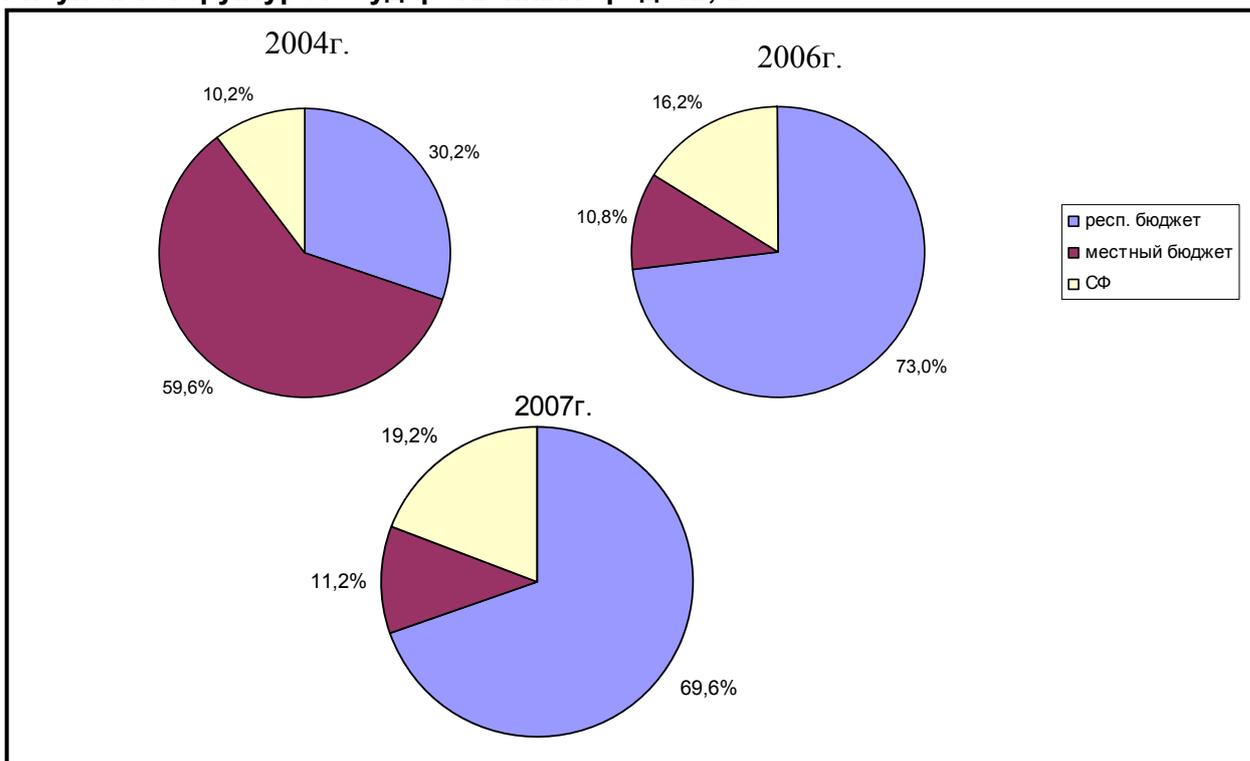
Среди всех имеющихся источников финансирования сектора здравоохранения доминирующим являются частные средства, которые по-прежнему преобладают над государственными средствами. Но, несмотря на это, структура источников финансирования с 2004 года претерпела значительные изменения, которые связаны с тем, что в НСЗ за 2006 год впервые была поручена информация по поступлению средств из внешних источников финансирования, так как, начиная с 2006 года началось внедрение механизма SWAp, на долю которого приходится 3,6% средств, привлеченных на финансирование сектора здравоохранения. В настоящем отчете информация по внешнему финансированию была расширена за счет включения данных по параллельному финансированию со стороны донорских организаций, в результате чего данный показатель в 2007 году составил 11,6%. (Рисунок 3).

Рисунок 3. Общая структура источников финансирования, в%



Если соотношение по видам источников относительно общего объема финансирования сектора здравоохранения кардинально не изменились и в целом их соотношение сохраняется по всем годам, по которым были разработаны НСЗ, то при детализации структуры данных видов источников можно обнаружить значительные изменения, которые касаются государственных средств.

Рисунок 4. Структура государственных средств, в %



Государственные средства подразделяются на республиканский и местные бюджеты, а также на страховые взносы, сбор которых осуществляется СФ от имени ФОМС КР, и в 2007 году их соотношение составило 70%, 11% и 19% соответственно от общей суммы государственных средств. В номинальном значении общая сумма государственных средств составила 3 671,4 млн. сомов, из них республиканский бюджет – 2 556,2 млн. сомов, местный бюджет 410,7 млн. сомов, а средства собранные СФ – 704,5 млн. сомов. Однако, в 2004 году картина выглядела несколько иначе. Большая часть средств на финансирование сектора здравоохранения приходила из местных бюджетов, которые составляли около 60%, тогда как республиканский бюджет обеспечивал всего лишь 30% средств (Рисунок 4). Такое значительное изменение структуры государственных средств было обусловлено принятием осенью 2003 года Закона «О финансово-экономических основах местного самоуправления» согласно которого бюджет Кыргызской Республики переходил с 4-уровневой системы на 2-уровневую, состоящую из бюджетов местного самоуправления (айыл-окмоту и муниципальные бюджеты) и республиканского бюджета. Данные изменения вступали в силу в 2006 году, в связи с чем, все средства, поступавшие ранее в систему здравоохранения на областном уровне, перешли на республиканский, в результате чего доля республиканского бюджета возросла до 73% от всех государственных расходов. Исключение составил лишь г. Бишкек, где источником финансирования по-прежнему служит местный бюджет. Аккумуляция средств здравоохранения на республиканском уровне дала возможность использовать данный механизм как дополнительный инструмент по выравниванию финансирования регионов. На эти цели в 2007 году было направлено 40,2 млн. сомов.

Что касается средств ОМС, то их доля также возросла с 10% в 2004 году до 16% в 2006 году и 19% в 2007 году за счет увеличения поступлений взносов ОМС, собираемых СФ КР за работающих граждан от имени ФОМС КР. Доходы ФОМС от налогов на заработную плату увеличились, что позволило данному источнику средств превысить текущий уровень финансирования из местных бюджетов.

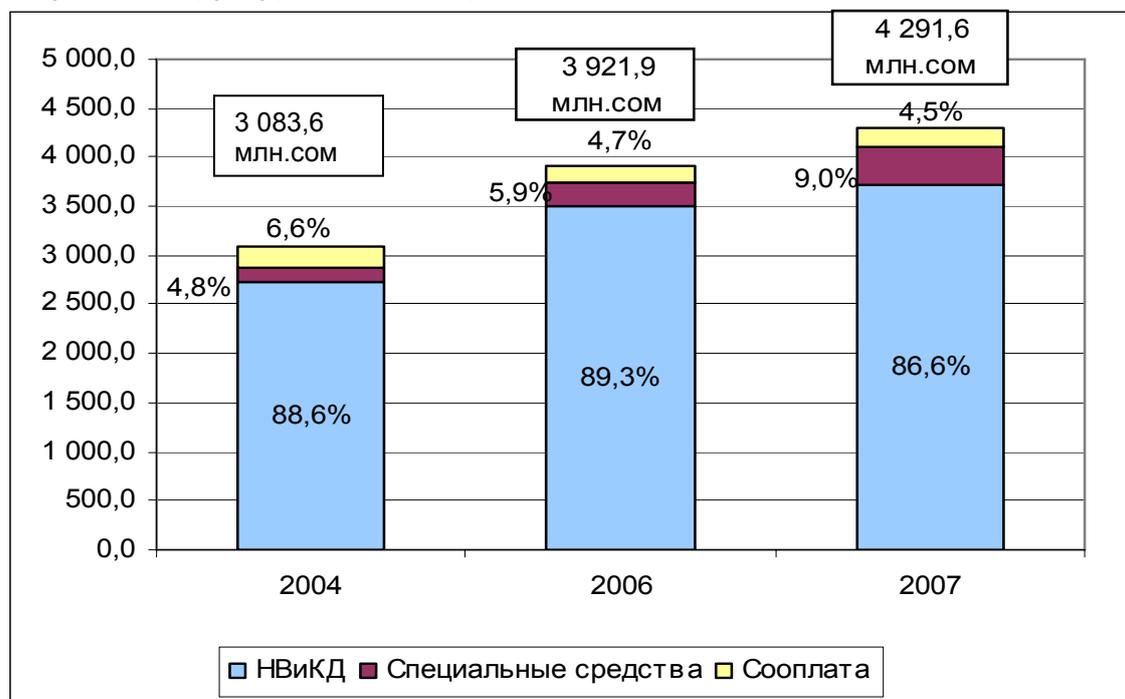
К частным источникам финансирования сектора здравоохранения в КР относят наличные выплаты из карманов домохозяйств, а также средства некоммерческих и неправительственных организаций. Однако данные по некоммерческим и

неправительственным организациям отсутствуют в данном отчете в связи с невозможностью в настоящее время получить информацию по этим категориям.

Общая сумма частных средств в 2007 году составила 4 291,6 млн. сомов. В структуре частных расходов, не было отмечено каких-либо серьезных изменений. Наибольшую долю по прежнему занимают Наличные Выплаты из Кармана Домохозяйств, доля которые несколько сократилась относительно предыдущих лет и составила 86,6% в 2007 году и составила в номинальном значении 3 714,6 млн. сомов. В то же время, наблюдается снижение и доли сооплаты до 4,5%, что ниже на 2 процентных пункта относительно 2004 года (Рисунок 5). Причиной этому послужило увеличение в 2006 году числа групп, освобожденных от сооплаты (дети в возрасте до 5 лет, женщины во время беременности, родов и послеродовом периоде, пенсионеры 75 лет и старше), а также значительно снижены размеры сооплаты (до 200-260 сомов) для остальных пенсионеров. На компенсацию отмены и снижения сооплаты в 2007 году из государственного бюджета было направлено 149,5 млн. сомов, в том числе, на компенсацию отмены сооплаты женщинам во время беременности и родов, а также детям до 5 лет направлено 109,4 млн. сомов, пенсионерам старше 75 лет – 40 млн. сомов.

В то же время, доля специальных средств начиная с 2004 года начала увеличиваться и к 2007 году составила 385 млн. сомов или же 9% от общего объема частных средств.

Рисунок 5. Структура частных средств, в %



При анализе полученных данных можно увидеть, что наибольшую долю среди источников финансирования сектора здравоохранения по прежнему занимают НВиКД, составляющие 41,2% от общих расходов на здравоохранение (Рисунок 6). При этом следует отметить, что сооплата и специальные средства фактически тоже являются частью наличных выплат домохозяйств, что в итоге приводит к тому, что доля наличных выплат увеличивается до 47,6%. Таким образом, из этих расчетных данных можно сделать вывод, что частные платежи по-прежнему остаются важным источником поступлений для системы здравоохранения в 2007 году.

Однако, в целом можно сказать, что ситуация в системе финансирования сектора здравоохранения начинает улучшаться, так как несмотря на остающиеся большие объемы финансовых средств, поступающих в сектор здравоохранения из частных источников, их доля в структуре ОРЗ начинает уменьшаться по сравнению с предыдущими годами, когда НВиКД составляли более половины всех расходов. В последующих отчетах представится возможность отследить, будет ли иметь свое продолжение данная тенденция в будущем.

Рисунок 6. ОРЗ по финансовым источникам 2007г., в %



Немаловажную роль в снижении доли частных расходов сыграло изменение структуры ОРЗ за счет получения информации по внешнему финансированию. Если при подготовке отчета за 2006 год были использованы только данные о финансировании со стороны доноров в рамках SWAp, которые составили всего лишь 3,6%, то в настоящем отчете приведена также информация о средствах международных организаций направляемых в систему здравоохранения республики в виде параллельного финансирования. В 2007 году возрос объем внешнего финансирования в рамках SWAp до 529,7 млн. сомов относительно 252,6 млн. сомов в 2006 году, в результате чего доля этого показателя в структуре ОРЗ увеличилась до 5,9%. Параллельное финансирование сложилось в объеме 519,8 млн. сомов или же 5,8% от ОРЗ. Важно указать, что в 2007 году была сделана первая попытка обследования донорских организаций на предмет их расходов в области охраны здоровья. Часть донорских организаций такую информацию не представила, поэтому данные по параллельному финансированию не отражают в полном объеме все финансовые средства, направляемые донорским сообществом в систему здравоохранения страны. Однако, большая часть международных организаций, включая основные донорские организации, представила в большинстве своем агрегированную информацию, что позволило включить ее в настоящий отчет для получения более полной картины системы финансирования здравоохранения Кыргызской Республики.

3.2 Расходы на здравоохранение в разрезе организаций, финансирующих систему здравоохранения в КР

Система классификации НСЗ в Кыргызстане предполагает наличие трех основных категорий финансирующих организаций: государственные, негосударственные и остальной мир. В настоящем отчете представлены данные, которые отражают распределение средств через государственные, негосударственные и международные финансирующие организации. В категорию государственных организаций включены МЗ КР, ФОМС и другие государственные министерства и ведомства, предоставляющие медицинские услуги определенным категориям населения. Под негосударственными организациями подразумеваются домохозяйства, осуществляющие наличные платежи за полученные медицинские услуги. Международные организации включают в себя те

донорские организации, которые осуществляют финансовую поддержку проводимых в секторе здравоохранения реформ.

При распределении финансовых средств по финансирующим организациям, структура общих расходов здравоохранения в 2007 году имеет важное отличие от предыдущих лет тем, что доля средств государственного сектора впервые превышает долю средств негосударственного сектора (51% относительно 43%) (Таблица 4). Рост доли государственных средств обусловлен тем, что средства, поступающие от международных донорских организаций в рамках SWAp интегрируются в бюджет страны и затем уже направляются на финансирование сектора здравоохранения. Включение этих средств в государственный бюджет дает дополнительно около 6% от ОРЗ. Однако, даже без их учета, доля государственных средств составила порядка 45%, тогда как в 2004 году, когда еще не был запущен механизм SWAp, данный показатель составлял чуть более 42%.

Порядка 65% государственных средств управляется Фондом ОМС, который осуществляет финансирование медицинских учреждений первичного и вторичного уровня, в то же время на Министерство здравоохранения приходится около 30% всего государственных средств. Оставшаяся часть средств распределяется по ведомственным медицинским учреждениям через соответствующие государственные структуры (например, Министерство обороны или Администрация Президента).

Таблица 4: ОРЗ в разрезе финансирующих организации

Финансирующие организации	% от ОРЗ			% от Гос. сектора		
	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Государственный сектор, в т.ч..	42,3%	47,8%	50,9%	100%	100%	
Министерство здравоохранение				22,2%	26,9%	29,9%
ФОМС				73,8%	68,3%	65,2%
Негосударственный Сектор	57,7%	52,2%	43,3%			
Остальной мир	Н/Д	Н/Д	5,8%			
ВСЕГО	100%	100%	100%			

Следует отметить, что по сравнению с предыдущими годами доля средств, расходуемых Министерством здравоохранения, возросла. Увеличение доли государственного финансирования позволило в свою очередь увеличить долю средств, направляемых на финансирование всех программ здравоохранения², в том числе тех, которые закреплены за Министерством здравоохранения, что привело к росту доли расходуемых средств с 22% в 2004 году до почти 30% в 2006 году.

В тоже время, необходимо отметить, что тенденция сокращения доли финансирования со стороны негосударственного сектора сохранилась и ее доля снизилась до 43%. Однако, данный показатель по-прежнему высок и представляет собой угрозу для финансовой защиты населения. В настоящее время средств государственного бюджета по-прежнему не хватает для обеспечения полноценного функционирования системы здравоохранения, вследствие чего бремя финансовых расходов ложится на население страны. Несмотря на то, что, начиная с 2003 года, уровень и предсказуемость государственного финансирования стали улучшаться, критически важным является дальнейшее улучшение потока государственных средств, что является неременным условием для повышения финансовой защиты населения при обращении за медицинской помощью.

Что касается остального мира, то данные по внешнему финансированию впервые были включены в настоящий отчет по НСЗ, и данный показатель составил 5,8%. В дальнейшем будет больше возможностей для того, чтобы более полно оценить динамику и воздействие получаемых от международных организаций средств на развитие системы здравоохранения республики.

² В секторе здравоохранения реализуется 5 программ: «Общественное здравоохранение», «Фонд высоких технологий», «Медико-социальная, реабилитационная помощь», «Администрирование, наука и образование» и «Программа государственных гарантий».

3.3 Расходы здравоохранения в разрезе поставщиков

Поставщики медицинских услуг в Кыргызской Республике подразделяются на две основные категории: (а) государственные учреждения; (б) частные организации и физические лица. Структура здравоохранения состоит из:

- 1) организаций первичного уровня оказания медицинской помощи (амбулаторная служба: Центр семейной медицины (ЦСМ), Группа семейных врачей (ГСВ), Центров общей врачебной практики (ЦОВП), Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП));
- 2) организаций вторичного уровня (областные, городские и районные стационары – территориальные и областные объединенные больницы (ТБ, ООБ);
- 3) организаций третичного уровня (республиканские больницы и Национальные центры); службы Госсанэпиднадзора, Центров укрепления здоровья, борьбы со СПИДом, репродукции человека и иммунопрофилактики.

Необходимо отметить, что информация по частным поставщикам медицинских услуг довольно ограничена, так как в настоящее время не существует отлаженного механизма их отчетности. Исключением являются данные по аптекам, которые практически все являются частными организациями и информацию по которым можно получить при анализе Наличных Выплат из Кармана Домохозяйств на приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне. В целом, перечень всех поставщиков медицинских услуг отражен в Таблице 5 данного отчета.

Таблица 5: ОРЗ в разрезе поставщиков медицинских услуг

	2004		2006		2007	
	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %
НР 1 Больницы	1 712,6	33,7%	2 392,9	33,9%	2 872,1	31,9%
НР 2 Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода	Н/Д	Н/Д	15,4	0,2%	90,0	1,0%
НР.3 Поставщики амбулаторной медицинской помощи	775,9	15,2%	1 201,9	17,0%	1 546,8	17,2%
НР 4 Розничные и другие поставщики медицинских товаров	2 173,8	42,7%	2 687,4	38,1%	2 942,9	32,7%
НР 5 Обеспечение и управление государственными программами здравоохранения	141,4	2,8%	212,8	3,0%	244,6	2,7%
НР 6 Администрация общего руководства здравоохранения и страхования	225	4,4%	381,7	5,4%	534,1	5,9%
НР 7 Прочие	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д
НР 8 Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью	59,5	1,2%	170,1	2,4%	262,1	2,9%
НР 9 Внешнее финансирование	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	519,8	5,8%
ИТОГО	5 088,2	100%	7 062,4	100%	9 012,5	100,0%

Общие расходы здравоохранения за период с 2004 года по 2007 год возросли по всем категориям поставщиков медицинских услуг. При этом, в номинальном выражении ОРЗ выросли практически в среднем более чем на треть в год. В разрезе категорий поставщиков реальный рост объемов финансирования колеблется от 1,1% до 2,6%.

Что касается структуры ОРЗ по уровням предоставления медицинской помощи, то она в целом не претерпела каких-либо значительных изменений по сравнению с 2004 годом. Наибольшую долю в общих расходах на здравоохранение в разрезе поставщиков медицинских услуг, занимает приобретение лекарственных средств – около 33%, что меньше аналогичного показателя за 2006 год более чем на 5%, а за 2004 год – практически на 10%. При этом основное бремя приходится на домохозяйства, чьи затраты на приобретение ЛС более 73% от общих их расходов на медицинские услуги, тогда как государство тратит менее 2% от своих затрат на здравоохранение (Таблица 6). Большая часть этих затрат имеет место не в медицинских учреждениях, а тратится на частную покупку выписанных, а также и не выписанных медикаментов на амбулаторном уровне.

Следующей по величине категорией является стационарная помощь, доля которая в 2007 году составила около 32%, что ниже от соответствующего показателя за 2004 и 2006 года практически на 2 процентных пункта. При этом, государство расходует на стационары около половины своих средств, тогда как расходы населения составляют менее 18%. Аналогичная картина наблюдается и по поставщикам амбулаторной медицинской помощи, где государство выделяет чуть более 26% от государственных средств на здравоохранение, в то время как расходы населения немногим не достигают 9% от общих выплат, произведенных домохозяйствами на приобретение медицинских услуг.

Таблица 6: Структура финансирования поставщиков медицинских услуг по видам финансирующих организаций (государственное и негосударственное финансирование) за 2007 год, (%)

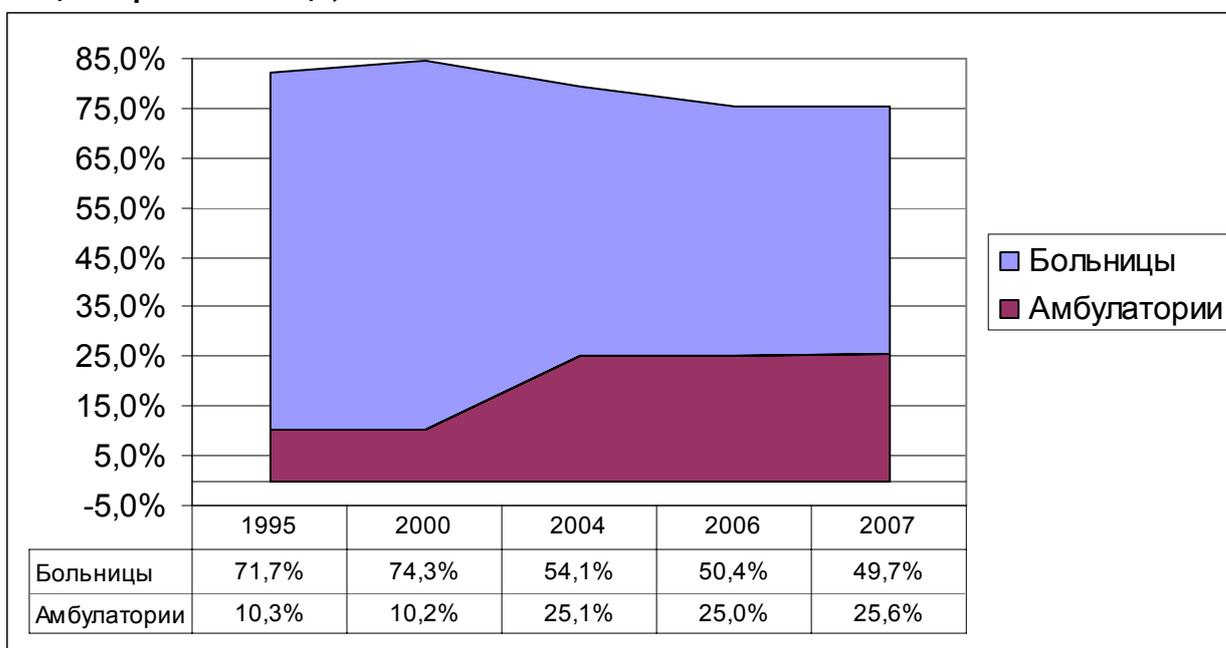
		СЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ, в том числе:	Минздрав	Фонд ОМС	НЕГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР	ИТОГО
НР 1 Больницы	Больницы	47,6%	19,9%	56,4%	17,7%	31,9%
НР 2 Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода	Уход за больными и центры реабилитации	2,0%	6,6%	0,0%	0,0%	1,0%
НР 3 Поставщики амбулаторной медицинской помощи	Поликлиники и услуги врачей, стоматологов и среднего мед. Персонала	26,1%	2,3%	39,0%	8,9%	17,2%
НР 4 Розничные и другие поставщики медицинских товаров	Розничные и другие поставщики медицинских товаров	1,6%	0,0%	2,5%	73,4%	32,7%
НР 5 Обеспечение и управление государственными программами здравоохранения	Санитарно-профилактические услуги и учреждения	5,3%	17,8%	0,0%	0,0%	2,7%
НР 6 Администрация общего руководства здравоохранения и страхования	Мероприятия и службы здравоохранения, не отнесенные к другим категориям	11,6%	34,2%	2,2%	0,0%	5,9%
НР 8 Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью	Прикладные исследования и экспериментальные разработки в области здравоохранения и медицинского обслуживания	5,7%	19,1%	0,0%	0,0%	2,9%
ИТОГО		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Значительная доля финансирования медицинских услуг приходится на негосударственный сектор в виде НВиКД (более 47%), что является бременем для домохозяйств. Параллельно снижению государственного финансирования финансовое бремя домохозяйств возрастало. Потребности в медицинских услугах непредсказуемы, поэтому частные наличные платежи являются одним из менее эффективных механизмов оплаты за услуги здравоохранения. Кроме того, население остается без финансовой защиты от риска потенциально дорогостоящего случая заболевания.

3.4 Расходы на здравоохранение по функциям

Текущая система здравоохранения предоставляет медицинские услуги в разрезе таких функций как: ПМСП, амбулаторно-поликлиническая и диагностическая помощь, стационарная помощь, профилактика и общественное здравоохранение, образование и исследования и т.д. Более половины имеющихся финансовых средств расходуется на предоставление услуг лечебной помощи. Так, в 2007 году доля затрат по данной категории составила около 53% и увеличилась по сравнению с 2004 годом более чем на 4 процентных пункта, а по сравнению с 2006 годом – почти на два процентных пункта. При этом, в структуре лечебной помощи финансирование амбулаторной службы продолжает увеличиваться, а финансирование стационаров – сокращаться. Данная тенденция полностью совпадает с теми мерами политики, направленными на формирование эффективной системы предоставления медицинской помощи, ориентированной на первичную медико-санитарную помощь. Однако, несмотря на эти тенденции, государственные расходы на стационарную помощь по-прежнему преобладают над государственными расходами на ПМСП. (Рисунок 7)

Рисунок 7. Структура государственных расходов на услуги первичной и стационарной помощи, в %



При этом, важно отметить, что соотношение в государственном финансировании стационарной и амбулаторной помощи изменилось в пользу ПМСП относительно предыдущих лет. Большое влияние на данное изменение оказали проводимые в рамках программы «Манас» реформы по внедрению новых методов оплаты услуг поставщиков медицинских услуг, связанных с системой «Единого Плательщика». Так, если изначально система финансирования основанная на затратах, стимулировала увеличение больничных мощностей и длительность пребывания в стационаре, то переход на оплату по результату сместил акценты на повышение продуктивности и снижение фиксированных затрат. В результате, в период начиная с 2000 года доля финансирования стационаров начала сокращаться с 74% и по результатам НСЗ в 2007 году составила менее 50% от государственных затрат на здравоохранение, тогда как доля расходов на амбулаторную помощь увеличились с 10% в 2000 году до 25,6% в 2006 году. Данная ситуация является подтверждением эффективности реформирования системы финансирования здравоохранения, в результате которой происходит смещение акцентов от более затратной стационарной лечебной помощи к более доступной амбулаторной, что в свою очередь оказывает непосредственное влияние на доступность медицинских услуг для всех категорий населения республики и снижает финансовое бремя.

Второй по величине категорией является «Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным» доля которой составила около 34,7% и снизилась на 4,7 процентных пункта по сравнению с 2004 годом и на 3,4 процентных пункта относительно 2006 года. В данную категорию входят наличные расходы населения на приобретения лекарственных средств, а также суммы возмещения в рамках ДП ОМС за выписанные доктором препараты, реализуемые через аптечные сети работающие в системе ДП ОМС. Несмотря на то, что в номинальном выражении сумма возмещений возросла с 66,4 млн. сомов в 2006 году до 74,9 млн. сомов в 2007 году, в структуре расходов на ЛС их доля практически не изменилась и составила 2,5% от общих затрат на приобретение медицинских товаров на амбулаторном уровне.

Нужно отметить, что в 2007 году наблюдается увеличение доли финансирования общественного здравоохранения до 3,3% относительно 2,5% в 2006 году. Важно сохранить данную тенденцию и в будущем, так как в ближайшие годы государство ставит перед собой задачу больше уделять внимание общественному, а не практическому здравоохранению.

Все оставшиеся категории медицинских услуг в разрезе функций занимают в целом менее 10%, среди которых наибольшая доля приходится на различные расходы, которые не были распределены по основным категориям (5%). К положительным тенденциям стоит отнести увеличение доли расходов на образование и подготовку медицинских работников (1,7% в 2007 году относительно 1,3% в 2006 году). Кроме того, наблюдается рост расходов на научные исследования и развитие в области здравоохранения, которые составили 1,4% от общих расходов на здравоохранение в 2007 году относительно 1,1% за предыдущий год. (Таблица 7)

Таблица 7: Распределение медицинских услуг по функциям (в %)

Код	Функции	2004	2006	2007
НС 1.	Услуги лечебной помощи	48,9%	51,1%	52,9%
НС 5	Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным	41,7%	38,1%	34,7%
НС 6	Услуги по профилактике и общественному здравоохранению	2,8%	2,5%	3,3%
НС 7.	Администрация здравоохранения и медицинского страхования	0,5%	0,7%	0,8%
НС.R. 2	Образование и подготовка мед. работников	1,2%	1,3%	1,7%
НС.R. 3	Научные исследования и развитие в области здравоохранения	Н/Д	1,1%	1,4%
НС. Nsk НС	Расходы, не указанные по категориям	3,9%	5,3%	5,0%
ВСЕГО		100%	100%	100%

В Таблице 8 показано распределение средств от финансирующих организаций к функциям. Как видно из этой таблицы, 3/4 государственных средств в первую очередь выделялись на финансирование услуг лечебной помощи, при этом чуть менее 50% средств шло на финансирование стационарной лечебной помощи, тогда как на финансирование амбулаторной лечебной помощи было выделено более 25% от общих государственных средств. Аналогичная ситуация наблюдалась и в предыдущие годы. При этом, структура распределения этих средств между стационарной и амбулаторной видами помощи также преобладала в сторону вторичного уровня оказания помощи.

Большая часть наличных средств домохозяйств была направлена на медицинские товары (лекарства), назначаемые амбулаторным больным – 62,5% от общего объема НВикД, тогда как в государственном секторе на данную категорию ФОМС направляет всего 1,6% от общего объема государственных средств в рамках ДП ОМС. При этом, следует отметить, что для улучшения доступности к лекарственным средствам на амбулаторном

уровне, так в августе 2006г. в республике было введено лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий при отдельных хронических заболеваниях, что способствовало улучшению их доступности к лекарственным средствам и оказало влияние на смягчение бедности для названных категорий населения. В 2007 году на льготных условиях лекарственные средства получили 10,1 тыс. или 46,5% больных, состоящих на учете. В целом, уровень оплаты пациентов за приобретенные лекарственные средства в 2007г. составил 40,1% (2006г.- 42,0%). Достигнуто сокращение региональных различий при оплате пациентов за ЛС.

Несмотря на то, что расходы на приобретение лекарственных средств по прежнему преобладают в расходах домохозяйств, их доля в 2007 году значительно сократилась относительно предыдущих лет. Аналогичная тенденция наблюдается и на госпитальном уровне, где доля расходов населения сократилась с 16,3% в 2006 году до 13,9% в текущем. Также наблюдается некоторое сокращение расходов на амбулаторную помощь с 12,6% в 2006 году до 10,8% в 2007 году.

Таблица 8: Распределение медицинских услуг по финансирующим организациям и функциям (в %)

Код	Функции	Гос. сектор	НВиКД	Гос. сектор	НВиКД	Гос. сектор	НВиКД
		2004 год		2006 год		2007 год	
НС 1.	Услуги лечебной помощи	77,50%	27,70%	75,40%	29,00%	75,34%	26,58%
НС 1.1	Стационарная лечебная помощь	54,50%	18,80%	50,40%	16,30%	49,75%	13,87%
НС 1.2-1.3	Дневные случаи оказания лечебной помощи и Амбулаторная лечебная помощь	23%	8,90%	25,00%	12,60%	25,59%	10,83%
НС 5	Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным	2,40%	72,30%	2,00%	71,00%	1,63%	62,54%
НС 6	Услуги по профилактике и общественному здравоохранению	6,70%		5,20%		6,03%	
НС 7.	Администрация здравоохранения и мед. страхования	1,20%		1,40%		1,48%	
НС. R.	Расходы, связанные со здравоохранением, не классифицированные по категориям	12,20%		16,10%		15,51%	
ВСЕГО		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Суммируя полученные результаты, можно сделать вывод, что для домохозяйств основным финансовым бременем остается приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне, тогда как государство по прежнему большую часть расходов несет на финансирование услуг лечебной помощи с акцентом на вторичный уровень предоставления медицинских услуг, что в принципе является правомерным ввиду высокой стоимости содержания стационаров. В то же время, необходимо продолжить продвижение политики в сфере финансирования здравоохранения в сторону перераспределения

средств от специализированных стационарных служб на ПМСП и службы общественного здравоохранения.

3.5 Расходы здравоохранения в разрезе экономического классификатора

Одной из важных составляющих анализа системы финансирования сектора здравоохранения является анализ распределения финансовых средств по статьям расходов. Применение данного анализа может помочь при выработке мер политики, касающихся вопросов реформирования оплаты труда, расходов на фармацевтические средства, расходов на коммунальные услуги, определение уровня инвестиций. В целом, анализ финансирования здравоохранения по затратам/статьям расходов как из государственного бюджета, так и частных средств представлен в Таблице 9. С помощью данной таблицы, можно увидеть на какие статьи расходов направляются средства организаций здравоохранения.

Основная часть средств направляется на финансирование текущих расходов, которые составляют 95% от всех расходов. Текущие расходы в основном группируются по таким основным категориям как «Расходы, связанные с персоналом» и «Использование товаров и услуг» (33,5% и 55,8% соответственно). Самый высокий процент затрат идет на покрытие фиксированных расходов - персонал (28,8%), а также медикаменты и перевязочные средства (45,4%) (Таблица 9). Необходимо еще раз отметить, что расходы на медикаменты включают не только средства государственного бюджета и в большей части состоят из расходов населения в виде НВикД.

Таблица 9: Распределение ОРЗ по статьям расходов

Код	Статьи расходов	2004	2006	2007
		% от ОРЗ		
RC 1	Текущие расходы	98,9%	98,8%	95,1%
RC 1.1	Расходы, связанные с персоналом	22,8%	31,1%	33,5%
RC 1.1.1	<i>Заработная плата</i>	18,1%	26,6%	28,8%
RC 1.1.2	<i>Отчисления в Социальный Фонд</i>	4,5%	4,3%	4,5%
RC 1.1.3	<i>Командировочные расходы</i>	0,2%	0,3%	0,25%
RC 1.2	Использование товаров и услуг	76,1%	67,6%	55,8%
RC 1.2.1	Приобретения предметов и материалов для текущих хозяйственных целей	69,0%	59,2%	45,4%
RC 1.2.1.1	<i>Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств</i>	63,1%	49,3%	41,6%
RC 1.2.1.3	<i>Расходы на питание</i>	3,7%	6,0%	3,8%
RC 1.2.2	Услуги, в том числе:	5,5%	5,6%	8,8%
RC 1.2.2.1	<i>Коммунальные услуги</i>	4,7%	4,6%	3,4%
RC 1.6	Стипендии	0,1%	0,1%	1,6%
RC 2	Общие капитальные вложения	1,1%	1,2%	4,9%
ВСЕГО		100%	100%	100%

В номинальном выражении, в 2007 году финансирование по большинству статьям расходов возросло относительно 2006 года, за исключением расходов на питание и коммунальные услуги. Снижение расходов на коммунальные услуги стало результатом усилий, предпринятых Фондом ОМС по обеспечению финансовой устойчивости поставщиков медицинских услуг, направленной в частности на решение вопросов ликвидации задолженностей по коммунальным услугам.

Продолжается тенденция роста расходов, связанных с персоналом, доля которых в общих расходах здравоохранения составили 33,5%. При этом рост этого показателя обусловлен в первую очередь ростом фонда оплаты труда, который увеличился относительно предыдущего года на 2,2 процентных пункта и составил почти 29%. При этом, по данным Министерства здравоохранения в 2007 году заработная плата врачей ГСВ увеличилась на 35,6% и составила в среднем 3315 сомов, среднего медицинского персонала – на 41,4% (2667,8 сомов), младшего медицинского персонала – на 42,1% (1287,1 сом); врачей

стационаров – на 30,0% (3099 сом), среднего медицинского персонала – на 45,2% (2444 сома), младшего медицинского персонала – на 30% (1365,3 сомов)). Несмотря на рост заработной платы, она составляет у врачей в среднем 87,5% от средней заработной платы по республике, у среднего и младшего медицинского персонала- 70,4% и 34% соответственно.

В 2007 году наблюдается снижение доли средств, направленных на обеспечение питанием пациентов (с 6% до 3,8%), что может послужить одной из причин некоторого ухудшения качества предоставляемых медицинских услуг.

К положительным тенденциям нужно отнести значительное увеличение общих капитальных вложений в 2007 году, которые составили около 5%. Рост обусловлен как увеличением финансирования расходов, связанных с капитальным ремонтом зданий и помещений, так и появлением новой статьи расходов по приобретению и содержанию машин и оборудования. Рост капитальных вложений был возможен в большей степени благодаря средствам, выделяемым в рамках SWAp.

В последующем, при подготовке отчетов по НСЗ будет возможно проследить дальнейшие тенденции структуры расходов, что позволит получить более полный анализ расходов в системе здравоохранения, включая разбивку по видам оказания медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Национальные счета здравоохранения Кыргызской Республики за 2007 год разработаны с целью предоставления детальной информации для проведения анализа финансовых ресурсов, направляемых в сектор здравоохранения. Ранее уже были разработаны отчеты по НСЗ за 2004 и 2006 года, что дало возможность при подготовке данного отчета провести сравнительный анализ финансовых потоков внутри системы здравоохранения за 2004, 2006 и 2007 года. В дальнейшем, планируется, что сравнительный анализ по годам будет расширяться, что даст возможность более полноценно оценить динамику развития системы финансирования здравоохранения.

Аспекты финансирования сектора здравоохранения

Анализ результатов НСЗ показал, что в системе финансирования сектора здравоохранения имеет место ряд положительных тенденций:

- Продолжается тенденция увеличения расходов на сектор здравоохранения, как в номинальном, так и реальном выражениях. При этом реальный рост расходов обеспечивается в первую очередь за счет роста финансирования со стороны государственных расходов.
- Правительство Кыргызской Республики по-прежнему придерживается принципов по соблюдению параметров исполнения государственного бюджета, заложенных при разработке механизма SWAp.
- Тенденция снижения доли частных расходов на медицинские услуги продолжилась в 2007 году, когда впервые этот показатель занял менее половины общих расходов на здравоохранение.
- В 2007 году наметилась тенденция по увеличению внимания к общественному здравоохранению, что отразилось в изменении тенденций в финансировании от сокращения ее доли к ее росту.

Что касается проблем, имеющих место в системе финансирования сектора здравоохранения, то наиболее значимыми являются:

- Несмотря на то, что в 2007 году сохранились тенденции снижения доли расходов населения на медицинские услуги, уровень частных расходов на здравоохранение все же остается высоким, в результате чего население Кыргызской Республики не защищено в полной мере от финансовых рисков при необходимости обращения за медицинской помощью.
- Расходы населения на лекарственные средства на амбулаторном уровне по-прежнему значительно превышают расходы государства и составляют основу финансового бремени для граждан республики.
- Несмотря на то, что фонд оплаты труда продолжает увеличиваться, размер заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала по-прежнему не достигает уровня средней зарплаты по стране.

Методологические аспекты разработки НСЗ

При формировании НСЗ в Кыргызстане были отмечены положительные и успешные моменты в процессе институционализации и сбора данных. В частности, для настоящего отчета сбор и обобщение данных производился специалистами Фонда ОМС, который признан институциональным «домом» НСЗ в Кыргызстане. Однако, необходимо отметить, что по-прежнему существует ряд проблем, которые не позволяют произвести более полноценный анализ состояния финансовой системы сектора здравоохранения. Большая часть из этих проблем уже была определена в ходе подготовки предыдущих отчетов по НСЗ. В основном, они заключаются в отсутствии данных по определенным позициям, это такие как:

- Отсутствие данных по частным поставщикам медицинских услуг. Административные данные и прочие регулярные отчеты предоставляют огромную долю информации, необходимую для построения счетов здравоохранения, но обычно они предоставляют незначительную информацию о негосударственном медицинском обслуживании.
- Неполная информация по внешнему финансированию. Несмотря на то, что в настоящий отчет была включена информация по внешнему финансированию, она все еще остается недостаточно полной, так как в ходе проведенного исследования международных организаций не все доноры предоставили подобную информацию. Кроме того, в большинстве случаев, получены агрегированные данные, которые невозможно детализировать в формате существующих классификаций НСЗ.
- Недостаточность отчетных данных по поставщикам в разрезе функций. Суть данной проблемы заключается в том, что при имеющейся отчетности, не представляется возможным произвести разбивку функциональной деятельности больниц общего профиля. На настоящий момент некоторые данные, касающиеся функциональной разбивки поставщиков медицинских услуг, можно получить при анализе наличных выплат населения, но эта информация не может быть полноценной основой для анализа.

Рекомендации

- Необходимо и в дальнейшем прилагать усилия по сохранению тенденции увеличения доли государственных расходов на сектор здравоохранения.
- Для того, чтобы улучшить финансовую защищенность населения в Кыргызстане необходимо дальнейшее постепенное повсеместное сокращение официальных наличных платежей «из кармана» за госпитализацию и замена их на государственное финансирование.
- Желательно пересмотреть практику ценообразования на фармацевтическую продукцию и рациональное использование лекарственных средств для того, чтобы достичь снижения финансового бремени населения.
- Важным вопросом является поиск путей решения проблемы недостаточного уровня заработной платы врачей и медицинского персонала, для того, чтобы решить вопрос утечки кадров.
- Несмотря на то, что в настоящее время наблюдается значительный рост капитальных вложений, государству необходимо изыскивать средства для дальнейшего финансирования этой категории, так как сейчас этот рост в большей степени обусловлен средствами, выделяемыми в рамках SWAp.
- Необходимо продолжить работу по определению объемов финансирования со стороны донорского сообщества, в частности провести подробное исследование доноров не только на предмет изучения их общих расходов, но и для их детализации, что поможет сделать более качественный анализ расходов на здравоохранения.
- Для того, чтобы восполнить недостаток информации по частным поставщикам медицинских услуг, необходимо провести обследование с целью определения финансовых показателей частной практики.
- Для решения вопроса о недостаточности данных по поставщикам в разрезе функций, возможно проведение специализированного обследования, которое поможет проанализировать затраты поставщиков и разработать механизмы по разделению их расходов в разрезе функций.
- Важным шагом для дальнейшего развития НСЗ в Кыргызской Республике является разработка программного обеспечения. Наличие программного обеспечения позволит в будущем с одной стороны получать более качественные данные НСЗ (включая их распределение и балансировку при составлении таблиц НСЗ), а с другой стороны ускорить разработку таблиц НСЗ.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А: СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Таблица 1. Схема классификации для источников финансирования (FS)

FS 1 Государственные средства
FS 1.1 Государственный бюджет
FS 1.1.1 Республиканский бюджет
FS 1.1.2 Местные бюджеты
FS 1.2 Социальный Фонд
FS 2 Частные средства
FS 2.1 Отчисления работодателей
FS 2.2. Средства домохозяйств
FS 2.2.1 Сооплата
FS 2.2.2 Специальные средства
FS 2.2.3 Наличные выплаты из кармана домохозяйств
FS 2.2.4 Прочие
FS 2.3 Некоммерческие учреждения, обслуживающие отдельные лица
FS 3 Внешняя помощь
FS 3.1 SWAp
FS 3.2 Параллельное финансирование

Таблица 2. Схема классификации для финансирующих организаций/Агентов (HF)

HF.A СЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ
HF1.1 Органы гос.управления за исключением фондов соц.обеспечения
HF 1.1.1 Центральные органы управления
HF 1.1.1.1 Министерство здравоохранения
HF 1.1.1.2 Министерство обороны
HF 1.1.1.3 Министерство юстиции (ГУИН)
HF 1.1.1.4 Министерство образования
HF 1.1.1.5 Министерство транспорта и коммуникаций (Управление Кыргызской железной дороги)
HF 1.1.1.6 Министерство внутренних дел
HF 1.1.1.7 Администрация Президента (ЛОО)
HF 1.1.1.8 Пограничная служба
HF 1.1.1.9 СНБ
HF 1.2 Фонды социального обеспечения
HF 1.2.1 Фонд ОМС при МЗ
HF.B НЕГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР
HF 2.3 Наличные платежи домохозяйств
HF. C ОСТАЛЬНОЙ МИР
HF 3.1 Донорские организации

Таблица 3. Схема классификации для поставщиков медицинских услуг (НР)

<p>НР 1 Больницы</p>	<p>НР 1.1 Больницы широкого профиля НР 1.1.1 Прочие больницы широкого профиля (госуд.) НР 1.1.2 Прочие больницы широкого профиля (частные) НР 1.1.3 Детские больницы НР 1.2 Специализированные больницы (диспансеры, центры) НР 1.2.1 Психо-неврологические больницы (диспансеры) НР 1.2.2 Наркологические больницы НР 1.3 Специализированные больницы (диспансеры, центры) кроме псих. и нарколг. больниц НР 1.3.1 Онкологические больницы НР 1.3.2 Туберкулезные больницы (диспансеры) НР 1.3.3 Кожно-венерологические больницы (диспансеры) НР 1.3.4 Инфекционные больницы НР 1.3.5 Прочие специализированные больницы НР.1.3.6 Родильные дома НР.1.3.6.1 Государственные родильные дома НР.1.3.6.2 Частные родильные дома</p>
<p>НР 2 Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода</p>	<p>Уход за больными и центры реабилитации</p> <p>НР 2.1 Больницы восстановительного лечения НР 2.9 Прочие учреждения с проживанием НР 2.9.1 Санатории для больных туберкулезом НР 2.9.2 Санатории для детей и подростков</p>
<p>НР.3 Поставщики амбулаторной медицинской помощи</p>	<p>Поликлиники и услуги врачей, стоматологов и среднего медицинского персонала</p> <p>НР 3.1 Кабинеты врачей НР 3.1.1 ЦСМ НР 3.1.2 ГСВ НР 3.1.3 ЦОВП НР 3.2 Кабинеты стоматологов НР 3.2.1 Государственные стоматологические поликлиники НР 3.2.2 Частные стоматологические поликлиники НР 3.3 Специализированные поликлиники и узкие специалисты НР 3.3.1 Специализированные поликлиники и диспансеры НР 3.3.2 Диагностические центры (частные) НР 3.3.3 Центры гинекологии и урологии (частные) НР 3.4 Центры амбулаторного лечения НР 3.4.1 Центр планирования семьи и репродуктивного здоровья НР 3.4.5 Другие поликлиники и услуги среднего мед. персонала, не отнесенные к другим подгруппам НР 3.5 Медицинские и диагностические лаборатории НР 3.9 Прочие поставщики амбулаторных медицинских услуг НР 3.9.1 Службы скорой помощи НР 3.9.1 Станции скорой и неотложной помощи НР 3.9.2 Отделение СП больниц широкого профиля и ЦСМ НР 3.9.2 Станция переливания крови</p>

<p>НР 4 Розничные и другие поставщики медицинских товаров</p>	<p>Розничные и другие поставщики медицинских товаров</p> <p>НР 4.1 Аптеки</p>
<p>НР 5 Учреждения, осуществляющие государственные программы по здравоохранению и управляющие ими</p>	<p>Санитарно-профилактические услуги и учреждения</p> <p>НР 5.1 Санитарно-эпидемиологические и противочумные станции НР 5.2 Мероприятия по борьбе с эпидемиями НР 5.3 Центры по борьбе со СПИДом НР 5.4 Центры здоровья и мероприятия по санитарному просвещению НР 5.6 Дома ребенка, комнаты матери и ребенка</p>
<p>НР 6 Администрация общего руководства здравоохранения и страхования</p>	<p>Мероприятия и службы здравоохранения, не отнесенные к другим категориям</p> <p>НР 6.1 Аппарат Министерства здравоохранения НР 6.2 Административные расходы ФОМС НР 6.5 Централизованные бухгалтерии НР 6.5.1 Централизованные бухгалтерии (Минздрав) НР 6.5.2 Прочие расходы здравоохранения НР 6.9 Другие службы, не включенные к другим категориям НР 6.9.1 Другие службы, не включенные к другим категориям (Минздрав) НР 6.9.2 Другие службы, не включенные к другим категориям (ФОМС) НР 6.9.3 Подведомственные предприятия и организации</p>
<p>НР 7 Прочие производители услуг здравоохранения</p>	<p>НР 7.1 Частные домохозяйства как поставщики помощи</p>
<p>НР 8 Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью</p>	<p>Прикладные исследования и экспериментальные разработки в области здравоохранения и медицинского обслуживания</p> <p>НР 8.1 Научно-исследовательские институты (центры) здравоохранения НР 8.2 Образовательные и подготовительные учреждения</p>
<p>НР 9. Остальной мир</p>	

Таблица 4. Схема классификации для распределения медицинских услуг по функциональному признаку (НС)

НС 1 Услуги лечебной помощи
НС 1.1 Стационарная лечебная помощь
НС 1.1.1 Хирургия
НС 1.1.2 Кардиохирургия
НС 1.1.3 Терапия
НС 1.1.4 Акушерство/Гинекология
НС 1.1.5 Онкология
НС 1.1.6 Туберкулез
НС 1.1.7 Инфекции
НС 1.1.8 Психическое здоровье
НС 1.1.9 прочие
НС 1.2 Лечение в дневных стационарах
НС 1.3 Амбулаторная лечебная помощь
НС 1.3.1 Основные медицинские и диагностические услуги
НС 1.3.1.1 Услуги неотложной помощи
НС 1.3.2 Амбулаторная стоматологическая помощь
НС 1.3.3 Все прочие специализированные медицинские услуги
НС 4 Вспомогательные виды услуг здравоохранения
НС 4.1 Клинические лаборатории
НС 4.2 Диагностические услуги
НС 5 Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным
НС 5.1 Фармацевтические препараты и другие товары недлительного пользования
НС 5.1.1 Медикаменты, отпускаемые по рецепту
НС 6 Услуги по профилактике и общественному здравоохранению
НС 6.1 Материнское и детское здоровье; планирование семьи и консультации
НС 6.2 Медицинские услуги в школе
НС 6.3 Профилактика инфекционных заболеваний
НС 6.4 Профилактика неинфекционных заболеваний
НС 6.9 Все прочие услуги общественного здравоохранения
НС 7 Администрация здравоохранения и мед. страхования
НС 7.1 Администрация общего руководства здравоохранения
НС.R. 1-5 Связанные со здравоохранением функции
НС.R. 2 Образование и подготовка медицинских работников
НС.R. 3 Научные исследования и развитие в области здравоохранения
<i>НС.nsk НС расходы, не указанные по категориям</i>

Таблица 5. Экономический классификатор расходов здравоохранения (РС)

RC 1 Текущие расходы
RC 1.1 Оплата труда работников
RC 1.1.1 Заработная плата
RC 1.1.2 Отчисления в Социальный Фонд
RC 1.1.3 Командировочные расходы
RC 1.2 Использование товаров и услуг
RC 1.2.1 Приобретение предметов и материалов для текущих хозяйственных целей
RC 1.2.1.1 Расходы на питание
RC 1.2.1.2 Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств
RC 1.2.1.3 Расходы на приобретение оборудования, инвентаря и материалов
RC 1.2.2 Услуги
RC 1.2.2.1 Коммунальные услуги
RC 1.2.2.2 Услуги связи
RC 1.2.2.3 Арендная плата
RC 1.2.2.4 Транспортные услуги
RC 1.2.2.5 Приобретение прочих услуг
RC 1.2.3 Прочие приобретения и услуги
RC 1.5 Субсидии
RC 1.9 Прочие текущие затраты
RC 1.9.1 Гранты
RC 1.9.2 Другие расходы
RC 2 Капитальные затраты
RC 2.1 Здания и помещения
RC 2.2 Закупки основного оборудования и долгосрочных товаров
RC 2.4 Капитальный ремонт

ПРИЛОЖЕНИЕ В: ТАБЛИЦЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЧЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КР