



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ФОМС

Документ исследования политики № 71

**Национальные Счета Здравоохранения в
Кыргызстане: Обзор общих расходов на
здравоохранение за 2009 год**

Адылжан Темиров (ЦАПЗ)
Улан Нарманбетов (ФОМС)
Канат Дуйшеналиев (ФОМС)
Канат Эсенгулов (ФОМС)

Февраль 2011 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 2009 ГОДЫ	9
3 ДЕТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2007 ГОДУ	14
3.1 Расходы здравоохранения по видам источников финансирования	14
3.2 Расходы на здравоохранение в разрезе организаций, финансирующих систему здравоохранения в КР	17
3.3 Расходы здравоохранения в разрезе поставщиков	18
3.4 Расходы на здравоохранение по функциям	20
3.5 Расходы здравоохранения в разрезе экономического классификатора	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	25
ПРИЛОЖЕНИЕ А: ТАБЛИЦЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЧЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КР	28

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВБ	Всемирный банк
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВВП	Валовой внутренний продукт
ГСВ	Группа семейных врачей
ГКНБ	Государственный комитет национальной безопасности
ГУИН	Главное управление исполнения и наказания, МЮ КР
ДП ОМС	Дополнительная программа ОМС
ИОДХ	Интегрированное обследование домохозяйств
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
ОРЗ	Общие расходы здравоохранения
ООб	Областная объединенная больница
ООН	Организация Объединенных Наций
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПГИ	Программа государственных инвестиций
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр МЗ КР
РГ	Рабочая группа по НСЗ
СНП	Скорая и неотложная помощь

СЭС	Санитарно-эпидемиологическая станция
СФ	Социальный Фонд КР
ТБ	Туберкулез
ТУ ФОМС страхования	Территориальное управление фонда обязательного медицинского страхования
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР
ЦК	Центральное Казначейство МФ КР
ЦОВП	Центр общей врачебной практики
ЦРЗ	Центр развития здравоохранения при МЗ КР
ЦСМ	Центр семейной медицины
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

Система здравоохранения в Кыргызской Республике претерпела значительные изменения за последние 15 лет, в течение которых реализовывались национальные программы по реформированию сектора здравоохранения «Манас» и «Манас Таалими». Одним из важнейших компонентов данных программ является реформирование системы финансирования здравоохранения, в рамках которой были достигнуты значительные результаты, такие как внедрение системы Единого Плательщика и сооплаты, разделение сектора на «плательщика» и «поставщиков», внедрение новых механизмов финансирования поставщиков медицинских услуг и другие. Все эти мероприятия были нацелены на создание такой модели финансирования, которая смогла бы отвечать потребностям в более прозрачном, справедливом и устойчивом финансировании сектора здравоохранения с возможностью обеспечения равномерного распределения ресурсов, сбалансированности государственных обязательств в рамках Программы государственных гарантий и других приоритетных программ, а также снижению финансового бремени для населения, эффективному и рациональному использованию ресурсов здравоохранения.

В мае 2008 года был проведен среднесрочный анализ влияния реформ на систему здравоохранения, где было отмечено, что реформы, проведенные в направлении финансирования, в целом были успешны и были достигнуты хорошие результаты. 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. Кроме того, данные НСЗ также используются при подготовке финального отчета по оценке реализации программы «Манас Таалими».

В Кыргызстане разработка и внедрение НСЗ было начато в 2005 году. В то же время, Фонд Обязательного Медицинского Страхования был определен как институциональный дом НСЗ. Данный отчет является уже пятым по счету и он составлен при тесном сотрудничестве Фонда ОМС и Центра анализа политики здравоохранения при финансовой поддержке ВОЗ/DFID.

Основные выводы:

1. Общие расходы здравоохранения в 2009 году составили 12 474,8 миллиона сомов, что составляет 6,4% к ВВП относительно 10 291,2 млн. сома (5,6% к ВВП) в 2008 году. Номинальный рост расходов относительно предыдущего периода составил 21%, тогда как в реальном выражении рост составил 14%.
2. В 2009 году доля государственных расходов на здравоохранения впервые превысила долю частных расходов (44% относительно 42,9%). С учетом внешнего совместного финансирования, доля государственного бюджета составила 51,6%, что больше аналогичного показателя за 2008 год (46,2%). Доля средств международных организаций в виде параллельного финансирования составила 5,5% от общих расходов здравоохранения и сократилась относительно 2008 года на 1,4 процентных пункта.
3. Доля средств, расходуемые государственными финансирующими организациями составила почти 55% относительно 42,3% в 2004 году и 49% в 2007 году, в то время как расходы негосударственного сектора сократились относительно предыдущего года и составили чуть менее 40%.
4. Касательно расходов здравоохранения в разрезе функций, то в 2009 году наблюдалось некоторое увеличение государственных расходов на амбулаторную лечебную помощь до 29% (относительно 26,6% в 2008 году), тогда как расходы

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

государства на стационарную помощь продолжали сокращаться и составили 45,7% относительно 51,4% в 2008 году.

5. Для домохозяйств по-прежнему основным финансовым бременем остается приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне (72,9% от общих НВиКД). В тоже время, государство большую часть расходов несет на финансирование услуг лечебной помощи (74,7% от государственных расходов на здравоохранение) с акцентом на вторичный уровень предоставления медицинских услуг, что в принципе является правомерным ввиду высокой стоимости содержания стационаров.

Данный отчет включает в себя 3 главы и 1 приложение. 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 2009 года отражена во второй главе. В главе 3 представлен более глубокий анализ расходов на здравоохранение за 2004, 2006-2009 года. И завершается отчет выводами по основным результатам и последующими рекомендациями. Приложение А включает в себя 5 таблиц НСЗ, которые показывают картину финансовых потоков в секторе здравоохранения Кыргызстана.

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 институционализации 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. В последующих отчетах был проведен более глубокий анализ расходов за 2006-2008 года. В данном отчете по НСЗ будет продолжен анализ расходов на здравоохранение с учетом данных за 2009 год. В рамках проводимой работы по институционализации 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 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 (HP)
- функции здравоохранения (HC)
- 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 2009 год:

Таблица 1: Источники данных за 2008 год

Финансирование	Источник
Государственные расходы Республиканский Бюджет	Финансовые Отчеты Центрального Казначейства при Минфине о расходах подведомственных учреждений МЗ КР: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Отчет об исполнении сметы расходов подведомственных учреждений МЗ КР (ГУИН, МЮ,

	и т.д.)”, Финансовые отчеты МЗ КР: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Сводная форма № 2 “Отчет об исполнении сметы расходов”,
ФОМС	Финансовые Отчеты из системы отчетности ФОМС <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).
<u>Частные расходы (негосударственные расходы)</u> Со-оплата Спец.средства	Финансовые Отчеты Центрального Казначейства при Минфине о расходах подведомственных учреждений МЗ КР: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Отчет об исполнении смет по специальным средствам подведомственных учреждений МЗ КР (ГУИН, МЮ, и т.д.)”. Финансовые отчеты Минздрава <ul style="list-style-type: none"> ▪ Сводная форма № 4 “Отчет об исполнении смет по специальным средствам”. Финансовые Отчеты из системы отчетности ФОМС <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);
Наличные выплаты из кармана домохозяйств	В 2009 году было проведено обследование домохозяйств.
Некоммерческие учреждения, НПО, частные поставщики медицинских услуг	Эти данные в настоящем отчете отсутствуют.
<u>Внешнее Финансирование (негосударственные расходы)</u>	Исследование международных организаций: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Разработан вопросник для сбора данных Данные НСК по притоку инвестиций за 2009 год.

2 ТЕНДЕНЦИИ В ФИНАНСИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С 2000 ПО 2009 ГОДЫ

В системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет (который включает расходы как республиканского, так и местного бюджетов) пополняемый за счет поступлений от общего налогообложения и фонд обязательного медицинского страхования, пополняемый за счет отчислений 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 согласно перечня платных услуг), 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 Широкосекторального подхода (SWAp), предусматривающего аккумуляцию средств доноров для поддержки сектора здравоохранения. 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. Данный отчет включает в себя как средства, полученные в рамках SWAp, так и в виде параллельного финансирования.

Таблица 2. Общие расходы здравоохранения

	2000	2005	2006	2007	2008	2009
В номинальных выражениях						
Общие расходы здравоохранения (млн. сом.)						
Бюджет	1 248,2	2 147,6	2 421,0	2 966,9	3 873,0	4 809,1
ФОМС	105,1	254,5	466,9	704,469	476,8	682,6
Частные	1 521,4	3 490,7	3 921,9	4 398,4	4 823,2	5 356,6
Внешнее совместное фин-е			252,6	529,7	409,1	943,2
Внешнее параллельное фин-е				519,8	709,0	683,4
Всего	2 874,7	5 892,8	7 062,4	9 119,2	10 291,2	12 474,8
Расходы здравоохранения на душу населения (в сомах)						
Бюджет	255,0	419,4	472,8	579,4	756,3	939,1
ФОМС	21,5	49,7	91,2	137,6	93,1	133,3
Частные	310,8	681,7	765,9	858,9	941,9	1 046,1
Внешнее совместное фин-е			49,3	103,4	79,9	184,2
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д			101,5	138,5	133,5
Всего	587,3	1 150,8	1 379,2	1 780,9	2 009,7	2 436,2
Как доля от общих расходов здравоохранения						
Бюджет	43,4%	36,4%	34,3%	32,5%	37,6%	38,6%
ФОМС	3,7%	4,3%	6,6%	7,7%	4,6%	5,5%
Частные	52,9%	59,2%	55,5%	48,2%	46,9%	42,9%
Внешнее совместное фин-е			3,6%	5,8%	4,0%	7,6%
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д			5,7%	6,9%	5,5%
Всего	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Как доля ВВП						
Бюджет	1,9%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,4%
ФОМС	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%
Частные	2,3%	3,5%	3,5%	3,1%	2,6%	2,7%
Внешнее совместное фин-е			0,2%	0,4%	0,2%	0,5%
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д			0,4%	0,4%	0,3%
Всего	4,4%	5,9%	6,2%	6,5%	5,6%	6,4%
В реальных выражениях (в ценах 2000 года)						
Общие расходы здравоохранения (млн. сом.)						
Бюджет	1 248,2	1 757,7	1 876,5	2 086,7	2 187,9	2 543,8
ФОМС	105,1	208,3	361,9	495,5	269,3	361,0
Частные	1 521,4	2 857,0	3 039,7	3 093,5	2 724,7	2 833,4
Внешнее совместное фин-е			195,8	372,6	231,1	498,9
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д			365,6	400,6	361,5
Всего	2 874,7	4 823,1	5 473,8	6 413,8	5 813,7	6 598,6
Расходы здравоохранения на душу населения (в сомах)						
Бюджет	255,0	342,0	361,6	399,4	414,7	472,9
ФОМС	21,5	40,5	69,7	94,8	51,0	67,1
Частные	310,8	556,0	585,7	592,2	516,4	526,8
Внешнее совместное фин-е			37,7	71,3	43,8	92,8
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д			70,0	75,9	67,2
Всего	587,3	938,5	1054,7	1157,8	1026,0	1159,6

Примечания:

- 1) Для расчета расходов здравоохранения в реальном выражении использовался Индекс потребительских цен (2000=100).
- 2) При расчете показателей по частному финансированию здравоохранения были использованы данные ИОДХ за 2009 год на основе которых были откорректированы данные за 2007-2008гг.

За период с 2000 года по 2009 год общие расходы здравоохранения возросли с 2,9 до 12,5 млрд. сомов, что дает номинальный рост более чем в 4 раза, однако с учетом изменения цен, реальный рост составил 2,3 раза. В результате, в процентном соотношении к ВВП, расходы здравоохранения возросли с 4,4% до 6,4% соответственно (Таблица 2). Следует отметить, что наибольшую долю к ВВП расходы здравоохранения составляли в 2007 году – 6,5%.

В 2009 году государственное финансирование (включая средства ОМС) составили 2,7% к ВВП относительно 2,1% в 2000 году, частные средства сложились на уровне 2,7% относительно 2,3% в 2000 году. Надо отметить, что в 2005-2006 годах этот показатель достигал 3,5%, но начиная с 2007 года, отмечается тенденция по его снижению. Что касается внешнего финансирования, то оно составило менее 1% к ВВП.

В пересчете на душу населения, общие расходы здравоохранения увеличились с 587 сомов в 2000 году до 2 436,2 сомов в номинальном выражении и 1 159,6 сомов с учетом инфляции в 2009 году.

Данная динамика роста расходов на здравоохранение, в особенности касательно роста государственных расходов, является положительным трендом. Было проведено несколько исследований проводимых реформ в рамках реализации программы «Манас», которые отметили ряд успехов в области финансирования и реструктуризации, но в то же время показали, что реализация реформ происходила при недостаточном финансировании. Нехватка финансирования для сектора здоровья ограничила потенциал реформ по оказанию влияния на результаты здоровья и финансовой защиты.

Рисунок 1. Структура общих расходов здравоохранения, в %



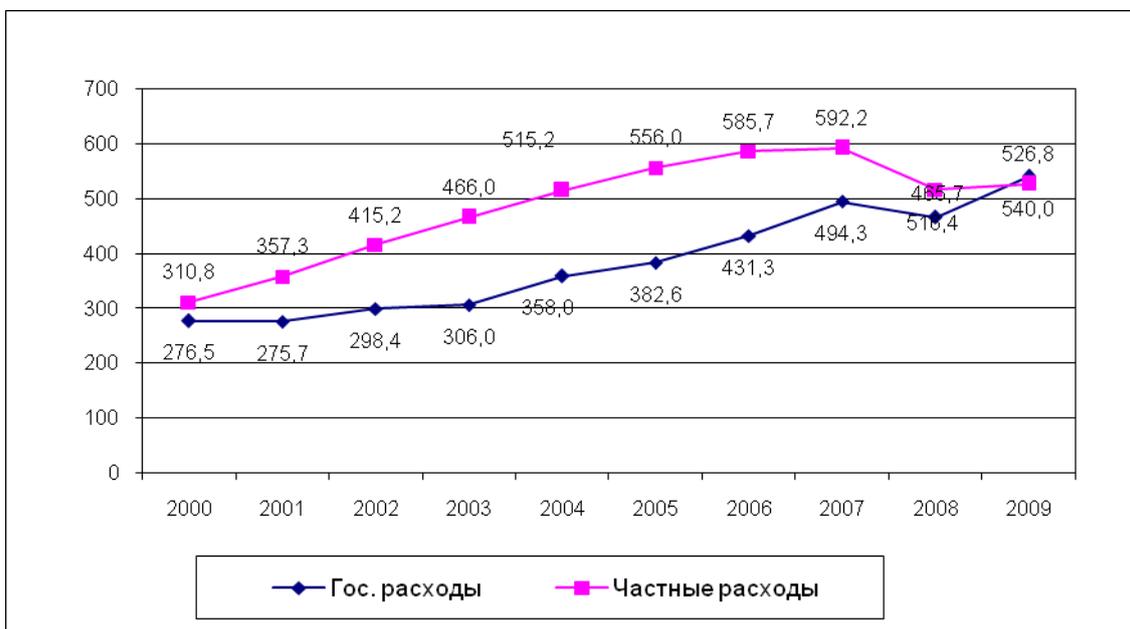
Примечание:

- 1) В 2006 году по внешнему финансированию данные включают в себя только внешнее совместное финансирование.
- 2) В 2007-2009 гг внешнее финансирование включает в себя как совместное, так и параллельное финансирование.

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 к 2009 году сократилась до 42,9% от общих расходов на здравоохранение. Данная тенденция обусловлено рядом причин, так с одной стороны объемы общих расходов здравоохранения в 2007-2009 году были расширены за счет данных по внешнему финансированию, которые составили в 2009 году 13% от общих расходов на здравоохранение (внешнее параллельное финансирование + внешнее совместное финансирование). С другой стороны, частные расходы в период 2000-2003 гг. в реальном выражении увеличивались гораздо более быстрыми темпами (в среднем на 15,4% ежегодно), чем государственные расходы (в среднем на 4,3% ежегодно), 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 2009 года (в среднем 11,6%

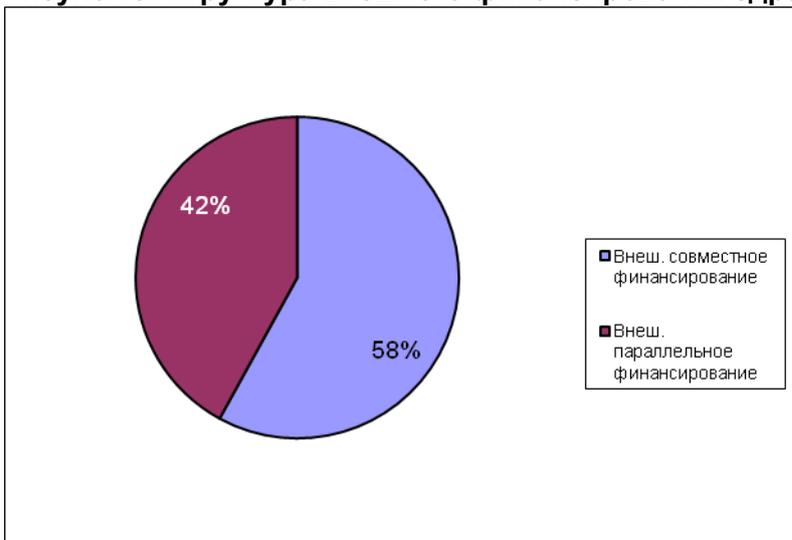
ежегодного роста относительно 3,6% роста частных расходов), следствием чего стало сокращение доли частных расходов в структуре общих расходов здравоохранения. В результате, в 2009 году доля государственных расходов на здравоохранения впервые превысила долю частных расходов (44% относительно 42,9%). Важным моментом является то, что за период с 2000 года по 2009 год государственные расходы при пересчете на душу населения увеличились практически в 2 раза, тогда как частные расходы возросли в 1,7 раза. Наибольшие темпы роста были зафиксированы с 2006 года, что обусловлено выполнением условий по финансированию сектора здравоохранения при реализации программы «Манас Таалими». 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 2009 году показатель по государственным расходам превысил показатель частных расходов на 13 сомов.

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



Наименьшую долю в структуре финансирования сектора здравоохранения занимают средства, полученные от международных организаций – 1 626,6 млн. сомов или же 13% от ОРЗ. При этом, 943,2 млн. сомов (58%) в рамках реализации механизма SWAp были интегрированы в государственный бюджет, а оставшаяся сумма в виде параллельного финансирования была направлена на реализацию конкретных программ и проектов в секторе здравоохранения (Рисунок 3).

Рисунок 3. Структура внешнего финансирования здравоохранения, в %



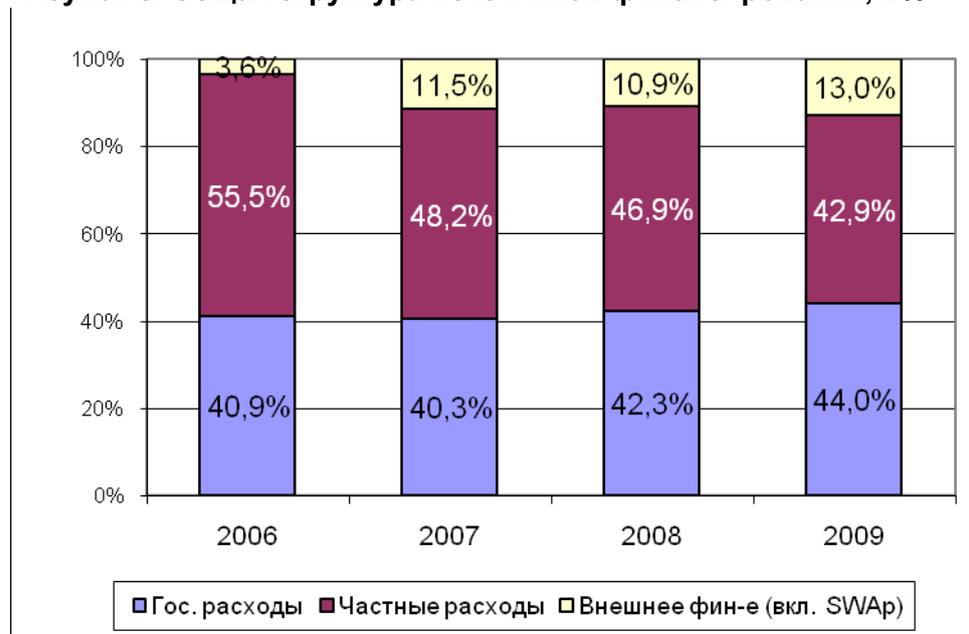
3 ДЕТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2007 ГОДУ

В данной главе представлен анализ НСЗ за 2009 год, который является продолжением работы, начатой в 2006 году по формированию единой базы данных, отражающей все финансовые потоки в секторе здравоохранения. Данная глава также содержит сравнительный анализ текущих данных с данными, полученными при формировании предыдущих отчетов по НСЗ. 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

На протяжении многих лет среди всех имеющихся источников финансирования сектора здравоохранения доминирующим являлись частные средства, которые преобладали над государственными средствами. В последние годы структура источников финансирования претерпела значительные изменения. Так, начиная с 2006 года, началось внедрение механизма SWAp, в рамках которого доля внешнего совместного финансирования составила 3,6% от 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 к 2009 году возрос до 13%. Однако, наиболее значимым результатом реформы финансирования сектора здравоохранения в рамках программы «Манас Таалими» стало увеличение доли государственных средств, которая в 2009 впервые превысила аналогичный показатель по частным расходам. (Рисунок 5).

Рисунок 5. 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 6. Структура государственных средств, в %



Государственные средства подразделяются на республиканский и местные бюджеты, а также на страховые взносы, сбор которых осуществляется СФ от имени ФОМС, и в 2009 году их соотношение составило 74%, 13,5% и 12,4% соответственно от общей суммы государственных средств. В номинальном значении общая сумма государственных средств составила 5 491,6 млн. сомов, из них республиканский бюджет – 4 809,1 млн. сомов, местный бюджет 743,8 млн. сомов, а средства ОМС – 682,6 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 6).

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 одним из источников финансирования по-прежнему служит местный бюджет. Аккумуляция средств здравоохранения на республиканском уровне дала возможность использовать данный механизм как дополнительный инструмент по выравниванию финансирования регионов, улучшению доступности уязвимых групп населения к медицинским услугам, лекарственным средствам, предоставляемым в рамках ПГГ. На эти цели в 2009 году было направлено порядка 172,8 млн. сомов.

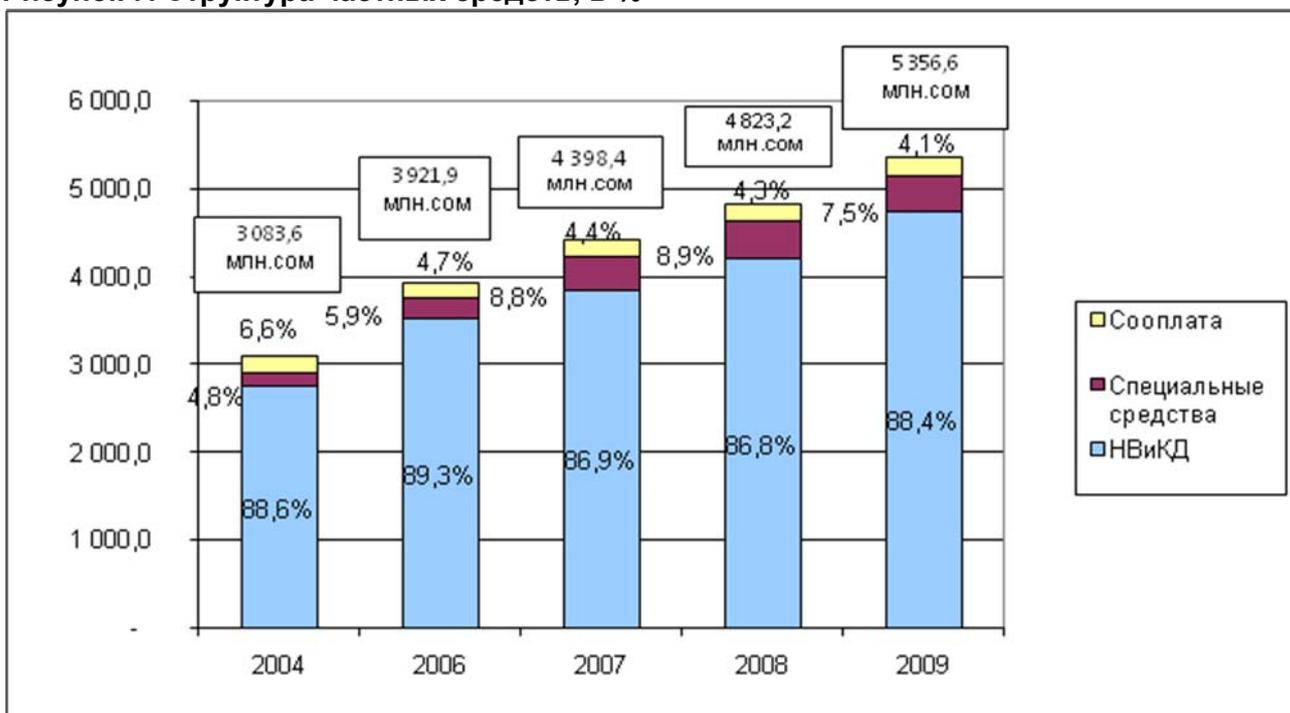
Что касается средств ОМС, то их доля также возросла с 10% в 2004 году до 16% в 2006 году и 19% в 2007 году за счет увеличения поступлений взносов ОМС, собираемых СФ КР за работающих граждан от имени ФОМС КР, однако к 2009 году этот показатель снизился до 12,4% от общих государственных расходов на здравоохранение. При этом, следует отметить, что охват системой обязательного медицинского страхования к 1 января 2009 года составил 77,6% от всего населения.

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 2009 году составила 5 356,6 млн. сомов. В структуре частных расходов, не было отмечено каких-либо серьезных изменений. Наибольшую долю по прежнему занимают Наличные Выплаты из Кармана Домохозяйств, доля которых составила 88% или 4 732,6 млн. сомов в номинальном значении. В то же время, доля сооплаты продолжала сокращаться и составила в 2009 году 4,1%, что ниже на 0,2 процентных пункта относительно 2008 года (Рисунок 7). При этом, по сравнению с 2004 годом, доля сооплаты сократилась на 2,5 процентных пункта. 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 введение в 2008 году льгот по бесплатному предоставлению медицинских услуг для пенсионеров в возрасте 70-74 лет. Дополнительно для остальных пенсионеров размеры сооплаты при стационарном лечении снижены до минимальных размеров (200-260 сомов). На компенсацию отмены и снижения сооплаты на 2009 г. Было предусмотрено 133,5 млн. сомов, в том числе на компенсацию отмены сооплаты женщинам во время беременности и родов – 42,1 млн. сомов, а также детям в возрасте до 5 лет – 91,4 млн. сомов.

Доля специальных средств в период с 2004 по 2008 года увеличивалась до 8,9%, но к 2009 году при номинально объеме 401 млн. сомов составила всего 7,5% от общего объема частных средств.

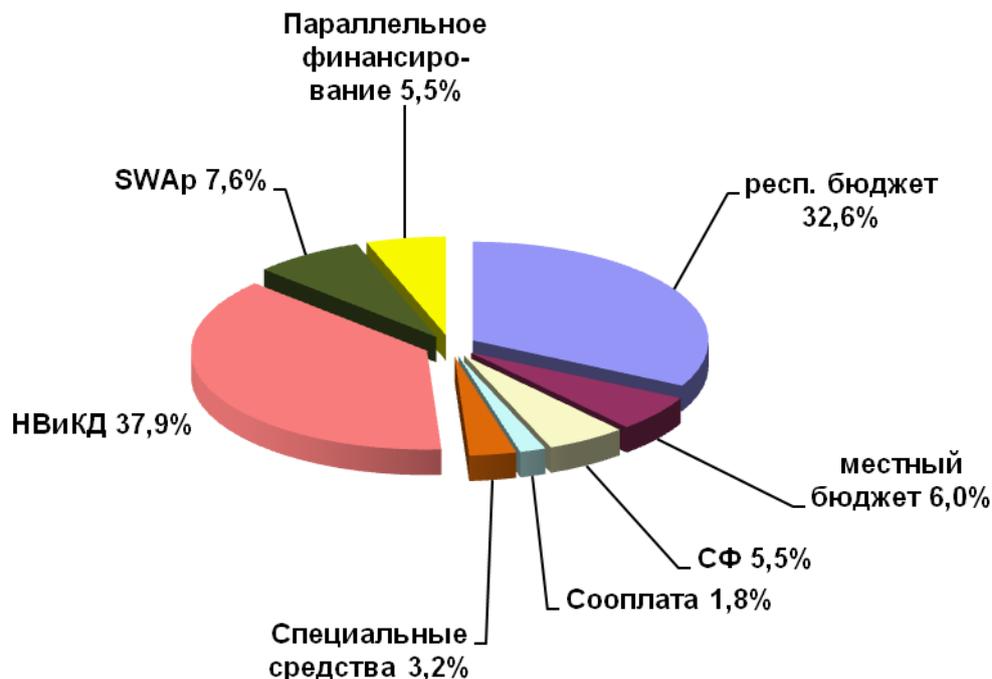
Рисунок 7. Структура частных средств, в %



При анализе полученных данных можно увидеть, что наибольшую долю по источникам финансирования в 2009 году занимают государственные расходы, где наибольший удельный вес приходится на республиканский бюджет (32,6% от ОРЗ). В то же время, частные расходы по прежнему остаются важным источником поступлений для системы здравоохранения в 2009 году. (Рисунок 8).

В целом можно сказать, что несмотря на то, что ситуация с государственным финансированием сектора здравоохранения показывает тенденцию к улучшению, но население по прежнему остается значимым источником финансирования сектора здравоохранения. В последующих отчетах представится возможность отследить, будет ли иметь свое продолжение данная тенденция в будущем.

Рисунок 8. ОРЗ по финансовым источникам, в %



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 имело важное отличие от предыдущих лет тем, что доля средств государственного сектора впервые превышает долю средств негосударственного сектора (51% относительно 43,3%) (Таблица 4). Данная тенденция получила продолжение и в последующие годы и к 2009 году доля государственного сектора достигла 54,8%, тогда как доля негосударственного сектора сократилась до 39,7%.. Рост доли государственных средств обусловлен тем, что одним из условий реализации программы «Манас Таалими» и применение механизма SWAp является ежегодное увеличение доли государственного финансирования сектора здравоохранения в общих расходах государственного бюджета. Целевым ориентиром по этому показателю для 2009 года стало 12,4% от общих расходов государственного бюджета. Существенным вкладом стало и внешнее совместное финансирование, направленное на поддержку бюджета, которое в 2009 году составило 943,2 млн. сомов, что составляет около 14% средств государственного сектора.

Порядка 70% государственных средств управляется Фондом ОМС, который осуществляет финансирование медицинских учреждений первичного и вторичного уровня, в то же время на Министерство здравоохранения приходится чуть более 27% всего государственных средств. Подобное соотношение в финансировании объясняется тем, в Кыргызстане Фонд ОМС является Единым Плательщиком и осуществляет централизованную оплату медицинских услуг, предоставляемых лечебными учреждениями населению в рамках реализации Программы государственных гарантий. 4161,3 млн. сом или на 16,4% больше, чем в 2008 году из них из республиканского бюджета предусмотрено – 2259,8 млн. сомов, из местного бюджета г. Бишкек 715,8, из средств ОМС – 864,9 млн. сомов, от населения в виде сооплаты - 214,0 млн. сомов.

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	2008	2009	2004	2006	2007	2008	2009
Государственный сектор, в т.ч.	42,3%	47,8%	50,9%	49,0%	54,8%	100%	100%	100%	100%	100%
МЗ						22,2%	26,9%	29,9%	25,7%	27,1%
ФОМС						73,8%	68,3%	65,2%	69,5%	70,1%
Негосударственный сектор	57,7%	52,2%	43,3%	44,3%	39,7%					
Остальной мир	Н/Д	Н/Д	5,8%	6,7%	5,4%					
ВСЕГО	100%	100%	100%	100%	100%					

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 27% в 2009 году.

Необходимо отметить, что доля финансирования со стороны негосударственного сектора остается по-прежнему очень высокой – около 40% и представляет собой угрозу для финансовой защиты населения. В настоящее время средств государственного бюджета 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 данный показатель составил 5,4% и несколько уменьшился по сравнению с предыдущим годом. Снижение доли расходов остального мира обусловлен сокращением параллельного финансирования со стороны международных организаций с 709 млн. сомов в 2008 году до 680 млн. сомов в 2009 году.

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:

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

- 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. По косвенным данным возможно получить информацию по розничному товарообороту лекарственных средств в аптечной сети при анализе Наличных Выплат из Кармана Домохозяйств на приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне. В целом, перечень категорий всех поставщиков медицинских услуг отражен в Таблице 5 данного отчета.

Общие расходы здравоохранения в номинальном выражении в 2009 год возросли по большинству категорий поставщиков медицинских услуг. Исключением стали только учреждения, подпадающие под категории «Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода» и «Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью», где наблюдалось снижение объемов финансирования на 3,5 и 3 млн. сомов соответственно по сравнению с 2008 годом. При этом, если в номинальном выражении ОРЗ выросли почти на 18% относительно предыдущего года, то в разрезе категорий поставщиков рост объемов финансирования колеблется от 15% до 75% (за исключением тех категорий, где наблюдалось снижение объемов финансирования).

Таблица 5: ОРЗ в разрезе поставщиков медицинских услуг

	2004		2006		2007		2008		2009	
	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %	млн. сомов	в %
НР 1 Больницы	1 712,6	33,7%	2 392,9	33,9%	2872,1	31,9%	3 646,6	34,4%	4 191,7	33,6%
НР 2 Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода	Н/Д	Н/Д	15,4	0,2%	90	1,0%	39,4	0,4%	35,9	0,3%
НР 3 Поставщики амбулаторной медицинской помощи	775,9	15,2%	1 201,9	17,0%	1546,8	17,2%	1 963,3	18,5%	2 558,8	20,5%
НР 4 Розничные и другие поставщики медицинских товаров	2 173,8	42,7%	2 687,4	38,1%	2942,9	32,7%	2 954,7	27,9%	3 720,1	29,8%
НР 5 Обеспечение и управление государственными программами здравоохранения	141,4	2,8%	212,8	3,0%	244,6	2,7%	320,8	3,0%	508,0	4,1%
НР 6 Администрация общего руководства здравоохранения и страхования	225	4,4%	381,7	5,4%	534,1	5,9%	679,9	6,4%	1 187,1	9,5%
НР 8 Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью	59,5	1,2%	170,1	2,4%	262,1	2,9%	276,1	2,6%	273,1	2,2%
ИТОГО	5 088,2	100%	7 062,4	100%	9012,5	100,00%	10 589,9	100,0%	12 474,8	100,0%

Что касается структуры ОРЗ по уровням предоставления медицинской помощи, то в 2009 году наибольшую долю расходов составили затраты на стационары (33,6%) как и в предыдущем году, тогда как до 2008 года большая часть затрат приходилась на категорию «Розничные и другие поставщики медицинских товаров». В 2009 году, расходы по данной

категории составили около 30% от ОРЗ, хотя в предыдущие годы этот показатель достигал практически 43% от ОРЗ. Увеличение расходов на стационары обусловлено ростом уровня госпитализации, который составил 15,3 на 100 человек в 2009 году, тогда как в 2008 году этот показатель составил 15,1 на 100 человек.

Однако, несмотря на снижение доли категории «Розничные и другие поставщики медицинских товаров», расходы на приобретение лекарственных средств по-прежнему составляют значительную долю. При этом основное бремя приходится на домохозяйства, чьи затраты на приобретение ЛС составляют 73% от общих их расходов на медицинские услуги, тогда как государство тратит 1,5% 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.

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

Поставщики	СЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ	Минздрав	Фонд ОМС	НЕГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР	ИТОГО
НР 1 Больницы	47,5%	32,1%	52,3%	16,8%	33,6%
НР 2 Интернаты и другие учреждения по оказанию ухода	0,5%	1,5%	0,1%	0,0%	0,3%
НР.3 Поставщики амбулаторной медицинской помощи	29,7%	2,6%	43,3%	10,2%	20,5%
НР 4 Розничные и другие поставщики медицинских товаров	1,5%	0,0%	2,3%	73,0%	29,8%
НР 5 Обеспечение и управление государственными программами здравоохранения	5,4%	17,4%	0,2%	0,0%	4,1%
НР 6 Администрация общего руководства здравоохранения и страхования	11,3%	33,2%	1,9%	0,0%	9,5%
НР 8 Учреждения, оказывающие услуги, имеющие отношение к здоровью	4,0%	13,2%	0,0%	0,0%	2,2%
ВСЕГО	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Следующей по величине категорией является стационарная помощь, доля которой в 2009 году составила около 34%. При этом, государство расходует на стационары 47,5% своих средств, тогда как расходы населения составляют около 17%. Аналогичная картина наблюдается и по поставщикам амбулаторной медицинской помощи, где государство выделяет около 30% от государственных средств на здравоохранение, в то время как расходы населения составляют около 10% от общих выплат, произведенных домохозяйствами на приобретение медицинских услуг.

3.4 Расходы на здравоохранение по функциям

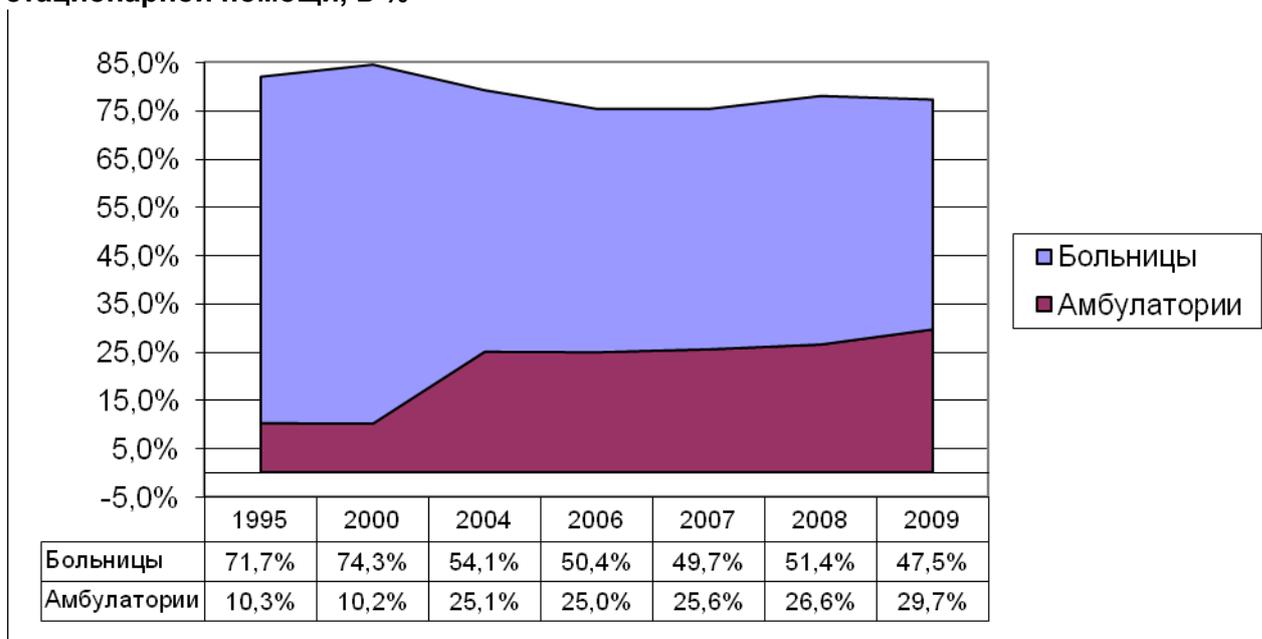
Текущая система здравоохранения предоставляет медицинские услуги в разрезе таких функций как: ПМСП, амбулаторно-поликлиническая и диагностическая помощь, стационарная помощь, профилактика и общественное здравоохранение, образование и исследования и т.д. Более половины имеющихся финансовых средств расходуется на предоставление услуг лечебной помощи. Так, в 2009 году доля затрат по данной категории составила 54% и увеличилась по сравнению с 2004 годом на 5 процентных пункта, но однако по сравнению с 2008 годом сократилась 7 процентных пункта. (Таблица 7).

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

Код	Функции	2004	2006	2007	2008	2009
НС 1.	Услуги лечебной помощи	48,9%	51,1%	52,9%	61,1%	54,0%
НС 5	Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным	41,7%	38,1%	34,7%	30,1%	29,8%
НС 6	Услуги по профилактике и общественному здравоохранению	2,8%	2,5%	3,3%	5,2%	4,2%
НС 7.	Администрация здравоохранения и медицинского страхования	0,5%	0,7%	0,8%	0,3%	3,8%
НС.R. 2	Образование и подготовка мед. работников	1,2%	1,3%	1,7%	1,9%	1,7%
НС.R. 3	Научные исследования и развитие в области здравоохранения	Н/Д	1,1%	1,4%	0,9%	0,5%
НС. Nsk НС	Расходы, не указанные по категориям	3,9%	5,3%	5,0%	0,5%	6,0%
ВСЕГО		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

При этом, в структуре лечебной помощи государственное финансирование амбулаторной службы продолжает увеличиваться, тогда как финансирование государством стационаров по 2007 год сокращалась и лишь в 2008 году наблюдается некоторое увеличение – до 51,4%. Но при этом, в 2009 году данный показатель снизился до 47,5%, что значительно ниже аналогичного показателя за 2000 год (74,3%). 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. (Рисунок 10).

Рисунок 10. Структура государственных расходов на услуги первичной и стационарной помощи, в %



Доля расходов на амбулаторную помощь увеличились с 10% в 2000 году почти до 30% в 2009 году. Рост использования медицинских услуг на первичном уровне можно наблюдать на основе уровня посещения врачей ГСВ на 1 жителя. Доля использования данного вида услуг увеличилась с 1,6 на человека в 2005 году до 2,8 в 2009 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. Однако, при этом необходимо учитывать, что расходы на ПМСП также не могут увеличиваться постоянно в ущерб другим уровням предоставления медицинской помощи.

Второй по величине категорией является «Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным» доля которой составила почти 30% и снизилась почти на 12 процентных пункта по сравнению с 2004 годом. В данную категорию входят наличные расходы населения на приобретения лекарственных средств, а также суммы возмещения в рамках ДП ОМС за выписанные врачом препараты, реализуемые через аптечные сети, работающие в системе ДП ОМС. Необходимо отметить, что в 2008 году застрахованным пациентам было выписано 574,8 тыс. рецептов, тогда как в 2009 году было выписано 700,9 тыс. рецептов, что на 21% больше предыдущего года. Как следствие, в номинальном выражении сумма возмещения увеличилась с 75,8 млн. сомов в 2008 году до 97 млн. сомов в 2009 году. Однако, несмотря на это, в структуре расходов на ЛС их доля практически не изменилась и составила 1,5% от общих затрат на приобретение медицинских товаров на амбулаторном уровне.

Несмотря на то, что в 2009 году доля расходов на общественное здравоохранение сократилась по сравнению с 2008 годом и составила 4,2%, но все же этот показатель превышает уровень предыдущих лет (2,8%-3,3% за период с 2004 по 2006 годы). Важно сохранить данную тенденцию и в будущем, так как в ближайшие годы государство ставит перед собой задачу усилить роль общественного здравоохранения.

В Таблице 8 показано распределение средств от финансирующих организаций к функциям. Как видно из этой таблицы, около 75% государственных средств выделялись в первую очередь на финансирование услуг лечебной помощи, при этом чуть более 45% средств шло на финансирование стационарной лечебной помощи, тогда как на финансирование амбулаторной лечебной помощи было выделено 29% 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. Хотя, в последние годы имеет место тенденция по сокращению разрыва между этими категориями.

Большая часть наличных средств домохозяйств была направлена на медицинские товары (лекарства), назначаемые амбулаторным больным – 72,9% от общего объема НВиКД, тогда как в государственном секторе на данную категорию ФОМС направляет всего 1,5% от общего объема государственных средств. При этом, следует отметить, что для улучшения доступности к лекарственным средствам в августе 2006 года 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 определенных категорий населения. Однако, уровень оплаты пациентов за приобретенные лекарственные средства несколько увеличился и составил 40,1%, против 38% в 2008 году.

Для домохозяйств основным финансовым бременем по-прежнему остается приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне, тогда как государство 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.

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

Код	Функции	Гос. сектор	НВиКД	Гос. сектор	НВиКД	Внеш. фин-е	Гос. сектор	НВиКД	Внеш. фин-е
		2007 год		2008 год		2009 год			
НС 1.	Услуги лечебной помощи	75,3%	26,6%	78,0%	38,6%	18,4%	74,7%	27,1%	18,5%
НС 1.1	Стационарная лечебная помощь	49,8%	13,9%	51,4%	27,3%	15,4%	45,7%	16,8%	15,5%
НС 1.2-1.3	Дневные случаи оказания лечебной помощи и Амбулаторная лечебная помощь	25,6%	12,7%	26,6%	11,3%	2,9%	29,0%	10,3%	2,9%
НС 5	Медицинские товары, назначаемые амбулаторным больным	1,6%	73,4%	1,5%	61,4%	0,0%	1,5%	72,9%	0,0%
НС 6	Услуги по профилактике и общественному здравоохранению	6,0%		7,0%		20,4%	5,7%		20,5%
НС 7.	Администрация здравоохранения и мед. страхования	1,5%		0,5%		9,5%	0,9%		9,0%
НС.R.	Расходы, связанные со здравоохранением, не классифицированные по категориям	15,5%		6,8%		51,8%	17,3%		52,1%
ВСЕГО		100%							

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 около 96% от всех расходов. Текущие расходы в основном группируются по таким основным категориям как «Расходы, связанные с персоналом» и «Использование товаров и услуг» (33,3% и 61,8% соответственно). Самый высокий процент затрат идет на приобретение медикаментов и перевязочных средств (37,1%) (Таблица 9). Необходимо еще раз отметить, что расходы на медикаменты включают не только средства государственного бюджета, но и в большей части состоят из расходов населения в виде НВиКД.

Уровень расходов, связанных с персоналом, продолжает составлять более трети всех общих расходов на здравоохранение. Сохранение этого уровня, несмотря на проблемы с кадровым обеспечением, обусловлено в первую очередь ростом фонда оплаты труда. Заработная плата врачей ГСВ по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. увеличилась на 15% и составила в среднем 4911 сомов, среднего медицинского персонала – на 15,4% (3952 сома), младшего медицинского персонала – на 16,1% (2040 сомов); врачей стационаров – на 16,9% (4852 сома), среднего медицинского персонала – на 15,4% (3704

сома), младшего медицинского персонала – на 11,3% (2282 сома). Несмотря на увеличение, заработная плата врачей составляет в среднем 80,1% от средней заработной платы по республике, а среднего и младшего медицинского персонала - 62,8% и 35,5% соответственно.

Таблица 9: Распределение ОРЗ по статьям расходов

Код	Статьи расходов	2004	2006	2007	2008	2009
RC 1	Текущие расходы	98,9%	98,8%	95,1%	96,7%	96,1%
RC 1.1	Расходы, связанные с персоналом	22,8%	31,1%	33,5%	45,0%	33,3%
RC 1.1.1	<i>Заработная плата</i>	18,1%	26,6%	28,8%	40,1%	27,8%
RC 1.1.2	<i>Отчисления в Социальный Фонд</i>	4,5%	4,3%	4,5%	4,7%	5,3%
RC 1.1.3	<i>Командировочные расходы</i>	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
RC 1.2	Использование товаров и услуг	76,1%	67,6%	55,8%	51,7%	61,8%
RC 1.2.1	Приобретения предметов и материалов для текущих хозяйственных целей	69,0%	59,2%	45,4%	40,2%	40,2%
RC 1.2.1.1	<i>Расходы на питание</i>	3,7%	6,0%	3,8%	3,5%	3,1%
RC 1.2.1.2	<i>Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств</i>	63,1%	49,3%	41,6%	36,8%	37,1%
RC 1.2.2	Услуги, в том числе:	5,5%	5,6%	8,8%	11,4%	8,0%
RC 1.2.2.1	<i>Коммунальные услуги</i>	4,7%	4,6%	3,4%	2,6%	3,1%
RC 1.2.3	Текущие различные прочие расходы	0,1%	0,0%	1,6%	0,1%	13,5%
RC 2	Общие капитальные вложения	1,1%	1,2%	4,9%	3,3%	3,9%
ВСЕГО		100%	100%	100%	100%	100%

В 2009 году продолжилась тенденция снижения доли средств, направленных на обеспечение питанием пациентов (с 3,5% до 3,1%), что может послужить одной из причин некоторого ухудшения качества предоставляемых медицинских услуг. Несмотря на то, что в номинальном выражении расходы питания увеличились (примерно на 7%), расходы на питание на 1 больного в день в большинстве организаций здравоохранения не достигают установленного постановлением Правительства КР норматива - 41 сом. По результатам 2009 года, в среднем на одного пациента по республике выделялось 35 сомов в день.

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 2009 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, 2006-2008 года, что дало возможность при подготовке данного отчета провести сравнительный анализ финансовых потоков внутри системы здравоохранения за 2004, 2006-2009 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.
- Продолжилась тенденция снижения доли частных расходов на медицинские услуги в 2009 году.
- В 2009 году продолжилась тенденция по увеличению доли финансирования ПМСП, что соответствует реализуемой политике в секторе здравоохранения по смещению акцентов со стационарной службы на первичный уровень предоставления медицинских услуг.
- Существующая система аккумулирования средств здравоохранения на республиканском уровне дало возможность использовать данный механизм как дополнительный инструмент по выравниванию финансирования регионов, улучшению доступности уязвимых групп населения к медицинским услугам, лекарственным средствам, предоставляемым в рамках ПГГ.
- Улучшалась адресность выделяемых средств в рамках ПГГ на приоритетные группы населения с целью снизить финансовое бремя уязвимых групп населения

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

- 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 как на первичном уровне, так и в стационарах по-прежнему не достигает уровня средней зарплаты по стране.
- Сокращение расходов на научные исследования и прочие мероприятия по развитию в области здравоохранения, которое наблюдается в последние годы.
- Расходы на общие капитальные вложения по-прежнему занимает крайне низкую долю в общих расходах.

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. Так, порядка 42% от общего объема внешнего финансирования не может быть классифицирована.
- 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.
- Несмотря на то, что разработка НСЗ в Кыргызстане ведется уже в течение нескольких лет и определен институциональный дом, однако процесс институционализации пока не завершен. В настоящее время отсутствует какая-либо юридическая основа для дальнейшего внедрения и использования НСЗ.

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. Одним из путей решения может быть создание централизованного фонда капитальных вложений в здания и сооружения в секторе здравоохранения.

- Необходимо продолжить работу по определению объемов финансирования со стороны донорского сообщества, в частности продолжить 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 и принятия соответствующих нормативно-правовых документов для завершения процесса институционализации.

ПРИЛОЖЕНИЕ А: ТАБЛИЦЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЧЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КР

