

Отчет № 88979

Кыргызская Республика
Обзор государственных расходов
Здравоохранение

Май 2014

Отдел по сокращению бедности и экономическому управлению
Регион Европы и Центральной Азии



ВСЕМИРНЫЙ БАНК
МБРР • МАР | ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА

Выражение признательности

Настоящая аналитическая справка является частью Программного обзора государственных расходов (ОГР) Кыргызской Республики, проводимого под началом Евгения Найдова (руководитель рабочей группы) и К. Мигары О. Де-Сильвы (соруководитель рабочей группы). Работа над ОГР впервые была начата Орханом Никсичем. С сентября 2012 года по июнь 2013 года руководителем рабочей группы был Фарук Хан. К. Мигара О. Де-Сильва был соруководителем рабочей группы с самого начала работы над ОГР, отвечая, в основном, за составление аналитических справок по управлению фондом заработной платы, управлению государственными инвестициями и межбюджетными трансфертами.

Настоящая аналитическая справка была подготовлена следующими специалистами: Антонио Джуффрида (старший экономист по здравоохранению, ECSH1), Рузель Ф. Лавадо (экономист по здравоохранению, ECSH1), Элина Дэйл (консультант, ECSH1) и Адыл Темиров (консультант, ECSH1). Следующие специалисты поделились с командой своими консультациями и материалами: Бактыгуль Акказиева (НРАС), Нагараджу Дуталури (ведущий специалист по закупкам, ECSO2), Хелен Эдмундсон (экономист, ECSP1), Лорэйн Хоукинс (консультант, ВОЗ/ЕВРО), Дидье Орнебер (координатор проекта, Минздрав Кыргызской Республики), Недим Яганьец (старший специалист по здравоохранению, ECSH1), Мелитта Якаб (старший аналитик по вопросам политики финансирования здравоохранения, ВОЗ/ЕВРО), Шафик Джамал (консультант, ВОЗ/ЕВРО), Орхан Никсич (MNSD), Асель Саргалдакова (старший специалист по здравоохранению, ECSH1), Андреас Сейтер (старший специалист по здравоохранению, HDNHE) и Джин Эллен Теше (старший экономист, HDNHE). Закия Некайен-Навруз, Сара Нанкя Бабирье, Эвелина Лайч и Лилия Саева обеспечили техническую и административную поддержку. Анализ ОГР был проведен в тесном сотрудничестве с партнерами в Правительстве, используя начальные рабочие варианты, презентации и семинары для поддержания диалога по стоящим перед Кыргызской Республикой вопросам, касающимся приоритетов политики государственных расходов. Команда признательна за предложения и советы, полученные в ходе консультаций с государственными должностными лицами Кыргызской Республики – в основном, с представителями Министерства здравоохранения, Министерства финансов и Фонда обязательного медицинского страхования Кыргызской Республики.

Команда признательна Министерству международного развития Великобритании (DFID) и Государственному секретариату Швейцарии по экономике (SECO) за софинансирование данного программного обзора государственных расходов.

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА – ГОСУДАРСТВЕННЫЙ БЮДЖЕТНЫЙ ГОД
1 января – 31 декабря

ВАЛЮТНЫЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ

(действительный обменный курс по состоянию на 30 апреля 2014)

Денежная единица = кыргызский сом (KGS)

1,00 доллар США = 53,9615 сома

Система меры и веса

Метрическая система

АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

ДЛО	Дополнительное лекарственное обеспечение/ дополнительная программа ОМС	ЦРТ	Цели развития тысячелетия
СППС	Средняя продолжительность пребывания в стационаре	ОМС	Обязательное медицинское страхование
ССЗ	Сердечнососудистые заболевания	ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
DFID	Министерство международного развития Великобритании	ПМС	Показатель материнской смертности
ДОТС	Лечение под непосредственным контролем	Минздрав	Министерство здравоохранения КР
КСГ	Клинико-статистические группы	Минсоц-развития	Министерство социального развития КР
ЕЦА	Европа и Центральная Азия	ВК	Выплаты из кармана
ЕС	Европейский Союз	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ЭПЗ	Эквивалент полной занятости	КМОН	Косвенный метод оценки нуждемости
ВВП	Валовой внутренний продукт	СЕСО	Государственный секретариат Швейцарии по экономике
ИТ	Информационные технологии	ПГГ	Программа государственных гарантий
СНУД	Страны с низким уровнем доходов	SWAp	Широкосекторальный подход
СНСУД	Страны с низким и средним уровнем доходов	ТБ	Туберкулез
ЕПМС	Ежемесячное пособие для малообеспеченных семей	ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение

Вице-президент:	Лора Так
Региональный директор:	Сарож Кумар Джа
Менеджер по стране:	Александр Кремер
И.О. директора сектора:	Роумин Ислам
Менеджер сектора:	Ивайло В. Изворски
Руководитель рабочей группы:	Евгений Найдов
Автор аналитического отчета:	Антонио Джиуффрида

Содержание

1. Краткое резюме	7
2. Обзор системы здравоохранения Кыргызской Республики	10
3. Программа государственных гарантий (ПГГ)	13
4. Показатели здоровья	15
5. Финансирование здравоохранения	18
6. Неравенство в использовании услуг здравоохранения, анализ распределения общественных благ и обеспечение финансовой защиты населения.....	24
7. Меры по обеспечению эффективности для сокращения финансового разрыва ПГГ	28
Улучшение адресности льгот по сооплате.....	28
Модернизация стационарных медицинских услуг.....	31
Повышение эффективности затрат на лечение приоритетных заболеваний.....	35
Самофинансирование стоматологических и курортологических услуг	38
Гармонизация правил по источникам финансирования	38
Перераспределение средств, сэкономленных в результате образования вакансий.....	41
Повышение эффективности закупок лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения.....	44
8. Заключение: Дальнейшие действия	46
Список использованных источников	58

Список приложений

Приложение 1. Категории граждан, имеющих право на бесплатное медико-санитарное лечение.....	47
Приложение 2. Сравнение результатов реализации мер по здравоохранению.....	50
Приложение 3. Сравнительные показатели смертности от ССЗ.....	54
Приложение 4. Формула предварительного расчета КМОН.....	55
Приложение 5. Бремя болезней в Кыргызской Республике, оцениваемое по количеству утраченных лет жизни с поправкой на инвалидность (DALY).....	57

Список вставок

Вставка 1. Повышение налогов на табачную продукцию в целях улучшения индивидуального здоровья и состояния бюджета.....	36
--	----

Список рисунков

Рисунок 1.	Прогресс в достижении ЦРТ по улучшению здоровья матери и ребенка..	16
Рисунок 2.	Причина смертности в Кыргызской Республике, 2011 г.	17
Рисунок 3.	Состав всех расходов на здравоохранение, 2000-2010 гг.	19
Рисунок 4.	Государственные расходы в Кыргызской Республике по сравнению с отдельными странами, 2011 г.	21
Рисунок 5.	Состав государственных расходов на здравоохранение по административному уровню, 2011 г.	21
Рисунок 6.	Расчетные подушевые расходы по областям, 2011 г.	22
Рисунок 7.	Расходы на персонал в общих государственных расходах на здравоохранение, 2005-2012 гг.	23
Рисунок 8.	Государственные расходы на здравоохранение в разрезе уровней оказания медицинской помощи, 2009-2011 гг.	24
Рисунок 9.	Распространенность критических выплат, более 10 и 15% непродовольственного потребления	27
Рисунок 10.	Охват политикой освобождения от сооплаты, по доходным квинтилям..	29
Рисунок 11.	Альтернативное распределение ресурсов, используемых для освобождения от сооплаты детей, пенсионеров и беременных женщин среди доходных квинтилей.....	30
Рисунок 12.	Койко-места на 100 000 человек, 1990-2011 гг.	32
Рисунок 13.	СППС и показатели выписки из стационара из расчета на 100 пациентов, все койко-места	33
Рисунок 14.	Сравнение налогов на сигареты в процентном отношении к цене пачки сигарет	37
Рисунок 15.	Численность врачей и медсестер на 100 000 человек	42
Рисунок 16.	Изменение удельных цен на лекарственные препараты, Кыргызская Республика, 2012 г.	45

Список таблиц

Таблица 1.	Численность и доли застрахованного населения.....	13
Таблица 2.	Общие расходы на здравоохранение, 2000-2010 гг.	20
Таблица 3.	Пользование услугами государственного здравоохранения по доходным квинтилям домохозяйств	25
Таблица 4.	Распределение общественных благ государственных расходов на здравоохранение, 2006 и 2009 гг.	26
Таблица 5.	Воздействие на бедность расходов на частные выплаты за услуги здравоохранения.....	27
Таблица 6.	Количество и расходы на освобождение от сооплаты, предоставленные в 2012 году	29
Таблица 7.	Показатели ошибочного включения и исключения по ПГГ, ЕПМС и предлагаемому КМОН.....	29

Таблица 8. Преимущества и недостатки трех вариантов адресности.....	31
Таблица 9. Потенциальное сокращение расходов на здравоохранение в результате сокращения случаев госпитализации	35
Таблица 10. Стоимость стационарного лечения ССЗ, 2011 г.	36
Таблица 11. Общий бюджет здравоохранения за вычетом специальных средств, по типам расходов, 2008-2011 гг.	39
Таблица 12. Потенциальная экономия от сокращения численности административного персонала учреждений ПМСП, 2012 г.	40
Таблица 13. Потенциальная экономия от сокращения численности административного персонала больниц, 2012 г.	41
Таблица 14. Имеющиеся вакансии по медучреждениям и видам должностей, 2012 г.	43

1. Краткое резюме

1. За прошедшие два десятилетия Кыргызская Республика реализовала важные реформы по финансированию и организации системы здравоохранения. Важные программы реформ «Манас» и «Манас Таалими» определили план действий по комплексной перестройке системы здравоохранения. Четкие приоритеты, выполнимые цели и логическая последовательность реформ являются ключевыми причинами успешной модернизации системы здравоохранения (Balabanova, et al., 2013). В результате, несмотря на сложное социально-экономическое положение, страна считается лидером в области реформирования системы здравоохранения в регионе (Jakab and Manjjeva, 2008; Kutzin, Jakab and Cashin, 2010).

2. По сравнению с другими бывшими советскими республиками и другими странами с низким уровнем доходов, Кыргызская Республика демонстрирует хорошие результаты в том, что касается показателей здоровья населения, доступности населения к медицинской помощи и обеспечению финансовой защиты населения. Средняя продолжительность жизни превышает показатели нескольких наиболее процветающих бывших советских республик, включая Россию. Показатели младенческой и детской (в возрасте до пяти лет) смертности сократились вдвое за период с 1990 по 2010 гг. Более 98% родов принимает квалифицированный медперсонал, а показатели иммунизации детей превышают 90%. В независимости от доходов разные категории населения имеют практически одинаковые показатели по использованию услуг на стационарном и амбулаторном уровнях. В целом, сравнительно большая часть государственных расходов на здравоохранение направлена на малоимущих. Частота катастрофических и доводящих до бедности расходов из кармана пациента на услуги здравоохранения в КР довольно низкая.

3. Эпидемиологический переход и растущая заболеваемость неинфекционными и хроническими заболеваниями больше всего осложняют ситуацию. Кыргызская Республика оказалась особенно слабо подготовленной к решению проблемы эпидемиологического перехода от преобладания инфекционных заболеваний к неинфекционным хроническим заболеваниям и, в частности, к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). В результате этого, показатели смертности в стране, относимые на счет трех основных видов ССЗ, – заболеваний системы кровообращения, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, – являются наиболее высокими среди стран Центральной Азии. Кроме того, высокая заболеваемость туберкулезом и растущая заболеваемость ВИЧ являются дополнительными причинами беспокойства в стране. Поэтому новая Национальная программа реформирования системы здравоохранения КР «Ден Соолук» нацелена на улучшение показателей здоровья населения в следующих сферах: (i) сердечнососудистые заболевания (ССЗ); (ii) охрана здоровья матери и ребенка (ОЗМиР); (iii) туберкулез (ТБ) и (iv) ВИЧ.

4. Дефицит в финансировании Программы государственных гарантий представляет серьезную проблему для финансовой устойчивости сектора здравоохранения. Проведенное в 2006 году расширение списка льготников, освобожденных от сооплаты (включая всех рожениц, детей в возрасте от 1 года до 5 лет и пенсионеров), и повышение заработной платы работников здравоохранения, проведенное в 2011 году, создали большую нагрузку на существующие ограниченные бюджетные ресурсы. Поэтому необходимы дополнительные реформы для обеспечения

финансовой устойчивости сектора здравоохранения. Главные рекомендации по вопросам проводимой политики, направленные на повышение финансовой устойчивости и эффективности государственных расходов на здравоохранение, заключаются в следующем:

- **Снижение охвата и улучшение адресности льгот по сооплате, предусматриваемых Программой государственных гарантий (ПГГ).** Нынешняя политика освобождения от сооплаты для 28 групп, основывающаяся на социальном статусе и клиническим показаниям основного заболевания, не работает в пользу малоимущих: 57,5% льготников не относятся к нижним двум квинтилям по распределению доходов, а 51,3% двух нижних квинтилей не освобождены от сооплаты. Гораздо большей адресности и потенциальной консолидации льгот можно было бы добиться, применяя подход, учитывающий материальное положение – как, например, тот, который применяется для определения получателей ежемесячного пособия для малообеспеченных семей – или методологию косвенной оценки нуждаемости.
- **Оптимизация и модернизация стационарных услуг.** Внедрение современных технологий – таких как дневной хирургический стационар и лапароскопическая хирургия – могло бы сократить количество койко-мест и случаев необоснованной госпитализации, что пошло бы на пользу пациентам и привело бы к улучшению показателей здоровья. Однако при этом общие расходы не обязательно сократятся, поскольку внедрение современных технологий потребует осуществления инвестиций в оборудование и обучение. Кроме того, необходимо будет принять другие меры для более эффективного контроля числа госпитализаций и связанными с ними затратами. Со стороны организаций здравоохранения было бы полезно внедрить ограничения на максимальное количество пролеченных случаев и повысить ставки возмещения основанные на клинико-затратных группах (КЗГ), предусматривающие использование услуг дневного хирургического стационара и новых технологий. Со стороны спроса на услуги здравоохранения, выборочное внедрение, упраздненной в 2006 году сооплаты для детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров и беременных женщин также улучшило бы ситуацию.
- **Повышение эффективности затрат на лечение и профилактику приоритетных заболеваний.** Стационарное лечение ССЗ является дорогостоящим и неэффективным. Модернизированное лечение и профилактика ССЗ могли бы способствовать сокращению затрат и сохранению жизней. Образовательные кампании в средствах массовой информации, скрининг факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и вторичная профилактика с использованием лекарственных препаратов являются экономически целесообразными мероприятиями. Налогообложение табачной продукции в частности является эффективной мерой снижения уровня ССЗ. Это также является источником дополнительных доходов в государственный бюджет.
- **Самофинансирование стоматологических и курортологических услуг.** Около 3% всех государственных расходов на здравоохранение используются для субсидирования стоматологических, курортологических и лечебно-восстановительных услуг. Однако бесплатными услугами пользуются лишь некоторые группы населения. Будет более эффективным и справедливым, если эти услуги будут предоставляться частным сектором, а государство будет

предоставлять адресные субсидии льготным категориям лиц, нуждающимся в таких услугах.

- **Согласование правил, регулирующих использование различных источников финансирования.** ПГГ финансируется из четырех источников: бюджетные средства, отчисления из фонда заработной платы на ОМС/ Социальный фонд, сооплата и специальные средства. У каждого из этих источников имеются разные правила расходования средств. Согласование правил расходования и отчетности приведет к небольшой, но немедленной экономии средств в результате сокращения штатных должностей по бухгалтерскому учету и более эффективного использования средств. Кроме того, повышение гибкости в использовании бюджетных средств является важным потенциальным источником повышения эффективности. В настоящее время только средства ОМС имеют такую гибкость. Даже если сложно оценить выгоду от этой меры в денежном выражении, она может привести к увеличению фискального пространства для сектора здравоохранения.
- **Оптимизация штатной численности персонала и использование высвобожденных средств на другие цели.** В организациях здравоохранения имеется большое количество вакантных штатных должностей с соответствующей заработной платой, которая часто перераспределяется между существующим персоналом. Такая практика не всегда ведет к эффективному использованию средств. Повышение заработной платы 2011 г. сильно ограничило бюджет здравоохранения, чрезвычайно сократив средства, доступные для других важных статей расходов, как например, продукты питания и медикаменты. Пересмотр существующих нормативов штатной численности персонала может способствовать снижению давления на бюджет сектора здравоохранения в результате повышения заработной платы медработникам. Кроме того, необходимо предоставить обучение руководителям Счетной палаты и организаций здравоохранения для того, чтобы они лучше могли использовать гибкость, которую обеспечивает система Единого плательщика, и таким образом улучшать эффективность использования средств.
- **Улучшение процесса закупок лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения.** В 2012 г. Правительство КР приняло решение о централизованной закупке лекарственных средств для больниц. Согласно этому решению, закупки, должны были производиться ФОМС. Однако, потенциал ФОМСа по проведению закупок очень низкий, и в ближайшем будущем Фонд не имеет возможности создания должного потенциала для проведения централизованной закупки лекарственных средств. Использование «рамочных соглашений» может способствовать более экономичному использованию средств и улучшению качества централизованно закупаемых медицинских препаратов, в то же время сохраняя гибкость существующей системы, где каждая организация здравоохранения может закупить лекарственные препараты. При этой системе, МЗ КР и ФОМС должны рассчитать потребность и провести переговоры с поставщиками о цене и качестве товаров. Затем, организации здравоохранения могут производить свои закупки, но при этом основываясь на рамочных соглашениях с уже обозначенными условиями. Однако, внедрение такой системы требует время и усиление потенциала и Минздрава КР и ФОМСа.

2. Обзор системы здравоохранения Кыргызской Республики

5. За последние 20 лет система здравоохранения Кыргызской Республики существенно разрослась и в значительной степени отошла от стандартной советской модели. Эта модель основывалась на централизованном планировании, минимальной свободе действий руководителей медучреждений на местах и значительном акценте на предоставлении лечебных услуг. Распределение ресурсов, койко-мест и врачей из расчета на душу населения осуществлялось в соответствии со стандартами и нормами планирования, разработанными НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко в Москве. Модель Семашко характеризовалась обширной сетью медучреждений со слабыми услугами первичной медико-санитарной помощи, высоким уровнем специализации, неэффективными и дорогостоящими больничными услугами (Davis, 2010). Финансирование исходя из имеющихся ресурсов, вкпе с фрагментированием источников финансирования, способствовало переизбытку возможностей и неэффективности сети учреждений здравоохранения. Кроме того, у некоторых профильных министерств – таких как Министерство обороны и Министерство внутренних дел КР – были свои собственные медицинские учреждения. Значительные дотации бюджета из Москвы делали эту систему доступной, однако после развала Советского Союза и последовавшего за этим глубокого экономического кризиса советская модель здравоохранения быстро стала неустойчивой (Rowland and Telyukov, 1991).

6. В сложившихся обстоятельствах была разработана Национальная программа реформы здравоохранения «Манас». Поскольку нормативно-правовая база советской системы в первые годы после обретения страной независимости оставалась без изменений, разрыв между формальными и фактическими правами на получение медицинских услуг и неформальными частными выплатами стал обычным делом. Несмотря на то, что широта охвата осталась прежней, сократилась глубина охвата. Главная задача программы «Манас» (1996-2006) заключалась в реструктуризации системы здравоохранения, унаследованной современ Советского Союза, и обеспечении ее финансовой устойчивости. Программа «Манас» опиралась на следующие ключевые принципы (Giuffrida, Jakab and Dale, 2008):

- Внедрение отчислений на обязательное медицинское страхование (ОМС), финансируемых за счет целевого налога с фонда заработной платы в дополнение к бюджетным средствам;
- Замена постатейного финансирования здравоохранения механизмами оплаты, основанными на численности населения и результатах – такими, как подушевое финансирование услуг ПМСП и оплата стационарных услуг за пролеченный случай по клинико-затратным группам (КЗГ);
- Прогрессивная централизация функции закупки медуслуг и аккумулярование средств Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС);
- Реформирование системы предоставления медуслуг: разработка модели семейной медицины для первичной медико-санитарной помощи, и реструктуризация стационарной медицинской помощи;
- Уточнение прав на получение медицинской помощи и обязанностей граждан по сооплате медуслуг посредством внедрения Программы государственных гарантий (ПГГ);

- Создание дополнительного лекарственного обеспечения/дополнительной программы ОМС, предоставляющего льготы при приобретении лекарственных препаратов гражданам, зарегистрированным в системе ОМС.

7. В 1997 году Правительство КР внедрило новый целевой налог на здравоохранение с целью привлечения дополнительных ресурсов для сектора.

Изначально им были охвачены лишь фермеры и работники формального сектора, за исключением государственных служащих. Годом позже налог был распространен и на государственных служащих и лиц, занимающихся индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельностью. Пенсионеры и зарегистрированные безработные были с самого начала охвачены республиканским бюджетом (Jakab and Manjjeva, 2008)¹. ФОМС был образован в 1997 году для администрирования этих новых налогов. Однако он не был пассивным администратором средств, а начал реализацию важных инноваций, связанных с заключением контрактов и оплатой услуг медучреждений в соответствии с новыми условиями. Эти условия включают в себя оплату больницам за каждый пролеченный случай и подушевое финансирование медучреждений первичной медико-санитарной помощи. ФОМС также отличался тем, что охватывал население в масштабе всей страны, потому что функции аккумулирования ресурсов и осуществления закупок медуслуг носили национальный характер и не ограничивались отдельными областями или районами. Согласно данным, приводимым в работе Кацина (Kutzin, et al., 2002), несмотря на то, что, с точки зрения контролируемых им объемов финансирования, ФОМС представлялся «небольшим игроком», в течение этого периода он оказывал значительное воздействие на поставщиков услуг здравоохранения (медучреждения) за счет принятой им стратегии закупок медуслуг.

8. Внедрение значительных реформ в области финансирования здравоохранения началось в 2001 году в двух областях с создания областных пулов средств.

Областные финансовые управления передали все налоговые поступления, предназначенные для здравоохранения, областным территориальным управлениям ФОМС (Jakab and Manjjeva, 2008). Таким образом, все доходы были объединены на областном уровне и передавались медучреждениям с использованием тех же механизмов оплаты, ориентированных на результаты, а не на мощностные показатели. Более того, аккумулирование средств на областном уровне позволило перераспределять ресурсы между различными районами и городами в пределах области. Это был важный шаг по прекращению фрагментирования ресурсов здравоохранения и дублирования услуг. Это также способствовало обеспечению географического равенства в плане доступности услуг здравоохранения. К 2004 году аккумулирование средств на областном уровне было развернуто во всех областях (Jakab and Manjjeva, 2008). В 2006 году областные пулы средств были объединены на республиканском уровне, далее способствуя выравниванию финансирования по географическим территориям (Ibraimova et al., 2011).

9. Таким образом, на республиканском уровне были образованы два финансовых пула: один – для индивидуальных услуг здравоохранения в рамках ПГТ (администрируется ФОМС), и второй – для услуг здравоохранения для населения в целом (администрируется Минздравом КР). ФОМС состоит из центрального

¹ Отчисление на ОМС для работников было установлено в размере 2% и подлежало уплате в полном объеме работодателями. Фермеры вносят 5% своего земельного налога в качестве своего взноса в ОМС. Отчисления за пенсионеров и безработных осуществляются из государственного бюджета и рассчитываются исходя из 1,5 минимальных окладов.

головного офиса и областных территориальных управлений. В дополнение к своим основным функциям, заключающимся в управлении контрактами и администрировании выплат медицинским учреждениям, ФОМС также отвечает за мониторинг качества услуг здравоохранения, данных о пользовании услугами медучреждений и контингенте зачисленных, и обеспечение защиты прав пациентов (Ibraimova, et al., 2011). Минздрав КР отвечает за разработку национальной политики здравоохранения, составление и исполнение законодательных актов, и реализацию национальных программ здравоохранения. Он также отвечает за лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, надзор за аккредитацией организаций здравоохранения, мониторинг и оценку состояния здоровья населения. Некоторые специализированные медицинские учреждения республиканского уровня находятся в непосредственном ведении Минздрава КР.

10. Частное предоставление медицинских услуг постепенно росло с момента обретения страной независимости. Начиная с аптек, частный сектор распространился и на специализированные амбулаторные и стационарные услуги. По оценкам, более 600 частных врачей и около 230 частных организаций имеют лицензии на предоставление медицинских услуг в Кыргызской Республике (Checheybaev et al., 2008). В частном секторе представлены около 20 частных больниц на 350 койко-мест, более половины которых расположены в Бишкеке. Кроме того, в Бишкеке работает частная служба круглосуточной скорой помощи.

11. Заключение контрактов ФОМС с частными поставщиками услуг еще не началось. В принятом в 1992 году Законе “Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики” признавалось, что медицинские услуги в стране должны предоставлять как частные, так и государственные учреждения. Однако на данный момент до сих пор не разработаны юридические механизмы, необходимые для того, чтобы позволить заключать контракты с частными поставщиками в рамках ПГГ. Например, в соответствии с действующими бюджетными процедурами, средства государственного бюджета не могут использоваться для приобретения медицинских услуг у частных поставщиков (Минздрав КР, 2008 г.).

12. Реформы, внедренные в рамках программы «Манас», были впоследствии подкреплены национальными программами реформирования здравоохранения «Манас Таалими» (2006–2010) и «Ден Соолук» (2012-2016). Результаты программ реформирования здравоохранения «Манас» и «Манас Таалими» были неоднозначными. С одной стороны, они продемонстрировали достижение убедительных успехов в части обеспечения финансовой защиты населения, доступности и эффективности услуг здравоохранения. С другой стороны, прогресс в части улучшения качества медуслуг и показателей здоровья оказались менее впечатляющими. Поэтому ключевыми целями новых программ «Ден Соолук» являются улучшение качества медицинской помощи и ускорение достижений в улучшении показателей здоровья в четырех приоритетных областях – контроль сердечно-сосудистых заболеваний, охрана здоровья матери и ребенка, контроль туберкулеза и ВИЧ – наряду с сохранением достигнутых упорным трудом результатов в части обеспечения финансовой защиты населения, доступности и эффективности услуг здравоохранения.

3. Программа государственных гарантий (ПГГ)

13. ПГГ создает предсказуемую и прозрачную систему прав. Она гарантирует всем гражданам возможность получения бесплатной первичной медико-санитарной помощи, а также услуг неотложной медицинской помощи. Для получения первичной медико-санитарной помощи пациенты должны зарегистрироваться в группах семейных врачей (Manjjeva et al., 2007). Пациенты, относящиеся к незащищенным социальным категориям (например, ветераны Великой Отечественной войны или дети в возрасте до 5 лет), зачисляются автоматически, и от них требуется лишь предъявить удостоверение личности, подтверждающее их статус. Медицинская помощь оказывается по месту приписки к соответствующей ГСВ. Стационарное и специализированное амбулаторное обслуживание предоставляется с сооплатой. Размер сооплаты зависит от статуса застрахованности и льготного статуса пациента. Кроме того, пациент обязан предъявить направление от врача первичной медико-санитарной помощи. В отсутствие соответствующего направления пациенты обязаны оплачивать стоимость услуг в полном объеме, независимо от своего страхового статуса (Постановление Правительства Кыргызской Республики №350 от 1 июля 2011 года)². Механизм предназначен для стимулирования более активного использования первичной медико-санитарной помощи в стране. ПГГ не включает высокотехнологичные услуги. В 2002 году Минздравом КР был образован Фонд высоких технологий, основанный на отчислениях из республиканского бюджета, а также взносах частных доноров и спонсоров. Фонд был образован для покрытия расходов на предоставление высокотехнологичных услуг в области здравоохранения. Имеется специальный список ожидания для пациентов, нуждающихся в этих услугах (Ibraimova et al., 2011).

14. Хотя ОМС является обязательным, на данный момент около 23% населения остаются незастрахованными. В Таблице 1 показаны численность и доли застрахованного в ФОМС населения вразрезе областей. Вполне вероятно, что на зарегистрированное число незастрахованных влияет уровень неформального рынка труда, который подкреплен низким уровнем охвата страхованием в Бишкеке. Кроме того, оцениваемые показатели охвата страхованием не скорректированы с учетом эффекта эмиграции, поскольку те, кто принимает решение уехать из страны, скорее всего, прекращают платить взносы ОМС. Незастрахованные вынуждены платить более высокую сооплату за отдельные виды стационарных услуг и не извлекают для себя никакой пользы из дополнительного

Таблица 1. Численность и доли застрахованного населения (число человек и процент)

	2011 г.		2012 г.	
	Застраховано	%	Застраховано	%
Всего	4 072 759	76,3	4 109 805	76,6
Бишкек	533 650	56,7	572 343	60,2
Чуй	633 137	79,4	633 940	78,7
Ош	1 055 709	83,3	1 055 995	82,9
Баткен	394 089	92,0	397 222	92,9
Джалал-Абад	774 507	79,1	763 585	77,9
Иссык-Куль	295 723	68,8	293 324	68,2
Нарын	217 375	80,7	218 846	81,0
Талас	168 569	75,5	174 550	75,9

Источник: ФОМС.

² Например, сооплата за госпитализацию варьирует от 200 кыргызских сомов (приблизительно 5 долл. США) для застрахованных пациентов до, примерно, 2 000 кыргызских сомов (приблизительно 50 долл. США) для незастрахованных пациентов, не имеющих направления от врача из учреждения первичной медико-санитарной помощи.

лекарственного обеспечения/дополнительной программы ОМС. Однако влияние отсутствия страхования на доступность услуг здравоохранения, скорее всего, мала, поскольку пациенты могут приобрести страховой полис и пользоваться льготами в случае возникновения необходимости воспользоваться отдельными видами стационарных услуг или медицинских препаратов, охватываемыми дополнительной программой ОМС. В ФОМС имеются страховые полисы для тех, кто не работает в формальном секторе, или для лиц, занимающихся индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельностью. В 2011 году стоимость страхового полиса составляла 400 сомов, то есть, приблизительно, 10 долларов США, и им можно было пользоваться сразу же после приобретения.

15. ПГГ предоставляет различным категориям граждан льготы в виде освобождения от сооплаты. Существующей системой льгот предусмотрено бесплатное медицинское лечение для (см. Приложение I):

- *Льготных социальных категорий*, к которым относятся 28 групп, начиная с ветеранов Великой Отечественной войны, детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров в возрасте 70 лет и старше, жертв событий 2010 года и их семей, и заканчивая инвалидами, независимо от доходов;
- *Граждан с приоритетными медицинскими состояниями.* В настоящее время определено 21 заболевание и медицинское состояние для тех, кто, как ожидается, будет активно пользоваться услугами здравоохранения – к таковым относятся беременные женщины, онкологические больные в терминальной стадии, пациенты с диабетом первого и второго типа, а также больные гемофилией. Кроме того, к данной группе относится предотвращение распространения заболеваний с серьезными внешними последствиями (таких как туберкулез, СПИД, сифилис, сибирская язва, полиомиелит и дифтерия).

16. Пациенты из групп с низким уровнем доходов, теоретически, имеют право на льготы при сооплате, однако механизмы определения таких льгот не очень хорошо определены³. Отсутствуют четкие правила, которые бы регулировали такие льготы, и решения принимаются на уровне медучреждений – на индивидуальной основе, в зависимости от обстоятельств в каждом конкретном случае. В случае предоставления льготы затраты покрываются из резервного фонда на уровне медучреждения, который финансируется за счет отчисления 10% всей получаемой сооплаты (Jakab and Manjjeva, 2008). Кроме того, процесс получения документов, подтверждающих, что доходы пациента ниже черты бедности, является сложным. Таким образом, несмотря на существование национальной черты бедности, отсутствует комплексный актуальный национальный реестр для лиц, имеющих право на участие в программах социальной помощи по уровню своего дохода, что затрудняет возможность наличия адресной политики сооплаты.

17. Существуют определенные максимальные значения для предоставляемых ПГГ льгот. Социальные категории, которые полностью освобождены от сооплаты, имеют право на стационарное лечение дважды в (календарный) год. Однако установленный лимит не распространяется на тех, кто освобожден по категориям заболеваний, или на детей в возрасте до 5 лет. Эти группы освобождены от сооплаты независимо от количества пребываний в стационаре (Giuffrida, Jakab and Dale, 2013). После превышения установленного лимита пациент обязан осуществлять сооплату. Стоимость лекарств, предоставляемых из расчета на одно пребывание в стационаре,

³ Статья 4, параграф 23, Постановление Правительства КР №350 о ПГГ, 1 июля 2011 г.

ограничена тройным эквивалентом средней стоимости лечения, которая определена ФОМС. Если стоимость лекарственных препаратов превышает этот уровень за время одного пребывания в стационаре, экспертная комиссия больницы принимает решение о том, покрывать или нет сверхсметные расходы. Третий вид предусматриваемых максимальных ограничений определяет общую стоимость предоставляемых по дополнительной программе ОМС лекарств в год из расчета на одного льготника. Это определяется на ежегодной основе и описывается в том же постановлении как ПГГ (Giuffrida, Jakab and Dale, 2013).

18. Дефицит финансирования ПГГ/финансовый разрыв ПГГ создает серьезные проблемы для финансовой устойчивости сектора здравоохранения. Методология оценки потребностей в финансировании ПГГ была разработана и официально принята в 2005 году⁴. Определение затрат лишь частично основывалось на актуарных исследованиях и, большей частью, опиралось на действующие нормы финансирования с целью выравнивания финансирования по регионам. В рамках детального исследования с оценкой среднесрочной финансовой устойчивости ПГГ дефицит финансирования оценивался, приблизительно, в 20-27% от общей стоимости Программы (Manjjeva et al., 2007). Был достигнут лишь небольшой прогресс в плане закрытия этого пробела. Расширение прав на получение медицинской помощи было продолжено без должного учета последствий для бюджета. В качестве примера можно привести расширение льгот по сооплате, произведенное в 2006 году, в результате чего в категорию льготников были внесены все роды, дети в возрасте от 1 года до 5 лет и пенсионеры в возрасте 75 лет и старше; эти группы не были охвачены первоначальным повышением имевшегося бюджета. ФОМС удается удерживать ПГГ в рамках бюджета за счет неофициального нормирования, например: (а) снижение действующих норм финансирования (например, на питание из расчета на одного пациента); или (b) накапливание задолженности – в частности, по оплате коммунальных услуг (Giuffrida, Jakab and Dale, 2013).

4. Показатели здоровья

19. Успехи в части достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ), связанных со здравоохранением, были смешанными. Показатели младенческой смертности стабильно снижались с 57,9 смертей на 1 000 живорождений в 1990 году до 27 смертных случаев на 1 000 живорождений в 2011 году. За тот же период уровень детской смертности среди детей в возрасте до 5 лет также снизился с 70,3 до 30,6 случаев на 1000 живорождений. По произведенным в рамках модели оценкам, уровень материнской смертности снизился с 73 случаев на 100 000 живорождений в 1990 году до 71 случая на 100 000 живорождений в 2010 году, в то время как национальная оценка за 2010 год была ниже – 64 смерти на 100 000 живорождений⁵. Учитывая текущие тенденции, вполне вероятно, что Кыргызская Республика достигнет поставленную перед ней четвертую Цель развития тысячелетия (ЦРТ4) по снижению уровня детской смертности, но вряд ли сможет добиться достижения ЦРТ5, заключающейся в улучшении показателей материнской смертности к 2015 году (Рисунок 1).

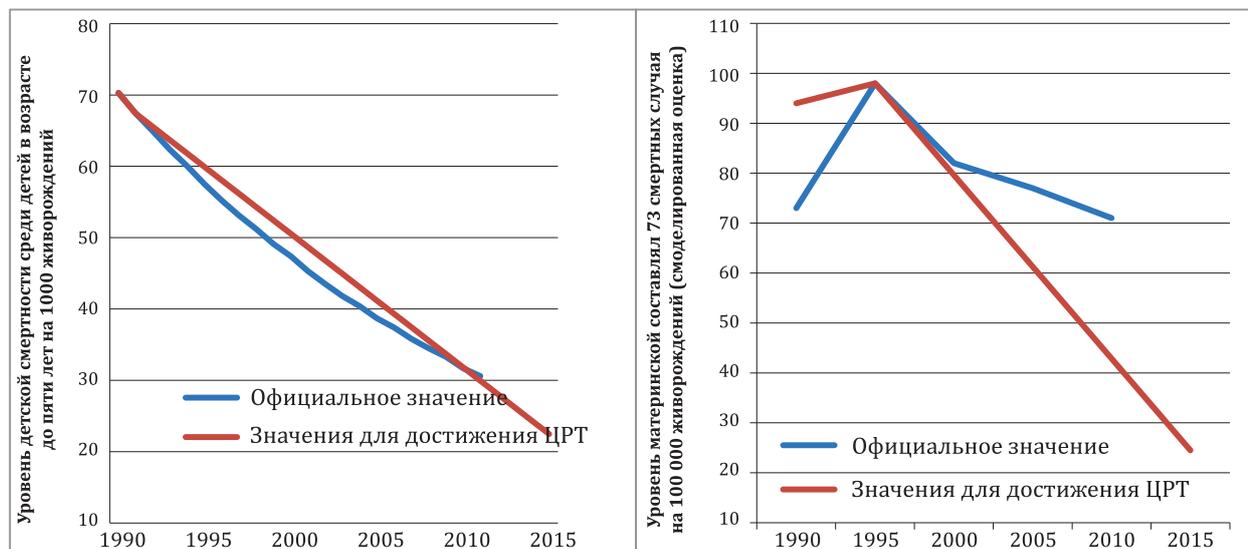
4 Постановление Правительства КР № 280, 1 июля 2005 г.

5 Сложности, связанные с оценкой материнской смертности в Кыргызской Республике, были проанализированы в недавнем отчете, составленном Центром анализа политики здравоохранения (Murzalieva et al., 2013).

Рисунок 1. Результаты в области достижения ЦРТ по улучшению здоровья матери и ребенка

Цель 4.А: Сократить с 1990 по 2015 гг. уровень детской смертности среди детей в возрасте до 5 лет на 2/3

Цель 5.А: Сократить с 1990 по 2015 гг. показатель материнской смертности на 3/4



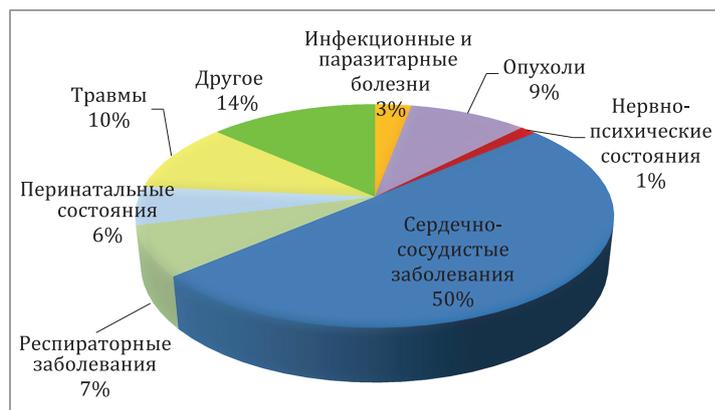
Источник: Индикаторы мирового развития за 2012 г. и расчеты авторов.

20. Результаты Кыргызской Республики в области здоровья матери и ребенка сопоставимы с результатами по странам Центральной Азии и Кавказа, и выше показателей стран с похожим уровнем развития. Показатели лечения квалифицированным медперсоналом и охвата иммунизацией в Кыргызской Республике близки к 100%, тогда как в нескольких странах с низким уровнем доходов (СНУД) и странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД) все еще сохраняются некоторые проблемы (см. Приложение II). Показатели младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет в Кыргызской Республике ниже, чем в других странах Центральной Азии, за исключением Казахстана, и значительно ниже среднего по СНУД и СНСУД. Показатель материнской смертности (ПМС), согласно смоделированной оценке, выше, чем в среднем по развивающимся странам Европы и Центральной Азии (ЕЦА), но все еще составляет определенную долю среднего значения по СНУД и СНСУД (см. Приложение II). ПМС, по национальным оценкам, также выше, чем в других странах Центральной Азии. Однако это также может быть результатом более эффективной работы системы отчетности в Кыргызской Республике, также подкрепляемой меньшим расхождением между смоделированными оценками ПМС в Кыргызской Республике по сравнению с другими странами Центральной Азии (Murzalieva et al., 2013).

21. Туберкулез (ТБ) все еще является значительной проблемой здоровья в Кыргызской Республике, а случаи заболеваемости ВИЧ не стабилизировались. Несмотря на стабилизацию показателей заболеваемости и смертности, эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Кыргызской Республике остается неблагоприятной (см. Приложение II). Кроме того, увеличение количества случаев заболевания формами туберкулеза, устойчивыми к первичным и вторичным лекарственным препаратам, свидетельствует о существовании серьезных проблем на всех стадиях лечения. Эти стадии включают в себя следующее: низкий потенциал выявления ПМСП и лабораторных услуг, гипердиагностика туберкулеза среди пациентов с негативными результатами анализа мазка, неприемлемо высокие показатели прерывания лечения, неудовлетворительная организация лечения под непосредственным наблюдением (DOTS) на уровне ПМСП, и отсутствие

эффективной социальной поддержки пациентов, необходимой для улучшения показателей следования лечению (Godinho et al, 2005). Все это, вкупе с показателями госпитализации без необходимости пациентов с отрицательными результатами анализа мокроты, а также продленной госпитализации пациентов с положительным результатом анализа мазка, способствует внутрибольничному распространению туберкулеза (включая ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-туберкулез)). Что касается ВИЧ – даже несмотря на то, что заболеваемость этой инфекцией в Кыргызской Республике довольно невелика относительно среднего уровня СНУД и СНСУД, на протяжении нескольких последних лет распространение данного заболевания ускоряется тревожными темпами (см. Приложение II).

Рисунок 2. Причины смертности в Кыргызской Республике, 2011 г. (в %)



Источник: RMIC, 2012 г..

что во многих странах с высоким уровнем доходов показатели смертности от ССЗ снизились, в странах с низким и средним уровнем доходов заболеваемость ССЗ растет быстрыми темпами. На долю ССЗ приходится около половины всех регистрируемых в Кыргызской Республике смертей (см.)⁷. В Кыргызской Республике показатели смертности, относимые на счет трех основных видов ССЗ – заболеваний системы кровообращения, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний – являются самыми высокими среди всех стран Центральной Азии. Кроме того, уровень смертности среди взрослых мужчин в Кыргызской Республике выше, чем в среднем по ЕЦА, СНУД и СНСУД (см. Приложение II). Эти тенденции дают основание полагать, что произошли изменения в структуре бремени болезней, с увеличением роли факторов заболеваемости и смертности среди взрослых. Однако в Кыргызской Республике ожидаемая продолжительность жизни при рождении – как среди мужчин, так и среди женщин – вполне сопоставима со средними показателями СНУД и СНСУД.

22. Согласно имеющимся данным, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются первым приоритетом в области здравоохранения в Кыргызской Республике. Советская система здравоохранения не была хорошо подготовлена к решению проблемы эпидемиологического перехода от преобладания инфекционных к преобладанию неинфекционных хронических заболеваний и, в частности, ССЗ (Tulchinsky and Varavikova, 1996)⁶. Даже несмотря на то,

6 Под сердечно-сосудистым заболеванием понимается любое заболевание, которое затрагивает сердечно-сосудистую систему – в основном, заболевания сердца, сосудистые заболевания мозга и почек, и гипертоническая болезнь. Причины сердечно-сосудистых заболеваний самые разные, но наиболее распространенными являются атеросклероз и/или гипертензия. Основными видами ССЗ являются: ишемическая болезнь сердца; кардиомиопатия – болезни сердечной мышцы (миокарда); гипертензивная кардиопатия – заболевания сердца на фоне высокого кровяного давления; сердечная недостаточность; легочное сердце – патологическое состояние, характеризующееся недостаточностью правого желудочка сердца; сердечная аритмия – нарушения сердечного ритма; воспалительные заболевания сердца; эндокардит – воспаление внутренней оболочки сердца, эндокардия. Наиболее часто затрагиваемыми структурами являются сердечные клапаны. Кроме того, к сердечно-сосудистым заболеваниям относят воспалительную кардиомегалию (расширение сердца); миокардит – воспаление миокарда, мышечной части сердца; заболевания клапанов сердца; инсульт и цереброваскулярное заболевание; и заболевания периферических артерий.

7 В Приложении 5 представлены оценки бремени болезней для Кыргызской Республики за 2010 год.

5. Финансирование здравоохранения

23. В системе здравоохранения Кыргызской Республики существуют три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее. Государственное финансирование включает в себя как республиканский, так и местные бюджеты и отчисления из фонда заработной платы на ОМС. К частным средствам относятся частные выплаты населения. Внешнее финансирование представляет собой средства, предоставляемые международными донорами. Республиканский бюджет исполняется:

- Минздравом КР, который, в свою очередь, финансирует: (а) специализированные медучреждения; (б) Дома престарелых и другие учреждения по уходу; (с) санитарно-профилактические услуги и институты; (д) административные расходы; (е) прочие услуги, связанные со здравоохранением (например, медицинское обслуживание).
- ФОМС, который отвечает за приобретение услуг здравоохранения, охватываемых ПГГ и дополнительной программой ОМС. В дополнение к средствам республиканского бюджета, ФОМС также распоряжается средствами ОМС.
- Другие министерства и ведомства финансируют свои собственные медицинские учреждения (например, Министерство обороны КР финансирует военные госпитали).

24. Частные расходы в Кыргызской Республике представлены, в основном, частными выплатами (ЧВ), осуществляемыми домохозяйствами, поскольку частное медицинское страхование в стране практически отсутствует. Частные выплаты могут быть официальными – например, в форме сооплаты, приобретения лекарственных препаратов на амбулаторном уровне, и оплаты услуг, не входящих в ПГГ – или неофициальными. Наибольшая часть частных выплат за услуги здравоохранения приходится на приобретение лекарственных препаратов, которые составляют около 80% всех частных расходов (Temirov, et al., 2011).

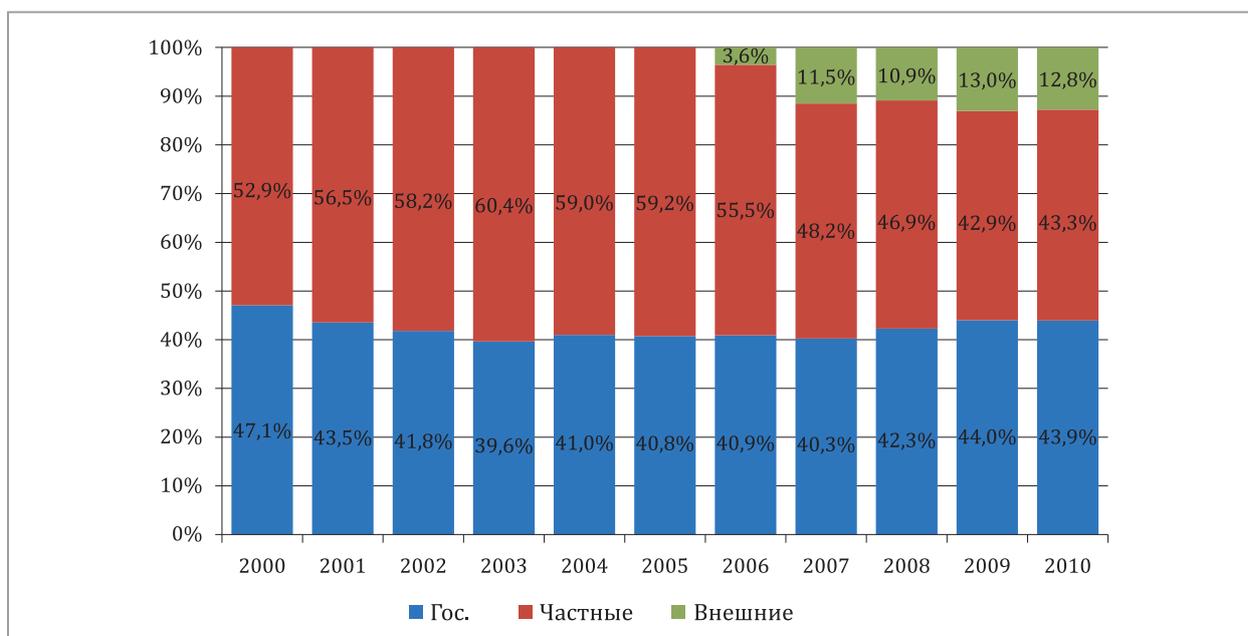
25. С 2006 года часть внешнего финансирования сектора здравоохранения, предоставляемого международными донорами, начала направляться напрямую в республиканский бюджет – в рамках договоренности о широкосекторальном подходе (SWAp). Внешнее совместное финансирование осуществляется в рамках SWAp следующими международными организациями: Всемирный банк, DFID, KfW, SDC и SIDA. Оставшиеся внешние средства для сектора здравоохранения представляют собой параллельное финансирование, используемое для реализации различных проектов в сфере здравоохранения.

26. С 2000 по 2010 гг. общие расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП выросли с 4,4% до 6,2%. Необходимо отметить, что расходы на здравоохранение составляли наибольшую долю ВВП в 2007 году – 6,5%. В номинальном исчислении, за период с 2000 по 2010 гг. общие расходы на здравоохранение увеличились с 2,9 до 13,1 млрд. сомов (т.е. более чем на 450%); однако, принимая во внимание изменения в ценах, и в реальном исчислении рост также был значительным и составил 220% (Таблица 2). В 2010 году государственное финансирование (включая средства ОМС) составило 2,7% ВВП, по сравнению с 2,1%

в 2000 году. Частное финансирование достигло уровня 2,7%, по сравнению с 2,3% в 2000 году. Необходимо отметить, что в 2005-2006 гг. значение данного показателя доходило до 3,5%, однако с 2007 года оно снизилось. Внешнее финансирование сектора здравоохранения составило около 0,8% ВВП в 2010 г. (12,8% всех расходов на здравоохранение), которые почти поровну поделены между совместным (т.е. выплачиваемым с использованием механизмов SWAp) и параллельным финансированием. За период с 2000 по 2010 гг. общие расходы на здравоохранение на душу населения в номинальном исчислении выросли с 587 до 2 418,60 сомов, или до 1 107,60 сома – с поправкой на инфляцию.

27. С 2000 по 2005 гг. частные расходы на здравоохранение выросли относительно общих расходов на здравоохранение с 52,9% до 59,2%. Однако впоследствии они начали сокращаться, достигнув 43,9% в 2010 году (Рисунок 3). Эта тенденция была предопределена целым рядом факторов. С одной стороны, выросли другие источники финансирования, включая внешнее финансирование здравоохранения, которое достигло около 13% всех расходов на здравоохранение в 2010 году. С 2004 года темпы роста государственных расходов на здравоохранение были выше, нежели темпы роста частных расходов (темпы роста составили, в среднем, 7,9% в год, по сравнению с, примерно, нулевым ростом средних частных расходов). В результате, в 2009 году доля государственных расходов на здравоохранение впервые превысила долю частных расходов (44% по сравнению с 42,9%). Правая панель на Рисунке 3 показывает динамику реального роста государственных и частных расходов на здравоохранение из расчета на душу населения. На графике отчетливо показано то, насколько темпы роста государственных расходов на здравоохранение из расчета на душу населения были ниже темпов роста частных расходов на здравоохранение в период с 2000 по 2004 гг., с последующим ускорением и, в конечном счете, преодолением темпов роста государственных расходов в 2010 году.

Рисунок 3. Состав всех расходов на здравоохранение, 2000-2010 гг. (в %)



Источник: Temirov et al., 2011 г.

Примечание: Данные о внешнем финансировании за 2006 год включают лишь внешнее совместное финансирование. В 2007-2010 гг. внешнее финансирование включает оба варианта – совместное и параллельное финансирование.

Обзор государственных расходов

Таблица 2. Общие расходы на здравоохранение, 2000-2010 гг.
(в кыргызских сомах и процентах)

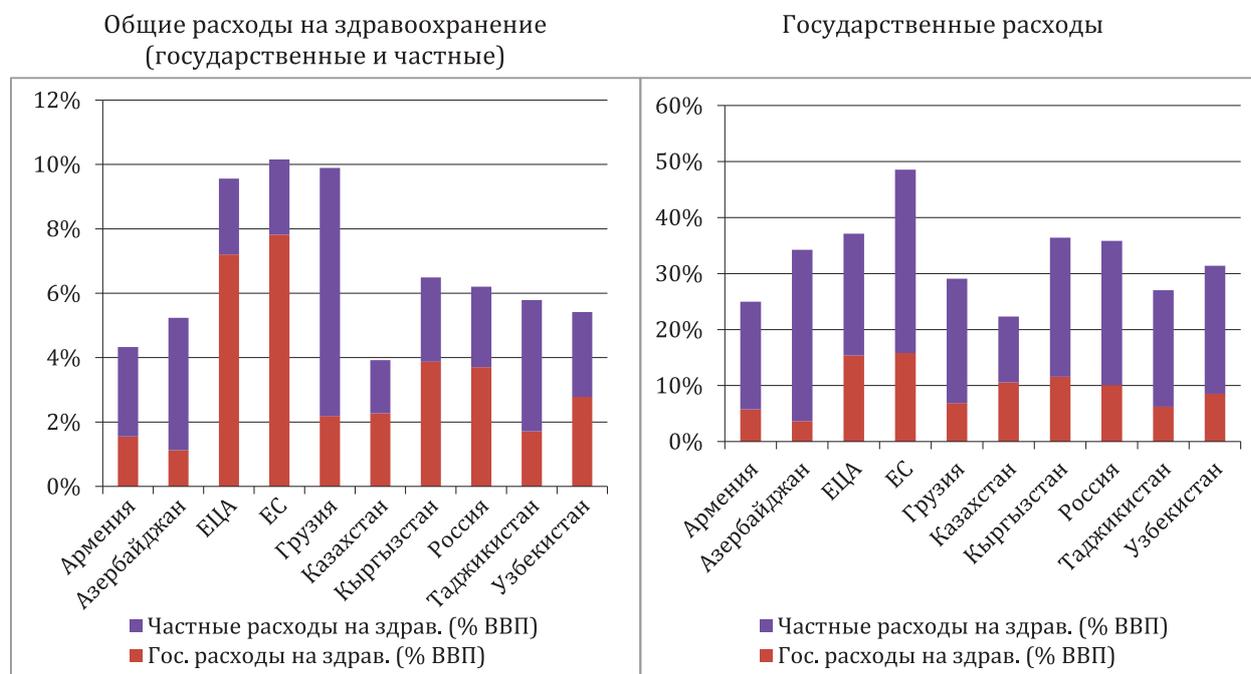
	2000 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
В номинальном исчислении						
<i>Общие расходы на здравоохранение (в млн. сомов)</i>						
Бюджет	1 248,2	2 421,0	2 966,9	3 873,0	4 809,1	4 944,5
ФОМС	105,1	466,9	704,5	476,8	682,6	813,2
Частные	1 521,4	3 921,9	4 398,4	4 823,2	5 356,6	5 671,7
Внешнее совместное финансирование	N/A	252,6	529,7	409,1	943,2	823,5
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	519,8	709,0	683,4	851,7
Всего	2 874,7	7 062,4	9 119,2	10 291,2	12 474,8	13 104,6
<i>Расходы на здравоохранение на душу населения (в сомах)</i>						
Бюджет	255,0	466,5	567,9	734,1	894,1	912,6
ФОМС	21,5	90,0	134,9	90,4	126,9	150,1
Частные	310,8	755,7	842,0	914,2	995,9	1 046,8
Внешнее совместное финансирование	N/A	48,7	101,4	77,5	175,4	1 52,0
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	99,5	134,4	127,1	1 57,2
Всего	587,3	1 360,8	1 745,6	1 950,5	2 319,3	2 418,6
<i>В процентном отношении ко всем расходам на здравоохранение (в процентах)</i>						
Бюджет	43,4	34,3	32,5	37,6	38,6	37,7
ФОМС	3,7	6,6	7,7	4,6	5,5	6,2
Частные	52,9	55,5	48,2	46,9	42,9	43,3
Внешнее совместное финансирование	N/A	3,6	5,8	4,0	7,6	6,3
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	5,7	6,9	5,5	6,5
Всего	100	100	100	100	100	100
<i>В процентном отношении к ВВП (в процентах)</i>						
Бюджет	1,9	2,1	2,1	2,1	2,4	2,3
ФОМС	0,2	0,4	0,5	0,3	0,3	0,4
Частные	2,3	3,5	3,1	2,6	2,7	2,7
Внешнее совместное финансирование	N/A	0,2	0,4	0,2	0,5	0,4
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	0,4	0,4	0,3	0,4
Всего	4,4	6,2	6,5	5,6	6,4	6,2
В реальном исчислении (в ценах 2000 года)						
<i>Общие расходы на здравоохранение (в млн. сомов)</i>						
Бюджет	1 248,2	1 876,5	2 086,7	2 187,9	2 543,8	2 421,7
ФОМС	105,1	361,9	495,5	269,3	361,0	398,3
Частные	1 521,4	3 039,7	3 093,5	2 724,7	2 833,4	2 777,8
Внешнее совместное финансирование	N/A	195,8	372,6	231,1	498,9	403,3
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	365,6	400,6	361,5	417,1
Всего	2 874,7	5 473,8	6 413,8	5 813,7	6 598,6	6 418,3
<i>Расходы на здравоохранение на душу населения (в сомах)</i>						
Бюджет	255,0	361,6	399,4	414,7	472,9	446,9
ФОМС	21,5	69,7	94,8	51,0	67,1	73,5
Частные	310,8	585,7	592,2	516,4	526,8	512,7
Внешнее совместное финансирование	N/A	37,7	71,3	43,8	92,8	74,4
Внешнее параллельное финансирование	N/A	N/A	70,0	75,9	67,2	77,0
Всего	587,3	1 054,7	1 157,8	1 026,0	1 159,6	1 107,6

Источники: Temirov et al, 2011; данные ФОМС, основанные на отчете ННА за 2012 г., из неопубликованного.

Примечания: Для расчета расходов на здравоохранение в реальном исчислении был использован индекс потребительских цен (2000 г.=100).

28. В 2010 году общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) в Кыргызской Республике составили около 6,2% ВВП. Уровень общих расходов на здравоохранение (ОРЗ) в Кыргызской Республике несколько выше, чем других странах Центральной Азии и Кавказа; он близок к уровню ОРЗ в Российской Федерации, но значительно ниже среднего по региону Восточной Европы и Центральной Азии (ЕЦА). Государственный компонент расходов на здравоохранение в Кыргызской Республике также выше, чем других странах Центральной Азии и Кавказа; и снова, он близок к уровню, наблюдаемому в Российской Федерации, но гораздо ниже среднего по региону ЕЦА (Рисунок 4, левая панель). Аналогично, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в Кыргызской Республике выше, чем в других странах Центральной Азии и Кавказа; она близка к уровню, наблюдаемому в Российской Федерации, но, опять же, гораздо ниже среднего по региону ЕЦА, и такая же картина наблюдается в общих государственных расходах (Рисунок 4, правая панель).

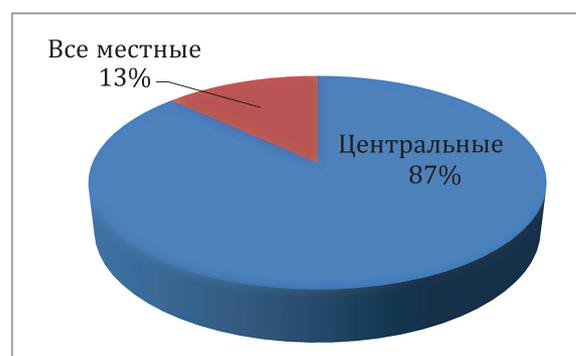
Рисунок 4. Государственные расходы в Кыргызской Республике по сравнению с отдельными странами, 2011 г.



Источник: Индикаторы мирового развития, 2012 г.

29. Финансирование здравоохранения из местных бюджетов (областных и районных) было прекращено – за исключением Бишкека. В соответствии с Законом “О финансово-экономических основах местного самоуправления”, принятым 25 сентября 2003 года, страна перешла от четырехуровневого (республиканский, областные, районные и городские бюджеты) к двухуровневому бюджету (республиканский и областные бюджеты) для финансирования медицинских учреждений. Дальнейшая консолидация началась в 2006 году,

Рисунок 5. Состав государственных расходов на здравоохранение по административному уровню, 2011 г. (в %)

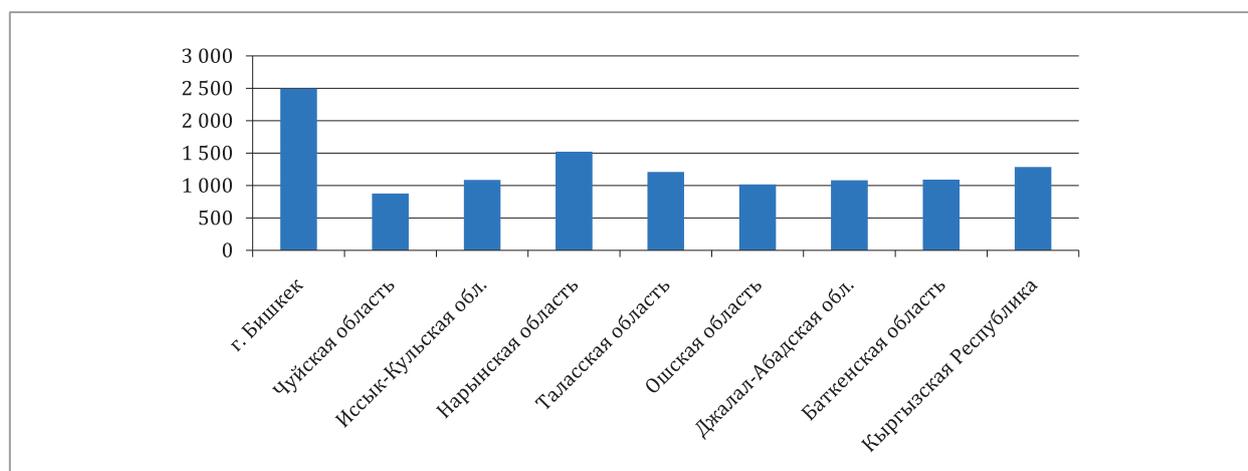


Источник: Кыргызская Республика, база данных государственных расходов BOOST v0.6.

когда средства для финансирования здравоохранения начали объединяться на национальном уровне в рамках ФОМС, заменяя собой предыдущие финансовые пулы областного уровня. До 2006 года каждая область, большей частью, определяла свои собственные нормы финансирования в зависимости от своих приоритетов и доходобразующего потенциала (Минздрав КР, 2008), что приводило к значительным различиям в нормах финансирования одних и тех же видов услуг в разных регионах. Кроме того, объединение средств на республиканском уровне позволило постепенно перейти к единым нормам финансирования для каждого вида услуг по всем областям. Город Бишкек является единственным исключением, где сохранилось финансирование муниципальных медицинских учреждений из местного бюджета. Как показано на Рисунке 5, в 2011 году 87% государственных расходов на здравоохранение поступало из республиканского бюджета и, соответственно, обеспечивало возможность перекрестного субсидирования более бедных регионов более богатыми.

30. Различия в подушевых расходах на здравоохранение в разрезе областей относительно малы и лишь частично обоснованы (см. Рисунок 6). Подушевые расходы в Нарынской области на 50% выше подушевых расходов в Ошской области. Однако большая часть наблюдаемых в Нарынской области более высоких подушевых расходов на здравоохранение объясняется применением поправочного коэффициента для учета более высоких затрат в высокогорных регионах. Подушевые расходы в Бишкеке почти втрое выше расходов в Чуйской области, и почти вдвое выше среднего значения по стране. Этот разрыв в расходах между столицей и остальной страной обусловлен: (а) наличием в Бишкеке большого количества специализированных медучреждений и (б) тем обстоятельством, что Бишкеку, в отличие от остальных частей страны, было разрешено сохранить финансирование из местного бюджета, который обладает очень высоким доходобразующим потенциалом по сравнению с другими регионами. Кроме того, поскольку Бишкек географически расположен на территории Чуйской области, вполне вероятно, что остальное население Чуйской области также извлекает пользу из высоких подушевых расходов на здравоохранение в Бишкеке.

Рисунок 6. Расчетные подушевые расходы по областям, 2011 г. (в кыргызских сомах)

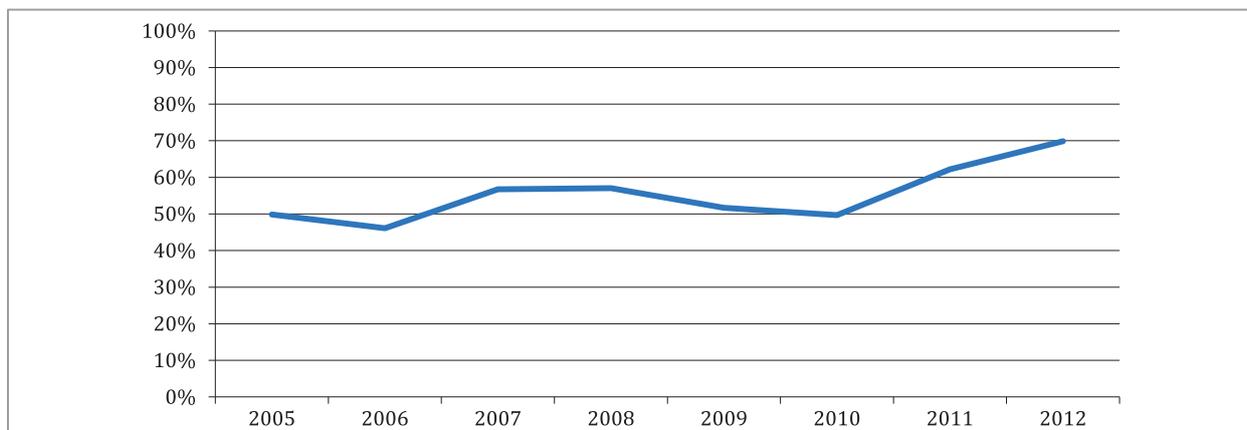


Источники: Данные о расходах взяты из BOOST v.6; данные о населении – из отчета “Социально-экономические показатели Кыргызской Республики” за 2011 год. Нацстатком, 2012 г.

Примечание: В этих расчетах учтены лишь те расходы, которые отнесены к категориям амбулаторно-поликлинического обслуживания, больничных услуг, за вычетом больничных услуг в государственной пенитенциарной системе (32120) и услуг станций скорой помощи в системе здравоохранения.

31. Расходы на персонал являются крупнейшей статьёй расходов в общих государственных расходах на здравоохранение, поглощая более двух третей всего бюджета. Несмотря на то, что расходы на персонал, как исторически сложилось, были высокими и составляли около 50% всех государственных расходов на здравоохранение, в 2011 году они значительно увеличились в связи с повышением заработной платы работников здравоохранения и образования (см. Рисунок 7). Эта мера была принята в связи с растущим различием в уровне заработной платы между Кыргызской Республикой и другими странами, без языкового барьера – такими как Казахстан и Российская Федерация. Это стимулирует миграцию работников здравоохранения и учителей, и ведет к повсеместной нехватке кадров, низкой мотивации оставшихся работников, и низкому качеству ухода за пациентами (Manjjeva et al., 2008). Несмотря на то, что повышение заработной платы могло бы стать желанным шагом по привлечению новых и сохранению имеющихся кадров в системе здравоохранения, оно стало обременительным для существующего бюджета, приведя к сокращению средств для финансирования расходов на приобретение других ключевых материалов (таких как продовольствие и медикаменты), поскольку не сопровождалось соразмерным увеличением общих государственных расходов на здравоохранение. Это может угрожать последним достижениям в плане реформ в секторе здравоохранения, поскольку пациентов могут просить покрывать расходы на питание, товары медицинского назначения и лекарственные препараты.

Рисунок 7. Расходы на персонал в общих государственных расходах на здравоохранение, 2005-2012 гг. (в %)

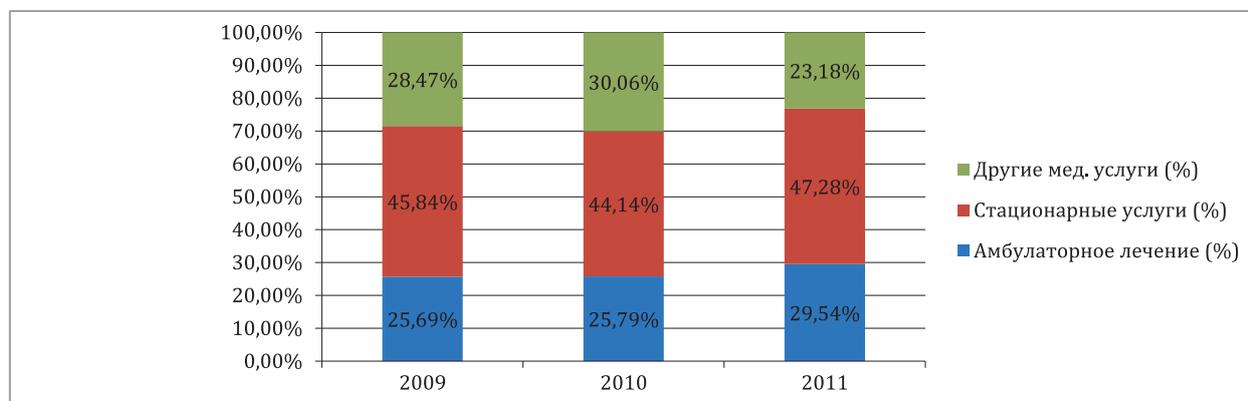


Источники: Ежегодные отчеты Казначейства Кыргызской Республики за 2010-2012 гг.; заработные платы в системе Единого плательщика основаны на данных ФОМС, полученных 8 августа 2012 г.

32. Доля расходов на ПМСП в общих государственных расходах на здравоохранение выросла с начала реформы здравоохранения, стартовавшей в середине 90-х гг. В 1994 году на ПМСП выделялось лишь 7% общих государственных расходов на здравоохранение, однако уже в 1995 году этот показатель вырос до 10,3%, а к 2003 году достиг почти 25%, сопровождаясь сокращением доли расходов на стационарную помощь с 71,7% до 56,8% (Atun, 2005). К 2011 году доля расходов на ПМСП в общих государственных расходах на здравоохранение достигла почти 30%, в то время как доля расходов на стационарную помощь сократилась до 47% (см. Рисунок 8). Таким образом, уровень расходов на ПМСП в Кыргызской Республике находится в соответствии с тенденциями, наблюдаемыми в странах ОЭСР. Опыт развивающихся и развитых стран предлагает убедительные доказательства того, что системы здравоохранения с сильной ПМСП демонстрируют более высокие показатели здоровья населения, эффективности, результативности и готовности к решению

потенциальных проблем по сравнению с системами, в которых первичная медико-санитарная помощь слаба (Atun 2005).

Рисунок 8. Государственные расходы на здравоохранение в разрезе уровней оказания медицинской помощи, 2009-2011 гг. (в %)



Источник: Кыргызская Республика, база данных государственных расходов BOOST v0.6.

6. Справедливость пользования услугами здравоохранения, анализ распределения общественных благ и обеспечение финансовой защиты населения

33. Пользование услугами государственного здравоохранения выглядит равным среди разных групп населения по уровню доходов. В Таблице 3 показано пользование услугами государственного здравоохранения в 2000 г., 2003 г., 2006 г. и 2009 г. по квинтилям потребления. В таблице представлены усредненные значения по каждому квинтилю, а также усредненные значения по выборке в целом. С 2003 года выросло общее пользование услугами здравоохранения – как амбулаторными, так и стационарными. Индексы концентрации показывают информацию о степени и направлении неравенства в пользовании услугами здравоохранения. Положительное значение индекса свидетельствует о том, что пользование услугами здравоохранения выше среди состоятельного населения, в то время как отрицательное значение свидетельствует о том, что пользование услугами здравоохранения выше среди малоимущего населения. Чем выше абсолютное значение индекса, тем больше неравенства в пользовании. Во все анализируемые годы состоятельные люди больше пользуются стационарными услугами здравоохранения и, как показывает низкое значение индекса концентрации, различия в пользовании довольно невелики. По отношению к амбулаторно-поликлиническому обслуживанию, показатели пользования услугами здравоохранения в доходных квинтилях почти равны при значениях индекса концентрации, очень близких к нулю.

34. Результаты анализа распределения общественных благ свидетельствует о том, что общие государственные расходы на здравоохранение могут считаться нейтральными, но результаты восприимчивы к выдвинутой гипотезе. В Таблице 4 показаны масштабы государственных расходов на здравоохранение. В таблице представлены три набора оценок распределения субсидий (т.е. государственных расходов на здравоохранение) по квинтилям потребления. Первый набор основан на предполагаемых постоянных удельных затратах (например, используется допущение о том, что стоимость каждого посещения поликлиники одинакова и равна

общим затратам на предоставление услуг такого вида (например, субсидии плюс взносы пациентов), поделенных на количество единиц пользования. Второй набор результатов основан на пропорциональных сметных предположениях о том, что удельная субсидия является постоянной, равной общим субсидиям за рассматриваемые услуги, поделенным на количество единиц пользования этой услугой. Третий набор результатов основан на предполагаемых постоянных удельных субсидиях, которые предполагают, что более высокая плата за определенный вид услуг свидетельствует о более дорогостоящем виде получаемой помощи (т.е. предполагается, что удельные затраты и плата пропорциональны друг другу). Первый набор результатов, основанных на постоянных удельных сметных затратах, свидетельствует о том, что общие государственные расходы несколько ориентированы на интересы малоимущих, но индекс концентрации близок к нулю – в частности, для амбулаторных медучреждений.

Таблица 3. Пользование услугами государственного здравоохранения по доходным квинтилям домохозяйств (в %, если не указано особо)

Квинтили	Стационарные медучреждения				Амбулаторные медучреждения			
	2001 г.	2004 г.	2006 г.	2009 г.	2001 г.	2004 г.	2006 г.	2009 г.
KB1 (самый нижний)	3,21	3,34	3,62	3,27	49,90	45,46	36,70	37,89
KB2	3,15	3,37	3,72	3,55	52,68	48,72	37,16	38,02
KB3	3,18	3,29	3,39	3,70	48,72	47,27	37,57	40,84
KB4	3,55	3,41	3,86	3,43	45,15	48,37	38,43	37,29
KB5 (самый верхний)	3,70	3,83	3,81	3,98	51,43	44,54	38,28	38,26
Всего	3,37	3,48	3,68	3,58	49,62	46,79	37,64	38,30
Индекс концентрации	0,038	0,03	0,013	0,033	-0,006	-0,003	0,011	0,001

Источник: ОДКР, Модуль здравоохранения, 2001 г., 2004 г., 2007 г., 2009 г..

Если допустить, что удельные затраты пропорциональны сумме произведенных частных выплат, общее распределение всех субсидий также ориентировано на интересы состоятельной части населения, а распределение государственных расходов на дополнительную программу ОМС, стационарные и амбулаторные медучреждения в 2009 году также является регрессивным⁸. Если допустить, что удельные субсидии (вместо удельных затрат) являются постоянными, тогда субсидии амбулаторным медучреждениям являются нейтральными, субсидии стационарным медучреждениям ориентированы на интересы состоятельных, а субсидии на дополнительную программу ОМС ориентированы на интересы малоимущих. Общее распределение было ориентировано на интересы малоимущих в 2009 году и интересы состоятельных в 2006 году, но индексы концентрации в оба года очень близки к нулю.

35. Распространенность катастрофических частных выплат из кармана пациентов за услуги здравоохранения в Кыргызской Республике относительно мала по сравнению с другими странами. Одна ключевая задача систем здравоохранения заключается в обеспечении финансовой защиты населения от необходимости вносить частные выплаты при оплате услуг здравоохранения. Степень обеспечения финансовой защиты населения в том, что касается расходов на здравоохранение, измеряется посредством расчета доли частных выплат относительно общих или непродуктивных расходов домохозяйств. Если доля частных

⁸ В 2010 году ДЛО было выделено из бюджета 119 млн. сомов, а освоено – 101 млн. сомов, что составляет около 1,8% всех государственных средств, выделяемых из бюджета на здравоохранение. В 2012 году вступил в силу новый и расширенный справочник лекарственных средств, и размеры бюджетных ассигнований для ДЛО значительно возросли – до 186 млн. сомов, однако освоено из них было чуть менее 149 млн. сомов.

Обзор государственных расходов

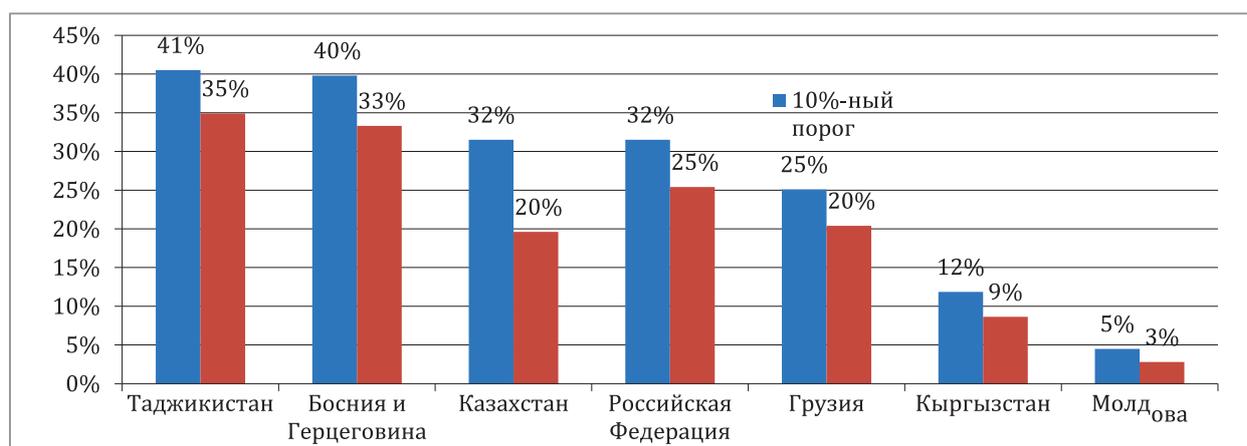
выплат за услуги здравоохранения превышает определенное пороговое значение, такие расходы считаются “катастрофическими расходами на здравоохранение”. Альтернативная методология оценки защищенности финансовых интересов потребителей заключается в расчете воздействия на меры бедности (т.е. доля бедного населения, разница между благосостоянием тех, кто находится ниже черты бедности, и тем благосостоянием, которое обеспечивает черта бедности (глубина бедности), и нормализованная глубина бедности), после того, как сумма частных выплат за услуги здравоохранения вычитается из совокупного чистого дохода домохозяйств после уплаты налогов. На Рисунке 9 показана распространенность частных выплат, превышающая пороговые значения (10 и 15%) непроизводительных расходов в Кыргызской Республике и разных странах, которые образуют регион ЕЦА. Доля домохозяйств в Кыргызской Республике, частные выплаты на здравоохранение которых превышали 10% и 15% непроизводительного потребления, составляла, соответственно, 11,7 и 8,6%.

Таблица 4. Распределение общественных благ государственных расходов на здравоохранение, 2006 и 2009 гг. (кыргызских сомов на одного человека, если не указано особо)

	Амбулаторные медучреждения		Стационарные медучреждения		ДЛО		Всего субсидий	
	2006 г.	2009 г.	2006 г.	2009 г.	2006 г.	2009 г.	2006 г.	2009 г.
<i>Предполагаемая постоянная удельная стоимость</i>								
КВ1 (самый нижний)	2,92	5,34	8,05	10,72	0,10	0,03	0,65	1,16
КВ2	2,94	5,08	7,59	13,20	0,36	0,02	0,55	1,02
КВ3	3,14	4,30	7,05	10,47	0,32	0,02	0,74	0,76
КВ4	2,76	4,90	7,02	10,88	0,21	0,02	0,60	0,99
КВ5 (самый верхний)	2,93	4,83	4,84	9,58	0,10	0,02	0,60	0,88
Всего	2,95	4,95	6,77	10,94	0,21	0,02	0,63	0,96
Доля общих субсидий	35,04	37,99	62,66	59,99	2,30	2,02	100	100
С1	0,00	-0,02	-0,10	-0,04	-0,06	-0,08	-0,02	-0,06
<i>Пропорциональные сметные предположения</i>								
КВ1 (самый нижний)	2,36	4,95	5,10	8,19	0,24	0,02	0,46	0,97
КВ2	4,97	2,53	5,00	6,86	0,15	0,02	0,55	0,53
КВ3	1,84	6,41	6,00	10,62	0,15	0,02	0,55	0,88
КВ4	3,43	5,84	6,15	13,65	0,18	0,02	0,59	1,21
КВ5 (самый верхний)	2,79	5,17	10,35	14,99	0,33	0,03	1,00	1,21
Всего	2,95	4,95	6,77	10,94	0,21	0,02	0,63	0,96
Доля общих субсидий	35,04	37,99	62,66	59,99	2,30	2,02	100	100
С1	-0,03	0,07	0,17	0,16	0,12	0,06	0,14	0,10
<i>Предполагаемые постоянные удельные субсидии</i>								
КВ1 (самый нижний)	2,88	4,89	6,65	9,97	0,10	0,02	0,57	1,07
КВ2	2,91	4,91	6,84	10,84	0,37	0,02	0,51	0,89
КВ3	2,95	5,27	6,22	11,31	0,32	0,02	0,67	0,85
КВ4	3,01	4,82	7,11	10,48	0,21	0,02	0,62	0,96
КВ5 (самый верхний)	3,00	4,94	7,01	12,15	0,10	0,02	0,76	1,03
Всего	2,95	4,95	6,77	10,94	0,21	0,02	0,63	0,96
Доля общих субсидий	35,04	37,99	62,66	59,99	2,30	2,02	100	100
С1	0,011	0,001	0,013	0,033	-0,065	-0,04	0,056	-0,004

Источник: ОДКР, Модуль здравоохранения, 2006 г., 2009 г.

Рисунок 9. Распространенность катастрофических выплат, более 10 и 15% непродуктивного потребления (в %)



Источник: Jakob (2013 г. публикация предстолит); Akkazieva and Temirov (2013)⁹.

36. Воздействие частных выплат из кармана пациентов за услуги здравоохранения на бедность в Кыргызской Республике является относительно умеренным. В Таблице 5 объединены данные об абсолютном и относительном изменении расходов на частные выплаты за услуги здравоохранения по разным аспектам бедности. Если частные выплаты за услуги здравоохранения вычитаются из небытового потребления, процент малоимущих домохозяйств (т.е. доля бедного населения) в 2009 году повышается на 1,3%, что представляет, приблизительно, трехпроцентное повышение уровня бедности. Даже если это и гораздо ниже значений, измеряемых в других странах – таких как Таджикистан (8,5% и 10,7% в 2009 г. и 2011 г., соответственно), – за период с 2004 по 2011 гг. воздействие на долю бедного населения значительно возросло. С другой стороны, интенсивность бедности, измеряемая по глубине бедности, которая используется для измерения средней разницы между уровнем доходов всего населения и чертой бедности, имеет меньшие размеры и в период с 2004 по 2009 гг. росла с меньшей скоростью. Эти результаты не слишком отличаются от результатов глубины бедности после нормализации с учетом черты бедности.

Таблица 5. Воздействие расходов на частные выплаты за услуги здравоохранения на бедность (в %, если не указано особо)

	До выплат за услуги здравоохранения	После выплат за услуги здравоохранения	Изменение	Процентное изменение
<i>Доля бедного населения (в %)</i>				
2004 г.	63,70	64,10	0,40	0,63
2007 г.	40,80	41,70	0,90	2,21
2009 г.	43,00	44,30	1,30	3,02
<i>Глубина бедности</i>				
2004 г.	1 992,10	2 013,40	21,30	1,07
2007 г.	1 046,70	1 087,20	40,50	3,87
2009 г.	1 907,20	1 956,50	49,30	2,58
<i>Нормализованная глубина бедности (в%)</i>				
2004 г.	21,90	22,10	0,20	0,91
2007 г.	9,10	9,40	0,30	3,30
2009 г.	9,80	10,10	0,30	3,06

Источник: ОДКР, Модуль здравоохранения, 2001 г., 2004 г., 2007 г., 2009 г.

⁹ Данные из отчета Акказиевой и Темирова о справедливости здравоохранения в Кыргызской Республике и обеспечении защищенности финансовых интересов потребителей (2013). В настоящем разделе использованы материалы из анализа, взятого из этого отчета.

7. Меры по обеспечению эффективности для сокращения финансового разрыва ПГГ

Улучшение адресности льгот по сооплате

37. Нынешняя политика освобождения от сооплаты, основанная на льготных социальных категориях и приоритетных медицинских состояниях, охватывает большое количество пациентов и является весьма дорогостоящей. В 2012 году более 637 507 пациентов воспользовались льготами в виде освобождения от сооплаты на сумму около 3 653 млн. сомов (около 76 млн. долл. США), что составило около 69% от общего числа пациентов, получивших медицинское обслуживание за этот год. Однако, даже несмотря на то, что нынешняя политика определяет 28 льготных социальных категорий и 21 приоритетное медицинское состояние, бенефициары и затраты сосредоточены на всего лишь нескольких группах населения – детях в возрасте до 5 лет, беременных женщинах и пенсионерах, на долю которых приходится 86% всех освобожденных от сооплаты случаев и 80% затрат (см. Таблицу 6).

38. Нынешняя политика освобождений от сооплаты сопоставима с методологией, применяемой для определения бенефициаров ежемесячного пособия для малообеспеченных семей (ЕПМС) и потенциальной методологией косвенного метода оценки нуждаемости (КМОН). ЕПМС является программой безусловных денежных переводов, присуждающей денежные пособия малоимущим семьям с детьми. ЕПМС является единственной программой социальной помощи в Кыргызской Республике, которая основывается на оценке нуждаемости (т.е. право на получение данного вида пособия зависит от дохода заявителя). КМОН является процессом оценки благосостояния заявителя с использованием таких характеристик заявителя, которые легко проверить и сложно изменить, и которые эмпирически коррелируют с их доходом или уровнем потребления. Домохозяйства с заявленным уровнем потребления ниже порогового уровня – или уровня, при превышении которого требуется тщательная проверка – считаются имеющими право на получение пособия, тогда как те домохозяйства, заявленный уровень потребления которых превышает такой пороговый уровень, считаются не имеющими право на получение пособия. ВОЗ/ЕВРО смоделировал потенциальную методологию КМОН для определения бенефициаров освобождения от сооплаты (Jamal and Jakob, 2013). Переменные, используемые для построения потенциального КМОН и расчетных коэффициентов регрессии, представлены в Приложении III.

39. Основываясь на исследовании ВОЗ, нынешняя политика освобождений от сооплаты не сосредоточена на малоимущих. В идеале, программа, которая сосредоточена на малоимущих, должна иметь широкий охват в нижних двух квинтилях распределения доходов, и никакого охвата во всех остальных квинтилях. В то же время, Рисунок 10 свидетельствует о том, что показатели адресности текущей политики не намного лучше случайного распределения льгот среди 47,6% охваченного населения. Программа ЕПМС гораздо лучше ориентирована на интересы малоимущих и сосредоточена в нижних двух квинтилях населения. Однако ЕПМС является небольшой программой, которая охватывает лишь 10% населения, по сравнению с 47,6% в рамках нынешней политики. При моделировании потенциального КМОН, пороговое значение права на освобождение от сооплаты было установлено таким образом, чтобы общий охват равнялся охвату, обеспечиваемому нынешней политикой, для облегчения

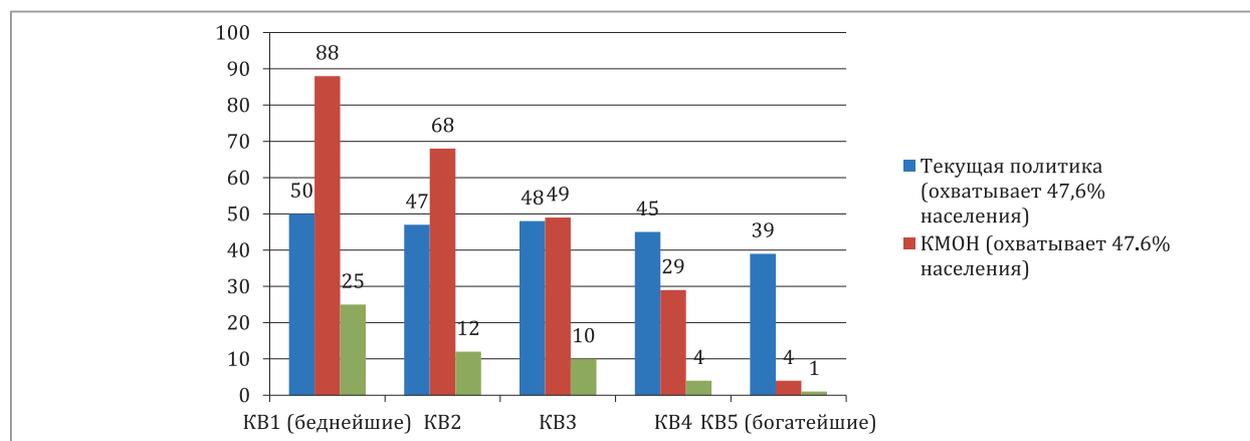
сравнения между двумя альтернативными методологиями. Потенциальный КМОН также ориентирован на интересы малоимущих и достигает гораздо более высоких показателей охвата для нижних двух квинтилей, и гораздо более низких показателей охвата для верхних двух квинтилей, нежели в рамках нынешней политики.

Таблица 6. Количество и расходы на освобождение от сооплаты, предоставленные в 2012 году (в кыргызских сомах, если не указано особо)

	Количество пациентов	Общая сумма, в сомах	Сумма из расчета на одного пациента, в сомах
Ветераны ВОВ	1 214	9 590 008	7 900
Инвалиды	61 688	478 141 076	7 751
Дети	266 745	1 145 250 211	4 293
Пенсионеры	97 394	711 242 644	7 303
Другие социальные категории	7 075	52 886 771	7 475
Пациенты с острым инфарктом миокарда	1 372	16 638 452	12 127
Пациенты с ТБ	642	13 631 931	21 234
Диабетики	11 194	98 730 720	8 820
Беременные женщины	183 298	1 061 701 498	5 792
Пациенты с прочими заболеваниями	6 885	65 448 047	9 506
Всего освобождено от сооплаты	637 507	3 653 261 358	5 731

Источник: Расчеты авторов, основанные на данных ФОМС.

Рисунок 10. Охват политикой освобождения от сооплаты, по доходным квинтилям (в %)



Источник: анализ ВОЗ данных КОДХ за 2010 год.

40. Как показатели ошибочного включения, так и исключения текущей политики для определения освобождений от сооплаты высоки. В рамках текущей политики 57,5% бенефициаров не относятся к двум нижним квинтилям распределения доходов, и 51,3% двух нижних квинтилей не освобождены от сооплаты. С другой стороны, показатель ошибочного включения ЕПМС гораздо ниже и составляет

Таблица 7. Показатели ошибочного включения и исключения по ПГГ, ЕПМС и предлагаемому КМОН (в %)

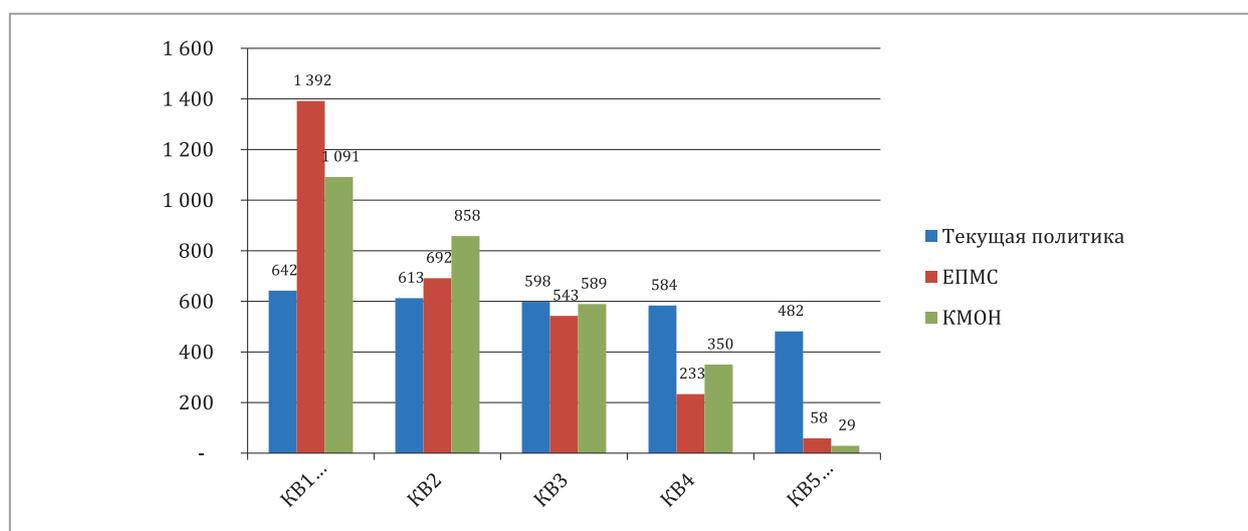
Программа	Показатель ошибочного включения (в %)	Показатель ошибочного исключения (в %)
Нынешняя политика	57,5	51,3
ЕПМС	28,3	81,5
Потенциальный КМОН	34,5	21,7

Источник: ВОЗ, анализ данных КОДХ за 2010 год.

28,3%; однако показатель ошибочного исключения гораздо выше (81,5%) из-за малых размеров программы. Результаты по предлагаемому КМОН в целом лучше. Показатель ошибочного включения (34,5%) гораздо ниже того, который наблюдается в рамках нынешней политики, но, все же, выше, чем в рамках ЕПМС. Однако показатель ошибочного исключения потенциального КМОН оценивается в 21,7%, что гораздо ниже, чем в рамках нынешней политики и ЕПМС (см. Таблицу 7).

41. Моделирование демонстрирует, что альтернативные политики могут быть использованы в Кыргызской Республике для достижения охвата, более ориентированного на интересы малоимущих категорий населения. Дети в возрасте до 5 лет, беременные женщины и пенсионеры являются тремя крупнейшими группами льготников. На долю этих групп приходится около 80% всех государственных субсидий, предоставленных для освобождения от сооплаты. На Рисунке 11 показано, что в рамках текущей политики нижние два квинтиля получают лишь 43% государственных субсидий. С другой стороны, ЕПМС и потенциальный КМОН должны будут направлять нижним двум квинтилям 67 и 71% всех ресурсов, соответственно.

Рисунок 11. Альтернативное распределение ресурсов, используемых для освобождения детей, пенсионеров и беременных женщин от сооплаты среди доходных квинтилей (млн. сомов)



Источник: Расчеты авторов, основанные на анализе данных ВОЗ из КОДХ за 2010 год.

42. Три альтернативы определению адресности освобождений от сооплаты требуют разных уровней потенциала. Проведенное моделирование продемонстрировало, что методология, основанная на проверке нуждаемости (например, ЕПМС), и КМОН могли бы использоваться в Кыргызской Республике для достижения более эффективного (т.е. ориентированного на интересы малоимущих) охвата населения освобождениями от сооплаты. Однако у каждого варианта есть как преимущества, так и недостатки, которые объединены в Таблице 8.

Основными преимуществами методологии, основанной на проверке нуждаемости, и методологии КМОН перед нынешней политикой являются их относительная эффективность и возможность корректировки порогового значения определения права на освобождение от сооплаты для приведения общего охвата в соответствие с имеющимися ресурсами. Методология, основанная на проверке нуждаемости, имеет дополнительное преимущество, поскольку уже реализуется Министерством социального развития (Минсоцразвития). Однако для перевода этой методологии

в сектор здравоохранения вместе с инвестициями с целью создания новых систем для применения, регистрации и проверки потребуется интенсивное формирование потенциала. Стоит отметить, что даже нынешняя политика освобождений от сооплаты и ЕПМС, которые существуют уже годами, являются документальными программами. Однако для создания современных систем потребуются инвестиции в информационные технологии (ИТ). Окончательное предложение во избежание сокращения охвата требует исключения категорий, что может быть сложным в политическом отношении. Как уже отмечалось ранее, на долю верхних трех категорий, включая детей в возрасте до 5 лет и беременных женщин, приходится большинство освобождений от сооплаты и государственных субсидий. Поэтому, возможно, было бы более эффективно сосредоточиться на повышении адресности этих трех групп населения.

Таблица 8. Преимущества и недостатки трех вариантов адресности

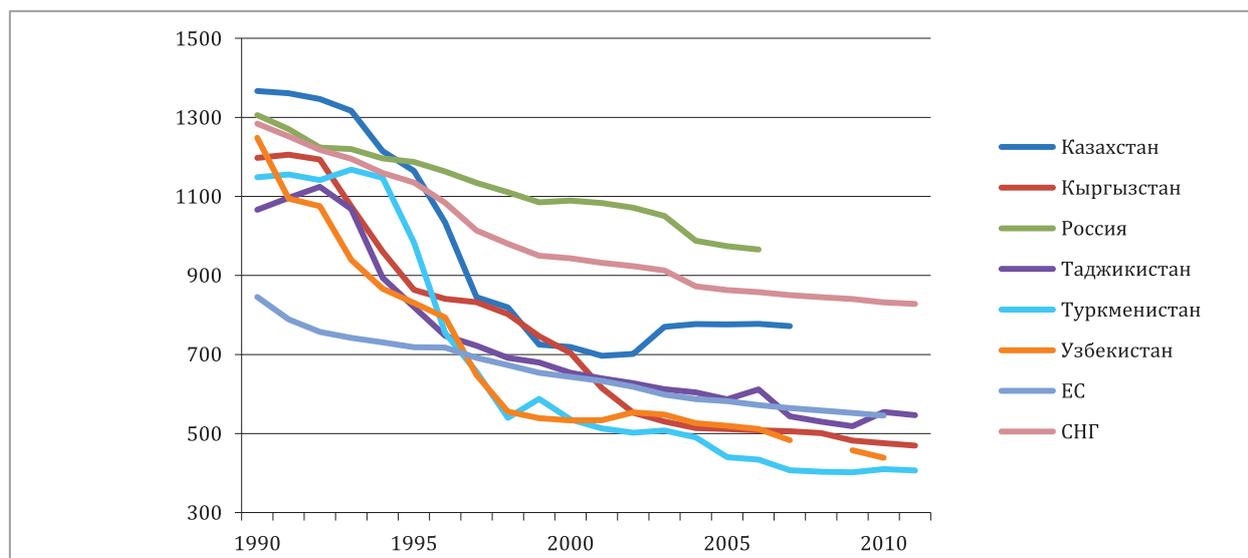
Вариант	Преимущества	Недостатки
Нынешняя политика	Самый простой в плане реализации вариант	Неэффективный: исключает слишком много малоимущих и включает много тех, кто не относится к категории малоимущих. Сокращение охвата требует исключения категорий, что может быть сложным в политическом отношении.
Проверка нуждаемости	Оценка нуждаемости уже применяется для обеспечения адресности программ социальной помощи (т.е. ЕПМС) Ориентированность на интересы малоимущих Может корректировать пороговое значение для расширения охвата	Новая программа – потребуются создание систем для применения, регистрации, проверки, обжалования и других процессов.
Потенциальный КМОН	Ориентированность на интересы малоимущих Эффективный: охватывает большинство малоимущих и не так много тех, кто не относится к категории малоимущих Может корректировать пороговое значение для изменения показателя ошибочного включения, показателя ошибочного исключения и общего охвата	Новая программа – потребуются создание систем для применения, регистрации, проверки, обжалования и других процессов.

Источник: анализ ВОЗ

Модернизация стационарных медицинских услуг

43. В Кыргызской Республике была проведена важная рационализация стационарных услуг. Разработанная Семашко модель системы здравоохранения, внедренная во времена Советского Союза, была ориентирована на специализацию системы здравоохранения, в которой у каждого вида больниц (детские, акушерско-гинекологические, туберкулезные и т.д.) были собственные медучреждения, персонал и организационная структура (республиканские, областные, городские и районные учреждения), с отдельными лабораториями, аптеками и койко-фондом. Как показано на Рисунке 12, количество койко-мест из расчета на 100 человек в Кыргызской Республике во времена Советского Союза было примерно на 50% выше, чем в странах ЕС. Общее количество койко-мест в Кыргызской Республике было быстро рационализировано после обретения страной независимости до уровня, значительно меньшего среднего показателя по странам ЕС.

Рисунок 12. Койко-места на 100 000 человек, 1990-2011 гг.



Источник: ВОЗ/Европа, европейская база данных "здоровье для всех", январь 2013 г.

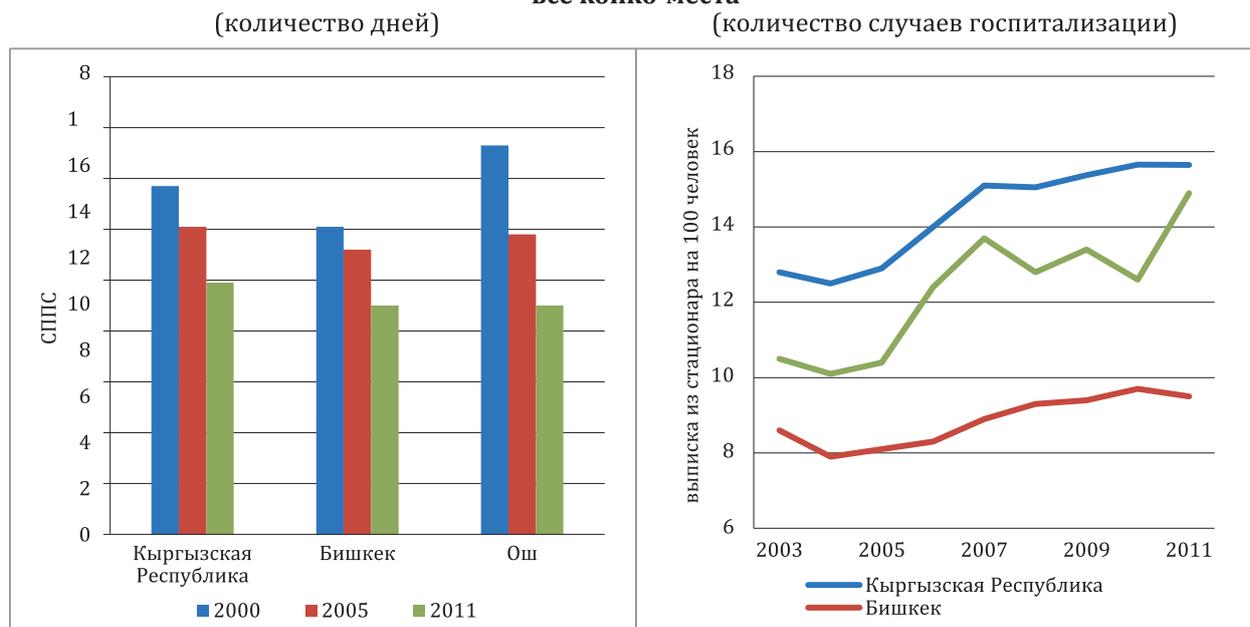
44. Оптимизация больничных сетей в Бишкеке и Оше не была проведена.

В рамках нескольких исследований было установлено, что значительной экономии можно было бы добиться за счет оптимизации и рационализации больничных услуг в Бишкеке и Оше (см. Street, Naucosk, 1999; Минздрав-AGEG, 2009 г., Lewis et al, 2012). Однако, несмотря на то, что были разработаны различные планы, реализовано было мало – особенно в Бишкеке. Конкретные проблемы заключаются в следующем: (i) трудности с определением населения, обслуживаемого данным медицинским учреждением, поскольку несколько больниц, расположенных в Бишкеке и Оше, также выполняют функции направлений по всей стране; (ii) существование в Бишкеке медицинских учреждений, находящихся вне системы единого плательщика ФОМС, которые финансируются местными органами управления; (iii) предоставление платных услуг на уровне больниц и специализированных медучреждений в Бишкеке и Оше позволяет этим больницам выживать в финансовом отношении, несмотря на обоснование для оптимизации.

45. Положительное влияние сокращения койко-мест на расходы оказалось ограниченным.

Влияние сокращения койко-мест на расходы обусловлено конкретной ситуацией, поскольку зависит от существующих платежных систем и систем материального поощрения. В условиях, когда больницы получают финансирование в зависимости от осуществляемой деятельности (например, оплата за каждый пролеченный случай на основе КЗГ), без общего ограничения больничных расходов, сокращение койко-мест повсеместно связано с сокращением средней продолжительности пребывания в стационаре (СППС), повышением оборота и общим увеличением количества пролеченных случаев (McKee, 2004). Именно такая картина действительно наблюдается в Кыргызской Республике, где, параллельно сокращению койко-мест, страна пережила значительное сокращение среднего пребывания в стационаре (СППС), наряду с увеличением количества пролеченных случаев (см. Рисунок 13, левая панель). Стоит отметить, что повышение показателей госпитализации, возможно, связано с внедренным в 2004 году изменением ПГГ, которым было обусловлено освобождение от сооплаты (т.е. бесплатные больничные услуги) беременных женщин, детей в возрасте до 5 лет и пенсионеров в возрасте старше 70 лет (см. Рисунок 13, правая панель).

Рисунок 13. СППС и показатели выписки из стационара из расчета на 100 пациентов, все койко-места



Источник: RMIС.

46. Внедрение современных технологий может дополнительно сократить количество используемых в Кыргызской Республике койко-мест. Результаты одного из недавних исследований (Lewis et al., 2012) показали, что существует ряд медицинских процедур, для проведения которых в настоящее время осуществляется госпитализация пациентов, но которые не требуют госпитализации в случае применения современных технологий – таких как дневной хирургический стационар и лапароскопическая хирургия¹⁰. Например, текущая СППС для пациентов, перенесших в Кыргызской Республике операцию в связи с катарактой, составляет восемь дней, тогда как согласно существующим клиническим протоколам эта процедура не требует пребывания в стационаре. Сокращение СППС для пациентов, перенесших операцию в связи с катарактой, с восьми дней до одного дня позволит сократить количество койко-дней с нынешних 23 208 до 2 901, что эквивалентно сокращению на 87,5% (Lewis et al, 2012).

47. Внедрение современных технологий принесет пользу пациентам и позволит улучшить результаты мероприятий по здравоохранению, но не обязательно приведет к сокращению затрат в краткосрочной перспективе. Инвестиции в новые технологии произведут переворот в лечении целого ряда общих заболеваний. Это позволит гражданам возвращаться домой в тот же день после прохождения лечения, сократит время на восстановление и возвращение к работе, и значительно сократит расходы на персонал (как прямые, так и вмененные издержки, обусловленные сокращением доходов). Однако при этом стоит отметить, что внедрение современных технологий требует инвестиций в оборудование и обучение. Кроме того, затраты,

¹⁰ В рамках консультаций с Минздравом КР был определен перечень из, примерно, 30 мероприятий и процедур, подходящих для дневного хирургического стационара: лечение неосложненной грыжи, рассечение гнойных образований на коже и подкожно-жировой клетчатке; иссечение контрактуры Дюпюитрена; хирургическое лечение неосложненного варикозного расширения вен нижних конечностей; рассечение парапроктита; лечение варикоцеле; устранение крипторхизма у детей в возрасте старше 3 лет; устранение гидроцеле; устранение приапизма; обрезание; остеосинтез неосложненного перелома; рассечение анальной трещины; полипэктомия и кондиломэктомия прямой кишки; катаракта; аденомотомия; носовая полипэктомия; частичное и полное удаление миндалин.

напрямую связанные с последним днем пребывания в стационаре, являются незначительным в экономическом отношении компонентом общих затрат¹¹. Наконец, системе оплаты поставщиков необходимо стимулировать внедрение предлагаемого дневного хирургического стационара, который не делает невыгодным применение новых технологий благодаря использованию ставок возмещения, коэффициент доходности которых ниже, чем у традиционной процедуры (Castoro et al., 2007).

48. Можно сократить количество случаев необоснованных госпитализаций.

Вопрос о целесообразности госпитализации подвергался тщательному рассмотрению с тех пор, как в 2004 году началась тенденция значительного роста случаев госпитализации. В рамках исследования о целесообразности госпитализации беременных женщин и детей в возрасте до 5 лет было обнаружено, что лишь 2/3 случаев госпитализации беременных женщин с гипертензивными нарушениями были целесообразными, в то время как среди детей с бронхопневмонией госпитализация была целесообразной в менее чем половине всех случаев (Murzalieva et al., 2010). По оценкам ФОМС, от 20 до 30% всех случаев госпитализации являются необоснованными.

49. Теоретически, значительной экономии можно было бы добиться за счет сокращения показателей госпитализации.

Для простоты возьмем базовую ставку возмещения (т.е. среднюю стоимость госпитализации) для оценки общей стоимости всех случаев госпитализации для государственного бюджета. Как показано в Таблице 9, взяв показатели за 2011 год в качестве базовых, мы определили, что показатели госпитализации сократились, соответственно, на 5, 10 и 15% в Бишкеке, Оше и в целом по стране. Даже умеренное сокращение на 5%, которое позволит приблизить показатели госпитализации к уровню 2007 года, позволит сократить общие государственные расходы на здравоохранение примерно на 3%. 15%-ное сокращение показателей госпитализации представляет, приблизительно, тот же уровень госпитализации, как тот, который наблюдался в 2004 году (13 на 100 человек) – году, в котором, судя по всему, началась тенденция роста госпитализации. Это, потенциально, позволит сократить государственные расходы на здравоохранение более чем на 9%. Сокращение случаев госпитализации в двух крупнейших городах, Бишкеке и Оше, приведет к более скромной экономии.

50. Ряд условий необходим для сокращения количества случаев необоснованной госпитализации и снижения стационарных расходов.

Увеличение показателей госпитализации, скорее всего, будет результатом факторов спроса и предложения. Со стороны предложения давление в сторону увеличения случаев госпитализации является ожидаемым результатом внедрения системы оплаты на основе КЗГ, поскольку стационары реагируют на новую систему оплаты увеличением мероприятий по максимизации своих доходов (Jegers et al., 2002). Поэтому для Кыргызской Республики актуален опыт европейских стран, внедривших системы оплаты на основе КЗГ, вместе с предельными объемами и прочими механизмами макроуровня для контроля больничных расходов (Cots et al., 2011). Неудивительно, что всплеск случаев госпитализации произошел после произведенного в 2004 году расширения льгот, заключавшихся в освобождении от сооплаты детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров в возрасте старше 70 лет и беременных женщин, поскольку упразднение любой сооплаты, скорее всего, приведет к увеличению спроса на больничные услуги. Представленные в предыдущем разделе предложения

¹¹ По оценкам, сокращение продолжительности пребывания в стационаре на один полный день сокращает общую стоимость лечения, в среднем, на три – или менее – процента (см. Taheri et al. 2000).

относительно сокращения масштабов и улучшения адресности освобождений от сооплаты в рамках ПГГ могли бы принести дополнительную пользу для контроля случаев необоснованной госпитализации. Наконец, нам также необходимо учитывать первоначальные инвестиционные затраты, – такие как изменения в клинических руководствах, переобучение и повышение эффективности управления на уровне ПМСП, – поскольку должны быть предоставлены альтернативные способы лечения (Beech and Larkinson, 1990).

Таблица 9. Потенциальное сокращение расходов на здравоохранение в результате сокращения случаев госпитализации

Количество случаев госпитализации	Базовое значение	Процентное сокращение по сравнению с базовым значением		
		5	10	15
Бишкек	82 301	78 186	74 071	69 956
Ош	38 021	36 120	34 219	32 318
Вся страна	862 838	819 696	776 554	733 412
<i>Расходы на госпитализацию (сомов)</i>				
Бишкек	534 956 500	508 208 675	481 460 850	454 713 025
Ош	247 136 500	234 779 675	222 422 850	210 066 025
Вся страна	5 608 447 000	5 328 024 650	5 047 602 300	4 767 179 950
<i>Ожидаемое сокращение расходов (сомов)</i>				
Бишкек		26 747 825	53 495 650	80 243 475
Ош		12 356 825	24 713 650	37 070 475
Вся страна		280 422 350	560 844 700	841 267 050
<i>Сокращение процента всех государственных расходов на здравоохранение</i>				
Бишкек		0,30	0,59	0,89
Ош		0,14	0,27	0,41
Вся страна		3,11	6,22	9,33

Источник: расчеты авторов, основанные на данных ФОМС.

Примечание: Лечение одного стационарного больного обходится государственному бюджету, в среднем, в 6 050 сомов.

Повышение эффективности затрат на лечение приоритетных заболеваний

51. Повышение эффективности лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) может способствовать снижению затрат и спасению жизней.

ССЗ не только являются одним из ключевых приоритетов здравоохранения в Кыргызской Республике (см. параграф 21), но также очень дорого стоят. В Таблице 10 показано количество случаев госпитализации, затраты из расчета на каждый пролеченный случай, и общая стоимость для государственного бюджета по типам ССЗ за 2011 год. В 2011 году стоимость стационарного лечения ССЗ составила, приблизительно, 300 млн. сомов. Несмотря на то, что некоторая часть этих случаев госпитализации является неизбежной, значительная их часть предотвратима. Такие состояния здоровья как повышенное артериальное давление (гипертензия) можно предотвратить, используя информационно-образовательные кампании, и эффективно лечить на уровне первичной медико-санитарной помощи без необходимости госпитализации, за исключением сложных случаев. Международный опыт показывает, что мероприятия, организуемые исходя из численности населения на базе ПМСП и способствующие расширению профилактики ССЗ на первичном и вторичном уровнях, способны улучшать результаты мероприятий по здравоохранению при более низких затратах (Jamison, et al, 2006).

Таблица 10. Стоимость стационарного лечения ССЗ, 2011 г.
(в кыргызских сомах, если не указано особо)

Вид ССЗ	Количество пролеченных случаев	Средняя ставка возмещения за каждый пролеченный случай (в сомах)	Общая стоимость (в сомах)
Цереброваскулярные заболевания (нарушение мозгового кровообращения)	15 274	3 074	46 952 276
Гипертензия	16 035	3 552	56 956 320
Острый инфаркт миокарда	3 117	5 991	18 673 947
Ангина	19 464	3 808	74 118 912
Прочие ССЗ	20 031	4 165	83 429 115
Флебит, тромбофлебит и варикозное расширение вен	828	3 529	2 922 012
Заболевание периферических кровеносных сосудов	2 294	3 971	9 109 474
Всего			292 162 056

Источник: База данных ФОМС, 2012 г

Вставка 1. Повышение налогов на табачную продукцию в целях улучшения индивидуального здоровья и состояния бюджета

В Кыргызской Республике наблюдается высокая распространенность потребления табака – 45% среди мужчин и гораздо меньше среди женщин (1,6%). Хотя в большинстве случаев потреблением табака является курение сигарет, 7% мужчин употребляют некурительную табачную смесь (насвай). Среди детей в возрасте 13-15 лет в период с 2004 по 2008 гг. курение несколько снизилось, однако потребление других форм табака выросло – особенно среди девочек. Смертность от курения, по оценкам, высока, поскольку смертность от ССЗ значительно выросла вследствие распространения курения. Общие налоги из расчета на каждую пачку сигарет низки, варьируя от 18 до 28,6%. Как показано на рисунке 14, в Кыргызской Республике действуют одни из наиболее низких ставок акцизных налогов на табачную продукцию в Европе и Центральной Азии. Они ниже, чем в Казахстане и Узбекистане. Более того, по данным ВОЗ (2013), общие налоги из расчета на каждую пачку сигарет в Кыргызской Республике с 2008 года, в действительности, снизились с 15,5% до 7,6%, что противоречит международным тенденциям и фактам. Рекомендации Всемирного банка (Yurekli, 2000) и ВОЗ, основанные на опыте стран, успешно снизивших распространение курения, находятся в диапазоне 70-80%.

Исходя из вышеизложенного, повышение уровня налогов на табачную продукцию представляется одним из наиболее реальных вариантов повышения эффективности, поскольку позволит сократить потребление табака и повысить поступления в государственный бюджет. Несмотря на то, что целевые налоги не предусмотрены, повышение налогообложения табачной продукции позволит увеличить общие налоговые поступления и опосредованно поможет государственным расходам на здравоохранение. Акцизные налоги на табачную продукцию вносят неопределимый вклад в поступление государственных акцизов в бюджет Кыргызской Республики. Согласно отчету национального казначейства, в 2012 году доля акцизов на сигареты составляла 39% всех акцизов. Учитывая то обстоятельство, что изначальная налоговая нагрузка на табачную промышленность крайне низка, если будет произведена гармонизация в рамках Таможенного союза, – будет достигнут уровень в 80% средневзвешенного акциза России, – поступления от сбора акцизов на сигареты могли бы вырасти к 2015 году до 5,26 млрд. сомов (в ценах 2011 года), что почти в 2,5 раза больше всех акцизных поступлений за 2011 год (около 2,19 млрд. сомов, согласно отчету национального казначейства). Кроме того, сокращение потребления табака также окажет положительное воздействие на здравоохранение. Распространение ежедневного курения сигарет сократится до 21,3%, что позволит спасти около 50 тысяч жизней (Demisova, Kuznetsova, Karteseva and Balter, 2013).

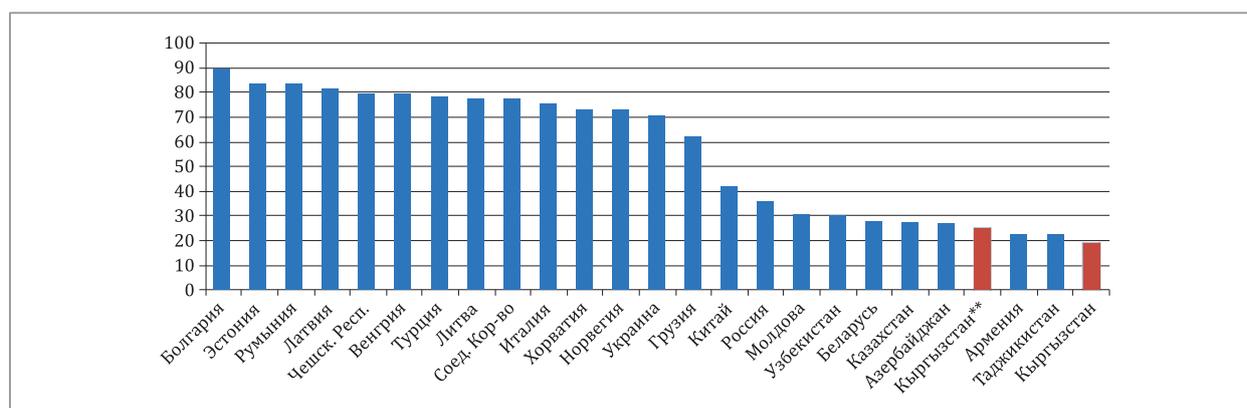
52. Образовательные кампании в средствах массовой информации, скрининг факторов риска на уровне ПМСП и вторичная лекарственная профилактика заболеваемости являются экономичными мероприятиями. Согласно результатам одного из исследований (Akkazieva, et al., 2009), в рамках которого анализировалась эффективность затрат на реализацию различных мероприятий по контролю ССЗ в Кыргызской Республике, было установлено, что образовательные кампании в

средствах массовой информации, направленные на освещение пользы сокращения курения, снижения уровня холестерина и ежедневного употребления соли, были сочтены весьма экономичными, поскольку затраты на каждый из сохраненных лет жизни (DALY) составили 4 705 сомов на одного человека в год. Согласно результатам того же исследования, обеспечение лекарственного лечения для снижения повышенного давления у лиц с систолическим кровяным давлением выше 160 также является высокоэффективным, поскольку затраты на каждый из сохраненных лет жизни (DALY) составляют 7 615 сомов. Наконец, скрининг факторов риска ПМСП также является одной из мер высокоэкономичной профилактики, поскольку обходится в 10 972 сомов из расчета на каждый из сохраненных лет жизни (DALY). Повышение налогов на табачную продукцию представлено во Вставке 1.

Таким образом, очевидно, что инвестиции в профилактику и лечение ССЗ могут предотвратить преждевременные смерти.

53. Доступность и пользование экономичными лекарственными препаратами для вторичной профилактики ССЗ являются недостаточными. Даже если экономичные лекарственные препараты для вторичной профилактики ССЗ (такие как диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и бета-блокаторы) доступны в рамках дополнительной программы ОМС, было установлено, что лишь 2% пациентов с повышенным артериальным давлением способны его контролировать (Jakab et al., 2007), что представляет наименьшую долю среди стран Европы и Центральной Азии (Всемирный банк, 2013). Низкий потенциал контроля факторов риска ССЗ зависит от нескольких факторов: (i) лишь 27% тех, у кого повышено артериальное давление, действительно осведомлены о своей проблеме (Jakab et al., 2007); (ii) лишь 17% тех, у кого повышено артериальное давление, проходят лечение лекарственными препаратами (Jakab et al., 2007). Ограниченный бюджет дополнительной программы ОМС (см. Таблицу 4) обеспечивает финансирование субсидий, которые охватывают лишь около 50% цен на лекарственные препараты, а финансовые барьеры до сих пор ограничивают доступ к экономичным лекарственным препаратам. Кроме того, не охваченное ОМС население не получает выгоды от дополнительной программы ОМС. Поэтому эффективная профилактика и лечение ССЗ в Кыргызской Республике требует применения комплексного подхода, который включает в себя информационные образовательные кампании, улучшенный скрининг на уровне ПМСП, и улучшенный доступ к лечению экономичными лекарственными препаратами.

Рисунок 14. Сравнение налогов на сигареты в процентном отношении к цене пачки сигарет (индекс)



Источник: Tobacco Atlas: http://www.tobaccoatlas.org/solutions/tobacco_taxes/excise_tax/

Самофинансирование стоматологических и курортологических услуг

54. В настоящее время рассматривается вопрос о пилотном самофинансировании амбулаторных стоматологических, курортологических и лечебно-восстановительных услуг. На данный момент из государственного бюджета финансируются заработные платы, коммунальные услуги и прочие расходы, связанные с предоставлением амбулаторных стоматологических услуг, однако предоставляемые услуги бесплатны лишь для беременных женщин, пенсионеров и детей в возрасте до 5-ти лет. Минздрав и ФОМС планируют реализовать пилотный проект по переводу на самофинансирование стоматологических клиник в Бишкеке. Применяя пилотные механизмы самофинансирования, государственный бюджет прекратит софинансирование заработной платы, коммунальных услуг и прочих расходов, но продолжит охватывать базовые стоматологические услуги, включенные в ПГГ, в форме подушевого финансирования. Аналогичные механизмы рассматриваются для медучреждений, предоставляющих санаторно-оздоровительные, курортологические и лечебно-восстановительные услуги.

55. Частное предоставление услуг и государственное предоставление целевых субсидий будут более эффективной и справедливой альтернативой. Расходы на предоставление амбулаторных стоматологических услуг (171 млн. сомов), услуги курортов и санаториев (14 млн. сомов), плюс расходы на Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии (58 млн. сомов) составляют, приблизительно, 243 млн. сомов, что составляет приблизительно 3% государственных расходов на здравоохранение (республиканский и местные бюджеты за вычетом специальных средств) (см. Таблицу 11). Поэтому значительную часть этих ресурсов можно будет использовать для финансирования целевых субсидий для наименее защищенных категорий населения и охвата ключевых услуг ПГГ.

Гармонизация правил по источникам финансирования

56. ПГГ финансируется из четырех источников средств: бюджетные средства, средства ОМС/отчисления в ОМС/Социальный фонд из фонда заработной платы, сооплата пациентами и специальные средства. Каждый из этих источников работает с разными правилами осуществления расходов и, до недавнего времени, когда сооплата была интегрирована в систему Центрального казначейства, должен был отчитываться отдельно. Тем не менее, в настоящее время существуют три (вместо четырех) разных счета и отчета, что повышает рабочую нагрузку на бухгалтерский персонал медучреждений. Кроме того, отличаются и правила пользования каждым из этих разных источников финансирования; в частности, та гибкость, которая допускается в отношении отчислений в ОМС/Социальный фонд из фонда заработной платы, не допускается в отношении бюджетных источников.

57. Непосредственной пользой от гармонизации правил расходования и отчетности будет потенциальная экономия от сокращения штатных должностей в отделах бухгалтерского учета. В медучреждениях существует большой разброс по численности штатных должностей, связанных с финансами и бухгалтерским учетом. Например, в Панфиловском районе коэффициент соотношения между количеством должностей медперсонала и количеством штатных должностей, связанных с финансами и бухгалтерским учетом, равен 17, тогда как в Кеминском районе он составляет 8,7 (административные данные ФОМС, 2012). Несмотря на то, что настолько подробных данных по всей стране нет, если посмотреть на

**Таблица 11. Общий бюджет здравоохранения за вычетом специальных средств,
по типам расходов, 2008-2011 гг. (в кыргызских сомах)**

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Всего бюджетные средства	4 338 909 300	5 996 595 807	6 584 579 316	8 977 834 928
7070 Здравоохранение		139 000 000	241 000 000	214 000 000
70700 Здравоохранение		139 000 000	241 000 000	214 000 000
7072 Амбулаторно-поликлиническое обслуживание	1 069 692 500	1 568 196 914	1 725 915 070	2 692 081 130
70721 Общие услуги здравоохранения	996 799 500	1 466 663 200	1 592 080 571	2 477 898 868
70722 Специализированные услуги здравоохранения			26 382 500	43 390 538
70723 Стоматологические услуги	72 893 000	101 533 714	107 451 999	170 791 724
7073 Больничные услуги	2 140 142 300	2 723 530 354	2 879 185 630	4 223 167 837
70731 Общие больничные услуги	1 332 889 500	1 739 830 461	1 861 612 806	2 732 215 160
70732 Специализированные больничные услуги	525 821 900	640 983 693	693 798 242	995 567 685
70733 Медицинские центры, гинекологические больницы и родильные дома	77 833 600	89 080 000	80 742 700	121 417 820
70734 Курорты и санатории	11 209 800	15 929 500	17 938 100	13 543 500
70735 Детские больницы и реабилитационные центры	192 387 500	237 706 700	225 093 782	360 423 672
7074 Услуги здравоохранения	631 484 400	452 481 555	488 321 676	656 239 391
70741 Станции скорой помощи (травмпункты)	315 692 300	69 363 700	74 133 900	97 690 599
70742 Станции переливания крови	26 297 500	35 180 500	41 275 300	48 698 580
70743 Санитарно-эпидемиологические станции и центры карантинных и опасных инфекций	197 889 600	241 730 800	253 647 699	366 225 982
70744 Дезинфекционные станции		4 214 000	4 946 700	6 753 600
70746 Дома ребенка, комнаты матери и ребенка	22 142 100	25 716 900	23 457 800	32 809 681
70747 Центры по борьбе со СПИДом	17 633 000	23 267 555	22 829 023	33 734 500
70748 Центры здоровья и мероприятия по санитарному просвещению	4 799 900	9 324 700	4 655 700	6 912 549
70749 Прочие услуги в области здравоохранения	47 030 000	43 683 400	63 375 554	63 413 900
7075 Научные исследования и опытно-конструкторские разработки в области здравоохранения	77 277 600	92 928 330	88 876 900	129 433 515
70751 Научные исследования и опытно-конструкторские разработки в области здравоохранения	77 277 600	92 928 330	88 876 900	129 433 515
7076 Вопросы здравоохранения, не отнесенные к другим категориям	420 312 500	1 020 458 654	1 161 280 040	1 062 913 055
70761 Вопросы здравоохранения, не отнесенные к другим категориям	351 253 100	926 279 154	1 061 456 340	982 053 455
70769 Другие услуги в области здравоохранения	69 059 400	94 179 500	99 823 700	80 859 600

Источники: BOOST, База данных Всемирного банка, Функциональная классификация.

Обзор государственных расходов

соотношение между административным и медицинским персоналом, становится ясно, что определенные медучреждения могли бы извлечь пользу из сокращения численности немедицинского персонала. В Таблицах 12 и 13 показано соотношение между медицинским и административным персоналом, который включает в себя штатные должности, связанные с финансами и бухгалтерским учетом, водителей и уборщиков (а также прочий вспомогательный персонал) по каждой области и двум крупнейшим городам страны за 2012 год. Экономия оценивается по области или городу с максимальным значением коэффициента соотношения между медицинским и немедицинским персоналом, и по средней заработной плате административного персонала на каждом уровне здравоохранения по стране за 2012 год. Признано, что заработная плата административного персонала широко варьирует, в зависимости от должности и региона, однако эти оценки составляют основу для дальнейшего обсуждения такого подхода. Предполагаемая экономия от сокращения административного персонала на уровне ПМСП и больниц составляет 20,8 млн. сомов в год, что, приблизительно, равно 0,2% бюджета здравоохранения на 2012 год.

Таблица 12. Потенциальная экономия от сокращения численности административного персонала учреждений ПМСП, 2012 г. (число человек, если не указано особо)

Область/город	Базовое значение			Приведение соотношения к уровню передовых учреждений 9:1	Разница в численности кадров	Экономия (сомов)
	Мед-персонал	Административный персонал	Соотношение			
Баткенская область	1 710	305	5,6	188	117	825 391
Нарынская область	1 113	201	5,5	122	78	552 614
Таласская область	1 312	336	3,9	144	191	1 355 466
Джалал-Абадская область	3 515	703	5,0	387	316	2 239 236
Ошская область	4 225	465	9,1	465	0	0
Чуйская область	3 003	538	5,6	331	208	1 471 021
Иссык-Кульская область	1 116	246	4,5	123	123	872 084
город Бишкек	5 507	938	5,9	606	332	2 350 944
город Ош	1 534	195	7,9	169	26	182 036
Республиканские учреждения	622	90	6,9	68	22	154 742
Всего						10 003 534

Источник: Административная база данных Минздрава КР, 2013 г.

58. Самым важным результатом гармонизации правил осуществления расходов и учета по различным источникам финансирования будет повышенная гибкость использования средств. Несмотря на то, что потенциальная экономия от сокращения административного персонала представляется относительно небольшой, более важной пользой и потенциальным источником эффективности станет повышение гибкости использования бюджетных средств. В настоящий момент такая гибкость допускается лишь для средств ОМС. Например, если бы бюджетные средства можно было перераспределять по статьям, руководители медучреждений могли бы – и хотели бы – обеспечивать экономию средств за счет рационализации штатной численности или реализации мер по обеспечению эффективности использования энергетических ресурсов. Они могли бы использовать сэкономленные таким образом средства в других целях – таких как повышение доступности лекарств или улучшение качества питания для своих пациентов. Даже если эту идею будет сложно измерить

количественно, вероятно, что принятие такой меры позволит создать значительные возможности для маневра бюджетными средствами для сектора здравоохранения.

Таблица 13. Потенциальная экономия от сокращения численности административного персонала больниц, 2012 г. (число человек, если не указано особо)

Область/город	Базовое значение			Приведение соотношения к 6,5:1	Разница в численности кадров	Экономия (сомов)
	Мед-персонал	Административный персонал	Соотношение			
Баткенская область	2 328	428	5,4	357	71	508 351
Нарынская область	1 210	231	5,2	186	46	328 393
Таласская область	1 142	246	4,6	175	71	512 287
Джалал-Абадская область	5 062	1 154	4,4	777	377	2 720 726
Ошская область	6 483	1 319	4,9	995	324	2 336 382
Чуйская область	3 107	613	5,1	477	136	978 607
Иссык-Кульская область	1 729	356	4,9	265	90	650 167
город Бишкек	3 555	613	5,8	546	68	488 171
город Ош	1 307	201	6,5	201	0	0
Республиканские учреждения	8 914	1 677	5,3	1 368	309	2 225 957
Всего						10 749 042

Источник: Административная база данных Минздрава КР, 2013 г.

Перераспределение средств, сэкономленных в результате образования вакансий

59. Количество работников сектора здравоохранения в Кыргызской Республике значительно сократилось после обретения страной независимости. Количество врачей в Кыргызской Республике сократилось примерно на 30% – с 330 на 100 000 человек в 1990 году, до 236 на 100 000 человек в 2010 году. За тот же период количество врачей в странах СНГ оставалось, в целом, стабильным, в то время как ЕС пережил значительный прирост численности врачей (см. Рисунок 15, левая панель). Еще более резкое сокращение произошло среди медсестер, численность которых сократилась аналогичным образом. За период с 1990 по 2010 гг. в Кыргызской Республике произошло 40%-ное сокращение медсестринского персонала, в результате чего число медсестер сократилось, примерно, с 900 до 548 на 100 000 человек (см. Рисунок 15, правая панель). Однако в дальнейшем тенденции стабилизировались, и в последние годы страна испытала небольшое увеличение численности врачей и медсестер. Сокращение численности медицинских работников было связано с низкой заработной платой, из-за чего эти профессии стали непривлекательными для студентов и выпускников, что привело к старению персонала системы здравоохранения и росту миграции в более состоятельные страны – такие как Российская Федерация и Казахстан (Ibraimova, et al., 2011)¹².

60. Произведенное в 2011 году повышение заработной платы в секторе здравоохранения добавило давление на и без того уже стесненный бюджет здравоохранения. Заработная плата работников здравоохранения была повышена в 2011 году. Спустя годы стагнации, повышение заработной платы составило, в среднем, 92,5%, чтобы обеспечить соответствие средней заработной плате в экономике.

¹² См. аналитическую справку об управлении фондом заработной платы государственного сектора в Кыргызской Республике.

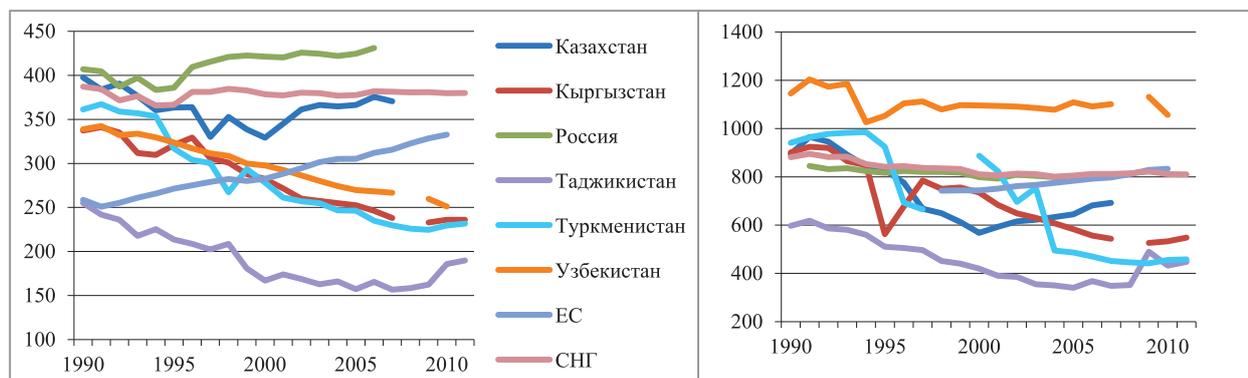
Обзор государственных расходов

Несмотря на то, что повышение заработной платы было необходимо для привлечения и удержания квалифицированных кадров в секторе здравоохранения, недавнее повышение заработной платы создало большую нагрузку на бюджет здравоохранения в результате жесткого сокращения средств, выделяемых для финансирования других необходимых ресурсов – таких как продукты питания и лекарственные средства (см. Рисунок 7).

Рисунок 15. Численность врачей и медсестер на 100 000 человек

(численность врачей на 100 000 человек)

(численность медсестер на 100 000 человек)



Источники: Европейская база данных "здоровье для всех" (HFA-DB). ВОЗ/ЕВРО Обновлено: январь 2013 года.

61. В организациях здравоохранения имеется большое количество вакантных должностей, и практика заключается в перераспределении экономии от рабочих мест для финансирования расходов на остальной персонал. Конкретное количество финансируемых должностей в каждом медучреждении определяется исходя из численности обслуживаемого населения и ожидаемой рабочей нагрузки. Однако численность физических лиц может значительно отклоняться от количества финансируемых штатных должностей. Количество финансируемых штатных должностей, численность нанятых физических лиц и соотношение вакантных должностей представлены в Таблице 14. В этой таблице показана среднемесячная заработная плата по каждому виду штатных единиц и потенциальная месячная экономия, которая рассчитывается путем умножения среднемесячной заработной платы на количество вакантных должностей. В Кыргызской Республике, как и в других бывших советских республиках, у руководителей медучреждений имеется возможность перераспределения рабочей нагрузки и заработной платы, относящейся к образуемым вакансиям, для финансирования расходов на других работников здравоохранения, в размере до 1,7 эквивалента полной занятости (ЭПЗ) на каждого человека.

62. Практика перераспределения средств, сэкономленных в результате образования вакансий, для финансирования расходов на прочий персонал, поднимает ряд вопросов. Общая экономия от образования вакансий, перераспределяемая в настоящее время для финансирования расходов на прочий персонал, составляет 76,08 млн. сомов в месяц или 913 млн. сомов в год, что составляет около 10% всех государственных расходов на здравоохранение. В этой связи возник ряд вопросов:

- В то время как методы оплаты поставщиков, основанные на принципе подушевого финансирования для первичного звена и оплаты за пролеченный случай для больниц, позволяют руководителям учреждений здравоохранения перераспределять средства, сэкономленные в результате образования вакансий, для использования в других целях (например, приобретения лекарственных препаратов и медицинских материалов), оказывается, что

подавляющее большинство сэкономленных средств перераспределяется для финансирования расходов на прочий персонал. Было сочтено, что принудительные действия Счетной палаты, направленные на упразднение должностей, когда медицинские учреждения используют средства из бюджета заработной платы в других целях, привели к усилению традиционного перераспределения экономии на заработной плате для финансирования расходов на прочий персонал.

- Соотношение между дополнительной заработной платой и рабочей нагрузкой является лишь условным. Поэтому человек, получающий 1,5 ЭПЗ, может работать такое же количество часов, как и при 1 ЭПЗ. Кроме того, процесс распределения заработной платы от вакантных должностей для отдельных лиц зачастую является непрозрачным, и осуществляется по усмотрению руководителей медучреждений.

Таблица 14. Имеющиеся вакансии по медучреждениям и видам должностей, 2012 г.
(штатные должности)

	Центры семейной медицины	Группы семейных врачей	Центры общей практики	Стоматоло- гические клиники	Больницы общего профиля	Специали- зированные больницы	Детские больницы	Неотложная медицинская помощь	Всего
<i>Врач</i>									
Штатная должность	3 784	71	888	564	4 168	658	443	46	10 621
Индивидуальные/физические лица	2 545	54	581	535	3 122	464	367	24	7 692
Вакантные должности (в %)	33	24	35	5	25	29	17	47	28
Средняя заработная плата (сомов)	9 387	9 785	10 703	8 102	10 365	10 365	10 365	9 868	
Потенциальная экономия (млн. сомов)	11,63	0,16	3,29	0,24	10,84	2,01	0,79	0,21	29
<i>Медсестры</i>									
Штатная должность	8 350	148	2 556	445	9 809	1 609	905	76	23 897
Индивидуальные	7 770	145	2 461	416	8 847	1 120	768	55	21 582
Вакантные должности (в %)	7	2	4	6	10	30	15	27	10
Средняя заработная плата (сомов)	8 293	8 858	9 540	6 542	9 509	9 509	9 509	8 823	
Потенциальная экономия (млн. сомов)	4,81	0,02	0,91	0,19	9,15	4,65	1,30	0,18	21
<i>Младший медперсонал</i>									
Штатная должность	1 806	38	1 116	200	6 537	1 290	625	27	11 639
Индивидуальные/физические лица	1 731	33	1 051	136	5 189	888	497	16	9 541
Вакантные должности (в %)	4	12	6	32	21	31	21	41	18
Средняя заработная плата (сомов)	4 539	4 548	5 509	4 481	5 793	5 793	5 793	5 208	
Потенциальная экономия (млн. сомов)	0,34	0,02	0,36	0,29	7,81	2,33	0,74	0,06	12
<i>Прочий персонал</i>									
Штатная должность	2 607	67	1 050	259	3 719	1 215	328	86	9 330
Индивидуальные/физические лица	2 128	69	844	222	2 768	860	215	52	7 158
Вакантные должности (в %)	18	-3	20	14	26	29	35	39	23
Средняя заработная плата (сомов)	6 096	6 772	6 380	5 593	6 429	6 429	6 429	6 304	
Потенциальная экономия (млн. сомов)	2,92	(0,01)	1,31	0,21	6,11	2,28	0,73	0,21	14
Всего Потенциальная экономия (млн. сомов)	19,70	0,20	5,87	0,92	33,91	11,27	3,56	0,66	76,08

Источник: ФОМС.

63. Ресурсы, имеющиеся для финансирования вакансий, можно было бы использовать более эффективно, однако для разработки альтернативы необходим дополнительный анализ. Очевидно, что текущее использование

ресурсов представляет собой упущенную возможность, поскольку руководители медучреждений не используют гибкость системы Единого плательщика для достижения пропорционально эффективного сочетания ресурсов, а, большей частью, перераспределяют сэкономленные средства от образования вакансий для прочего персонала без четких дополнительных результатов. Обсуждался ряд конкретных механизмов, необходимых для исправления ситуации. Одним из таких механизмов является пересмотр штатных норм для обеспечения большего соответствия существующему штату. Кроме того, необходимо обеспечить обучение – в частности, для Счетной палаты, а также для руководителей медучреждений – с целью углубления понимания гибкости, которую обеспечивает система Единого плательщика.

Повышение эффективности закупок лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения

64. Государственные закупки лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения для стационаров в настоящее время децентрализованы. Лекарственные препараты закупаются стационарами напрямую у региональных оптовых поставщиков. В 2011 году ФОМС провел детальное исследование по оценке цен на лекарственные препараты и товары медицинского назначения по стране¹³. Им были отобраны 65 организаций здравоохранения, в которых были изучены цены на 33 товара из “Перечня жизненно важных лекарственных средств, вакцин и изделий медицинского назначения Кыргызской Республики”. Результаты исследования дают основание полагать, что в медучреждениях, находящихся в некоторых из наиболее отдаленных сельских районов, цены относятся к числу наиболее высоких, в то время как в медучреждениях, расположенных в областных центрах или столице, часто устанавливаются более низкие цены. Например, цены на магния сульфат варьируют от 15,3 сома в Национальной больнице в Бишкеке до 93,5 сома в Таласской областной больнице¹⁴. Цена на другой жизненно важный препарат, окситоцин, в Суусарском центре общей практики, расположенном в отдаленном районе на юге Кыргызской Республики, была в 3,6 раза выше, чем в Иссык-Кульской областной больнице. Закупочная цена на стерильные перчатки в бишкекских медучреждениях составляла 6,2 сома, в отличие от 25 сомов в Джалал-Абаде. На Рисунке 16 показаны текущие цены на ампициллин и пенициллин в ряде медучреждений, причем красными линиями показана средняя цена на эти лекарственные препараты в целом по стране. Далее, регулятор обеспечения лекарственными средствами в Кыргызской Республике, Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при Минздраве КР, обладает ограниченным потенциалом и ограниченными возможностями применения, в результате чего Кыргызская Республика является страной высокого риска из-за распространения не соответствующих установленным нормам и поддельных медикаментов.

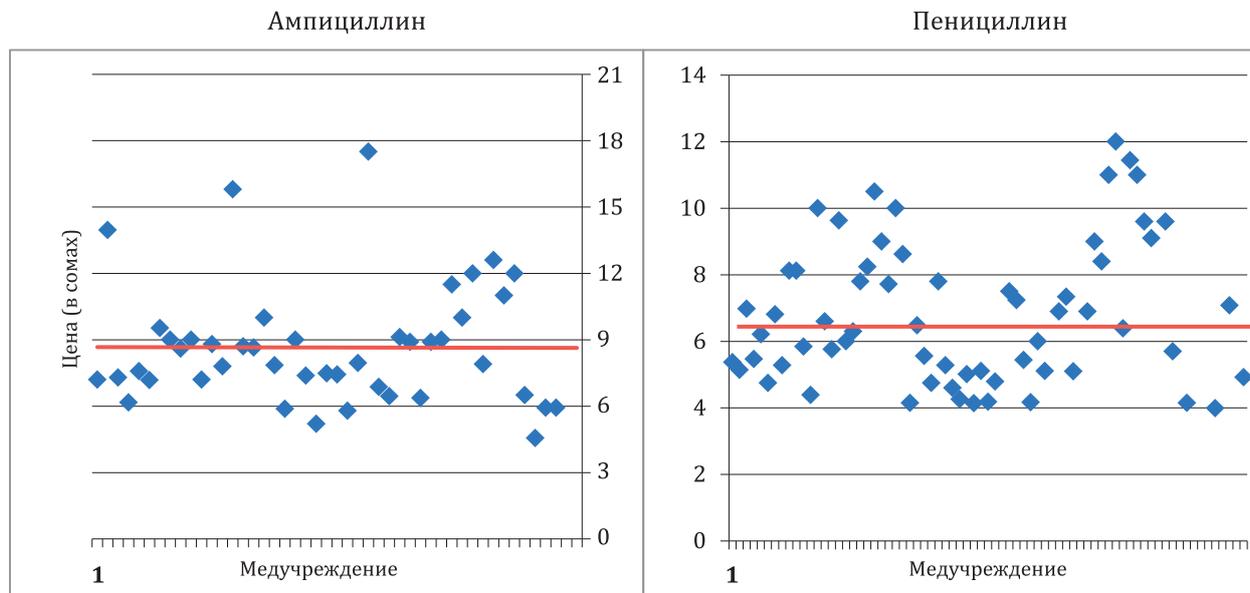
65. Правительство КР приняло постановление в 2012 году о проведении ФОМСом централизованных закупок лекарственных средств. Централизованные закупки могут, потенциально, вести к более низким ценам и обеспечить лучшее качество лекарств. Однако наличие потенциала ФОМС по проведению закупок не было верифицировано. В дополнение, централизованные закупки вероятнее всего могут создать новый набор проблем связанный с трудностями управления лекарственными запасами, их распределения и обеспечения холодной цепи в целом. Было принято

¹³ База данных ФОМС, 2012 год. Данные получены по следующей ссылке:
http://foms.go.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=350

¹⁴ Там же.

решение приступить к осуществлению, под началом Минздрава КР на республиканском уровне, объединенных закупок ограниченного количества наименований лекарств в больших объемах. С целью решения проблем, связанных с колоссальным разбросом цен, наблюдаемым в существующей системе децентрализованных закупок, а также в ознакомлении медучреждений и поставщиков с концепцией заключения Рамочных соглашений/контрактов (Seiter, 2014).

Рисунок 16. Изменение удельных цен на лекарственные препараты, Кыргызская Республика, 2012 г. (в кыргызских сомах)



Источник: База данных ФОМС, 2012 г.

66. Использование Рамочных соглашений/контрактов могло бы привести к повышению эффективности, лучшим ценам и наличию качественных лекарственных препаратов, а также позволило бы сохранить гибкость существующей системы. Партнеры по развитию и Минздрав КР и ФОМС обсуждали возможность внедрения в Кыргызской Республике Рамочных соглашений/контрактов для закупки лекарственных препаратов для больниц. Под “Рамочными соглашениями/контрактами” понимаются соглашения/контракты, которые не создают для закупающей организации обязательство приобретать определенное количество товара. Контракты/соглашения представляют собой декларирование намерения приобрести конкретные товары от имени группы покупателей, с не имеющей обязательной силы оценкой совокупного объема спроса на закупаемый товар. Поставщики предлагают товары по определенной цене в пределах диапазона определенных цен, основанных исходя из объема индивидуального заказа, условий оплаты, назначения и прочих параметров. (см. Seiter, 2014).

67. В то время как совершенствование закупок лекарственных средств является краткосрочной целью, более важным направлением реформ в более долгосрочной перспективе является совершенствование системы регулирования лекарственных средств. По оценкам, на полную реализацию Рамочных соглашений/контрактов может потребоваться от 3 до 5 лет, а также, по меньшей мере, 2 или 3 закупочных цикла для достижения полного потенциала в плане улучшения экономии затрат и качества. Решающая для успеха реформы в сфере закупок роль принадлежит сильному, независимому и заслуживающему доверия регулирующему органу. К важным аспектам эффективной лекарственной политики

относятся: (i) поддержка потенциала в части обеспечения гарантий качества и оптимизации регистрации продукции в Департаменте лекарственного обеспечения и медицинской техники при Минздраве КР; (ii) проведение информационной кампании по улучшению рационального назначения и использования лекарственных препаратов (например, чрезмерное использование антибиотиков); (iii) разработка сводки правил маркетинга и механизмов мониторинга и применения; и (iv) разработка методологии мониторинга цен на частных рынках. Для обеспечения доступа к новым фармацевтическим продуктам в странах с низким уровнем доходов, регулирующие органы часто полагались на одобрение, которое дают строгие регуляторные органы в развитых странах (например, Управление по продовольствию и лекарствам (FDA) Соединенных Штатов Америки, Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA), SwissMedic). Кыргызская Республика могла бы принять подобную практику и улучшить доступ к новым фармацевтическим продуктам.

8. Заключение: Дальнейшие действия

68. Анализ, представленный в данной аналитической справке, дает основание полагать, что необходим ряд реформ для улучшения показателей здоровья и обеспечения финансовой устойчивости сектора здравоохранения. После обретения независимости страна провела коренные реформы в своей системе здравоохранения. ПГГ и дополнительная программа ОМС оказались эффективными инструментами, продемонстрировавшими хорошие результаты в плане улучшения показателей здоровья, доступности к услугам здравоохранения и обеспечения финансовой защиты населения. Однако растущая тенденция неинфекционных и хронических заболеваний, наряду с дефицитом финансирования/финансового разрыва ПГГ, представляют собой наиболее серьезные проблемы для системы здравоохранения. Стране необходимо принять важные решения для обеспечения финансовой устойчивости и повышения эффективности государственных расходов на здравоохранение. С одной стороны, у страны имеется возможность улучшения результатов мероприятий по здравоохранению, улучшения эффективности лечения и профилактики приоритетных заболеваний (таких как ССЗ) и внедрения новых технологий (таких как дневной хирургический стационар и лапароскопическая хирургия). Однако, с другой стороны, существующий разрыв финансирования ПГГ и перспективы консолидации бюджета требуют срочного проведения реформ, нацеленных на обеспечение экономии и более эффективного использования государственных средств. Некоторой краткосрочной экономии можно добиться в результате самофинансирования услуг, не включенных в ПГГ – таких как стоматологические и курортологические услуги. Гармонизация правил, регулирующих использование различных источников финансирования, и возможность перераспределения средств, сэкономленных в результате образования вакансий, для использования в других целях, могли бы способствовать повышению гибкости и эффективности распределения ресурсов в секторе здравоохранения. Наконец, важные возможности для маневра бюджетными средствами могут быть созданы в результате реформирования системы освобождений от сооплаты, предоставляемых ПГГ (за счет повышения адресности и сосредоточения на малоимущих и консолидации льгот), и совершенствования системы закупок лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения для больниц.

Приложение 1. Категории граждан, имеющих право на бесплатное медико-санитарное лечение

Социальные категории

1. Участники Великой Отечественной войны.
2. Инвалиды Великой Отечественной войны и участники баткенских событий.
3. Граждане, пострадавшие в ходе боевых действий в борьбе с международным терроризмом и ставшие инвалидами.
4. Граждане, награжденные орденами и медалями СССР за самоотверженный труд и безупречную воинскую службу в тылу в годы Великой Отечественной войны.
5. Бывшие узники концлагерей.
6. Блокадники города Ленинград.
7. Ветераны труда в возрасте старше 70 лет.
8. Лица, награжденные орденом «Баатыр эне» и орденом «Мать-героиня».
9. Граждане, подвергшиеся в годы Великой Отечественной войны незаконной насильственной мобилизации в рабочие колонны (трудармию) и впоследствии реабилитированные.
10. Герои Советского Союза и лица, награжденные орденом Славы 3-х степеней.
11. Герои Социалистического Труда.
12. Граждане, удостоенные высшей степени отличия «Кыргыз Республикасынын Баатыры», награжденные орденом «Манас» I степени.
13. Участники боевых действий на территории других государств.
14. Граждане, пострадавшие вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (лица, страдающие заболеваниями, вызванными последствиями радиационных аварий; лица, принимавшие в 1986-1987 годах участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, а также инвалиды, в отношении которых установлена причинная связь наступившей инвалидности с чернобыльской катастрофой; лица, принимавшие в 1988-1989 годах участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС; семьи погибших при ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и умерших вследствие заболеваний, вызванных последствиями аварии на Чернобыльской АЭС; лица, эвакуированные (выехавшие в добровольном порядке) в 1986 году в Кыргызскую Республику из зоны отчуждения или переселенные, а также выехавшие в добровольном порядке из зоны отселения в 1986 году и в последующие годы; лица, выехавшие в добровольном порядке в Кыргызскую Республику из зоны проживания с правом на отселение после аварии на Чернобыльской АЭС; военнослужащие и лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, проходившие службу в зоне отселения, зоне проживания с правом на отселение; дети и подростки в возрасте до 18 лет, эвакуированные и переселенные в Кыргызскую Республику из зон отчуждения, отселения и проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились во внутриутробном состоянии, а также дети первого и последующих поколений граждан, указанных выше).

Обзор государственных расходов

15. Лица с ограниченными возможностями здоровья, получившие ранения и увечья при исполнении обязанностей воинской службы.
16. Членам семей погибших и пропавших без вести (родители (отец, мать) по достижении пенсионного возраста, в случае, если погибший был единственным ребенком; дети до достижения ими возраста восемнадцати лет), а также лицам, получившим тяжкий, менее тяжкий и легкий вред здоровью, подтвержденный соответствующим заключением судебно-медицинской экспертизы, а также лица, признанные лицами с ограниченными возможностями здоровья вследствие травм, полученных в событиях 6 апреля 2010 года в Таласской области, 7 апреля 2010 года – в городах Бишкек и Нарын, 13, 14, 19 мая 2010 года – в Джалал-Абадской области и в июньских событиях 2010 года – в городе Ош, Ошской и Джалал-Абадской областях.
17. Лица с ограниченными возможностями здоровья I и II группы вследствие трудового увечья, профессионального или общего заболевания.
18. Лица с ограниченными возможностями здоровья по зрению и слуху.
19. Лица с ограниченными возможностями здоровья с детства.
20. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 18 лет.
21. Дети в возрасте до 5 лет.
22. Дети-сироты, проживающие в государственных детских домах, семейных детских домах (приемных семьях), домах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
23. Граждане, проживающие в домах-интернатах для престарелых и инвалидов.
24. Граждане, подлежащие призыву на действительную воинскую службу, направленные военно-врачебными комиссиями на медицинское обследование на амбулаторном уровне или лечение в условиях стационара.
25. Военнослужащие срочной службы в случаях невозможности оказания квалифицированной медицинской помощи в ведомственных организациях здравоохранения, в период прохождения военной службы.
26. Лица, живущие с ВИЧ/СПИД.
27. Дети в возрасте до 16 лет из многодетных малообеспеченных семей, имеющих 4-х и более несовершеннолетних детей (учащиеся образовательных организаций – до окончания ими обучения, но не более чем до достижения ими возраста 18 лет), при предъявлении справки органов социального развития.
28. Пенсионеры в возрасте 70 лет и старше.

По состоянию здоровья

1. Женщины, вставшие на учет по поводу беременности.
2. Женщины с патологией беременности при стационарном лечении (по основному диагнозу).
3. Женщины, поступающие по поводу прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям.
4. Женщины, поступающие на роды.

5. Женщины с послеродовыми осложнениями в течение 10 недель после родов.
6. Больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (первые 2 месяца).
7. Больные туберкулезом.
8. Больные бронхиальной астмой.
9. Онкологические больные в терминальной стадии.
10. Больные с врожденным сифилисом; больные сифилисом в возрасте до 18 лет.
11. Больные психическими заболеваниями (параноидная шизофрения, хронические бредовые расстройства, аффективные расстройства различного генеза).
12. Больные эпилепсией.
13. Больные сахарным диабетом.
14. Больные несахарным диабетом.
15. Больные с осложнениями после вакцинации.
16. Контактные лица и больные заболеваниями, вызванными особо опасными и карантинными инфекциями (брюшной тиф, паратиф, сибирская язва).
17. Больные бешенством и лица, имевшие контакт с больным и возможность заражения бешенством.
18. Больные менингококковым менингитом.
19. Больные дифтерией.
20. Больные гемофилией.
21. Лица, находящиеся под предварительным следствием, а также лица, отбывающие наказание, при возникновении неотложного состояния, угрожающего жизни пациента, в случае невозможности оказания медицинской помощи в медицинских службах пенитенциарной системы.

Приложение 2. Сравнение результатов реализации мер по здравоохранению

Страна	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2011 г.
<i>Роды, принятые квалифицированным медицинским персоналом (в процентах от общего числа)</i>					
Армения	99,7	93,1	96,8	97,8	99,5
Азербайджан	97,3	99,7	84,1	88	
Грузия	96,6		95,7	98,3	99,9
Казахстан	99	99,6	98,3	99,4	99,8
Кыргызская Республика	98,9	98	98,6	97,9	98,5
Таджикистан	91,95	80,9	71,1	83,4	83
Туркменистан	95,8	97,2	99,7	99,5	
Узбекистан		97,5	95,6		99,9
Российская Федерация	99,2	99,1	99,2	99,4	99,7
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	98,6		92,4		97,6
Страны с низким и средним уровнем доходов			59,0		65,2
Страны с доходами ниже среднего уровня			47,9		56,8
Страны с низким уровнем доходов		33,0	40,1	47,3	
<i>Иммунизация, АКДС (процент детей в возрасте 12-23 месяцев)</i>					
Армения	85	98	93	90	95
Азербайджан	58	74	75	72	74
Грузия	58	79	80	84	94
Казахстан	81	93	97	98	99
Кыргызская Республика	84	93	99	98	96
Таджикистан	72	80	83	84	96
Туркменистан	84	93	97	99	97
Узбекистан	90	87	99	99	99
Российская Федерация	72	78	96	98	97
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)		82	93	95	92
Страны с низким и средним уровнем доходов	75	71	72	77	81
Страны с доходами ниже среднего уровня	69	69	66	71	73
Страны с низким уровнем доходов	58,86	58,15	59,44	71,32	79,18
<i>Заболееваемость туберкулезом (на 100 000 человек)</i>					
Армения	17	39	61	77	55
Азербайджан	305	636	682	334	113
Грузия	280	263	256	175	125
Казахстан	79	318	351	235	129
Кыргызская Республика	92	168	249	208	128
Таджикистан	70	148	220	200	193
Туркменистан	101	150	213	172	74
Узбекистан	125	199	286	233	101
Российская Федерация	47	96	127	135	97
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	63	114	141	123	80
Страны с низким и средним уровнем доходов	173	174	175	167	146
Страны с доходами ниже среднего уровня	198	201	203	195	169

Страна	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2011 г.
Страны с низким уровнем доходов	285	303	308	286	252
<i>Заболееваемость ВИЧ, всего (процент населения в возрасте 15-49)</i>					
Армения	0,10	0,10	0,20	0,20	0,20
Азербайджан	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Грузия	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20
Казахстан	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20
Кыргызская Республика	0,10	0,10	0,10	0,10	0,40
Таджикистан	0,10	0,10	0,20	0,20	0,30
Туркменистан					
Узбекистан					
Российская Федерация					
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	0,08	0,08	0,26	0,55	0,58
Страны с низким и средним уровнем доходов	0,35	0,67	0,90	0,88	0,87
Страны с доходами ниже среднего уровня	0,23	0,48	0,72	0,66	0,68
Страны с низким уровнем доходов	2,00	3,20	3,28	2,74	2,38
<i>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)</i>					
Армения	70,75	72,15	74,37	76,32	77,19
Азербайджан	69,10	68,85	69,88	71,81	73,64
Грузия	74,18	74,41	75,26	76,23	76,90
Казахстан	73,10	70,40	71,10	71,80	73,79
Кыргызская Республика	72,60	70,40	72,40	71,90	73,70
Таджикистан	66,08	66,30	67,73	69,27	70,84
Туркменистан	66,43	67,03	67,86	68,56	69,22
Узбекистан	69,95	69,59	70,21	70,47	71,47
Российская Федерация	74,26	72,52	72,00	72,40	75,10
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	72,50	71,67	72,44	73,30	75,32
Страны с низким и средним уровнем доходов	64,91	65,84	66,94	68,18	69,91
Страны с доходами ниже среднего уровня	60,82	62,26	63,91	65,61	67,66
Страны с низким уровнем доходов	53,87	54,53	55,68	57,71	60,45
<i>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)</i>					
Армения	64,91	65,26	67,77	69,65	70,80
Азербайджан	60,60	60,51	63,79	66,17	67,81
Грузия	66,50	66,76	68,05	69,12	69,92
Казахстан	63,80	59,70	60,20	60,30	64,23
Кыргызская Республика	64,20	61,40	64,90	64,20	65,70
Таджикистан	59,79	58,64	59,97	62,12	64,39
Туркменистан	59,07	59,22	60,12	60,51	60,97
Узбекистан	63,57	63,20	63,85	64,13	65,22
Российская Федерация	63,80	58,27	59,00	58,87	63,20
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	63,92	61,33	62,97	63,65	66,62
Страны с низким и средним уровнем доходов	61,41	62,20	63,30	64,44	66,07
Страны с доходами ниже среднего уровня	58,47	59,57	60,98	62,35	64,15
Страны с низким уровнем доходов	51,70	52,40	53,75	55,78	58,08
<i>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, всего (лет)</i>					
Армения	67,76	68,62	70,99	72,90	73,92
Азербайджан	64,75	64,58	66,76	68,92	70,65
Грузия	70,25	70,49	71,56	72,59	73,33
Казахстан	68,34	64,92	65,52	65,91	68,89

Обзор государственных расходов

Страна	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2011 г.
Кыргызская Республика	68,30	65,79	68,56	67,96	69,60
Таджикистан	62,86	62,37	63,76	65,61	67,54
Туркменистан	62,66	63,03	63,90	64,44	65,00
Узбекистан	66,68	66,32	66,95	67,22	68,27
Российская Федерация	68,90	65,22	65,34	65,47	69,00
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	68,08	66,33	67,55	68,30	70,81
Страны с низким и средним уровнем доходов	63,09	63,94	65,05	66,24	67,93
Страны с доходами ниже среднего уровня	59,60	60,87	62,39	63,93	65,85
Страны с низким уровнем доходов	52,74	53,42	54,68	56,71	59,23

Показатель материнской смертности (смоделированная оценка, на 100 000 живорождений)

Армения	46	47	38	34	30
Азербайджан	56	81	65	52	43
Грузия	63	75	58	61	67
Казахстан	92	90	70	50	51
Кыргызская Республика	73	98	82	77	71
Таджикистан	94	160	120	79	65
Туркменистан	82	94	91	76	67
Узбекистан	59	36	33	32	28
Российская Федерация	74	72	57	37	34
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	70	61	49	36	32
Страны с низким и средним уровнем доходов	440	400	350	290	230
Страны с доходами ниже среднего уровня	560	470	410	330	260
Страны с низким уровнем доходов	810	740	630	530	410

Показатель материнской смертности (национальная оценка, на 100 000 живорождений)

Армения				16	9
Азербайджан					24,3
Грузия				23,4	19,4
Казахстан					17,4
Кыргызская Республика				63,5	
Таджикистан				97	45
Туркменистан				11,6	
Узбекистан					21,4
Российская Федерация	47,41	53,31	39,71	25,39	16,5
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)					
Страны с низким и средним уровнем доходов					
Страны с доходами ниже среднего уровня					
Страны с низким уровнем доходов					

Уровень смертности среди взрослых женщины (на 1 000 взрослых женщин)

Армения		110,33	97,94	84,64	77,86
Азербайджан	95,77	114,78	118,38	103,31	68,36
Грузия	90,11	81,57	76,48	70,76	66,09
Казахстан	136,00	177,71	170,97	159,18	144,60
Кыргызская Республика	142,90	149,42	149,41	143,02	130,25
Таджикистан		148,23	147,26	139,38	125,36
Туркменистан	171,95	171,47	165,95	157,83	
Узбекистан	109,21	143,53	143,41	141,71	138,48
Российская Федерация	116,20	168,92	158,48	173,33	137,19

Страна	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2011 г.
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	114,64		137,16	138,19	114,26
Страны с низким и средним уровнем доходов			174,41	164,65	149,75
Страны с доходами ниже среднего уровня			203,96	189,22	169,67
Страны с низким уровнем доходов		303,76	301,81	285,17	255,05
<i>Уровень смертности среди взрослых, мужчины (на 1 000 взрослых мужчин)</i>					
Армения		219,65	200,18	175,89	159,86
Азербайджан	216,23	241,88	221,13	197,49	177,87
Грузия	195,35	210,10	197,21	184,24	175,47
Казахстан	306,00	420,92	410,55	389,34	360,75
Кыргызская Республика	290,57	298,55	298,53	300,54	304,58
Таджикистан		268,10	266,20	247,08	220,63
Туркменистан	313,00	313,03	310,88	301,59	
Узбекистан	207,48	249,31	249,16	246,84	242,40
Российская Федерация	316,08	465,81	442,95	466,79	367,07
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	288,48		333,93	333,67	268,85
Страны с низким и средним уровнем доходов			244,98	234,34	210,53
Страны с доходами ниже среднего уровня			270,86	258,96	240,12
Страны с низким уровнем доходов		346,57	340,07	320,47	291,91
<i>Уровень младенческой смертности (на 1 000 живорождений)</i>					
Армения	40,40	33,00	26,30	20,60	15,60
Азербайджан	75,40	68,20	56,70	47,90	38,50
Грузия	40,20	34,70	28,60	23,40	18,30
Казахстан	48,00	43,10	36,50	30,80	25,00
Кыргызская Республика	57,90	48,40	40,60	33,60	27,00
Таджикистан	89,10	87,10	75,50	64,20	52,80
Туркменистан	75,20	66,40	58,70	51,90	44,60
Узбекистан	61,60	55,80	51,00	46,60	41,50
Российская Федерация	23,00	21,20	17,80	13,70	9,80
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	39,50	37,60	28,50	22,90	17,50
Страны с низким и средним уровнем доходов	65,80	63,10	55,20	48,30	40,40
Страны с доходами ниже среднего уровня	75,70	69,10	62,00	53,60	46,00
Страны с низким уровнем доходов	102,80	95,20	84,80	74,20	62,80
<i>Уровень детской смертности, дети в возрасте до 5 лет (на 1 000 живорождений)</i>					
Армения	47,20	37,90	29,80	23,20	17,50
Азербайджан	94,50	84,40	68,60	56,80	44,70
Грузия	46,90	40,00	32,60	26,40	20,50
Казахстан	57,00	50,60	42,30	35,20	28,30
Кыргызская Республика	70,30	57,50	47,40	38,70	30,60
Таджикистан	114,30	111,40	94,70	78,90	63,30
Туркменистан	94,30	82,00	71,40	62,20	52,50
Узбекистан	75,30	67,40	61,00	55,10	48,60
Российская Федерация	27,30	25,20	21,30	16,50	11,90
Европа и Центральная Азия (только развивающиеся страны)	47,70	45,00	34,60	27,60	20,90
Страны с низким и средним уровнем доходов	95,00	90,20	79,20	68,50	56,30
Страны с доходами ниже среднего уровня	109,70	99,20	87,80	74,80	62,40
Страны с низким уровнем доходов	163,80	151,80	133,10	114,80	94,90

Источник: Индикаторы мирового развития, апрель 2013 г.

Приложение 3. Сравнительные показатели смертности от ССЗ

Рисунок А3-1. Смертность от ишемической болезни сердца, представители всех возрастов на 100 000 человек

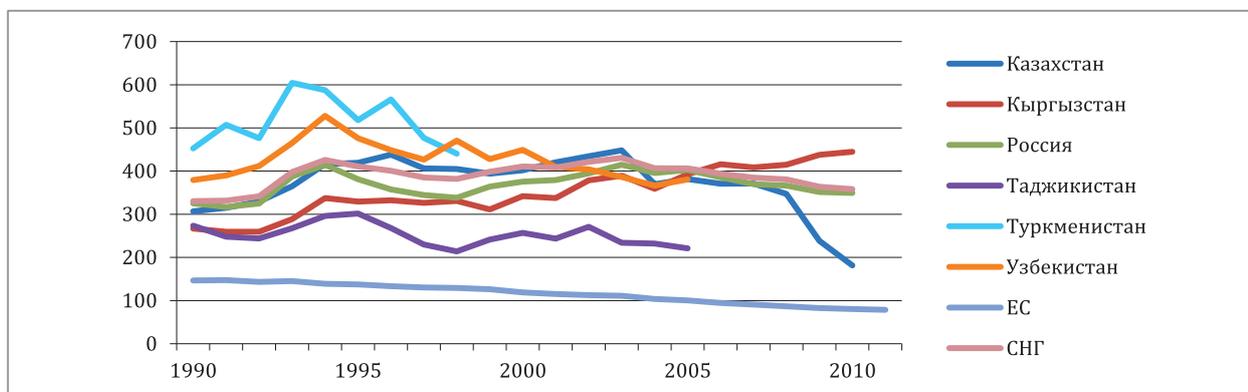


Рисунок А3-2. Смертность от заболеваний системы кровообращения, представители всех возрастов на 100 000 человек

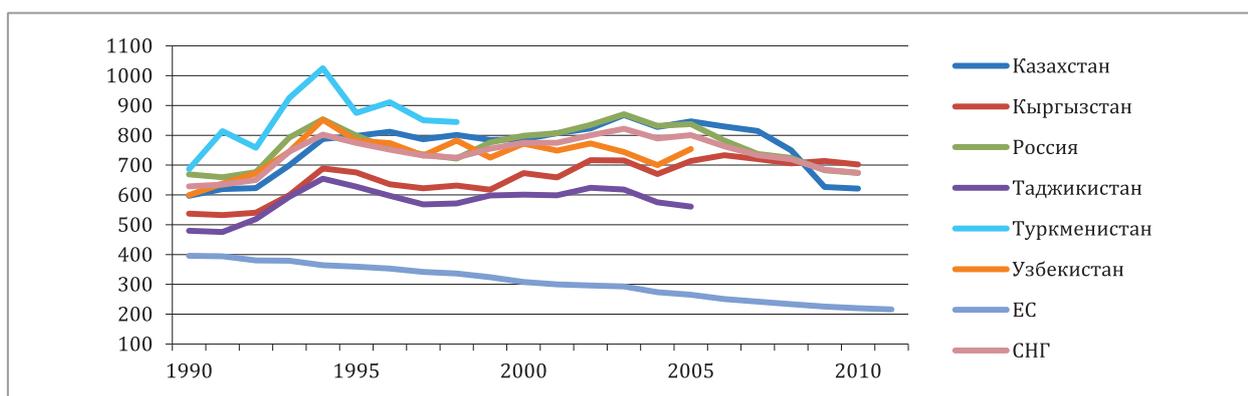
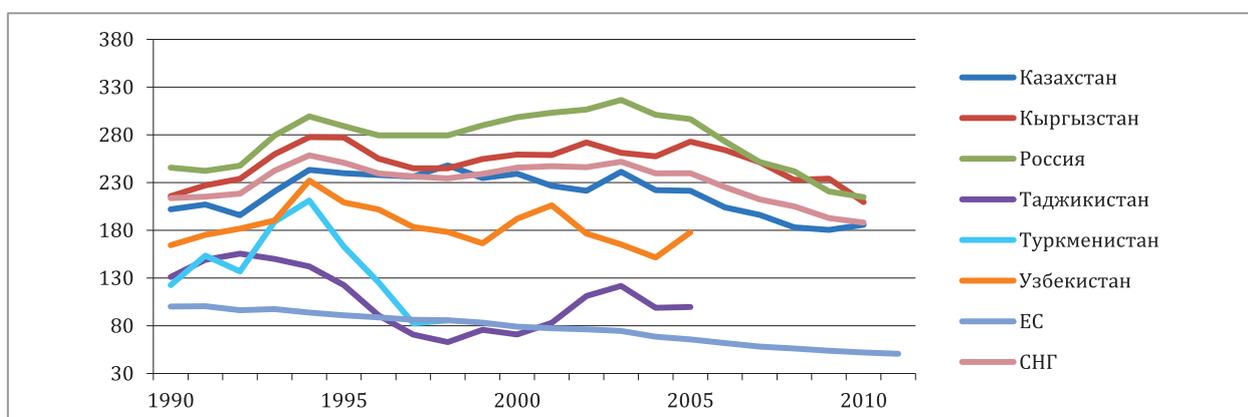


Рисунок А3-3. Смертность от cerebrovascular заболеваний, представители всех возрастов на 100 000 человек



Источник: ВОЗ/Европа, Европейская база данных "здоровье для всех", январь 2013 г.

Приложение 4. Формула предварительного расчета КМОН

Таблица А4-1. Переменные и коэффициенты, используемые для городских и сельских уравнений в формуле предварительного расчета КМОН

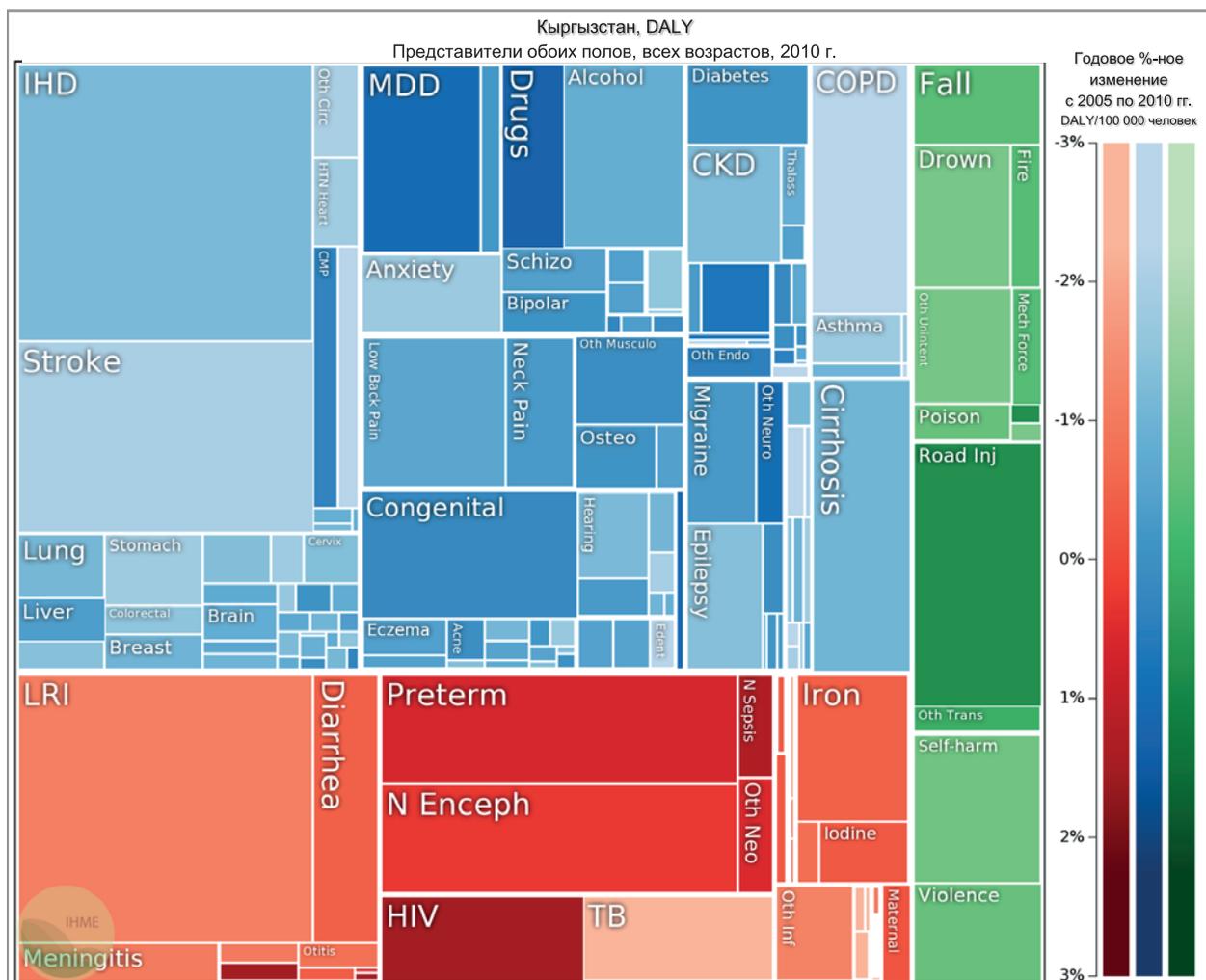
Сельское уравнение			Городское уравнение		
Описание	Коэффициент	T-статистика	Описание	Коэффициент	T-статистика
Холодильник (однокамерный или двух-трехкамерный)	0,088	2,704	Размер домохозяйства	-0,082	-8,317
В домохозяйстве есть автомобиль, грузовик, микроавтобус или мотоцикл	0,214	4,307	hhh_образование=неполное высшее	-0,038	-0,415
Количество жилых комнат на человека	0,285	8,501	hhh_образование=среднее профессиональное	-0,117	-4,233
Количество человек в доме в возрасте до 11 лет	-0,122	-3,513	hhh_образование=общее профессиональное (полное)	-0,169	-5,928
Квадрат количества человек в доме в возрасте до 11 лет	0,002	0,193	hhh_образование= общее профессиональное (неполное)	-0,186	-3,405
область=Джалал-Абадская область	0,095	2,148	hhh_образование=начальное	-0,171	-2,421
область=Нарынская область	0,086	1,521	hhh_образование=без начального	-0,155	-2,364
область=Баткенская область	0,12	2,217	hhh_образование=неграмотный(ая)	-0,258	-4,814
область=Ошская область	0,091	1,563	hhh_образование=начальное проф-техническое (с общим средним)	-0,043	-1,103
область=город Ош	0,23	4,659	hhh_образование= начальное проф-техническое (без общего среднего)	-0,085	-1,197
область=Чуйская область	0,305	5,96	В домохозяйстве есть печь или камин для приготовления пищи	-0,06	-2,281
тип_жилья= квартира или комната в общежитии	0,089	0,535	Холодильник (однокамерный или двух-трехкамерный)	0,109	4,131
тип_жилья=отдельный дом	-0,163	-1,322	В домохозяйстве есть автомобиль, грузовик, микроавтобус или мотоцикл	0,188	6,78
тип_жилья=часть дома	-0,184	-1,448	Количество жилых комнат на человека	0,137	6,415
тип_жилья=общежитие	-0,211	-1,62	В домохозяйстве есть газовое отопление	-0,047	-1,224
тип_жилья=временка или пристройка (временное арендуемое жилище)	-0,22	-1,672	социальный_статус=безработный	-0,078	-1,608
тип_жилья=прочие нежилые помещения, используемые как жилье	-0,464	-3,48	социальный_статус=студент (приходящий)	0,6	2,241
тип_жилья=жилье барачного типа	-0,082	-0,609	социальный_статус=пенсионер по возрасту или выслуге лет, пенсионер-льготник	-0,114	-4,712
материал_кровли=кровельный шифер	0,149	0,781	социальный_статус=пенсионер-инвалид (I и II категории инвалидности)	-0,151	-2,781
материал_кровли=металлические, жестяные листы	0,124	0,631	социальный_статус=пенсионер-инвалид (III категория инвалидности)	-0,031	-0,489
материал_кровли=камыш, солома, тростник	0,108	0,528	социальный_статус=работа по дому и уход за детьми	-0,141	-2,953
материал_кровли=черепица	0,37	1,426	социальный_статус=другой	-0,078	-0,66

Обзор государственных расходов

материал_кровли=саманная или глинобитная кровля	0,024	0,114	Количество человек в доме в возрасте до 16 лет	-0,114	-4,934
материал_кровли=рубероид	0,37	1,83	Квадрат количества человек в доме в возрасте до 16 лет	0,026	4,227
Постоянная	9,669	56,106	материал_стен=бетонные плиты	0,036	0,733
N obs	1796		материал_стен=глинобитные или саманные стены	0,062	2,169
R-квадрат	0,431		материал_стен=дерево, бревна	-0,016	-0,31
			материал_стен=земля, глина	-0,058	-1,957
			материал_стен=шлакобетонные блоки	0,121	1,95
			материал_стен=прочие	-0,218	-3,456
			материал_кровли=кровельный шифер	0,057	1,167
			материал_кровли=металлические, жестяные листы	0,06	0,926
			материал_кровли=камыш, солома, тростник	0,149	2,095
			материал_кровли=черепица	-0,145	-1,618
			материал_кровли=глинобитные или саманные стены	0,197	1,034
			материал_кровли=рубероид	-0,287	-3,164
			материал_кровли=другое	0,214	1,002
			основной_источник_воды=колодец	-0,003	-0,045
			основной_источник_воды=артезианская скважина	-0,134	-2,256
			основной_источник_воды=частный насос	-0,035	-1,066
			основной_источник_воды=общественный (коммунальный) насос	-0,075	-2,078
			основной_источник_воды=водохранилище, река, озеро, пруд, арык	0,019	0,131
			основной_источник_воды=привозная вода (автоцистерна)	-0,263	-4,332
			основной_источник_воды=родник	0,192	2,124
			область=Джалал-Абадская область	0,074	2,367
			область=Нарынская область	0,11	2,535
			область=Баткенская область	0,183	4,468
			область=Ошская область	0,157	4,405
			область=город Ош	0,107	1,833
			область=Чуйская область	0,121	2,54
			область=город Бишкек	0,356	9,802
			Постоянная	10,367	144,188
			N obs	2594	
			R-квадрат	0,520	
Всего количество переменных	7		Всего количество переменных	13	

Источник: анализ ВОЗ данных КОДХ за 2010 год.

Приложение 5. Бремя болезней в Кыргызской Республике, оцениваемое по количеству утраченных лет жизни с поправкой на длительность инвалидизации (DALY)



Источник: Институт показателей и оценки здоровья, Вашингтонский университет, 2013 г.

Примечание: инфекционные заболевания, нарушения питания матери и новорожденных отмечены красным цветом; неинфекционные заболевания отмечены синим цветом; травмы – зеленым.

Список использованных источников

1. Б. Акказиева, Д. Чизом, Н. Акунов, М. Джакаб. (2009). *Воздействие на здоровье и затраты на проведение мероприятий по борьбе с сердечнососудистыми заболеваниями в Кыргызстане*. Отчет по вопросам исследования политики №60. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
2. Б. Акказиева, А. Темиров (2013 г. публикация предстоит). *Отчет о равенстве здравоохранения и обеспечении защищенности финансовых интересов потребителей*. Отчет по вопросам исследования политики №хх. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
3. Atun R. (2005). *Evaluating Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Primary Health Care*. Health Policy Analysis Center, Отчет по вопросам исследования политики №29, Bishkek.
4. Balabanova D, Mills A, Conteh L, et al. (2013). Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *The Lancet*, Published online April 8.
5. Beech R, Larkinson J. (1990). Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds. *The International Journal of Health Planning and Management*, 5:89–103
6. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, McKee M. (2007). *Day Surgery: making it happen*. Policy Brief. Copenhagen: WHO-EURO and European Observatory on Health Systems and Policies.
7. Э. Чечейбаев и др. (2008). Частный сектор здравоохранения в Кыргызской Республике. Центр развития системы здравоохранения, Отчет по вопросам исследования политики №53, Бишкек.
8. Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W. (2011). *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences*. In Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, (Eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Open University Press.
9. Demisova I, Kuznetsova P, Karteseva M, Balter E. (2013). *Investigation on the economics and health impacts of harmonization of tobacco excise of the Customs Union*. Center for Economic and Financial Research at the New Economic School: Moscow, mimeo.
10. Giuffrida A, Jakab M, Dale E. (2013). *Toward Universal Health Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefits Program of the Kyrgyz Republic*. UNICO Study Series No. 17. Washington, DC: World Bank.
11. Godinho J, Veen J, Cercone J, Pacheco J, Dara M. (2005). *Stopping Tuberculosis in Central Asia: Priorities for Action*. Working Papers No. 56. Washington, DC: World Bank.
12. А. Ибраимова, Б. Акказиева, А. Ибраимов и др. (2011). Кыргызстан: Обзор системы здравоохранения. *Системы здравоохранения в переходном периоде*, 13 (3):1–152.
13. М. Джакаб, Е. Лундин, Б. Акказиева. (2007). *Эффективность системы здравоохранения в борьбе с гипертензией в Кыргызстане*. Отчет по вопросам исследования политики №44. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения и ВОЗ.

14. Jakab M, Manjjeva E. (2008). *The Kyrgyz Republic: Good Practices in Expanding Health Care Coverage*. In *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-income Countries*, ed. P. Gottret, G. Scheiber, and H. Waters. Washington, DC: World Bank.
15. Jakab M. (2013, forthcoming). *Financial Protection and Access over a Decade of Health System Reform*. Health Financing Policy Paper Series. Barcelona: WHO-EURO.
16. Jamal S, Jakab M. (2013, forthcoming). *Who Benefits from the State Guaranteed Benefit Package in Kyrgyzstan?* Health Financing Policy Paper Series. Barcelona: WHO-EURO.
17. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60: 255–273.
18. Д. Куцин, А. Ибраимова, Н. Кадырова и др. (2002). *Инновации в распределении ресурсов, Объединение средств и осуществление закупок в системе здравоохранения Кыргызской Республики*. Отчет по вопросам исследования политики №21. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения и ВОЗ.
19. Kutzin J, Jakab M, Cashin C. (2010) Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Health Economics, Policy and Law*, 5(2):135-147.
20. И. Льюис, Д. Хорнебер, Р. Верлейн. (2012). *Оптимизация и Рационализация больничных услуг в Бишкеке и Оше*. Бишкек: Минздрав и KfW.
21. Э. Манжиева, У. Нарманбетов, Н. Кадырова, М. Джакаб (2007). *Анализ среднесрочной финансовой устойчивости пакета государственных гарантий*. Отчет по вопросам исследования политики №43. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения и ВОЗ.
22. Т. Мейманалиев. (2003). *Кыргызская модель системы здравоохранения*. Бишкек: “Учкун”.
23. Минздрав (Министерство здравоохранения). 2008 г. “Отчет о результатах промежуточного обзора стратегии реформирования сектора здравоохранения «Манас Таалими».” Министерство здравоохранения КР, Бишкек.
24. Минздрав-AGEG (2009). *Оптимизация, реструктуризация и рационализация больничных услуг в Бишкеке и Оше*. Бишкек: Минздрав и AGEN Consulting.
25. Г. Мурзалиева, А. Карипова, Р. Чолурова, А. Ибраимов. (2013). *Исследование материнской смертности в Кыргызской Республике*. Отчет по вопросам исследования политики №80. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
26. Г. Мурзалиева, Р. Чолурова, А. Зурдинова. (2010). *Ситуационный анализ целесообразности госпитализации детей в возрасте до пяти лет и беременных женщин*. Отчет по вопросам исследования политики №68. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
27. Rowland D, Telyukov AV. (1991). Soviet Health Care from Two Perspectives. *Health Affairs (Millwood)*, 10 (3): 71–86.
28. Sargaldakova A, et al. (2000). *Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan*. Copenhagen: WHO-EURO and European Observatory on Health Care Systems and Policies.
29. Seiter A. (2013). *Options for modifying public sector medicines procurement in Kyrgyzstan in the context of the current sector environment*. Mimeo, Washington, DC: World Bank.

30. Smith O., Son Nam N. (2013). *Getting Better: Improving Health System Results in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank.
31. Street A, Haycock J. (1999). The economic consequences of reorganizing hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan. *Health Economics*, 8(1):53-64.
32. Taheri PA, Butz DA, Greenfield LJ (2000). Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission. *J Am Coll Surg*, 191(2):123-30.
33. А. Темиров, Б. Акказиева. (2007). Доклад о национальных счетах здравоохранения в Кыргызстане: Обзор всех расходов на здравоохранение за 2006 г. Отчет по вопросам исследования политики №54. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения и ВОЗ.
34. А. Темирова, У. Нарманбетов, К. Дуйшеналиев и др. (2011). Национальные счета здравоохранения в Кыргызстане: Обзор всех расходов на здравоохранение за 2009 г. Отчет по вопросам исследования политики №71. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения и ВОЗ.
35. Tulchinsky TH, Varavikova EA. (1996). Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia. *Am J Public Health*, 86(3):313-320.
36. WHO (2011). *Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva: WHO.
37. Yurekli A. (2000). *Tool 4: Design and administer tobacco taxes*. In: Yurekli A, de Beyer J, editors. *World Bank economics of tobacco toolkit*. Washington, DC: World Bank.