



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Можно ли обеспечить устойчивость снижения неформальных платежей? Результаты из Кыргызстана: 2001-2013 гг.

Мелитта Якаб
Бактыгуль Акказиева
Джозеф Катцин

Документы по Политике
Финансирования Здравоохранения



Кыргызстан

Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения

Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения является центром передового опыта в области финансирования здравоохранения для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Мы работаем с государствами-членами Европейского регионального офиса ВОЗ в целях содействия научно обоснованных политических решений.

Ключевая часть нашей работы заключается в оценке страны и регионального прогресса на пути к достижению ВОУЗ путем мониторинга финансовой защиты - влияние наличных платежей из кармана на услуги здравоохранения на уровень жизни и бедность. Финансовая защита является ключевым аспектом деятельности системы здравоохранения и индикатором для Целей Устойчивого Развития.

Мы оказываем содействие странам в разработке политики, мониторинге прогресса и дизайне реформ посредством сочетания диагностики проблем системы здравоохранения, анализа вариантов политики для конкретных стран, диалога высокого уровня по вопросам политики и обмена международным опытом. Наш офис также является домом для учебных курсов ВОЗ по вопросам финансирования здравоохранения и укрепления систем здравоохранения для улучшения состояния здоровья.

Барселонский офис ВОЗ является частью Отдела систем здравоохранения и общественного здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ. Офис, основанный в 1999 году, поддерживается Правительством автономного сообщества Каталония, Испания.





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Можно ли обеспечить устойчивость снижения неформальных платежей? Результаты из Кыргызстана: 2001 - 2013 гг.

Мелитта Якаб
Бактыгуль Акказиева
Джозеф Катцин

Реферат

Ключевые слова

Кыргызстан продемонстрировал впечатляющие результаты в области снижения неформальных платежей в своей системе здравоохранения в период с 2001 по 2006 годы, особенно в отношении лекарственных средств, медицинских принадлежностей и питания. Для достижения этих результатов были внедрены реформы, направленные на снижение неэффективности в системе здравоохранения посредством укрепления первичной медико-санитарной помощи, реструктуризации сети стационаров и перенаправления сэкономленных средств на лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Реформы финансирования здравоохранения были разработаны для того, чтобы содействовать трансформации модели предоставления услуг внедряя систему единого плательщика с прогрессивной централизацией аккумулирования средств и внедряя механизмы оплаты поставщиков основанные на население и результаты (Катцин, 2004 г.). Эти выводы демонстрируют, что политика имеет большое значение, а правильная комбинация инструментов политики может внести вклад в снижение неформальных платежей. Однако наши результаты также показывают, что Кыргызстану не удалось обеспечить устойчивость этих достижений в более долгосрочной перспективе, и неформальные платежи снова начали расти после 2006 года, нейтрализовав предыдущие достижения. Данный «поворот вспять» был обусловлен в большой степени неформальными платежами сделанными медицинским работникам, несмотря на существенное повышение заработных плат в 2001 году, и, в меньшей степени, неформальными платежами за лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Смена ранее позитивных тенденций в неформальных платежах после 2006 года была обусловлена рядом факторов, включая чрезмерное расширение Пакета государственных гарантий, низкий уровень заработных плат и плохие условия работы медицинских работников, устаревшие механизмы закупок, стимулирующие госпитализации, отсутствие гибкости государственных финансов, сохраняющаяся неэффективность конфигурации предоставления услуг, неэффективность государственных закупок лекарственных средств и медицинских принадлежностей, и отсутствие мониторинга эффективности деятельности поставщиков. Стойкая природа неформальных платежей остается проблемой политики, поскольку они являются непредсказуемым финансовым бременем для пациентов и подрывают доверие к Пакету государственных гарантий. Не существует чудодейственного средства, которое позволило бы и далее продолжить снижение неформальных платежей в системе здравоохранения Кыргызстана. Однако, комплексный и многосторонний подход, который принимает во внимание вышеприведенные причины, имеет потенциал добиться успеха, при условии, что государственное финансирование останется на прежнем уровне.

Financing, Personal Health Expenditures Health Care Reform Universal Coverage Kyrgyzstan

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих

Оглавление

Список рисунков	vi
Список таблиц	vi
Слова признательности	vii
1. Введение	8
2. Методы	12
2.1 Источники данных	13
2.2 Определение выборки, размер выборки и доля ответивших	13
2.3 Комбинация административных данных и данных опросов	15
2.4 Инструмент проведения опроса	16
2.5 Индикаторы	18
2.6 Ограничения	18
3. Ключевые результаты исследования	20
3.1 Неформальные платежи медицинским работникам	21
3.2 Платежи пациентов за лекарственные препараты	24
3.3 Платежи пациентов за медицинские принадлежности	26
3.4 Платежи пациентов за не медицинские принадлежности	27
3.5 Платежи пациентов за питание	28
3.6 Совокупные неформальные платежи	28
3.7 Совокупное финансовое бремя высокоприоритетных льготных категорий и в разрезе социально-экономического положения	31
4. Дискуссия	34
5. Рекомендации для политики	40
6. Заключение	44
Библиография	46

Список рисунков

Рис. 1. Доля ответивших в разрезе раундов опросов.

15

Рис. 2. Частота и средний размер платежей медицинским работникам.

21

Рис. 3. Частота и средний размер платежей медицинским работникам по типам учреждений.

22

Рис. 4. Частота неформальных платежей персоналу по заболеваниям, 2006 и 2013 годы.

23

Рис. 5. Средний размер неформальных платежей персоналу по заболеваниям, 2006 и 2013 годы.

24

Рис. 6. Частота и средний размер платежей за лекарственные препараты/препараты.

25

Рис. 7. Частота и средний размер платежей за лекарственные препараты по заболеваниям, 2013 г.

26

Рис. 8. Частота и средний размер платежей за медицинские принадлежности.

27

Рис. 9. Частота и средний размер платежей за не медицинские принадлежности.

27

Рис. 10. Частота и средний размер платежей за питание.

28

Рис. 11. Тенденции неформальных платежей, 2001 - 2013 (в реальном исчислении в ценах 2001 года).

29

Рис. 12. Доля неформальных платежей в совокупных расходах стационаров, 2006 и 2013 гг.

31

Рис. 13. Средний размер платежа в разрезе льготных групп.

32

Рис. 14. Средний размер платежа по социально-экономическим группам, 2013 г.

33

Рис. 15. Среднемесячная заработная плата по секторам, 2005-2013.

37

Список таблиц

Таблица 1. Размеры выборки опросов в разрезе раундов, , 2001 - 2013.

13

Таблица 2. Размеры выборки и причины отсутствия интервью, в разрезе раундов опросов.

15

Таблица 3. Переменные величины из опроса и базы данных фонда обязательного медицинского страхования.

16

Таблица 4. Категории запрашиваемых платежей.

17

Таблица 5. Примеры формулировок вопросов о неформальных платежах.

17

Таблица 6. Совокупный объем неформальных платежей в номинальном и реальном выражениях (сомов).

30

Слова признательности

Данный отчет был подготовлен Барселонским Офисом ВОЗ по укреплению систем здравоохранения в рамках двухлетнего соглашения о сотрудничестве на 2014-2015 годы между Министерством здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ.

Мы признательны Министерству здравоохранения и Фонду обязательного медицинского страхования (ФОМС) за поддержку данной работы с 2001 года и за создание атмосферы открытости для мониторинга и обсуждения неформальных платежей. Комментарии, сделанные в ходе презентации предварительных результатов в ноябре 2015 года, а также последующие комментарии к предыдущим проектам этих отчетов, были весьма ценными и приняты во внимание.

Последний раунд исследования и анализ результатов, представленные в данном отчете, были проведены при финансовой поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству, предоставленной ВОЗ в рамках проекта «Укрепление мониторинга и оценки и содействие политическому диалогу для программы Ден Соолук». Предыдущие раунды опросов получили щедрую поддержку со стороны Департамента международного развития Соединенного Королевства. Мы благодарим обе эти организации за их поддержку.

1. Введение

Неформальные платежи являются важной частью систем здравоохранения в странах с переходной экономикой. В рамках лишь немногих исследований отражается временная тенденция, но все же принято считать, что неформальные платежи значительно выросли в начале переходного периода, который характеризовался существенным сокращением государственного финансирования в странах бывшего СССР и центральной Европы. Эти бюджетные ограничения оказали существенное влияние на системы здравоохранения, которые финансировались и обеспечивались в основном со стороны государства. Системы здравоохранения адаптировались к таким финансовым ограничениям, за счет все большей зависимости от прямых вкладов со стороны пациентов.

В большинстве стран с переходной экономикой эти прямые вклады являлись неформальными, то есть они не подлежали регулированию и мониторингу, а сумма платежа определялась по усмотрению врачей и пациентов. Эти платежи также были неформальными в том понимании, что они противоречили юридическим правам пациентов на получение медицинской помощи. С учетом всех этих характеристик, мы используем определение неформальных платежей, впервые предложенное Гаалем, согласно которому они являются «прямым вкладом, в денежном или не денежном виде, делаемым пациентом или другим лицом (выступающим от имени пациента), поставщикам услуг здравоохранения, за получение услуги, на которые пациент имеет право и которые регулируются в рамках условий предоставления права на получение медицинской помощи, в дополнение к любым прочим вкладам,» (Гаал и др., 2006 г.).

В странах, которые столкнулись лишь с небольшим сокращением государственного финансирования здравоохранения, таких, как Болгария, Венгрия, Польша и Румыния, регистрировались неформальные платежи только медицинскому персоналу (Делчева и др., 1997; Чаула и др., 1998; Мاستилица М. и Бозиков Дж., 1999; Льюис, 2000; Балабанова и МакКи, 2002; Павлова и др., 2003; Гаал и др. et al., 2006; Vian et al., 2006; Степурко и др., 2015a). В тех же странах, где сокращение государственного финансирования было резким (например, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан и Украина), неформальные платежи стали доминировать, причем не только медицинскому персоналу, но также и за лекарства, медицинские и не медицинские принадлежности (Абель-Смит и Фолкингхэм, 1995; Гордеев и др., 2011; Гордеев и др., 2014; Энсор и Савельева, 1998; Льюис, 2000; Катцин, 2001; Белли и др., 2004; Фолкингхэм, 2004; Катцин, 2004; Готцадзе и др., 2005).

Кыргызстан находился в последней группе, в которой сокращение государственных расходов на здравоохранение в первые десять лет переходного периода оказалось особенно резким: государственный бюджет здравоохранения в 2000 году составлял лишь 30% бюджета 1991 года в реальном выражении. Около 80% государственных расходов поглощались постоянными издержками унаследованной системы предоставления услуг здравоохранения. После оплаты расходов на персонал и коммунальные услуги, стационары имели лишь очень ограниченные ресурсы для закупки лекарственных средств и медицинских принадлежностей, и пациентам предлагалось самостоятельно закупать их для своего лечения. В то же время заработные платы врачей сократились, как в абсолютных цифрах, так и в отношении к размеру средней заработной платы по стране. Данные Национального статистического комитета указывают, что заработные платы в секторе здравоохранения составляли 92% от размера средней заработной платы по стране в 1994 году и лишь 52% к 1999 году (Катцин, 2001). Это привело

к миграции врачей из сельской местности в города и за рубеж, и к все более частым неформальным платежам.

Начиная с 1996 года Кыргызстан реализовал далеко идущие реформы системы здравоохранения посредством трех последовательных и комплексных национальных программ реформирования: Манас (1996-2006), Манас Таалими (2006-2012) и Ден Соолук (2012-2016) (Катцин и др., 2001; Балабанова и др., 2011; Ибраимова и др., 2011). Одной из основных задач реформ было снижение финансового бремени, связанного с обращением за медицинской помощью, при сохранении доступа к услугам. С учетом ограниченного фискального пространства, было ясно, что сектор здравоохранения не получит дополнительных государственных средств для снижения затрат пациентов. Частью решения этой проблемы должно было стать повышение эффективности сектора. Сокращение столь широкой сети стационаров предоставило возможность сэкономить средства и перенаправить их на закупку медикаментов, медицинских принадлежностей, и на повышение зарплатных плат персонала в целях снижения наличных выплат из кармана, включая неформальные платежи.

Для содействия процессу реструктуризации предоставления услуг была проведена комплексная реформа финансирования здравоохранения для изменения потоков средств и стимулирования. Новая модель финансирования известна под названием «система единого плательщика». Ее ключевой чертой является аккумулирование общих налоговых поступлений и дополнительных отчислений от фонда оплаты труда в Фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС). Аккумулирование средств было изначально внедрено на областном уровне, что позволило снизить фрагментацию финансирования относительно административных границ областей, районов и городов. Этот шаг создал возможность рационализировать систему предоставления услуг и выровнять распределение ресурсов в областях. В 2006 году был создан единый национальный пул при ФОМС, что позволило выровнять процессы распределения ресурсов в масштабе всей страны. ФОМС внедрил новые механизмы закупок для поставщиков посредством подушевой оплаты и оплаты за пролеченный случай, которые заменили предыдущие постатейные бюджеты (Якаб и Катцин, 2009; Катцин и др., 2010). Помимо этого, был внедрен Пакет государственных гарантий (ПГГ), регулирующий права и обязанности в сфере получения услуг здравоохранения. ПГГ включает услуги первичной медико-санитарной помощи для всех граждан и лечение по направлению при со-оплате.

Реформы начались с экспериментов и мероприятий по наращиванию потенциала и институциональному строительству в 1996 году, а система единого плательщика была постепенно внедрена начиная с 2001 года. К 2006 году новая структура финансирования покрывала всю страну, и акцент сместился в сторону консолидации и ее институционализации. Однако с 2010 года, после периода политической нестабильности и экономического спада, реформы здравоохранения замедлились (Балабанова и др., 2011; Ибраимова и др., 2011). Работники системы здравоохранения проявляли все большее неудовлетворение, ускорилась миграция за пределы страны (Балабанова и др., 2011; Центр анализа политики здравоохранения, 2014). В попытке удержать работников здравоохранения, в 2011 году правительство существенно повысило зарплатные платы всем сотрудникам сектора здравоохранения и прочих социальных секторов.

Ранее мы оценивали воздействие реформ системы здравоохранения, описанных выше, на неформальные платежи. Ранние исследования отразили важные достижения в снижении неформальных платежей в тех областях, где проводились ранние реформы, в особенности в отношении лекарственных средств. Данное снижение оказалось особенно значительным среди приоритетных защищаемых уязвимых групп (Катцин, 2004). Данные ранние исследования предоставили важную операционную информацию для групп, занимающихся реформами, позволившую им адаптировать политику и нарастить политический капитал путем демонстрации доказательств прогресса. Как только система единого плательщика была внедрена в масштабах всей страны, мы показали, что все внедряемые реформы системы здравоохранения привели к снижению неформальных платежей в период с 2001 по 2006 годы по всей стране, в особенности в отношении лекарственных средств, медицинских принадлежностей и питания (Якаб и др., 2009). Мы также отметили, что реформы, описанные выше, не повлияли на неформальные платежи медицинским работникам. Мы детально рассмотрели неформальные платежи медицинским работникам и отметили отсутствие доказательств ценовой дискриминации по группам с разным социальным и экономическим положением, что позволяет предположить превалирование политики одной цены. Мы пришли к выводу о том, что несмотря на распространенное мнение врачей, неформальные платежи являются регрессивными и наносят явный ущерб бедному населению без создания механизмов защиты. (Якаб, 2007)

В рамках данного документа мы дополняем предыдущий анализ тенденций данными двух дополнительных раундов опросов, проведенных в 2010 и 2013 годах, для определения устойчивости позитивных тенденций в неформальных платежах. Мы также изучаем, привело ли повышение заработных плат в 2011 году к снижению неформальных платежей медицинским работникам. Для ответа на эти вопросы мы используем уникальный набор данных с 28 524 интервью, проведенными в рамках семи раундов опросов/исследований в период с 2001 по 2013 годы. Это крупнейшая база данных в мире, посвященная тенденциям в области неформальных платежей, собранная с использованием одного и того же метода на протяжении многих лет.

Данный документ структурирован следующим образом. Методологические вопросы обсуждаются в разделе 2. Ключевые результаты исследования тенденций в области неформальных платежей представлены в разделе 3. Мы обсуждаем результаты нашего исследования и увязываем их с инструментами политики в разделе 4. Наши рекомендации в области политики представлены в разделе 5. Раздел 6 является заключительным.

2. Методы

Эмпирические исследования неформальных платежей непросты с методологической точки зрения (Черечес и др., 2013; Степурко и др., 2010). В связи с неформальной природой данного феномена, люди могут с неохотой открыто делиться своим опытом, что может повлиять на результаты опросов. Поскольку основным подходом к изучению неформальных платежей являются опросы, существует определенный спектр независимых переменных, касающихся индивидуума, врача и учреждения, которые могут собираться не полностью или не точно. Повторные опросы в одной и той же стране зачастую используют иные инструменты проведения опросов и подходы к выборкам, что усложняет создание временных трендов. В нашем подходе, описанном ниже, мы попытались учесть все эти факторы.

2.1 Источники данных

Мы комбинировали административные данные из медицинских карт ФОМС с данными опросов/исследований. Анализ основывается на семи раундах опросов госпитализированных пациентов. Интервью проводились через 4-6 месяцев после выписки, на дому у пациентов в целях соблюдения конфиденциальности и дистанцирования от сообщений о неформальных платежах от мест предоставления медицинской помощи (Черечес и др., 2013).

Таблица 1. Размеры выборки опросов в разрезе раундов, , 2001-2013

Дата госпитализации	Кол-во интервью	Доля всех случаев госпитализации в месяц проведения опроса
Февраль 2001 г.	2913	7,4%
Июль 2001 г.	3731	9,9%
Апрель 2003 г.	4440	9,5%
Апрель 2004 г.	4534	8,0%
Октябрь 2006 г.	5337	9,4%
Март 2010 г.	5623	7,4%
Март 2013 г.*	1946	4,2%

Только стационары, имеющие контракт с фондом обязательного медицинского страхования

* Данное исследование охватывало только три области (Иссык-Кульская, Ошская, Чуйская) и город Бишкек.

2.2 Определение выборки, размер выборки и доля ответивших

Размер выборки варьировался от 2 913 до 5 337 интервью, а с учетом всех 7 раундов опросов составил 28 524. Население в выборке стратифицировалось по областям (восемь) и типам случаев (пять), итого 40 страт. Некоторые ячейки с меньшим размером выборки, но представляющие интерес для политики, были дополнены для обеспечения адекватного веса (к примеру, хирургические случаи

в менее населенных областях). В результате этого опрос как таковой оказался не сбалансированным, и для обеспечения репрезентативности были использованы весовые коэффициенты выборки.

Респонденты опроса выбирались случайным методом из медицинских карт ФОМС в тот или иной месяц. Компания, проводившая опрос, получала имена и адреса этих выбранных случайным методом бывших пациентов, для определения их местонахождения и проведения интервью. Каждый год в список попадали несколько неполных адресов, и по этой причине компания, проводившая опрос, не могла посетить в среднем 5% из числа потенциальных респондентов. Более того, было невозможно определить местонахождение пациентов в среднем 24% из всех отобранных пациентов для этих опросов, поскольку они либо переехали, не оставив нового адреса, или же их дом был снесен, или указанный адрес оказывался неверным. В ходе последнего опроса в 2013 году неполных адресов оказалось намного больше, чем в предыдущие годы (около 36%). Компания, проводившая опрос, посетила местную администрацию для поиска бывших пациентов по их имени, возрасту и профессии в целях улучшения доли ответивших в рамках последнего раунда опроса.

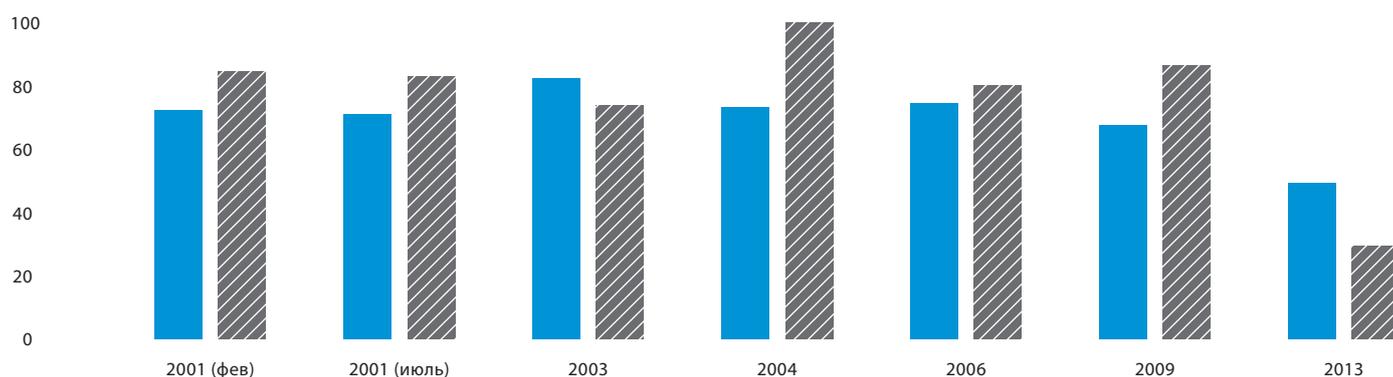
Доля отказавшихся участвовать в опросе может повлиять на результаты опроса за счет искажения из-за отказов (Риндфлусс и др., 2015). Потенциальные респонденты, отказавшиеся отвечать на вопросы, составили лишь примерно в 1% от местонахождения. Прочие же не могли быть проинтервьюированы в связи с их смертью после госпитализации, повторной госпитализацией, неспособностью отвечать на вопросы, или в связи с тем, что они никогда не подвергались госпитализации (Таблица 2). В общем, доля ответивших в первых шести опросах составляла 74-100% от желаемого размера выборки, и 68-82% местонахождения (Рис. 1). Доля ответивших в рамках последнего опроса оказалась ниже: 58% от местонахождения и 38% от желаемого размера выборки (Рис. 1). Доля ответивших варьировались по областям, весовые коэффициенты выборки корректировались для учета доли лиц, не ответивших на вопросы.

Таблица 2. Размеры выборки и причины отсутствия интервью, в разрезе раундов опросов

	2001 (Февраль)	2001 (Июль)	2003	2004	2006	2009	2013
Желаемый размер выборки	3460	4500	6000	4500	6643	6500	5095
Размер выборки, предоставленный фондом обязательного медицинского страхования	4283	5505	5483	6352	7547	8701	5095
Неполный адрес в базе данных	251	240	91	146	398	402	1736
Местонахождение контакта	4032	5265	5392	6206	7149	8299	3359
Не найдены	950	1398	900	1602	1686	2544	557
Отказались участвовать в интервью	22	26	0	68	54	122	36
Иные причины	143	110	52	2	72	10	782
Кол-во интервьюированных случаев	2917	3731	4440	4534	5337	5623	1946
Доля не ответивших (как % от кол-ва контактов по случаям)	0.5%	0.5%	0%	1.1%	0.8%	1.5%	1.1%
Доля ответивших 1 (как % от кол-ва контактов по местонахождению)	72.3%	70.9%	82.3%	73.1%	74.7%	67.8%	57.9%
Доля ответивших 2 (как % от желаемого размера выборки)	84.3%	82.9%	74.0%	100.8%	80.3%	86.5%	38.2%

Рис. 1. Доля ответивших в разрезе раундов опросов

● Показатель ответов 1 (% опрошенных среди тех, с кем связались) ● Показатель ответов 2 (% опрошенных от желаемого размера выборки)



2.3 Комбинация административных данных и данных опросов

Поскольку рамки выборки были получены из базы данных ФОМС, идентификаторы пациентов были построены таким образом, чтобы полученная информация могла быть объединена с характеристиками случаев в базе данных. Это привело к получению богатого набора данных по неформальным платежам и

характеристикам лечения, как со стороны спроса, так и со стороны предложения, что позволило провести анализ определяющих факторов неформальных платежей (Таблица 3). Исследователи объединили данные, а фонд медицинского страхования не имел доступа к индивидуализированным данным по неформальным платежам, что защитило конфиденциальность бывших пациентов и поставщиков. Наоборот, имена и адреса пациентов не попали в объединенную базу данных после завершения проведения интервью.

Таблица 3. Переменные величины из опроса и базы данных фонда обязательного медицинского страхования

Данные из интервью пациентов	Данные из базы данных фонда обязательного медицинского страхования
Полученные услуги и произведенные платежи во время госпитализации	Возраст
Госпитализация	Пол
Персонал	Страховка
Лекарственные препараты и медицинские принадлежности	Освобождение/льготы
Не медицинские принадлежности	Тип случая
Питание	Роды
Контекст неформального платежа	Хирургия
Зачем и почему?	Терапия
Где производилась со-оплата?	Вес случая в зависимости от перспективного платежа
Знал ли пациент, сколько ему предстоит заплатить (официально, неофициально)?	Направление
Источники информации	Тип стационара
Механизмы изыскания средств для платежа	Республиканский
Удовлетворенность полученными медицинскими услугами	Областной
Социально-экономическое положение	Городской
	Районный
	Больница
	Область проживания
	Официально зарегистрированная со-оплата пациента

2.4 Инструмент проведения опроса

Инструмент проведения опроса был идентичным во всех семи исследованиях и подразумевал проведение опроса на дому у респондентов. Вопросник состоял из восьми разделов, включая детальные вопросы о неформальных платежах по категориям платежей (Таблица 4).

Таблица 4. Категории запрашиваемых платежей

Платежи медицинским работникам	Прочие платежи
Лечащий врач	Госпитализация
Медсестра	Питание
Хирург	Лекарственные препараты
Анестезиолог	Медицинские принадлежности (бинты, шприцы, пленка для рентгена, лабораторные анализы)
Лабораторный персонал	Прочие принадлежности (простыни, одежда)
Диагностический персонал (к примеру, техник-рентгенолог)	
Физиотерапевт	
Прочие	

Для минимизации любых косвенных влияний на результаты опросов в связи с неточными ответами, инструмент опроса не включал такие слова, как «официальные» или «формальные», или «неофициальные» или «неформальные» платежи. Вместо этого вопросы были сформулированы таким образом, чтобы спровоцировать у пациента воспоминания о деталях произведенного платежа, включая не денежные платежи, которые затем переводились в денежный эквивалент (Таблица 5). Хотя большая часть платежей осуществлялась наличными в кыргызских сомах, некоторые из них производились в долларах США. Каждый вопрос начинался с уплоченных сумм и не денежных платежей, с тем, чтобы зарегистрировать все возможные платежи. В ходе анализа суммы в долларах США конвертировались в кыргызские сомы по среднему уличному курсу на месяц госпитализации.

Таблица 5. Примеры формулировок вопросов о неформальных платежах

Пришлось ли вам или кому-либо еще оплачивать покупку лекарственных средств в рамках этой госпитализации?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	сомов
	Да	Нет	Наличные	долларов
			<input type="radio"/>	сомов
			В не денежной форме	долларов

Переменные величины для официальных и неформальных платежей кодировались на аналитической стадии на основании правил осуществления оплаты пациентами в кыргызских стационарах: со-оплата является официальным платежом, подлежащим оплате при госпитализации, в то время как все дополнительные платежи персоналу, за лекарственные препараты и медицинские принадлежности являются дополнением к гарантированным услугам, а потому

считаются неформальными. Данный подход минимизировал предвзятость при ответе на вопросы и предотвращал стигму сообщившего о неофициальной практике. Детальные записи о платежах анализировались без использования слов «неформальные» или «неформальные».

Инструмент опроса также включает раздел, посвященный социально-экономическому положению участника, и содержит вопросы об имуществе (например, земля, скот, машина), жилищных условиях (например, тип дома, количество комнат) и прочих аспектах (например, потребление мяса, отпуск за последний год). Каждая из категорий имущества имеет свой вес или индекс для распределения проинтервьюированных участников в квинтили по социально-экономическому положению (Якаб, 2007).

2.5 Индикаторы

Мы определили пять категорий неформальных платежей: медицинским работникам, лекарственные препараты, медицинские принадлежности, не медицинские принадлежности и питание. Является ли оплата питания неформальным платежом - это спорный вопрос, поскольку пациенты стационаров платят за дополнительное питание по всему миру. Поскольку одной из целей кыргызских реформ было улучшение питания в стационарах, мы проанализировали и эту статью расходов. Итоговые величины представлены как с оплатой за питание, так и без нее.

Для каждой категории мы представили четыре индикатора:

- доля пациентов, производивших неформальные платежи, указывающая на распространенность неформальных платежей (P);
- средняя и медианная сумма оплаты среди тех, кто платит (E);
- средний и медианный платеж среди всех пациентов ($T=P*E$); и
- совокупный объем неформальных платежей ($V=P*E*Q$), на который влияет распространенность неформальных платежей (P), средний уровень транзакций среди тех, кто платит (E) и количество случаев госпитализации (Q).

2.6 Ограничения

Данное исследование основано на специально разработанном опросе по неформальным платежам, использующем единый метод на протяжении 13 лет. Таким образом, это является самой долгосрочной сравнимой базой данных по неформальным платежам в Европейском регионе ВОЗ, а возможно, и в мире. Тем не менее, данное исследование и его результаты имеют ряд потенциальных ограничений.

Все опросы имеют потенциальные ошибки памяти. Респонденты могут не помнить те или иные события, и зачастую пациенты не платят самостоятельно в ходе госпитализации, а оплату производят родственники, и это означает, что пациент может не иметь точной информации о том, сколько было уплачено. В рамках текущего исследования мы использовали несколько методик улучшения

воспоминаний. Во-первых, временной разрыв между госпитализацией и интервью составлял только 4-6 месяцев. Международный опыт указывает, что этот период является разумной задержкой, поскольку госпитализация - это важный, особенный эпизод в жизни человека, и, как правило, люди хорошо помнят его в течение года. Во-вторых, мы разбили расходы на множество разных компонентов, чтобы спровоцировать воспоминания респондентов о конкретных платежах. В-третьих, вопросы о расходах сформулированы таким образом, чтобы охватывать платежи со стороны пациентов и других лиц от их имени (см. Раздел 3 для информации о формулировках и последовательности вопросов).

Чувствительные вопросы исследования могут привести к недостоверным ответам, так как респонденты могут не желать признаваться в поведении, которое они считают незаконным или неподобающим. Мы старались минимизировать количество недостоверных ответов посредством обеспечения анонимности опроса и убеждения респондентов в конфиденциальности в начале интервью. Формулировками вопросов мы спрашивали респондентов о деталях платежей за госпитализацию, не используя при этом слова «неформальные», и даже не намекая на неофициальную природу платежей. Поскольку неформальные платежи обсуждались открыто как симптом недостаточного финансирования сектора, не отмечалось сильного акцента на их неофициальной природе.

В то время как эти усилия могли улучшить полноту воспоминаний и минимизировать недостоверные ответы, мы считаем, что уровни неформальных платежей, представленные в данном документе, вероятно, недооценивают истинные уровни для каждого из годов проведения опроса. Предполагая, что эти вопросы влияли на данные в равной степени в каждый из годов, мы считаем, что представленные тенденции отражают истинные тенденции в области неформальных платежей с ходом времени.

И, наконец, качество данных последнего раунда исследования оно совсем соответствовало стандартам предыдущих исследований. Адреса из базы данных ФОМС были более неполными; также отмечались значительные трудности с поиском респондентов из выборки. Хотя мы и старались сделать поправку на это известными нам способами, мы считаем, что данные 2013 года слабее, и результаты стоит интерпретировать с большей степенью осторожности.

3. Ключевые результаты исследования

В данном разделе мы представляем ключевые результаты нашего исследования. Мы начинаем с тенденций по категориям неформальных платежей (медицинским работникам, за лекарственные препараты, медицинские принадлежности, не медицинские принадлежности и питание), и на этой основе получаем общий обзор неформальных платежей в их совокупности. Из них, неформальные платежи медицинским работникам и за лекарственные препараты составляют основную часть неформальных платежей на уровне 51% и 32% от общего объема в 2013 году. Неформальные платежи за медицинские и не медицинские принадлежности занимают небольшую долю на уровне 7%. На питание приходится оставшиеся 10%.

3.1 Неформальные платежи медицинским работникам

В период с 2001 по 2006 год отмечался некоторый прогресс в снижении неформальных платежей медицинским работникам. Доля госпитализированных пациентов, осуществляющих неформальные платежи медицинским работникам, снизилась значительно - с 70% до 52%. Средний размер платежа немного увеличивался в реальном выражении с каждым новым опросом, но, заметно, что он стабилизировался и даже снизился в период с 2004 по 2006 годы (Рис.2). Рисунок отражает некоторый прогресс в формализации заработных плат медицинских работников, хотя половине пациентов все еще приходилось платить. Данный период совпадает с введением системы единого плательщика и политики со-оплаты ПГГ (Катцин и др., 2010).

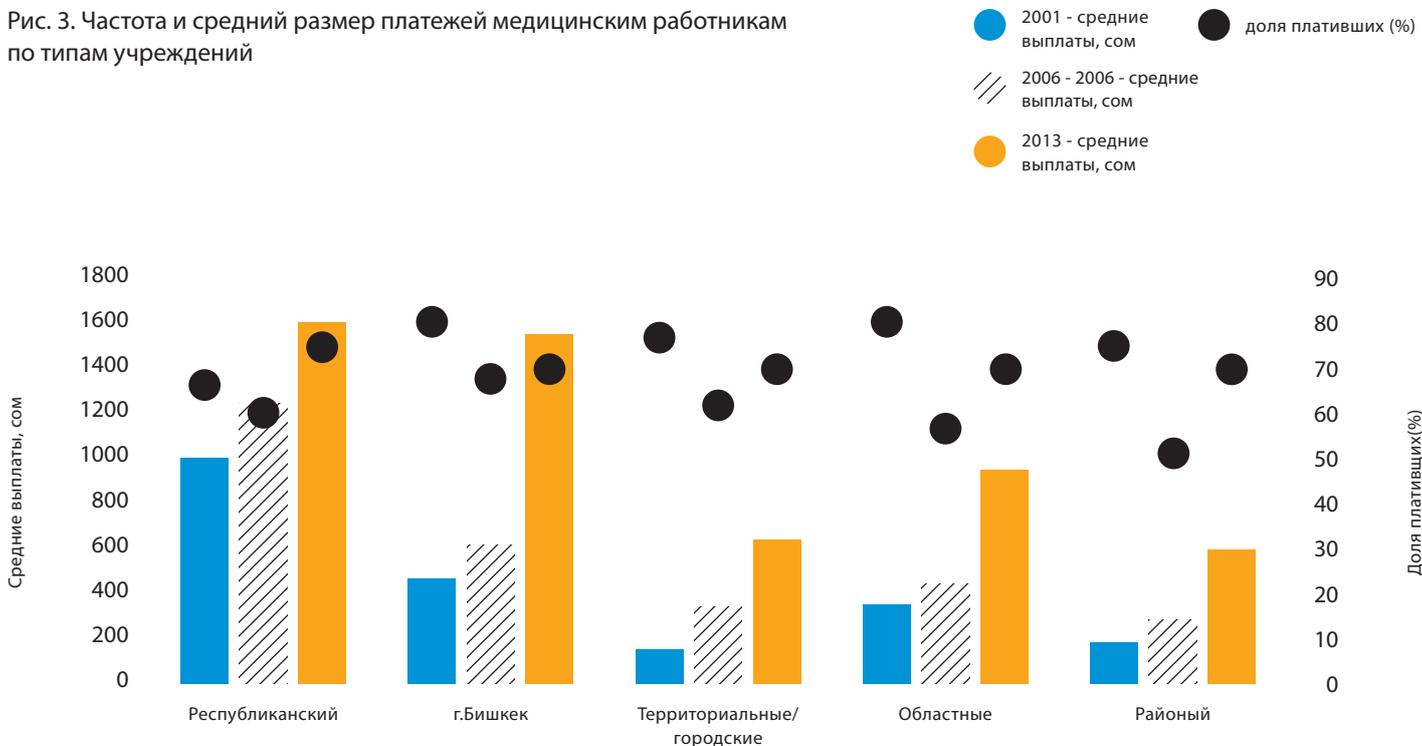
Однако неформальные платежи медицинским работникам снова начали расти после 2006 года, причем как с точки зрения частоты, так и с точки зрения среднего размера платежа. В период с 2006 по 2013 годы доля госпитализированных пациентов, платящих персоналу, выросла с 52% до 66%. Средний размер платежа также вырос с 536 сомов до 1051 сома в реальном выражении, то есть на 79%. Эти последние тенденции подорвали достигнутые достижения в формализации заработных плат медицинских работников, а их повышение в 2011 году, -видимо, что не прекратило этот процесс роста неформальных платежей.

Рис. 2. Частота и средний размер платежей медицинским работникам



Рассматривая разные типы учреждений, различия в процентных долях людей, которые платят невелики, но при этом размер выплачиваемых ими сумм варьируется значительно. Медицинские работники в учреждениях республиканского уровня и в городе Бишкек получают значительно более высокие неформальные платежи, чем их коллеги в областных и районных медицинских учреждениях (Рис. 4). Доля пациентов, осуществляющих неформальные платежи медицинским работникам, составляла около 70% в 2001 году во всех четырех типах учреждений, и значительно снизилась к 2006 году. Данное снижение было особенно заметным в областных и районных учреждениях (с 74% до 53% и с 68% до 44% соответственно). Эти учреждения были наиболее активны в области реформ и находятся наиболее близко к населению. К 2013 году доля пациентов, осуществляющих платежи медицинским работникам, снова выросла до более чем 60% во всех типах учреждений. В учреждениях республиканского уровня отмечается самый высокий уровень неформальных платежей; за ними следуют учреждения города Бишкек, областные и районные учреждения. Средний размер платежа несколько вырос в период с 2001 по 2006 год, а затем вырос значительно с 2006 по 2013 год во всех учреждениях. Что интересно, средний размер платежа вырос больше всего в городе Бишкек, и в настоящее время находится на уровне платежей в учреждениях республиканского уровня.

Рис. 3. Частота и средний размер платежей медицинским работникам по типам учреждений



Анализ неформальных платежей персоналу по специальностям показывает, что цена сильно варьируется в зависимости от заболевания.

Мы использовали коды Международной классификации болезней (МКБ) из базы данных онда медицинского страхования для отделения неформальных платежей персоналу по специальностям (Рисунки 7-10). Стали очевидными следующие тенденции:

- Беременность и связанные с ней состояния здоровья входят в число наиболее частых категорий платежей (68% родов в 2006 году и 76% в 2013 году), хотя суммы платежей находятся среди самых низких из всех специальностей (438 сомов в 2006 году и 845 сомов в 2013 году).
- Пациенты с хроническими и острыми неинфекционными заболеваниями (системы кровообращения, респираторной и пищеварительной системы) платили в 50-60% случаев, но суммы платежей были невысокими.
- Частота неформальных платежей за лечение онкологических заболеваний выросла значительно, с 53% до 70%, а средняя сумма платежа почти утроилась, с 1259 сомов в 2006 году до 3574 сомов в 2013 году.

Рис. 4. Частота неформальных платежей персоналу по заболеваниям, 2006 и 2013 годы



Рис. 5. Средний размер неформальных платежей персоналу по заболеваниям, 2006 и 2013 годы



3.2 Платежи пациентов за лекарственные препараты

В период с 2001 по 2006 годы отмечалось значительное снижение неформальных платежей за лекарственные препараты, что совпало с общенациональным внедрением системы единого плательщика и Пакета государственных гарантий. В начале реформ в 2001 году 81% госпитализированных пациентов приходилось покупать собственные лекарственные препараты, а сумма оплаты составляла в среднем 763 сома. После внедрения системы единого плательщика и ПГГ эти суммы значительно снизились, и к 2006 году 51% пациентов тратили в среднем 559 сомов (в реальном выражении в ценах 2001 года) (Рис.6 и Рис.8). Новые финансовые механизмы в контрактных отношениях спровоцировали переконфигурацию предоставления услуг с существенной экономией на постоянных издержках, что, в свою очередь, позволило перенаправить сэкономленные средства на лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Министерство здравоохранения и ФОМС регулярно проверяли, имеют ли стационары лекарственные препараты, обещанные в ПГГ, и также пациенты могли подавать жалобы посредством широко рекламируемых горячих телефонных линий (Якаб и Катцин, 2009).

Рис. 6. Частота и средний размер платежей за лекарственные препараты



После 2006 года появилась интересная тенденция. **Процентная доля пациентов, осуществлявших неформальные платежи, осталась примерно на прежнем уровне, но суммы платежей выросли.** После 2006 года доля пациентов, которым приходилось покупать лекарственные препараты, осталась на уровне 51-53%, что позволяет предположить, что реформы финансирования и реструктуризация здравоохранения возымели долгосрочное воздействие на внутри-стационарное распределение и доступность лекарственных препаратов в медицинских учреждениях. Рост среднего уровня платежей соответствует наблюдениям из других источников, что позволяет предположить, что цены на лекарственные препараты в Кыргызстане растут и требуют большего внимания с точки зрения политики.

Неформальные платежи за лекарственные препараты сильно различались по заболеваниям в течении 2013 года, от 619 сомов до 2187 сомов. В 2013 году наиболее частые платежи за лекарственные препараты делали пациенты, госпитализированные из-за болезней крови или кровообразования (74%) или пороков развития (66%) (Рис. 7). Стоимость лекарственных препаратов была самой высокой у пациентов с онкологическими заболеваниями (2187 сомов), и 62% пациентам, госпитализированным с онкологическими заболеваниями, приходилось покупать лекарственные препараты для своего лечения.

Рис. 7. Частота и средний размер платежей за лекарственные препараты по заболеваниям, 2013 г.



3.3 Платежи пациентов за медицинские принадлежности

Тенденции неформальных платежей за медицинские принадлежности схожи с лекарственными средствами. В период с 2001 по 2006 годы наблюдалось значительное снижение частоты и среднего размера платежей. Снижение частоты платежей сохранилось, и лишь 17% пациентов пришлось приобрести медицинские принадлежности. Это является значительным улучшением с начала реформ, когда 72% пациентов приходилось делать подобные покупки. Уровень платежей также значительно снизился, за исключением периода с 2010 по 2013 год (Рис. 8).

Рис. 8. Частота и средний размер платежей за медицинские принадлежности



3.4 Платежи пациентов за не медицинские принадлежности

Отмечается значимый прогресс в снижении платежей за не медицинские принадлежности, которые включают простыни, электрические лампочки, блокноты и мыло, некоторые из которых пациенты приобретают для собственного использования, а некоторые требуются стационаром. Частота подобных платежей также значительно снизилась в исследуемый период, с 45% в 2001 году до 25% в 2013, хотя при этом средняя сумма удвоилась со 116 сомов до 253 сомов (64% в реальном исчислении (Рис. 9)). Это значительное снижение указывает на то, что медицинские учреждения улучшили предоставление не медицинских принадлежностей пациентам, особенно в период с 2006 по 2013 годы. Это может являться следствием реформ финансирования здравоохранения в начале 2000-х годов (Катцин и др., 2010). В процентном выражении платежи пациентов за не медицинские принадлежности весьма невелики и не оказывают большого влияния на общие тенденции платежей пациентов.

Рис. 9. Частота и средний размер платежей за не медицинские принадлежности



3.5 Платежи пациентов за питание

За 12 лет доля пациентов, осуществляющих оплату за питание, значительно сократилась, хотя сумма платежа на пациента осталась неизменной в реальном выражении. В 2001 году 91% пациентов покупали питание во время госпитализации и платили в среднем 490 сомов; в 2013 году только 32% госпитализированных пациентов покупали питание и платили в среднем 437 сомов (в ценах 2001 года). Это отражает попытки ФОМС обеспечить соблюдение стандартов питания и наличие лучшего питания в медицинских учреждениях.

Рис. 10. Частота и средний размер платежей за питание



3.6 Совокупные неформальные платежи

В совокупности тенденции в области неформальных платежей демонстрируют интересную картину за проанализированный 12-летний период с тремя четко очерченными фазами. (Рис. 11).

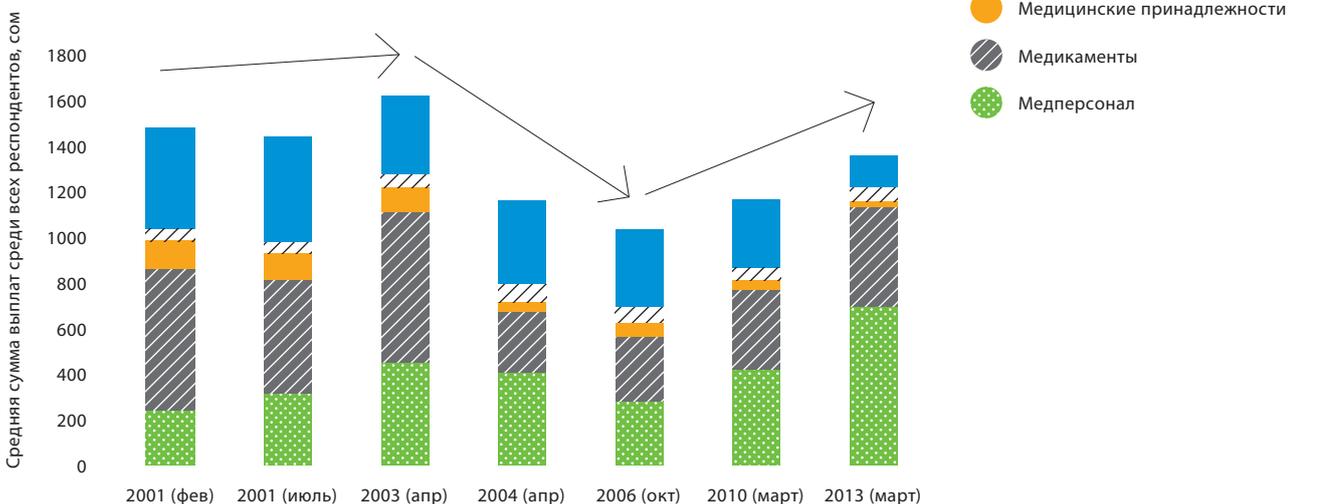
На раннем этапе внедрения системы единого плательщика **неформальные платежи оставались неизменными или же незначительно росли на национальном уровне в период с 2001 по 2003 год**. Наиболее существенный рост наблюдался в отношении лекарственных средств, что указывает на сохраняющуюся нехватку финансовых ресурсов, поглощаемых техническим обслуживанием и персоналом. Данные по областям за тот же период показывают, что неформальные платежи снизились в областях, где проводились реформы - Иссык-Кульской, Чуйской, Нарынской и Таласской, что указывает на то, что новая политика начала приносить плоды (Катцин, 2004; Якаб и Катцин, 2009).

После общенационального внедрения системы единого плательщика **отмечалось значительное снижение неформальных платежей в период с 2003 по 2006 год**, в особенности в отношении лекарственных препаратов и медицинских принадлежностей. В 2004 году неформальные платежи за лекарственные

препараты впервые стали меньшим компонентом неформальных платежей, чем неформальные платежи, делаемые медицинским работникам. Данное соотношение сохраняется и сегодня. Как упоминается в других источниках, данный вывод представляется возможным, так как новые финансовые механизмы в контрактных отношениях спровоцировали переконфигурацию предоставления услуг с существенной экономией на постоянных издержках, что, в свою очередь, позволило перенаправить ресурсы на лекарственные препараты и медицинские принадлежности (Якаб, Катцин, 2009).

В последний период **с 2010 по 2013 год отмечалось значительное увеличение неформальных платежей как медицинским работникам, так и за лекарственные препараты.** Неформальные платежи медицинским работникам росли в этот период самыми быстрыми темпами, а повышение зареботных плат в 2011 году, похоже, не остановило и не замедлило эту тенденцию. Неформальные платежи за лекарственные препараты также росли, и, как показано ранее, это, похоже, является эффектом цены на уровне стационаров, поскольку частота, с которой пациентам предлагается купить собственные лекарства, выглядит стабильной из года в год.

Рис. 11. Тенденции неформальных платежей, 2001-2013 (в реальном исчислении в ценах 2001 года)



Умножив средний размер неформального платежа на количество случаев госпитализаций, мы получаем совокупный объем неформальных платежей, и можем сравнить его с официальными ресурсами в системе (Таблица 6). Двенадцать лет, с 2001 по 2013 годы, мы делим на два временных периода, и сравниваем темпы роста объема неформальных платежей в первые пять лет с последними семью годами. **Объем неформальных платежей снизился в первый период, и значительно вырос во второй период, нейтрализовав предыдущие достижения. В реальном исчислении, совокупный объем неформальных платежей (без питания) снизился на 34% с 2001 по 2006 годы, но вырос на 106% с 2006 по 2013 годы, что означает, что совокупный**

рост за все тринадцать лет составил 37% (Секция 2, Таблица 6). Быстрый рост совокупного объема неформальных платежей после 2006 года обусловлен двумя факторами. Во-первых, рост обусловлен ростом числа случаев госпитализации в размере примерно на 2% в год за этот период. Во-вторых, он обусловлен ростом среднего размера неформального платежа, в особенности медицинским работникам. Объем неформальных платежей медицинским работникам вырос более чем в два раза за весь указанный период времени, причем в годы начала реформ рост неформальных платежей замедлился, но не остановился. При этом объем неформальных платежей за лекарственные препараты и медицинские принадлежности в реальном выражении снижался на протяжении всего этого периода, несмотря на рост числа случаев госпитализаций. Это позволяет предположить, что достижения в начале периода реформ оказались существенными и достаточно стабильными. Неформальные платежи медицинским работникам при этом доминируют среди всех тенденций и вносят наибольший вклад в совокупный объем.

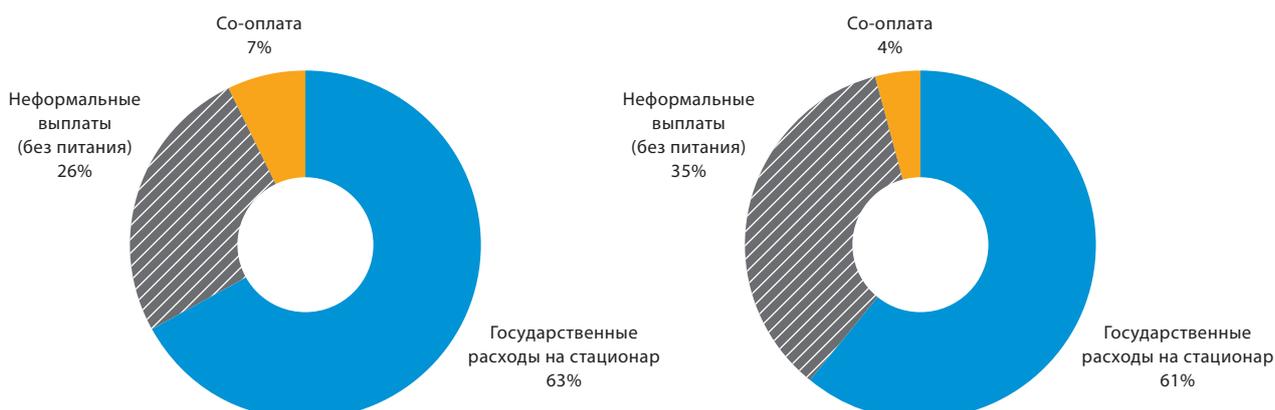
Таблица 6. Совокупный объем неформальных платежей в номинальном и реальном выражениях (сомов)

	Оценка по отдельным годам			Темпы роста за период		
	2001	2006	2013	2001–2006 (5 лет)	2006–2013 (7 лет)	2001–2013 (12 лет)
Итого случаев госпитализации	715 894	726 944	826 390	1.54%	13.68%	15%
СЕКЦИЯ 1. НОМИНАЛЬНЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ						
Средний размер неформальных платежей среди всех респондентов	1 479	1 330	4 372	-10%	229%	196%
Совокупный объем неформальных платежей (с питанием)	1 059 141 000	966 990 094	3 123 192 304	-9%	223%	195%
Совокупный объем неформальных платежей (без питания)	741 677 344	643 804 269	2 806 257 640	-13%	336%	278%
Персонал	172 354 898	264 454 958	1 592 552 477	53%	502%	824%
Лекарственные препараты	442 851 474	2691 55 378	1 003 783 398	-39%	273%	127%
Медицинские и не медицинские принадлежности	126 470 972	110 193 933	209 921 765	-13%	91%	66%
СЕКЦИЯ 2. РЕАЛЬНЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ						
Средний размер неформальных платежей среди всех респондентов	1479	1018	1578	-31%	55%	7%
Совокупный объем неформальных платежей (с питанием)	1 059 141 000	740 251 004	1 127 371 084	-30%	52%	6%
Совокупный объем неформальных платежей (без питания)	741 677 344	492 845 542	1 012 967 954	-34%	106%	37%
Персонал	172 354 898	202 445 764	574 859 771	17%	184%	234%
Лекарственные препараты	442 851 474	206 044 033	362 333 237	-53%	76%	-18%
Медицинские и не медицинские принадлежности	126 470 972	84 355 745	75 774 946	-33%	-10%	-40%

Неформальные платежи (без питания) выросли до уровня в 35% от всех расходов стационаров, включая государственные расходы и со-оплату, с 26% в 2006 году (Рис. 12). Отчасти доля неформальных платежей выросла относительно иных источников потому, что рост неформальных платежей был более быстрым, чем рост государственных расходов на стационары. Отчасти они выросли потому, что сбор со-оплаты снизилась в связи с расширением категорий льготников и отсутствием индексации со-оплаты с учетом инфляции. Если учесть, что со-оплата отражает недостаток в финансировании ПГГ, то можно предположить, что эти результаты показывают, что разрыв в финансировании ПГГ вырос в период с 2006 по 2013 год.

Рис. 12. Доля неформальных платежей в совокупных расходах стационаров, 2006 и 2013 гг.

Примечание: Данные по со-оплате и государственным расходам взяты из национальных счетов здравоохранения за 2015 год.



3.7 Совокупное финансовое бремя высокоприоритетных льготных категорий и в разрезе социально-экономического положения

Особый интерес представляет вопрос того, как изменилось финансовое бремя пациентов для приоритетных льготных групп ПГГ. Приоритетные льготные группы либо полностью, либо частично освобождены от со-оплаты. Метод целевых льгот подразумевает льготы, нацеленные на отдельные категории населения (например, включены дети до 5 лет, родовспоможение и т.д.), внедренные для защиты лиц с высокими ожидаемыми расходами на здравоохранение или социально уязвимых лиц. Определение высокоприоритетных льготных групп несколько раз менялось за период проведения опросов, и получило наиболее широкое значение в 2006 году, и после последовало лишь небольшое количество изменений.

Количество высокоприоритетных льготных групп, которые делают со-оплату или же оплачивают ее в сокращенном размере, выросло с 59% госпитализаций в 2006 году до 68% в 2013 году. Таким образом, только 32% случаев госпитализации подразумевали официальную оплату в 2013 году.

На Рис. 13 ниже мы демонстрируем тенденции в неформальных платежах и официальной со-оплате совместно по льготным группам. **В период с 2001 по 2006 годы совокупное финансовое бремя госпитализаций, состоящее из неформальных платежей и официальной со-оплаты, снизилось для всех льготных групп.** Данное сокращение для льготных групп оказалось существеннее, чем сокращение для населения в целом, что указывает на успех целевых действий по категориям. Самая большая чистая выгода, по оценкам, наблюдается в отношении детей до 5 лет, для которых чистое сокращение совокупных неформальных платежей и со-оплаты составило 736 сомов или 52% в реальном исчислении. **Однако в период с 2006 по 2013 годы финансовое бремя всех льготных групп выросло, а для некоторых из них превысило финансовое бремя, которое они имели в начале реформ, включая пенсии, даже для тех, кто освобожден от социальных выплат.**

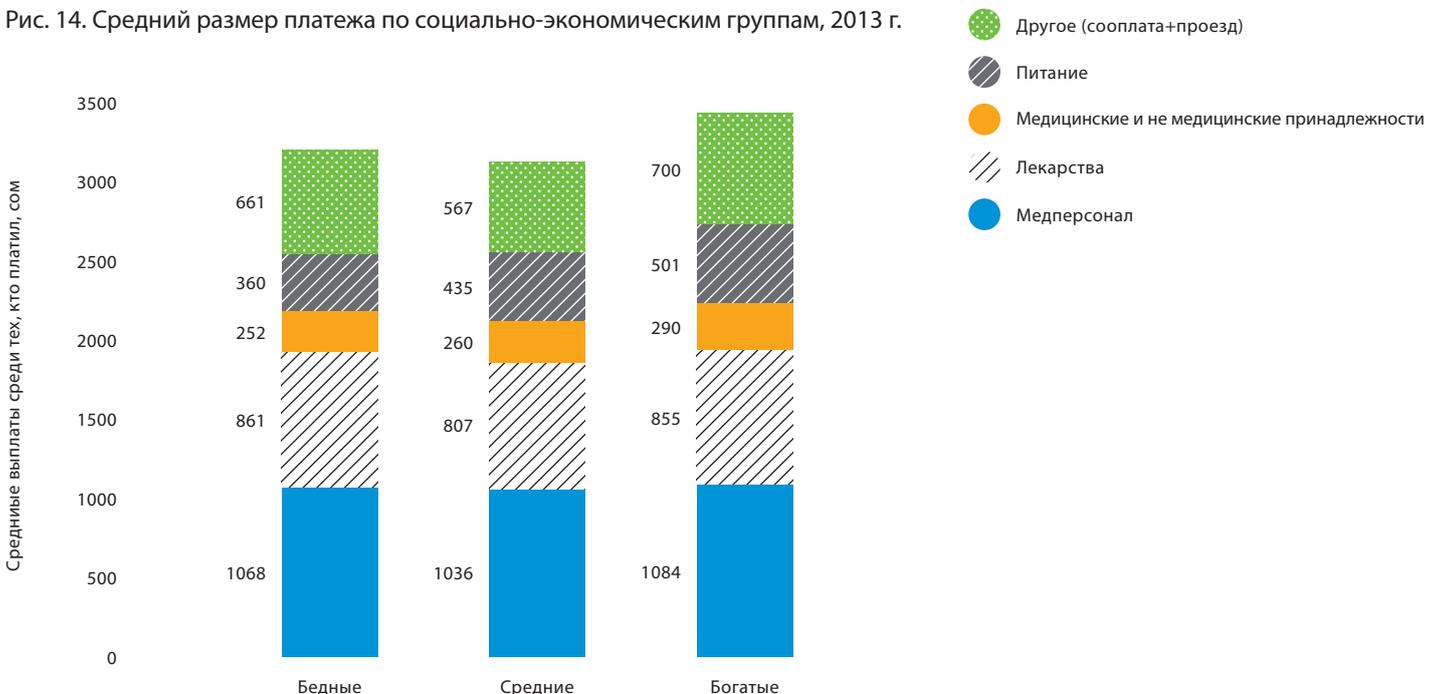
Рис. 13. Средний размер платежа в разрезе льготных групп



С 2004 года в вопросник включаются вопросы, разработанные для определения социально-экономического положения респондентов, что позволяет проводить анализ неформальных платежей по социально-экономическим категориям. Вопросы позволяют получить данные об имуществе и потреблении и ранжировать домохозяйства от самых бедных до самых богатых. 20% домохозяйств с самым маленьким имуществом и наименьшим потреблением принадлежат к категории самых бедных, а 20% домохозяйств с наибольшим имуществом и потреблением считаются самыми богатыми, а 60% выборки находится посередине. Хотя этот метод нельзя назвать утонченным, но он позволил нам протестировать гипотезу о том, что неформальные платежи являются скрытым механизмом защиты, подразумевающим меньшее бремя для бедных.

Средний размер платежа был схожим для трех групп в 2013 году (Рис. 14) во всех категориях, что аналогично результатам, полученным нами в предыдущие годы, которые указывают на то, что неформальные платежи не защищают бедных. Поскольку как бедные, так и не бедные платят одни и те же суммы, но все же эти платежи (на стационарную помощь) потребляют гораздо более высокую долю ресурсов бедных домохозяйств, чем богатых, а потому они являются регрессивными.

Рис. 14. Средний размер платежа по социально-экономическим группам, 2013 г.



4. Дискуссия

В период ранних реформ с 2001 по 2006 год Кыргызстан продемонстрировал впечатляющие результаты в области снижения неформальных платежей в своей системе здравоохранения, особенно платежей за лекарственные препараты, медицинские принадлежности и питание. Насколько нам известно, Кыргызстан является единственной страной бывшего СССР, которой удалось продемонстрировать такие результаты. Хотя неформальные платежи персоналу и не снизились за этот период, их темпы роста оставались скромными. Более того, снижение неформальных платежей особенно сильно коснулось высокоприоритетных групп населения. В совокупности, эти тенденции внесли свой вклад в снижение финансового бремени, улучшение доступа и повышение справедливости системы здравоохранения.

Эти выводы важны с региональной точки зрения, так как они демонстрируют, что политика имеет большое значение, а правильная комбинация инструментов политики может внести вклад в снижение неформальных платежей. В случае с Кыргызстаном анализ первопричин показал, что неформальные платежи, особенно платежи за лекарственные препараты и медицинские принадлежности, были симптомом недостаточного финансирования и чрезмерных обязательств системы, характеризующейся большой неэффективностью модели предоставления услуг. Таким образом, реализованные реформы были направлены на снижение этой неэффективности посредством укрепления первичной медико-санитарной помощи, реструктуризации сети стационаров и перенаправления сэкономленных средств на лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Реформы финансирования здравоохранения были разработаны для содействия этой трансформации модели предоставления услуг за счет внедрения системы единого плательщика с прогрессивной централизацией аккумулирования средств и внедрения механизмов оплаты поставщиков на основе населения и результатов (Катцин, 2004 г.). Первое создало способствующую среду для трансформации модели предоставления услуг, а второе предоставило стимулы для этого.

Однако наши результаты также показывают, что Кыргызстану не удалось обеспечить устойчивость этих достижений в более долгосрочной перспективе, и неформальные платежи снова начали расти после 2006 года, нейтрализовав предыдущие достижения. Данный «поворот вспять» был обусловлен в большой степени неформальными платежами медицинским работникам, которые начали расти ускоренными темпами, и, в меньшей степени, неформальными платежами на лекарственные препараты и за медицинские принадлежности. В результате этих тенденций и ускоренного роста числа случаев госпитализаций, объем неформальных платежей значительно вырос, и в настоящее время составляет 34% от совокупных расходов на здравоохранение в стационарах. Рост неформальных платежей был заметен во всех группах бенефициаров, что указывает на неэффективную адресность государственных расходов.

Существует ряд факторов, которые внесли свой вклад в разворот ранее позитивной тенденции в области неформальных платежей в Кыргызстане после 2006 года. Ниже мы рассмотрим восемь из них, включая аспекты государственного финансирования, ПГГ, уровень заработных плат и условия работы медицинских работников, механизмы закупок, отсутствие гибкости государственных финансов, конфигурацию предоставления услуг, цены на лекарственные препараты и процессы закупок, и мониторинг эффективности деятельности поставщиков. Мы обсудим, в какой степени эти факторы могут

или не могут объяснить тенденции в неформальных платежах, которые мы представили.

Аспекты государственного финансирования

Ситуация с государственным финансированием по отношению к сектору здравоохранения была весьма благоприятной с 2006 года, и не объясняет, почему неформальные платежи росли с отмеченной скоростью. Неформальные платежи зачастую ассоциируются с недостаточным государственным финансированием. В действительности в начале 1990-х годов быстрый рост неформальных платежей по всему региону часто считался прямым результатом недостаточного финансирования. При этом начиная с 2006 года Кыргызстан значительно увеличил государственные расходы на здравоохранение с ежегодным ростом на уровне выше 10% в реальном исчислении, как часть соглашений в рамках широкосекторального подхода (Акказиева и др 2016). В результате этого Кыргызстан существенно увеличил долю сектора здравоохранения в совокупном государственном бюджете - до 13%. Это вполне соответствует ассигнованиям во многих странах европейского региона ВОЗ, где здравоохранению придается приоритетное значение. Рост ассигнований позволил повысить заработные платы медицинским работникам (см. ниже) и обеспечить наличие ключевых ресурсов для госпитализаций.

Пакет государственных гарантий

Расширение ПГГ без соответствующего государственного финансирования и эрозия уровней со-оплаты, вероятнее всего, способствовали росту неформальных платежей. ПГГ был разработан в качестве инструмента обеспечения ясности в области прав и льгот, а также обязательств граждан в их отношениях с системой здравоохранения. Политика со-оплаты направлена на снижение неопределенности в отношении платежей, необходимых для госпитализации, и льготных схем, призванных обеспечить доступ и финансовую защиту уязвимых граждан. Хотя недостаток в финансировании, на который указывают неформальные платежи, присутствовал с самого начала, до 2006 года тенденции двигались в правильном направлении, и закрытие этого недостатка финансирования казалось возможным. В 2006 году правительство существенно расширило ПГГ, освободив от со-оплаты несколько групп населения, не выделив при этом достаточных дополнительных ресурсов для компенсации учреждениям потери доходов от со-оплаты (Манжиева и др., 2007). Помимо этого, уровни со-оплаты не индексировались с учетом инфляции. В результате этого учреждения потеряли доходы от со-оплаты, которые направлялись на закупки лекарственных препаратов, медицинских принадлежностей и повышения заработных плат, а образовавшийся недостаток в финансировании заполнили неформальные платежи. Проблема этих тенденций заключается не только в росте финансового бремени для госпитализированных пациентов, но также и в потере уверенности в ПГГ и в системе здравоохранения в целом, так как она обещает больше, чем может предоставить в действительности.

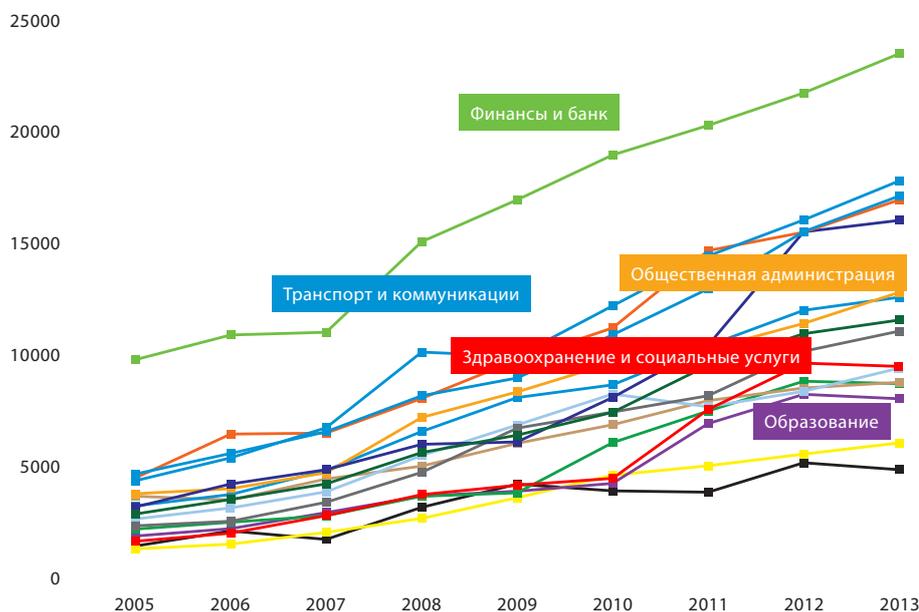
Уровень заработных плат и условия работы работников системы здравоохранения

Заработные платы в секторе здравоохранения на уровне ниже среднего, плюс непривлекательные условия работы, вероятнее всего, и обусловили тенденции в неформальных платежах медицинским работникам.

До 2011 года работники сектора здравоохранения были в числе самых

низкооплачиваемых работников в стране. С 1999 по 2004 год заработные платы в секторе здравоохранения составляли половину от заработных плат в других секторах, отслеживаемых Национальным статистическим комитетом, включая государственное управление, государственное коммунальное хозяйство и частный сектор (отели, рестораны и банковский сектор) и т.д. В 2005 году годовые заработные платы в секторе здравоохранения начали расти благодаря более объемному фискальному пространству, созданному широкосекторальным подходом. Несмотря на этот рост, заработные платы в секторе здравоохранения в 2007 году составляли лишь 64% от среднего уровня заработной платы (Рис. 15). В то же время условия труда, характеризующиеся большой нагрузкой, работой во много смен, с иерархическим руководством, не отличающимся большой поддержкой в адрес персонала, с ограниченным обучением и зачастую плохими физическими условиями работы привели к разочарованию и чувству безнадежности среди многих работников системы здравоохранения (Мурзалиева и др., 2008). Повышение заработной платы в 2001 году стало первым значительным ростом заработка медицинских работников, и средняя заработная плата в секторе здравоохранения выросла более чем в два раза с 2010 по 2013 год, причем рост в сельской местности превысил рост в городах (Центр анализа политики здравоохранения, 2014 г.). Это подняло средние зарплаты в секторе здравоохранения вверх на четыре позиции, и в 2013 году они заняли 9-е место в сравнении с 13-м местом в 2010 году, обогнав сектор образования. В результате этого в 2013 году заработные платы в секторе здравоохранения достигли 82% от среднего уровня заработной платы в Кыргызстане. Однако этого повышения оказалось недостаточно для того, чтобы повернуть вспять тенденции в неформальных платежах медицинским работникам. Было бы полезно провести дополнительные качественные исследования для достижения более глубокого понимания причин, стоящих за воздействием повышения заработной плат 2011 года на неформальные платежи персоналу.

Рис. 15. Среднемесячная заработная плата по секторам, 2005-2013



Источник: Национальный статистический комитет, 2015 г.

Модель закупок

Модель осуществления закупок не была модернизирована для содействия повышению эффективности использования ресурсов и, вероятно всего, косвенно способствовала развитию поведения, которое привело к росту неформальных платежей, как со стороны спроса, так и со стороны предложения. Комбинация подушевой оплаты поставщикам первичной медико-санитарной помощи и оплаты за пролеченный случай стационарам, стимулирует чрезмерное использование стационаров. Использование стационаров существенно возросло после 2006 года даже для заболеваний, лечение которых осуществимо на амбулаторном уровне, таких, как гипертония, ряд детских заболеваний и беременность. Рост объема госпитализаций лишь подпитывался неформальными платежами медицинским работникам. С учетом низкой интенсивности лечения, пациенты (особенно пациенты с хроническими заболеваниями) характеризуются низкими издержками на каждого дополнительного человека, и каждый госпитализированный пациент становится источником неформального платежа. Более того, по мере роста случаев госпитализации, объем ресурсов на каждого пациента снижается (лекарственные препараты и медицинские принадлежности), что требует дополнительных ресурсов от самого пациента. Таким образом, контроль уровня госпитализаций, особенно для заболеваний, лечение которых осуществимо на амбулаторном уровне, является важным инструментом содействия эффективному использованию государственных ресурсов и, одновременно с этим, снижения финансового бремени пациентов через неформальные платежи. Это означает переход к большей распределительной эффективности (лечение на соответствующем уровне оказания медицинской помощи) и большей технической эффективности (обеспечение наличия ресурсов для соответствующего лечения госпитализированных пациентов). Модернизация существующих инструментов закупок внесла бы большой вклад в улучшение эффективности системы здравоохранения.

Негибкость государственных финансов

Сохраняется негибкость правил государственного финансирования, что ограничивает способность поставщиков услуг здравоохранения адекватно реагировать на финансовые стимулы посредством применения своих прав по принятию управленческих решений. Хотя бюджетирование и оплата поставщикам основаны на подушевой оплате и оплате за пролеченный случай, фактическое финансирование средств и отчетность перед Казначейством осуществляются на основании постатейного подхода. Хотя в принципе перевод из одной системы в другую возможен, это требует более глубоких познаний в области финансов и бухгалтерского учета, чем то, чем обладают существующие менеджеры учреждений здравоохранения. В результате этого при освоении государственных средств основанная на входных ресурсах логика превалирует над логикой, основанной на населении и результатах. Это ведет к неэффективным решениям о распределении ресурсов внутри учреждений, что, в свою очередь, ведет к недостаточному финансированию лекарственных средств и принадлежностей, что создает разрыв, заполняемый неформальными платежами. Таким образом, расширение автономии медицинских учреждений и обеспечение того, чтобы финансовые стимулы действительно влияли на управление учреждениями, являются критическими элементами улучшения эффективности и снижения неформальных платежей.

Дальнейшее преобразование модели предоставления услуг

Конфигурация модели предоставления услуг, в особенности в городах Бишкек и Ош, может быть улучшена, что приведет к повышению эффективности и появлению возможностей для снижения неформальных платежей в этих территориях. Реструктуризация учреждений здравоохранения была более полно проведена на областном и районном уровнях, но была практически пропущена двумя крупнейшими городами страны. Возможно, это не совпадение, что именно в этих двух территориях были отмечены наивысшие уровни неформальных платежей. С учетом излишних мощностей, непропорциональная доля ресурсов тратится на постоянные издержки, включая постоянные издержки человеческих ресурсов, что оставляет недостаточные средства на вознаграждение медицинских работников, лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Еще один важный компонент данного аргумента выходит за пределы городов Бишкек и Ош. Многие медицинские учреждения устарели и едва способны обеспечить комфорт пациентам при высоких затратах на техническое обслуживание, включая коммунальные услуги. Системное обновление инфраструктуры по всей стране с переходом к более энергетически эффективным учреждениям поможет снизить расходы на техническое обслуживание и высвободит ресурсы на лекарственные препараты и медицинские принадлежности.

Цены на лекарственные препараты и неэффективные процессы закупок

Высокие и все растущие цены на лекарственные препараты, неэффективные процессы закупок медикаментов и большая распространенность ненужных рецептов и назначений заставляют стационары обращаться за ресурсами к пациентам для обеспечения наличия лекарственных средств и принадлежностей для их лечения. Эти факторы тщательным образом задокументированы и обсуждены в иных источниках с точки зрения неэффективного использования государственных средств. Однако это приводит не только к пустой трате ресурсов, но и к увеличению финансового бремени для пациентов и снижению прозрачности системы. Решение этих вопросов занимает важное место в повестке политики, и есть надежда, что оно приведет к улучшению доступности лекарственных средств и принадлежностей.

Мониторинг эффективности деятельности поставщиков

Мониторинг эффективности деятельности поставщиков и обратная связь не были внедрены системно. Отмечается нехватка ориентации на эффективность деятельности медицинских учреждений и отсутствие систематического мониторинга и обсуждения их результативности. Можно было бы разработать комплексный инструмент мониторинга эффективности деятельности с разнообразными аспектами результативности в целях регулярного обсуждения обратной связи с поставщиками для выявления и решения проблем. Эти измерения могли бы включать и периодические интервью с пациентами. Подобный инструмент можно разработать совместно с ФОМС и поставщиками, и реализовать на областном уровне.

5. Рекомендации для ПОЛИТИКИ

Стойкая природа неформальных платежей остается проблемой в плоскости политики, поскольку они усугубляют финансовое бремя пациентов, причем непредсказуемо, и делают невозможной защиту уязвимых граждан, а также подрывают доверие к ПГГ. Как описано выше, причин для роста неформальных платежей в секторе здравоохранения множество; они сложны и взаимосвязаны. В результате этого, не существует волшебной палочки, по мановению которой можно было бы продолжить снижение неформальных платежей в системе здравоохранения Кыргызстана. При сохранении государственного финансирования на существующем уровне, более высокие шансы на успех имеет комплексный, многосторонний подход. Ранний период с 2001 по 2006 год, проанализированный в данном документе, показал, что неформальные платежи действительно можно снизить при последовательном и постоянном применении тщательно проработанных инструментов политики. Таким образом, наш анализ позволил нам предложить следующие рекомендации для политики:

- 1. Сохранить государственное финансирование** на существующем уровне для обеспечения разумного, стабильного и предсказуемого финансирования для сектора на уровне не менее 13% от государственного бюджета.
- 2. Значительно пересмотреть ПГГ**, включая, к примеру, следующие аспекты:
 - (а) индексация уровней со-оплаты с учетом инфляции за последние несколько лет и повышение уровня со-оплаты;
 - (б) дифференциация со-оплаты в республиканских и учреждениях города Бишкек и прочих учреждениях для отражения различий в неформальных платежах;
 - и (в) введение небольшой со-оплаты для льготников, что не станет серьезным финансовым бременем для людей, но обеспечит высокий доход для стационаров в связи с большим объемом льготных случаев с освобождением от со-оплаты.
- 3. Проанализировать причины, по которым повышение заработных плат** в 2011 году не замедлило рост неформальных платежей медицинским работникам, для того, чтобы понять, смогут ли дальнейшие повышения заработной платы способствовать снижению неформальных платежей. Также необходимо рассмотреть жалобы медицинских работников в отношении нематериальных аспектов их работы (Мурзалиева и др., 2008) и **улучшить условия работы.**
- 4. Модернизировать модели закупок** как первичной, так и стационарной медицинской помощи. Для первичной медико-санитарной помощи достигнуто согласие о том, что переход от чистой подушевой оплаты к смешанной оплате с подушевой оплатой и компонентом платы за услугу или платы за результаты значительно улучшит выявляемость и ведение хронических заболеваний на амбулаторном уровне. Для ухода в стационарах согласован процесс обновления и доработки механизма оплаты за пролеченный случай. Эти договоренности требуют фокуса и скорой реализации.
- 5. Расширить автономию поставщиков и решить проблему негибкости государственных финансов** с тем, чтобы позволить механизмам оплаты возыметь соответствующее воздействие. В то время как обсуждаются разные варианты, включая новый бюджетный кодекс, крайне важно обеспечить, чтобы постатейный подход больше не применялся ни на каких уровнях в секторе здравоохранения. В то же время, для улучшения

ответственности и подотчетности, важное значение приобретает разработка расширенной отчетности по категориям программ и результатов.

6. Модернизировать инфраструктуру здравоохранения в городах Бишкек

и Ош и, насколько это возможно, за их пределами, в целях повышения эффективности. Объединение множества старых и устаревших зданий в меньшее количество энергетически эффективных объектов с общей диагностикой, лабораториями и услугами поддержки пациентов внесет большой вклад в консолидацию физической инфраструктуры и повышение комфорта пациентов.

7. Повысить эффективность процессов государственных закупок лекарственных препаратов, и регулировать цены на медикаменты.

Улучшение ценового регулирования и переговоры на рынке амбулаторных лекарственных средств обеспечат улучшение финансового доступа для пациентов, которых просят самостоятельно приобретать лекарственные препараты на амбулаторном уровне.

8. Внедрение мониторинга эффективности деятельности поставщиков

с разнообразными аспектами результативности, включая уровень неформальных платежей, хотя бы для лекарственных средств и принадлежностей.

6. Заключение

В заключение, Кыргызстан достиг впечатляющих результатов в снижении неформальных платежей в системе здравоохранения за период с 2001 по 2006 годы, в особенности в отношении лекарственных препаратов, медицинских принадлежностей и питания. Однако в долгосрочной перспективе эти результаты подверглись эрозии, и неформальные платежи начали расти, нейтрализуя предыдущие достижения. Стойкая природа неформальных платежей остается проблемой политики, поскольку они продолжают оставаться непредсказуемым финансовым бременем для пациентов и подрывают доверие к ПГГ. Причин этому множество, включая чрезмерно широкий пакет государственных гарантий, низкий уровень заработных плат и плохие условия работы медицинских работников, устаревшие механизмы закупок, стимулирующие госпитализации, негибкость государственных финансов, сохраняющуюся неэффективность конфигурации предоставления услуг, неэффективные государственные закупки лекарственных средств и принадлежностей, и отсутствие мониторинга эффективности деятельности поставщиков. Стойкая природа неформальных платежей остается проблемой политики, поскольку они продолжают оставаться непредсказуемым финансовым бременем для пациентов и подрывают доверие к Пакету государственных гарантий. Не существует волшебной палочки, по мановению которой можно было бы продолжить снижение неформальных платежей в системе здравоохранения Кыргызстана. Не существует чудодейственного средства, которое позволило бы и далее продолжить снижение неформальных платежей в системе здравоохранения Кыргызстана. Однако, комплексный и многосторонний подход, который принимает во внимание вышеприведенные причины, имеет потенциал добиться успеха, при условии, что государственное финансирование останется на прежнем уровне. Эти предложения требуют дополнительных дискуссий и построения консенсуса.

Литература

- Abel-Smith B, Falkingham J (1995) Private payment for health care in Kyrgyzstan. London: Overseas Development Administration, Health & Population Division, Central Asia.
- Akkazieva B, Jakab M, Temirov A (2016) Long-term trends in the financial burden of health care seeking in Kyrgyzstan, 2000-2014. Barcelona: WHO Health Financing Paper Series.
- Balabanova D, McKee M (2002) Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 62:243–73.
- Balabanova D, McKee M, Mills A, editors (2011) "Good health at low cost" 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Belli P, Gotsadze G, Shahriari H (2004) Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* 70: 109–23.
- Chawla M, Berman P, Kawiorska D (1998) Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Econ* 7: 337–46.
- Chereches R, Ungureanu M, Sandu P, IA Rus (2013) Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health Policy* 110:105–14.
- Delcheva E, Balabanova D, McKee M (1997) Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy* 42: 89–100.
- Enzor T, Savelyeva L (1998) Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy Plann* 13:41–9.
- Gaal P, Evetovits T, McKee M (2006) Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy* 77:86–102.
- Government of Kyrgyzstan (2011) Resolution No. 13 on the payment of medical personnel. Bishkek.
- Gordeev V, Pavlova M, Groot W (2011) Two decades of reforms. Appraisal of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. *Health Policy* 102:270–7.
- Gordeev V, Pavlova M, Groot W (2014) Informal payments for health care services in Russia: old issue in new realities. *Health Econ Policy Law* 9:25–48.
- Gotsadze G, Bennett SC, Ranson K, Gzirishvili D (2005) Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy Plann* 20:232–42.
- Health Policy Analysis Centre (2014) The impact of salary increase in 2011 on motivation of medical personnel and on distribution of resources within the health facilities (Policy Paper #84). Bishkek.
- Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B (2011) Kyrgyzstan: health system review. *Health Syst Transition* 13.
- Jakab M (2007) An empirical evaluation of the Kyrgyz health reform: Does it work for the poor? PhD dissertation, Harvard University, Boston, Massachusetts.
- Jakab M, Kutzin J (2009) Improving financial protection in Kyrgyzstan through reducing informal payments: evidence from 2001–06 (Research Policy Paper #57). Bishkek: Health Policy Analysis Centre.
- Kutzin J (2001) Patient payment policies within the context of the Kyrgyz single payer reform: a preliminary assessment (WHO Policy Research Paper #12). Bishkek: WHO–DFID Health Policy Analysis Project.
- Kutzin J (2004) Health expenditures, reforms and policy priorities in the Kyrgyz Republic (WHO Policy Research Paper #24). Bishkek: WHO–DFID Health Policy Analysis Project.
- Kutzin J, Ibraimova A, Meimanaliev T, Kadyrova N, Schüth T (2001) Addressing informal payments in Kyrgyz hospitals: a preliminary assessment. *Eurohealth* 7:3.
- Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors (2010) Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Lewis M (2000) Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia? Washington DC: The World Bank, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia.

Manjjeva E, Narmanbetov U, Kadyrova N, Jakab M (2007) Analysis of the medium-term financial sustainability of the State guaranteed benefits package (WHO Policy Research Paper #43). Bishkek: WHO–DFID Health Policy Analysis Project.

Mastilica M, Bozиков J (1999) Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity. *Croatian Med J* 40:152–9.

Ministry of Health of Kyrgyzstan (2013) Joint annual review of Den Sooluk health reform programmes. Bishkek.

Ministry of Health of Kyrgyzstan (2014) Joint annual review of Den Sooluk health reform programmes. Bishkek.

Murzalieva G, Kojokeev K, Manjjeva E (2008) Why are our doctors leaving? Exploring the reasons behind migration of medical personnel (Health Policy Research Paper #51). Bishkek.

Pavlova M, Groot W, Van Merode G (2003) The importance of quality, access and price to health care consumers in Bulgaria: a self-explicated approach. *Int J Health Plann Manage* 18:343–361.

Rindfuss R, Choe M, Tsuya N, Bumpass L, Tamaki E (2015) Do low survey response rates bias results? Evidence from Japan. *Demogr Res* 32: 797–828.

Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W (2010) Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Serv Res* 10:273.

Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W (2015) Informal payments for health care services: the case of Lithuania, Poland and Ukraine. *J Eurasian Stud* 6:46–58.

Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, Hall R (2006) Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study. *Social Sci Med* 62:877–87.

Кыргызстан продемонстрировал впечатляющие результаты в области снижения неформальных платежей в своей системе здравоохранения в период с 2001 по 2006 годы, особенно в отношении лекарственных средств, медицинских принадлежностей и питания. Для достижения этих результатов были внедрены реформы, направленные на снижение неэффективности в системе здравоохранения посредством укрепления первичной медико-санитарной помощи, реструктуризации сети стационаров и перенаправления сэкономленных средств на лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Реформы финансирования здравоохранения были разработаны для того, чтобы содействовать трансформации модели предоставления услуг внедряя систему единого плательщика с прогрессивной централизацией аккумулирования средств и внедряя механизмы оплаты поставщиков основанные на население и результаты (Катцин, 2004 г.). Эти выводы демонстрируют, что политика имеет большое значение, а правильная комбинация инструментов политики может внести вклад в снижение неформальных платежей. Однако наши результаты также показывают, что Кыргызстану не удалось обеспечить устойчивость этих достижений в более долгосрочной перспективе, и неформальные платежи снова начали расти после 2006 года, нейтрализовав предыдущие достижения. Данный «поворот вспять» был обусловлен в большой степени неформальными платежами сделанными медицинским работникам, несмотря на существенное повышение заработных плат в 2001 году, и, в меньшей степени, неформальными платежами за лекарственные препараты и медицинские принадлежности. Смена ранее позитивных тенденций в неформальных платежах после 2006 года была обусловлена рядом факторов, включая чрезмерное расширение Пакета государственных гарантий, низкий уровень заработных плат и плохие условия работы медицинских работников, устаревшие механизмы закупок, стимулирующие госпитализации, отсутствие гибкости государственных финансов, сохраняющаяся неэффективность конфигурации предоставления услуг, неэффективность государственных закупок лекарственных средств и медицинских принадлежностей, и отсутствие мониторинга эффективности деятельности поставщиков. Стойкая природа неформальных платежей остается проблемой политики, поскольку они являются непредсказуемым финансовым бременем для пациентов и подрывают доверие к Пакету государственных гарантий. Не существует чудодейственного средства, которое позволило бы и далее продолжить снижение неформальных платежей в системе здравоохранения Кыргызстана. Однако, комплексный и многосторонний подход, который принимает во внимание вышеприведенные причины, имеет потенциал добиться успеха, при условии, что государственное финансирование останется на прежнем уровне.

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51,

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: euwhocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

