



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Долгосрочные тенденции финансового бремени в ходе обращения за медицинскими услугами в Кыргызстане, 2000 – 2014 гг.

Бактыгуль Акказиева
Мелитта Якаб
Адыл Темиров

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

Долгосрочные тенденции финансового бремени в ходе обращения за медицинскими услугами в Кыргызстане, 2000 – 2014 гг.

Бактыгуль Акказиева

Мелитта Якаб

Адыл Темиров

Реферат

Кыргызстан взял курс на достижение всеобщего охвата медицинскими услугами и внедряет комплексные реформы, направленные на улучшение состояния здоровья населения Кыргызстана. Для того, чтобы документально зафиксировать прогресс в снижении финансового бремени населения, модуль по использованию медицинских услуг и расходам на здравоохранение был добавлен в Кыргызское интегрированное обследование бюджета домохозяйств, проводимое Национальным статистическим комитетом. Данное уникальное межсекторальное обследование для оценки финансового бремени на население и доступа населения к медицинской помощи проводится уже в течение 15 лет. Обследование свидетельствует о впечатляющем снижении финансового бремени, связанного с обращением за медицинской помощью благодаря внедрению комплексных реформ в области здравоохранения в течении 2000-2009 гг. Однако, финансовое бремя, связанное с медицинскими услугами, вновь возросло значительно после 2009 года, в частности, для двух наиболее бедных слоев населения, а также в двух крупнейших городах Бишкек и Ош. Лекарственные средства, приобретённые на амбулаторном уровне, являются главной движущей силой в увеличении наличных расходов из кармана. Финансовые и географические барьеры для доступа к услугам здравоохранения улучшилась в течение рассматриваемого периода, но почти половина населения по-прежнему считает, что трудно найти деньги, чтобы оплатить за медицинское обслуживание. Таким образом, данные, полученные в течение последних 15 лет в Кыргызстане, свидетельствует о том, что хорошо продуманные реформы здравоохранения, приведенные в соответствии к потребностям страны, могут снизить финансовую нагрузку на население, связанную с обращениями за медицинской помощью, но поддержание этих достижений в долгосрочной перспективе может быть сложным.

Ключевые слова

Universal Coverage
Health Care Reform
Healthcare Financing
Health Expenditures
Health Services Accessibility
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-овом
режиме на сайте Регионального
бюро: [http://www.euro.who.int/
PubRequest?language=Russian](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
материалов. Мнения, выраженные в данной
публикации авторами, редакторами или группами
экспертов, необязательно отражают решения или
официальную политику Всемирной организации
здравоохранения.

Содержание

Аббревиатуры	viii
Выражение признательности	ix
1. Введение	10
2. Цель и вопросы исследования	12
3. Методология	14
3.1. Выборка и доля представивших ответов	15
3.2. Инструмент обследования	16
3.3. Потребление на душу населения	17
3.4. Категории расходов на здравоохранение и их расчеты	18
3.5. Ограничения	18
4. Результаты	20
4.1. Амбулаторное медицинское обслуживание: использование и расходы	21
4.1.1. Структура использования амбулаторных услуг	21
4.1.2. Тенденции в наличных выплатах из кармана населения	24
4.2. Лекарственные средства: использование и расходы	27
4.3. Стационарная помощь: использование и расходы	29
4.3.1. Структура использования стационарных услуг	29
4.3.2. Тенденции в наличных выплатах из кармана населения	31
4.4. Общие наличные выплаты из кармана и структура финансового бремени	34
4.5. Неудовлетворенные потребности и механизмы приспособления	39
4.6. Общие расходы на здравоохранение: государственные и частные	40
5. Выводы	44
Литература	47

Список рисунков

Рис. 1. Доля населения, использующая амбулаторные услуги в течение последних 30 дней в разрезе пола, 2000-2014.
21

Рис. 2. Доля населения, использующая амбулаторные услуги в разрезе городской и сельской местности проживания, 2009-2014 гг.
22

Рис. 3. Использования амбулаторных услуг в разрезе медицинских учреждений, 2003-2014 гг.
22

Рис. 4. Использование амбулаторных услуг за последние 30 дней в разрезе квинтилей, 2000-2014 гг.
23

Рис. 5. Использование амбулаторно услуг в разрезе квинтилей и места проживания населения, город и село, 2009 и 2014 гг.
23

Рис. 6. Использование амбулаторных услуг в разрезе состояния здоровья населения на основе их самооценки, 2000-2014 гг.
24

Рис. 7. Распределение НВиК населения на амбулаторном уровне, 2014 г.
25

Рис. 8. Доля населения, платившего за амбулаторные консультации по видам медицинского персонала, 2000-2014 гг.
26

Рис. 9. Частота и средние выплаты в номинальном выражении в разрезе областей, 2014 г.
26

Рис. 10. Доля населения, покупавшая, по меньшей мере, один лекарственный препарат (назначенные и/или не назначенные врачом), 2006-2014 гг.
27

Рис. 11. Средние расходы на назначенные и не назначенные лекарственные средства в номинальном выражении, 2006-2014 гг.
28

Рис. 12. Доля населения, приобретающая по меньшей мере одно лекарство и средняя выплачиваемая сумма в течение последних 30 дней в номинальном выражении, 2014 г.
29

Рис. 13. Использование стационарных услуг в разрезе квинтилей, 2000-2014 гг.
30

Рис. 14. Использование стационарных услуг в разрезе квинтилей и места проживания населения, город и село, 2009 и 2014 гг.
30

Рис. 15. Распределение госпитализации по типам медицинского учреждения, 2000-2014 гг.
31

Рис. 16. Средние расходы (без питания) стационарных пациентов в разрезе квинтилей в номинальном выражении, 2006-2014 гг.
33

Рис. 17. Частота и средние расходы (без питания) во время пребывания в стационарах, в разрезе областей, в номинальном выражении, 2014 г.
33

Рис. 18. Средние общие НВиК в номинальном и реальном годовом темпе роста, 2000-2014 гг.
34

Рис. 19. Среднее общие НВиК в номинальном выражении в разрезе квинтилей, 2009-2014 гг.
35

Рис. 20. Средний общие НВиК в номинальном выражении в разрезе областей, 2014 г.
35

Рис. 21. Общие НРИК как доля потребления на душу населения, 2003-2014 гг.
36

Рис. 22. Среднегодовые темпы роста НВиК и потребления, 2003-2014 гг.
36

Рис. 23. Доля НВиК, занимающая в общем бюджете домохозяйств на душу населения, среди пользователей любых медицинских услуг, в разрезе областей, 2014 г.
37

Список таблиц

Рис. 24. Доля НВиК в бюджете домохозяйств на душу населения в разрезе квинтилей, 2003-2014.
38

Рис. 25. Общие НВиК как доля бюджета домохозяйств на душу населения среди пользователей медицинских услуг, в разрезе квинтилей, 2009-2014 гг.
38

Рис. 26. Доля людей, нуждавшихся в медицинской помощи, но не обратившихся за ней за последние 30 дней, 2000–2014 гг.
39

Рис. 27. Стратегии выхода из положения для нахождения средств на оплату медицинских услуг, 2009-2014 гг.
40

Рис. 28. Среднегодовой темп роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения в номинальном и реальном выражениях, 2006-2014 гг.
42

Таб. 1. Размер выборки 5 обследований.
16

Таб. 2. Частота и средние расходы на амбулаторном уровне в течение последних 30 дней, 2000-2014 гг.
25

Таб. 3. Частота и средние расходы на стационарном уровне, 2000-2014 гг.
32

Таб. 4. Причины «необращения» за медицинской помощью лицами, нуждавшимися в ней (по ответам респондентов), 2006–2014 гг.
39

Таб. 5. Общие расходы на здравоохранение по индикаторам, 2000–2014 гг.
41

Аббревиатуры

ВВП	Валовый внутренний продукт
ИПЦ	Индекс потребительских цен
ГСВ	Группы семейных врачей
КИОБД	Кыргызское интегрированное обследование бюджета домохозяйств
НВиК	Наличные выплаты из кармана
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПГГ	Пакет государственных гарантий
ЦСМ	Центры семейной медицины
ФАП	Фельдшерско-акушерские пункты
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования

Выражение признательности

Данный отчет был подготовлен Барселонским офисом совместно с Центром Анализа Политики Здравоохранения в Кыргызстане в рамках двухлетнего Соглашения о Сотрудничестве на 2014-2015 гг. между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и ВОЗ. Отчет был подготовлен при финансовой поддержке Проекта «Усиление мониторинга и оценки и политического диалога для успешной реализации Программы «Ден Соолук» Швейцарским Бюро по Развитию и Сотрудничеству (SDC).

ВОЗ предоставила техническую и финансовую поддержку по контролю за проведением полевых работ, выполнению анализа и подготовке отчета.

Мы благодарны как Министерству здравоохранения, так и Фонду обязательного медицинского страхования (ФОМС) за поддержку этой работы в течение пятнадцати лет. Комментарии, предоставленные МЗ и ФОМС во время презентации предварительных результатов в ноябре 2015 года, были ценными, и приняты во внимание при окончательной доработке отчета.

Национальный статистический комитет Кыргызстана провел все пять раундов обследования в течение 15 лет и подготовил технические отчёты по полевой работе. Очищенная (упорядоченная) база данных вместе с объединенными данными по потреблению домохозяйств была предоставлена Нацстаткомитетом Европейскому Региональному бюро ВОЗ.

Два международных партнера, Департамент международного развития Соединенного Королевства и Швейцарское Бюро по сотрудничеству, в разное время оказывали финансовую помощь для проведения этих обследований, которые являются самыми продолжительными в этом Регионе, и мы благодарим их за оказанную поддержку.

1. Введение

Многие страны привержены к переходу к всеобщему охвату медицинскими услугами в качестве неотъемлемой составляющей социально-экономического развития (Родин и де Ферранти, 2012; Кацин, 2013; ВОЗ и Всемирный банк, 2015). Кыргызстан также выразил приверженность к переходу к всеобщему охвату медицинскими услугами, и первым начал внедрять комплексную трансформацию системы здравоохранения, начиная с 1996 года (Кацин, 2001; Кацин и др., 2009; Балабанова и др., 2011; Ибраимова и др., 2011). В стране были реализованы три основные программы реформирования здравоохранения после приобретения независимости в 1991 году: «Манас» (1996-2006), «Манас таалими» (2006-2012) и «Ден Соолук» (2012-2016). Эти программы внедрили комплексные финансовые и структурные изменения в целях укрепления системы здравоохранения на всех уровнях.

В начале 1990-х годов, уровень государственных расходов на здравоохранение в Кыргызстане резко снизился и наличные выплаты из кармана (НВиК) стали одним из основных источников финансирования здравоохранения (Кацин, 2004). Это стало основным барьером в ходе обращения за медицинской помощью для населения страны. Пакет реформ включал в себя внедрение системы единого плательщика, которая предусматривала внедрение налога на фонд заработной платы, и который в свою очередь, был объединен с общими налогами в новом агентстве по закупкам медицинских услуг, Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). ФОМС заменил предыдущие механизмы оплаты поставщиков (исторический постатейный бюджет) подушевой оплатой и оплатой за пролеченный случай, и это способствовало сокращению больничной инфраструктуры (Якаб и Кацин, 2009; Кацин и др., 2010). Кроме того, сооплата за госпитализацию была внедрена в рамках пакета государственных гарантий (ПГГ), которая регулирует права и обязательства в ходе получения и оплаты медицинских услуг. Он (пакет) был разработан для замены неформальных платежей за медицинскую помощь, прозрачной, официальной системой сооплаты, тем самым уменьшая финансовое бремя расходов на здравоохранение (Якаб & Кацин, 2009)

Реформы здравоохранения, включая финансирование здравоохранения, замедлили свой темп начиная с 2010 года, после политических потрясений в стране, и успех ранних реформ здравоохранения оказался под угрозой (Балабанова и др., 2011; Ибраимова и др., 2011). Тем не менее, попытки улучшения системы здравоохранения были продолжены за счет внедрения ряда изменений. В 2011 году новое Правительство приняло решение о повышении заработной платы работникам социальной сферы, включая здравоохранение, в целях удержания этих работников (Балабанова и др., 2011; Центр анализа политики здравоохранения, 2015).

Для того, чтобы документально зафиксировать влияние тенденций реформ на финансовое бремя и доступ к медицинской помощи, модуль по использованию медицинских услуг и расходам на здравоохранение был добавлен в Кыргызское интегрированное обследование бюджетов домохозяйств (КИОБД), которое регулярно проводится Национальным статистическим комитетом, для мониторинга и анализа бедности. Обследования были проведены в 2001, 2004, 2007, 2010 и 2015 годах при технической и финансовой поддержке со стороны ВОЗ и Департамента международного развития Соединенного Королевства (DFID). Такой подход позволил связать данные по здравоохранению и использованию медицинских услуг с подробной информацией о доходах и расходах населения за предыдущий год для оценки бремени расходов на здравоохранение на население. Таким образом, эти обследования способствовали укреплению мониторинга эффективности системы здравоохранения.

2. Цель и вопросы исследования

Целью данной исследовательской работы является анализ и отчет долгосрочных тенденций в использовании медицинской помощи и связанные с ними наличные выплаты из кармана, сделанные индивидуумом, в течении 2000-2014 гг. **НВиК включают в себя как формальные, так и неформальные выплаты за медицинские услуги, включая со-оплату, платные услуги, оплату в частных медицинских учреждениях, за медикаменты, лабораторные исследования, диагностику и другие выплаты.** В частности, следующие вопросы были рассмотрены:

- Каковы тенденции в использовании амбулаторных и стационарных услуг в соответствии с социально-экономическим статусом человека? Каковы закономерности неудовлетворенной потребности в медицинских услугах и механизмы, решения проблем, используемые домохозяйствами для сбора средств для покрытия расходов на медицинскую помощь?
- Изменилась ли тенденция в НВиК в связи с внедрением комплексных реформ? Что является основной движущей силой в тенденциях НВиК?
- Каковы тенденции финансового бремени, связанного с обращением за медицинской помощью, и как это варьируется в зависимости от социально-экономического статуса человека в течение рассматриваемого периода? Была ли доля расходов на здравоохранение в общем бюджете на душу населения прогрессивной или регрессивной?
- Каковы общие расходы на здравоохранение? Каковы тенденции в росте государственных и частных расходов в реальном и номинальном выражении?

3. Методология

Национальный статистический комитет (НСК) КР регулярно проводит Кыргызское интегрированное обследование бюджетов домохозяйств (КИОД) с целью мониторинга и анализа бедности. В 2001 году в КИОД был внесен дополнительный модуль «Здравоохранение» по использованию мед.услуг и медицинским расходам на здравоохранение. Это позволило связать данные по здоровью и использованию мед.услуг с подробной информацией о доходах на душу населения и структуре потребления для оценки финансовой защищённости населения от катастрофических расходов на здравоохранение.

Добавление периодического модуля по здравоохранению было необходимым, даже при том, что КИОД также собирает данные о расходах на здравоохранение, поскольку они значительно занижены. Например, в 2014 году общие расходы на здравоохранение по результатам КИОД были в 4.5 раза ниже, чем в модуле здравоохранения. Данные о НРИК в модуле здравоохранения получают за счет того, что сначала респондентов просят вспомнить их использование мед.услуг за определённый период, а затем просят их вспомнить подробные сведения о расходах. Это помогает респондентам вспомнить расходы и сокращает ошибки.

Данное обследование является уникальным среди стран на постсоветском пространстве, за счет применения общей и системной методологии с 2001 года, которая позволяет сравнивать показатели финансовой защиты в течение длительного периода времени в динамике.

3.1. Выборка и доля представивших ответов

Модуль обследования по использованию медицинских услуг и расходам на здравоохранение основан на том же дизайне выборки и размера, что и КИОБД. Данные являются репрезентативными на национальном и областном уровнях¹.

Структура выборки была основана на национальной переписи населения 1999 года и обновлена во время последней переписи в 2009 году. Наименьшая единица проживания/местности, используемая в электронной базе данных является портфелем выборки. В 2009 году в стране насчитывалось 13209 портфелей на основе последних данных переписи населения. Эти портфели довольно однородны с точки зрения числа форм переписи. Это позволило применить двухэтапную выборку:

- На первом этапе, портфели переписи были использованы первичные единицы выборки и число домохозяйств в каждом портфеле, для отбора 456 первичных единиц выборки (ПЕВ/PSU) с вероятностью, пропорциональной размеру портфеля.
- Высокая внутрикластерная корреляция различных значений была использована для определения размера кластера в выборке и обеспечения эффективного использования времени интервьюеров за счет минимизации поездок от одного населенного пункта к другому. Компромисс между точностью данных, эффективностью промежутка времени и финансами привел к размеру кластера, состоящего из 11 домохозяйств. На втором этапе были использованы списки домохозяйств в отобранных первичных единицах выборки для случайной выборки из 11 домохозяйств в каждом кластере с вероятностью, пропорциональной размеру домохозяйства.

1. После 2001 года дизайн выборки рутинного КИОБД был пересмотрен при технической поддержке Департамента международного развития Великобритании (DFID).

Ввиду того, что выборочное обследование не было само-взвешенной выборкой, коэффициенты взвешивания применялись для корректировки избыточной выборки некоторых малонаселенных местностей. Анализе, предоставленный в этом отчете, основывается на взвешенных данных.

Размер выборки за рассматриваемый период составил 2000 - 3000 домохозяйств, что составляет около 12 901–20 850 человек (Таблица 1). Каждое домохозяйство, включенное в данное исследование, было успешно опрошено, со 100% уровнем опрошенных, хотя в отдельные годы, этот уровень был немного ниже - 97% - 99% в связи с географическими трудностями в ходе опроса домохозяйств.

Таб. 1. Размер выборки 5 обследований

Год проведения исследования	Год проанализированных данных	Размер выборки (домохозяйства)	Размер выборки (человек)
Март 2001	2000	2000	12 901
Март 2004	2003	3000	18 690
Март 2007	2006	5005	21 257
Март 2010	2009	5001	20 225
Апрель-март 2015	2014	5016	20 850

3.2. Инструмент обследования

Инструмент обследования был разработан для сбора подробных данных об использовании медицинских услуг и о расходах на здравоохранение на душу населения на амбулаторном и стационарном уровнях предоставления услуг. Расходы на здравоохранение включают формальные и неформальные выплаты, сделанные индивидуально на любых уровнях медицинской помощи. Респондентам не задавали прямых вопросов о неформальных выплатах, но их попросили рассказать о каких-либо выплатах, произведенных в ходе использования медицинских услуг, включая платежи в натуральной форме, которые переведены в денежное выражение. В инструменте обследования, слово «неформальное» или «неофициальное» не использовались, для того, чтобы свести к минимуму неточные ответы.

Инструмент включает в себя информацию о состоянии здоровья каждого члена семьи старше 18 лет, показания артериального давления и вопросы, связанные с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертония, избыточный вес, табако-курение и т.д. Результаты анализа этих данных не включены в данный отчет, так это не являлось целью данного отчета.

Инструмент обследования был применен к каждому члену всех домохозяйств в течение одного и того же месяца (март) в каждом раунде обследования, за исключением последнего раунда, когда он применялся в апреле – мае (Таблица 1). Респондентов попросили ретроспективно вспомнить амбулаторные посещения, госпитализации и связанные с ними расходы, следующим образом:

- амбулаторный уровень: за последние 30 дней
- лекарства, приобретенные на амбулаторном уровне: за последние 30 дней
- стационарный уровень: за последние 12 месяцев

Анализ данных осуществляется за период, предшествующий дате опроса, когда были собраны данные (Таблица 1).

3.3. Потребление на душу населения

Для того, чтобы сформировать показатель социально-экономического статуса на душу населения, мы использовали показатель потребительских расходов КИОБД в качестве надежной постоянной переменной потребления домохозяйств, что позволило нам контролировать тенденции в социально-экономическом статусе домохозяйств. Показатель потребления включает в себя расходы домохозяйств и условно рассчитанное значение потребления домашнего производства, в том числе стоимость от продажи товаров длительного пользования. Этот показатель также скорректирован на разницу в стоимости жизни для всей республики (Якаб, 2007).

Для улучшения последовательности, начиная с 2009 года, мы скорректировали переменную потребления, используемую для расчета потребления. Переменная потребления, полученная из КИОБД, так содержит НВиК на здравоохранение, рассчитываемая в ходе регулярного обследования. Этот показатель, НВиКД, значительно ниже такого же показателя, рассчитанный в подробном модуле здравоохранения, скорее всего, из-за ошибки памяти/воспоминания. Это создает противоречие, когда мы объединяем этот показатель потребления с более высокими расчётными показателями НВиК и мы переоцениваем долю НВиК в общих потреблении домохозяйств. Для улучшения последовательности нашего показателя, мы вычитаем НВиК из показателя общего потребления, рассчитанного в регулярном КИОБД и прибавляем показатель НВиК, рассчитанный в модуле здравоохранения. Мы использовали этот модифицированный показатель потребления в качестве знаменателя для расчета доли расходов, начиная с 2009 раунда. Мы не смогли пересчитать эти показатели ретроспективно для предыдущих раундов обследований, и, таким образом, некоторое расхождение в сопоставимости до и после 2009 года присутствуют во временных периодах, представленных в данном отчете.

Дальнейшая корректировка, начиная с 2009 раунда, была сделана, которая включает формирование квинтилей, которые были сформированы на основе потребления, исключая медицинские расходы. Мы заметили, что 40% лиц, сообщившие о НВиК, использовали свои сбережения и другие стратегии выхода из положения, такие как заимствование денег, продажа активов и просить помощи у родственников, которые не являются частью текущего их потребления. Таким образом, более высокие НВиК не обязательно отражают более высокий текущий уровень потребления. Для того, чтобы избежать предположения, что более больные люди являются более богатыми, мы сформировали квинтили, основанные на потреблении, исключая расходы на здравоохранение, согласно Дитон и Заиди (2002). Поскольку мы не могли бы применить эту модификацию ретроспективно к данным 2000, 2003 и 2006 годов, существуют расхождения во временных периодах.

3.4. Категории расходов на здравоохранение и их расчеты

Расходы на здравоохранение рассчитаны в одной из трех категорий:

- *Амбулаторные расходы* включают все расходы и стоимость подарков, выплаченных медицинскому персоналу, в ходе амбулаторных посещений, о которых респондент сообщил. Стоимость одного амбулаторного посещения умножается на 12 месяцев для расчета годовых расходов на амбулаторном уровне на душу населения.
- *Расходы лекарства, приобретенные на амбулаторном уровне*, включают в себя, как выписанные врачом лекарства, так и не выписанные врачом; в эту категорию не включаются лекарства, приобретенные в связи с госпитализацией. Стоимость одного приобретенного лекарства умножается на 12 месяцев для расчета годовых расходов на лекарства на амбулаторном уровне на душу населения.
- *Стационарные расходы* включают все выплаты, произведенные во время госпитализации, включая со-оплату, прямые/непосредственные выплаты медицинскому персоналу, медикаменты, предметы медицинского назначения и оборудование, продукты питания и т.д. Кроме того, респондентов просили оценить стоимость расходов в натуральной форме (подарки врачу, продукты питания и лекарства, принесенные членами семьи и друзьями). Все категории оплаты суммируются для расчета годовых общих расходов на стационарном уровне на душу населения.

Средние расходы на здравоохранение, в этом отчете представлены, как в номинальном, так и/или в реальном выражении. Для расчета расходов в реальном выражении использован Индекс потребительских цен (ИПЦ), который рассчитывается Национальным Статистическим Комитетом на основе цен 2000 года.

3.5. Ограничения

Результаты данного исследования следует рассматривать в контексте ограничения. Так как данные КИОД основаны на самостоятельно представленных данных, они могут иметь ошибки памяти/воспоминания. Мы предполагаем, что любые такие ошибки являются постоянными в течение времени, и, в то время как они могут влиять на оценку в течение одного года, то в целом тенденции правильны.

4. Результаты

Ниже мы приводим основные результаты по тенденциям использования услуг на амбулаторном и стационарном уровнях и НВиК, связанные с ними; а также на лекарства, приобретённые на амбулаторном уровне.

4.1 Амбулаторное медицинское обслуживание: использование и расходы

Кыргызстан был одним из первых среди стран бывшего Советского Союза, который начал укреплять первично медико-санитарную помощь (ПМСП) посредством внедрения модели семейной медицины, а также замены исторической постатейной оплаты на подушевое финансирование в конце 1990-х годов (Министерство здравоохранения, 2014). Нормативные документы для формирования ПМСП, как привратника системы здравоохранения, были представлены и внедрены в тот же период с целью управления потоком пациентов. Ниже мы представляем тенденции использования и НВиК на душу населения на амбулаторном уровне.

4.1.1 Структура использования амбулаторных услуг

Использование амбулаторных услуг увеличилось в течение всего рассматриваемого периода с 2000 по 2014 гг., с 9% до 13% соответственно. Женщины обращались за амбулаторной медицинской помощью чаще, чем мужчины. Так, в 2014 году, около 17% женщин и 10% мужчин обратились за амбулаторной помощью (Рис. 1).

Рис. 1. Доля населения, использующая амбулаторные услуги в течение последних 30 дней в разрезе пола, 2000-2014



Число амбулаторных посещений особенно выросло в сельской местности, почти в 1,6 раза в 2014 году по сравнению с 2009 годом (Рис. 2). Так, в 2014 году мы наблюдали увеличение спроса услуг, предоставляемых фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), почти в два раза, по сравнению с 2009 годом (Рис.

3). Необходимо дополнительно изучить возросшую тенденцию использования медицинских услуг в сельской местности. С одной стороны, более активное использование ФАПов может сигнализировать о повышении доступности и улучшения качества услуг на сельском уровне. А с другой стороны, это также может указывать на нехватку кадровых ресурсов в группах семейных врачей/центрах семейной медицины (ГСВ/ЦСМ) в сельской местности (Мурзалиева и др., 2008; Центр анализа политики здравоохранения, 2015).

Рис. 2. Доля населения, использующая амбулаторные услуги в разрезе городской и сельской местности проживания, 2009-2014 гг.

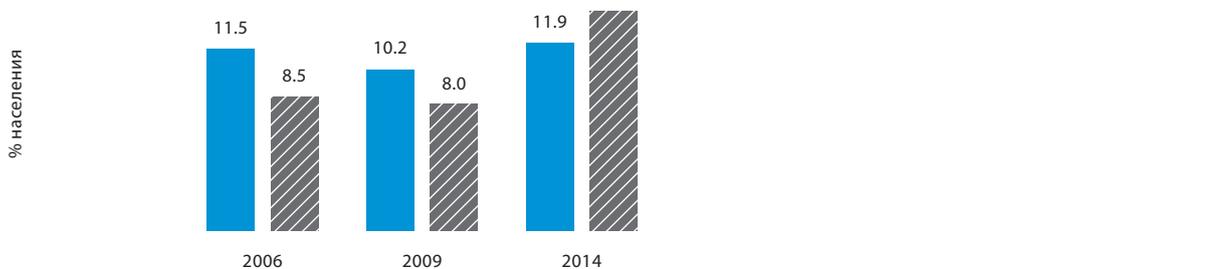
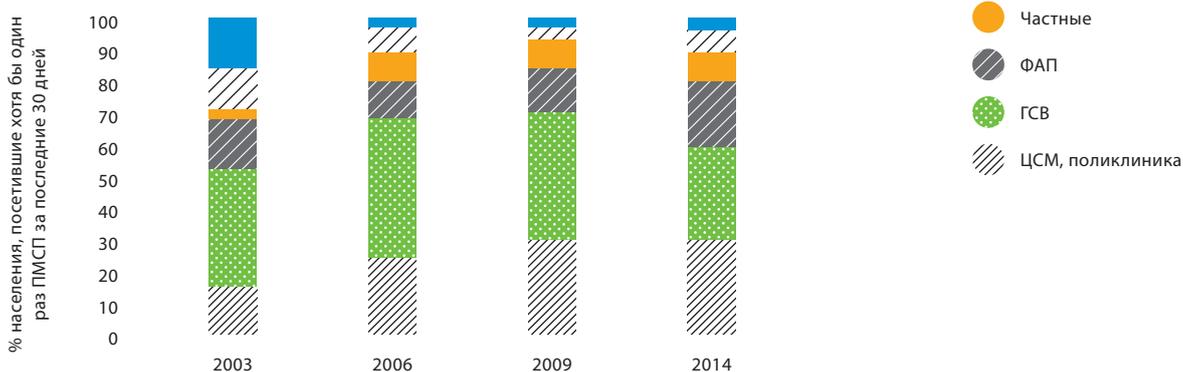


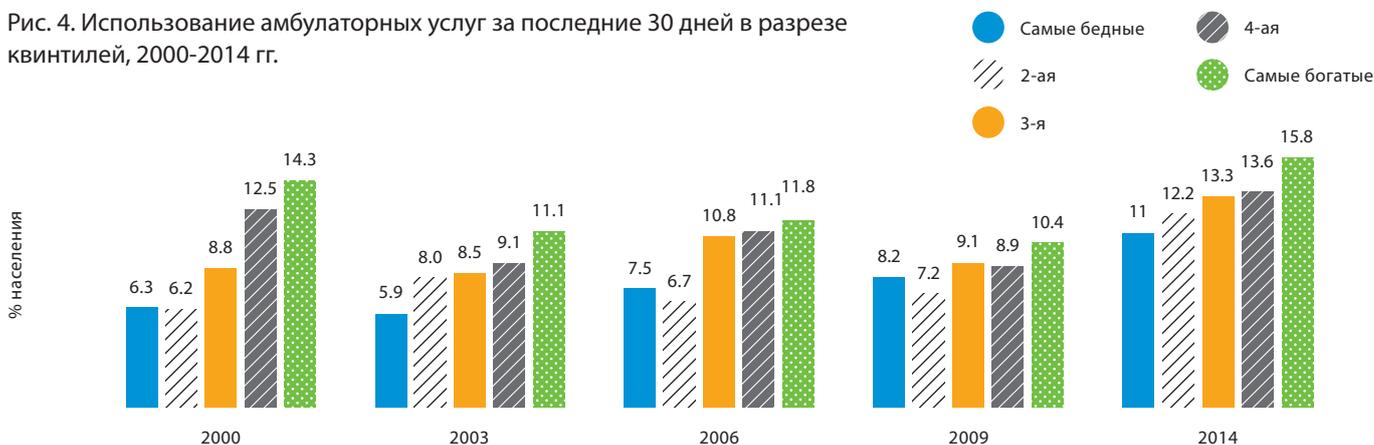
Рис. 3. Использование амбулаторных услуг в разрезе медицинских учреждений, 2003-2014 гг.



Анализ структуры использования амбулаторных услуг в разрезе социально-экономического статуса (квинтиля) свидетельствует о том, что разрыв в использовании услуг между наиболее бедными и наиболее богатыми квинтилями значительно уменьшился за период с 2000 г. по 2014 г. (Рис. 4).

Так, значительное увеличение в использовании амбулаторных услуг наиболее бедными слоями населения наблюдалось в 2014 году по сравнению с 2000 годом; с 6,3% до 11% на душу населения в наиболее бедном квинтиле и примерно с 14,3% до 15,8% на душу населения среди наиболее богатого слоя населения. Таким образом, социально-экономический градиент, или разница, в использовании амбулаторных услуг, сократилась за период с 2000 по 2014 годы, хотя и не исчезла полностью.

Рис. 4. Использование амбулаторных услуг за последние 30 дней в разрезе квинтилей, 2000-2014 гг.



Дальнейший анализ использования медицинских услуг в сельской и городской местностях в разрезе социально-экономического статуса также показывает положительную динамику.

Повышенный спрос на медицинские услуги в сельских районах сократил разрыв между городскими и сельскими районами (Рис. 5). Эта тенденция наблюдается во всех квинтилях, и в некоторых квинтилях уровень использования медицинских услуг в сельской местности превысил уровень их использования в городской местности. Инвестиции в уровень ПМСП, в сельской местности, включая обучение, явно дают дивиденды с точки зрения более широкого использования медицинских услуг населением.

Рис. 5. Использование амбулаторно услуг в разрезе квинтилей и места проживания населения, город и село, 2009 и 2014 гг.



Для того, чтобы понять поведенческие аспекты обращения населения за медицинской помощью, т.е. понять основные болезни и состояния, в связи с которыми население чаще всего использует амбулаторные услуги, также был проведен анализ использования медицинских услуг в соответствии с состоянием

здоровья на основе самооценки населения. **Рис. 6 указывает на то, что спрос на амбулаторные услуги значительно вырос среди людей с ограниченными хроническими и острыми состояниями.** Возможно, это связано с улучшением потенциала уровня ПМСП. Таким образом, люди с ограниченными острыми и хроническими заболеваниями, которые нуждаются в диагностике и лечении, часто обращаются в (более дорогостоящие) больницы, где они могут получить более комплексную медицинскую помощь. Увеличение использования амбулаторных услуг может свидетельствовать о том, что население лучше понимает преимущества эффективности/ценностей медицинских услуг на уровне ПМСП, т.е. преимущества получения более качественных услуг за меньшие деньги, чем в больнице.

Рис. 6. Использование амбулаторных услуг в разрезе состояния здоровья населения на основе их самооценки, 2000-2014 гг.



4.1.2 Тенденции в наличных выплатах из кармана населения

НВик на получение амбулаторных услуг сократились за период с 2000 по 2014 годы с 46% до 23% среди тех, кто сообщил, что обращались за амбулаторной медицинской помощью в течение последних 30 дней; хотя сумма, уплаченная за эти услуги, была в три раза выше в 2014 году, чем в 2000 году, даже в реальном выражении (Таблица 2). Несмотря на наблюдаемое снижение финансового бремени с точки зрения частоты платежей населением за полученные амбулаторные услуги, но все же пациенты, которые платили за эти услуги, платили в два раза больше.

Таб. 2. Частота и средние расходы на амбулаторном уровне в течение последних 30 дней, 2000-2014 гг.

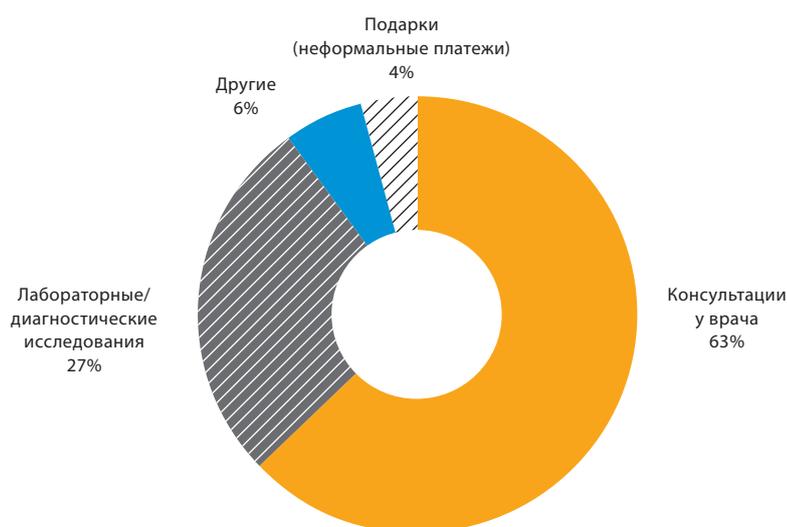
Категория	2000		2003		2006		2009		2014	
	Н	Р	Н	Р	Н	Р	Н	Р	Н	Р
Платившие среди пользователей услуг	46%		36%		35%		38%		23%	
Ср. сумма оплаты среди плативших, сом	130.8	130.8	129.7	115.3	228.2	176.9	344.7	182.3	1129.4	402.7
Ср. сумма оплаты среди обратившихся за мед.пом-ю, сом	61.53	61.5	50.9	45.2	79.7	61.8	131.2	69.4	379.7	135.4
Общий средний размер оплаты, сом	6.2	6.2	4.5	4.0	7.3	5.7	11.5	6.1	50.0	17.8

Примечание: Н – номинальное выражение, Р- реальное выражение

Реальные выражения основываются на ИПЦ 2000 года (= 100)

Анализ НВиК на амбулаторном уровне в разрезе видов медицинских услуг, показывает, что наличные выплаты за консультации с врачами были намного выше, чем за другие категории услуг, 63% от общего объема НВиК в 2014 году (Рис. 7). Вторая по величине категория расходов была за диагностические услуги (27%), в том числе лабораторные исследования. Примечательно, что неформальные платежи в виде подарков составили лишь незначительную часть в структуре НВиК (4%) и могут рассматриваться как традиционное выражение благодарности врачу за лечение.

Рис. 7. Распределение НВиК населения на амбулаторном уровне, 2014 г.



Анализ расходов амбулаторных пациентов за консультации у различных категорий медицинского персонала показывает, что большинство НВиК были сделаны стоматологам, медицинскому персоналу частных медицинских учреждений и традиционным/народным целителям (Рис. 8).

НВИК в государственных амбулаторных учреждениях были относительно низким и стабильными на протяжении всего рассматриваемого периода. Наблюдалось небольшое снижение НВИК среднему медицинскому персоналу (напр. медстрам, фельдшерам), что может быть связано со значительным повышением заработной платы медицинскому персоналу в 2011 году (Центр анализа политики здравоохранения, 2015).

Рис. 8. Доля населения, платившего за амбулаторные консультации по видам медицинского персонала, 2000-2014 гг.



Среднегодовая выплачиваемая сумма и частота выплат, среди обратившихся за амбулаторной помощью, распределены неравномерно по областям и двум крупнейшим городам (Бишкек и Ош). Так, люди, получавшие амбулаторную помощь в г. Бишкеке и г. Оше, а также близлежащих областях (Чуйской и Ошской) в среднем, платили чаще и больше, чем в других областях (Рис. 9).

Рис. 9. Частота и средние выплаты в номинальном выражении в разрезе областей, 2014 г.

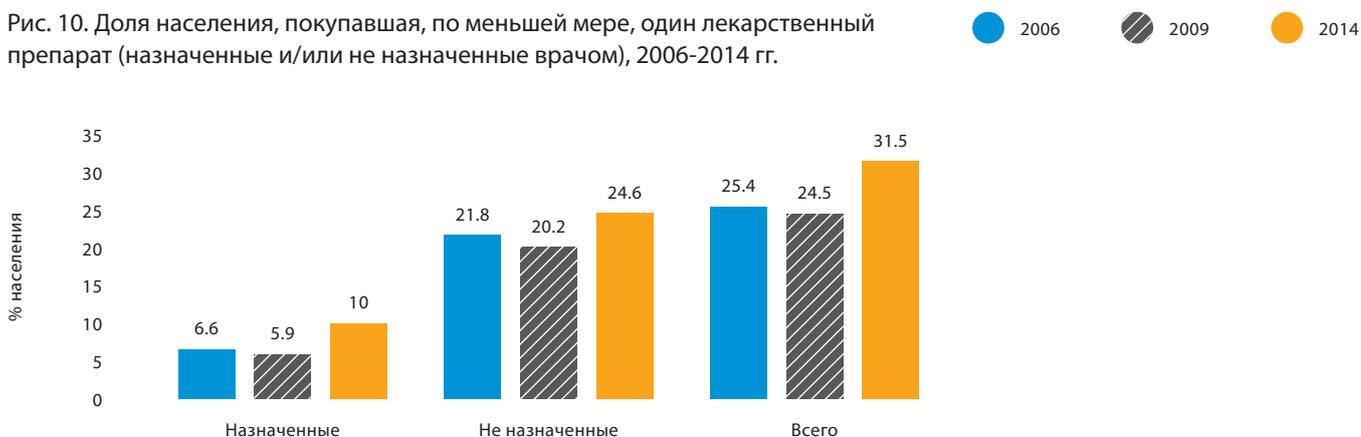


4.2. Лекарственные средства: использование и расходы

Лекарственные средства, приобретенные на амбулаторном уровне назначенные и не назначенные врачом - являются основной категорией НВиК населения, составляя более 60% в общей структуре НВиК. Одной из причин увеличения НВиК на лекарственные средства является рост их потребления. В 2014 году около 32% населения приобрели, по меньшей мере, одно лекарственное средство (назначенное и не назначенное), по сравнению с 25% населения в 2009 году (Рис. 10). И среди них, только 10% приобрели назначенные врачом лекарства, в то время как 25% приобрели медикаменты, не назначенные врачом (Рис. 10). Исследование, проведенное Центром анализа политики здравоохранения в 2009 году по использованию непатентованных лекарственных средств (не генериков) также показало, что 25% населения приобрели лекарства, не назначенные врачом (Абдраимова и др., 2009 г).

Одна четверть населения Кыргызстана покупает лекарства, не назначенные врачом, ввиду отсутствия законодательства по ограничению отпуска каких-либо лекарственных средств, кроме таких как наркотические средства и подобные. В настоящее время любой человек может зайти в любую аптеку в стране и приобрести любой тип лекарственного препарата - антибиотик, противовирусный, психотропный препарат, инсулин, статины - без предъявления рецепта от врача. Некоторые фармацевты сами советуют клиентам какие лекарства приобретать на основании жалоб или симптомов, описанных ими, или рекомендуют заменить лекарства на более дорогостоящие или брендовые препараты (Абдраимова и др., 2009 г).

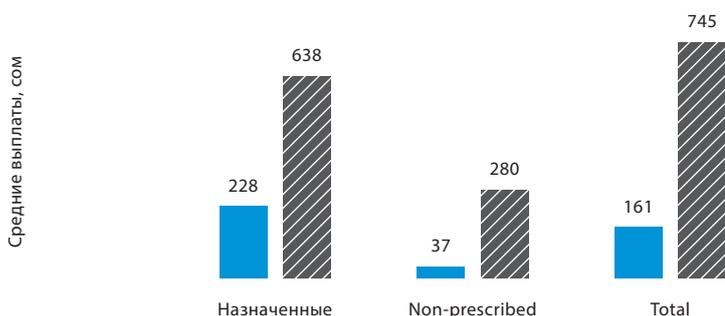
Рис. 10. Доля населения, покупавшая, по меньшей мере, один лекарственный препарат (назначенные и/или не назначенные врачом), 2006-2014 гг.



Средние расходы на лекарственные препараты (назначенные и не назначенные врачом) значительно увеличились в течение 2006 – 2014 годов, с 161 сомов до 745 сомов в номинальном выражении (Рис. 11).

Резкое увеличение расходов на лекарства вызвано резким повышением цен, и причиной этому могут быть множественные факторы, которые в настоящее время исследуются. В результате, средняя стоимость назначенных врачом лекарств в 2014 году была в три раза выше, чем в 2006 году (638 сомов и 228 сомов соответственно в номинальном выражении) и увеличилась на 20% даже в реальном выражении (Рис. 11). Аналогичная картина наблюдалась и по средней стоимости приобретенных лекарственных средств, не назначенных врачом (Рис. 11); есть предположение, что врачи назначают брендовые и более дорогостоящие лекарства. Основная причина отказа населения от приобретения лекарственных препаратов – это "слишком дорого" - отмечалась 64% респондентами в 2014 году и 40% в 2009 году.

Рис. 11. Средние расходы на назначенные и не назначенные лекарственные средства в номинальном выражении, 2006-2014 гг.

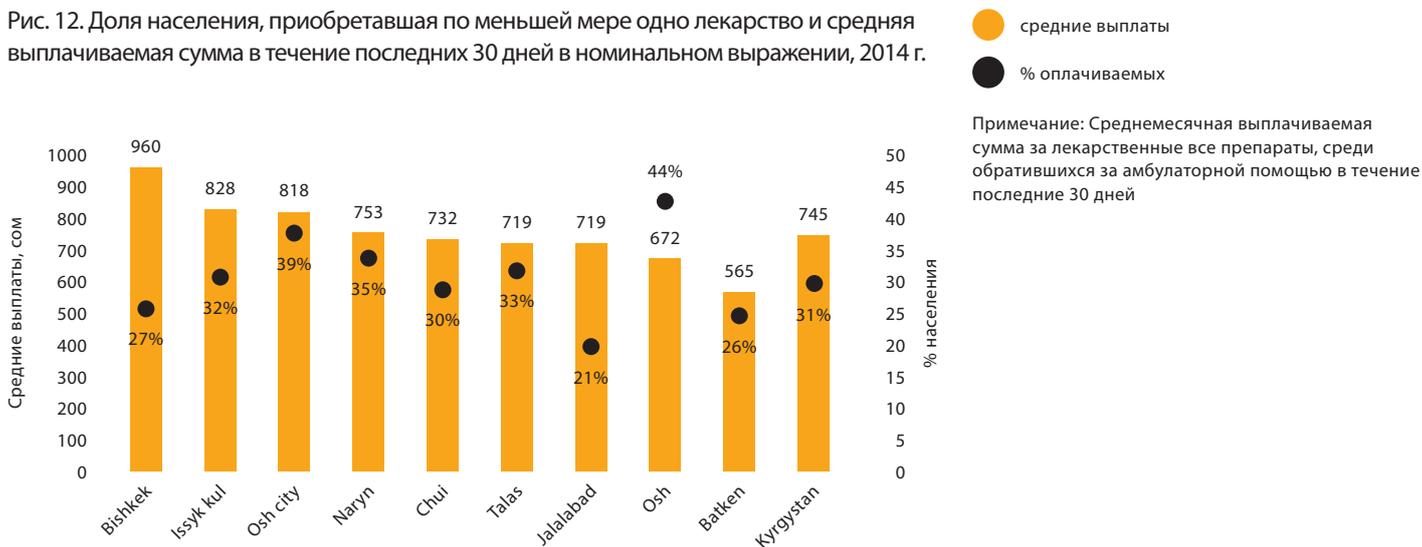


● 2006 ▨ 2014

Примечание: Среднемесячная сумма, выплачиваемая за лекарственные средства, среди тех, кто обращался за амбулаторной помощью за

В 2014 году, средняя выплачиваемая сумма амбулаторными пациентами за назначенные и не назначенные врачом лекарственные препараты, была распределена неравномерно среди областей и двух крупнейших городов. Несколько иная, но также смешанная тенденция в частоте приобретения по крайней мере одного лекарственного препарата (назначенного и/или не назначенного) наблюдается. Население заплатило за лекарственные средства почти в два раза меньше в Баткенской области (565 сом), чем в г. Бишкеке (960 сомов) (Рис. 12), хотя доля людей, купивших лекарственные средства (назначенные и не назначенные) почти одинаковая в этих обоих местах, 26% и 27%, соответственно. В Ошской области и г. Ош больше людей покупали лекарственные препараты по сравнению с другими областями (44% и 39%, соответственно), а средние цены на лекарственные препараты в г. Ош по дороговизне были третьими среди всех областей (818 сом). Отсутствие регулирования цен на лекарственные препараты в Кыргызстане значительно увеличивает НВиК на медикаменты, что в свою очередь увеличивает финансовое бремя населения.

Рис. 12. Доля населения, приобретающая по меньшей мере одно лекарство и средняя выплачиваемая сумма в течение последних 30 дней в номинальном выражении, 2014 г.



4.3 Стационарная помощь: использование и расходы

4.3.1 Структура использования стационарных услуг

Использование стационарных услуг варьировалось, наблюдался спад в течение периода с 2000 по 2003 годы и далее снова рост в спросе этих услуг после 2003 года. Наибольший средний уровень госпитализации в течение всего рассматриваемого периода был в 2014 году, 7,4% среди всех опрошенных респондентов.

Разница в уровне госпитализации среди квинтильных групп, т.е. социально-экономический градиент, присутствовала в трех раундах обследований в 2000, 2006 и 2014 годы, и не наблюдался в двух других годах. Не ясно, что вызывает эту закономерность, хотя кажется, что этот разрыв обусловлен выбором наиболее богатых слоев населения (квинтилей), в то время как уровень использования стационарных услуг среди четырех нижних слоев населения (квинтилей) остается примерно на том же уровне на протяжении всего рассматриваемого периода. В последнем раунде исследования в 2014 году, наиболее богатые слои населения были госпитализированы в два раза чаще, чем наиболее бедные слои населения, 9,5% и 5,6% соответственно в 2014 г. (рис. 13).

Рис. 13. Использование стационарных услуг в разрезе квинтилей, 2000 – 2014 гг.



Проводя анализ использования стационарных услуг в разрезе городской и сельской местности в течение периода с 2009 по 2014 года, показал, что повышенный спрос на госпитальные услуги, среди наиболее богатого слоя населения, определялся тем наиболее богатым слоем населения, который проживал в сельской местности, нежели чем тем, наиболее богатым слоем населения, проживающий в городской местности (Рис. 14). Среди сельского наиболее бедного слоя населения, использование стационарных услуг было на одном и том же уровне в течение периода с 2009 по 2014 года. В городской местности спрос на стационарные услуги среди наиболее бедных слоев населения снизился с 8,4% до 5,8% среди всех опрошенных респондентов, которые сообщили, по крайней мере, об одной госпитализации (в 2009 и 2014 гг. соответственно) (рис. 14).

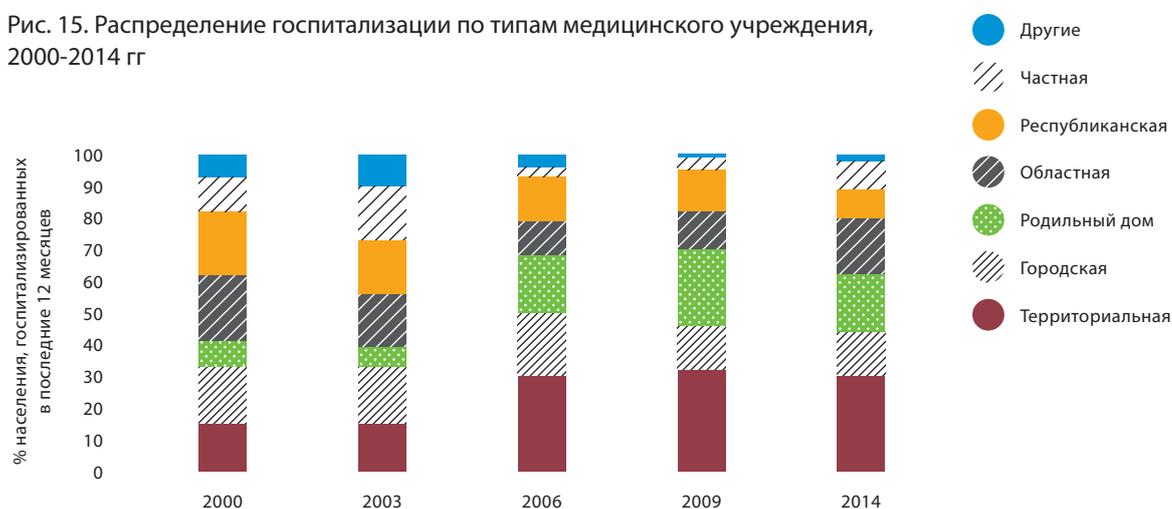
Рис. 14. Использование стационарных услуг в разрезе квинтилей и места проживания населения, город и село, 2009 и 2014 гг.



Распределение госпитализации по типу медицинского учреждения

было неоднозначным в течение рассматриваемого периода. В 2014 году медицинскими услугами территориальных и областных больниц пользовались больше людей, в обслуживаемой ими местностях, по сравнению с 2000 годом (Рис. 15). Госпитализация в третичные учреждения здравоохранения (республиканский уровень стационаров) снизилась с 20% до 9% за период с 2000 по 2014 годы, в то время как использование стационарных услуг в частных медицинских учреждениях увеличилось (Рис. 15).

Рис. 15. Распределение госпитализации по типам медицинского учреждения, 2000-2014 гг



4.3.2 Тенденции в наличных выплатах из кармана населения

Стационарная помощь (госпитализация) влечет за собой более тяжелое финансовое бремя на население по сравнению с амбулаторной помощью, с более частыми и высокими выплатами в стационарах. В 2014 году около 96% госпитализированных пациентов, сообщили, что производили выплаты за медицинскую помощь, оказанную в стационарах, а в 2009 году - 98% - сообщили об этом (Таблица 3). Проведенный нами анализ частоты выплат стационарными пациентами, исключая питание, показал снижение расходов в период с 2009 по 2014 годы, с 96% до 81%. **Средняя сумма, выплачиваемая стационарными пациентами в 2014 году, в номинальном выражении, составила 3879 сомов, что почти в два раза выше, чем в 2006 году (Таблица 3).** Наиболее частыми категориями расходов пациентов в стационарах в 2014 году были: лекарства (73%) и выплаты медицинскому персоналу (46%) (Таблица 3), и отмечается увеличение расходов в этих категориях по сравнению с предыдущим периодом (2009 г.). Эти результаты подтверждаются другим исследовательским отчетом, в котором анализируются неофициальные платежи, произведенные выписанными пациентами в 2013 году (Якаб и др., 2016 г.).

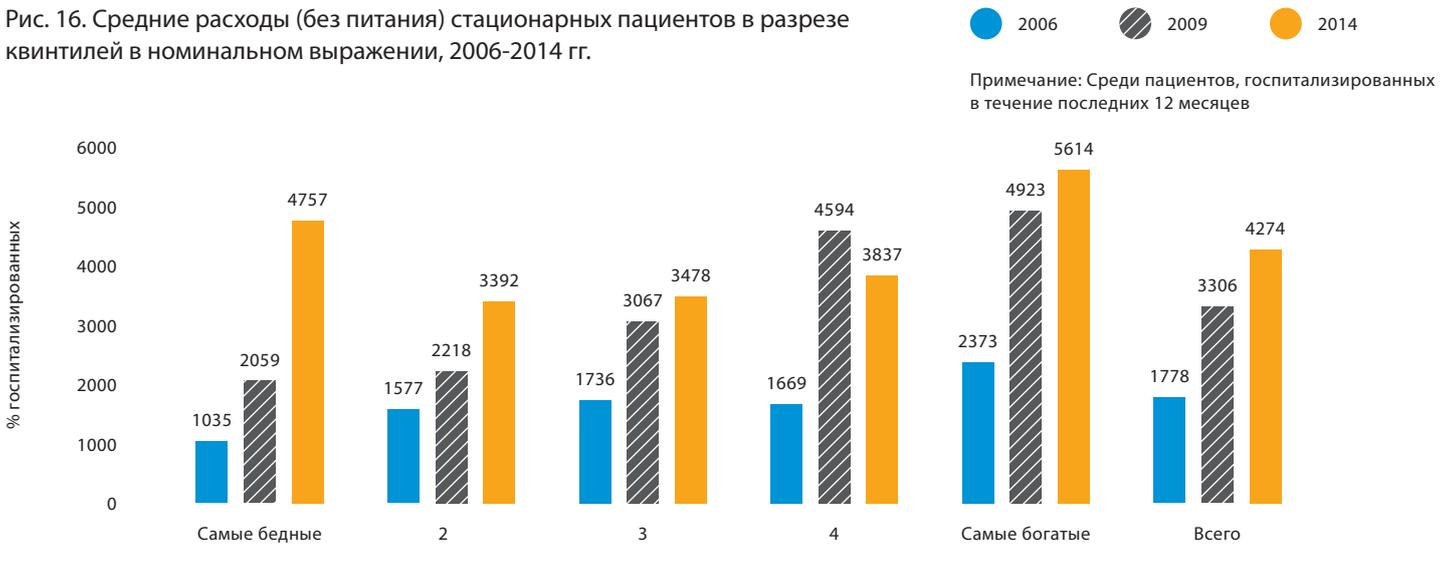
Таб. 3. Частота и средние расходы на стационарном уровне, 2000-2014 гг.

Примечание: Данные представленные в реальном
выражении рассчитаны используя ИПЦ (2000г. = 100)

Категории расходов	2006	2009	2014
Частота выплат (%)			
Лекарства	65	64	73
Медицинские принадлежности	67	52	57
Медицинский персонал	53	55	46
Лабораторные исследования	31	28	31
Отдельная палата	4	4	4
Со-оплата	64	57	57
Питание	65	91	88
Всего (без питания)	–	96	81
Всего (с питанием)	–	98	96
Средние выплаты, среди тех, кто сообщил о госпитализации в номинальном выражении (сом)			
Лекарства	608	1173	2376
Со-оплата	462	550	1654
Питание	601	967	1591
Медицинский персонал	640	1215	1378
Медицинские принадлежности	75	138	324
Лабораторные исследования	42	68	257
Отдельная палата	22	81	77
Всего (без питания)	1778	3306	4274
Всего (с питанием)	2079	4273	5881
Средние выплаты, среди тех, кто сообщил о госпитализации в реальном выражении* (сом)			
Лекарства	471	620	847
Со-оплата	358	291	590
Питание	466	511	567
Медицинский персонал	496	643	491
Медицинские принадлежности	58	73	116
Лабораторные исследования	33	36	92
Отдельная палата	17	43	27
Всего (без питания)	1378	1749	1524
Всего (с питанием)	1611	2260	2097

Средние выплаты за стационарные услуги демонстрируют сильный социально-экономический градиент (разница), т.е. наиболее богатые слои населения платят 5614 сом и наиболее бедные слои населения платят 4757 сом (Рис. 14). Тем не менее, разница, кажется, стала больше, в течение последних нескольких лет с резким темпом роста для наиболее бедных слоев.

Рис. 16. Средние расходы (без питания) стационарных пациентов в разрезе квинтилей в номинальном выражении, 2006-2014 гг.



В 2014 году частота и средняя сумма выплачиваемая пациентами в стационарах была распределена неравномерно среди областей и двух крупнейших городов. Пациенты, получившие стационарные услуги в столице (г. Бишкек) и в Чуйской области заплатили в среднем большую сумму, чем в других областях, 8561 сом и 7261 сом соответственно; но частота выплат была на том же уровне, что и в среднем по стране (81%), 79% и 81% соответственно (Рис. 17).

Рис. 17. Частота и средние расходы (без питания) во время пребывания в стационарах, в разрезе областей, в номинальном выражении, 2014 г



4.4 Общие наличные выплаты из кармана и структура финансового бремени

В этом разделе мы представляем объединенные, ранее описанные компоненты, НВиК, а также общее финансовое бремя на население, связанного с обращением за медицинской помощью.

В целом, за исследуемый период средняя общая сумма НВиК значительно выросла, как в реальном, так и номинальном выражении, и темпы роста значительно ускорились с 2009 года (Рис. 18). Средние НВиК увеличились с 304 сомов до 1007 сомов в реальном выражении, а также наблюдался быстрый рост после 2009 года. В период с 2009 по 2014 годы реальный годовой прирост НВиК был почти в два раза выше, чем за период с 2000 по 2009 годы (19% и 10% соответственно) (Рис. 18). Темпы роста, в этот последний период, были более прогрессивными, нежели чем среднегодовой темп роста государственных расходов, который составил 13% в период между 2009 и 2014 годами.

Рис. 18. Средние общие НВиК в номинальном и реальном годовом темпе роста, 2000-2014 гг.

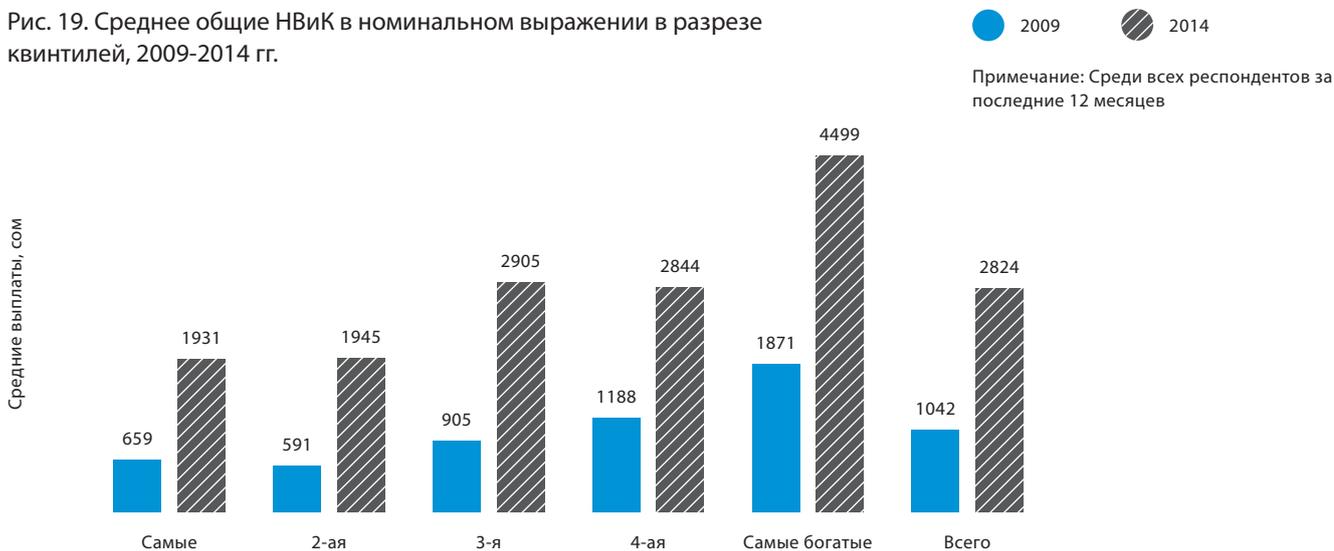


● Номинальный ● Реальный

Примечание: Данные представленные в реальном выражении рассчитаны используя ИПЦ (2000г. = 100)

Общие НВиК в значительной степени увеличились во всех квинтилях, в частности почти в три раза для двух наиболее бедных слоев населения (квинтилей) и в два раза для наиболее богатой квинтили за период с 2009 по 2014 годы (Рис. 19). Таким образом, наиболее бедные слои населения платили 659 сомов за медицинские услуги из своего кармана в реальном выражении в 2009 году, а 5 лет спустя (2014 году) они платили 1931 сом, в то время как наиболее богатый слой населения платил 1871 сом и 4499 сомов в 2009 и 2014 годах соответственно.

Рис. 19. Среднее общие НВиК в номинальном выражении в разрезе квинтилей, 2009-2014 гг.



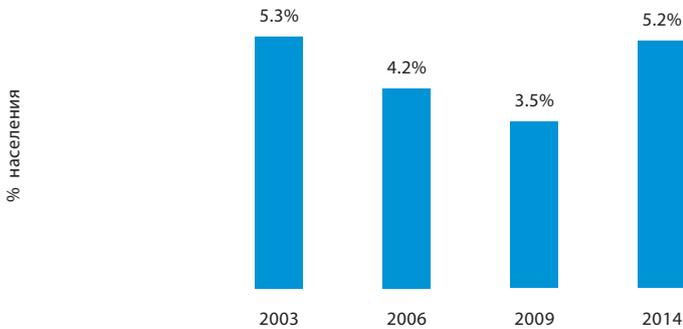
В 2014 году самые высокие общие НВиК были в Ошской и Чуйской областях, 3502 и 3514 сомов, и далее за ними близко следуют два самых крупнейших города - Ош и Бишкек, 3081 и 3064 сомов соответственно (рис. 20). Эти две области расположены недалеко от г. Бишкек и г. Ош, и поэтому население может легко добраться в эти города для получения медицинской помощи.

Рис. 20. Средний общие НВиК в номинальном выражении в разрезе областей, 2014 г.



В период с 2003 по 2009 года доля общих НВиК на услуги здравоохранения на душу населения бюджета домохозяйств снизилась с 5,3% до 3,5%, в результате чего у населения оставалась большая сумма денег для других товаров первой необходимости (Рис. 21). Это свидетельствует о том, что рост НВиК в этот период замедлился и был ниже, чем темпы роста потребления на душу населения домохозяйств, ведущих к сокращению финансового бремени, связанного с обращения за медицинской помощью. Это может быть связано с внедрением комплексных реформ здравоохранения в течение этого периода.

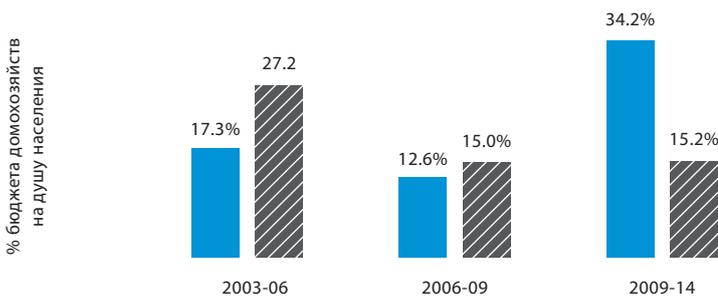
Рис. 21. Общие НРИК как доля потребления на душу населения, 2003-2014 гг.



Примечание: Среди всех респондентов за последние 12 месяцев

Однако, после 2009 года, темпы роста НВиК начали ускоряться и увеличиваться гораздо быстрее, чем общий бюджет домохозяйства на душу населения (рис. 22.) Таким образом, доля НВиК на душу населения в бюджете домохозяйств увеличилась до 5,2% в 2014 с 3,5% в 2009 г. (рис. 21). Этот быстрый рост вернул уровень НВиК обратно на тот же уровень, что и был до начала внедрения реформ в здравоохранении, подрывая прежние достижения в снижении финансового бремени на население.

Рис. 22. Среднегодовые темпы роста НВиК и потребления, 2003-2014 гг

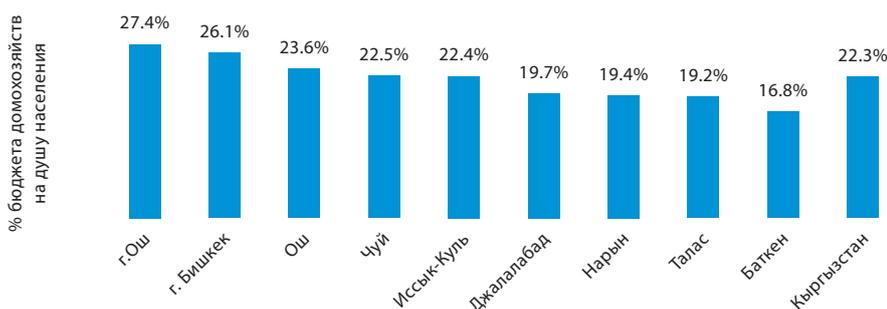


● Наличные выплаты из кармана
▨ Потребление

Примечание: Среди всех респондентов в течение последних 12 месяцев

Средний уровень НВиК, составляющий 5,2% в общем бюджете домохозяйства в 2014 году, может показаться не очень высоким, но этот уровень был рассчитан среди всего населения, как здоровых, так и больных. Однако, уровень финансового бремени, среди тех, кто сообщил, хотя бы об одном контакте с системой здравоохранения, ошеломляет. В 2014 году население потратило в среднем 22,3% из бюджета домохозяйств на душу населения на медицинское обслуживание, если они соприкасались с системой здравоохранения. Отмечаются значительные различия между областями и крупными городами повсеместно, с 27,4% до 16,8% в г. Ош и Баткенской области соответственно (рис. 23).

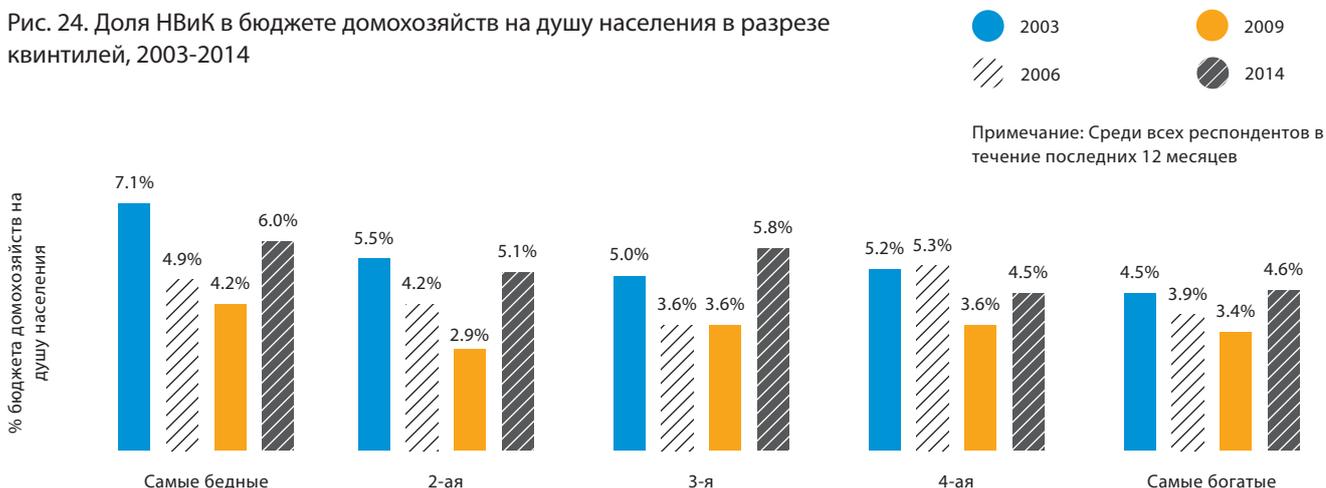
Рис. 23. Доля НВиК, занимающая в общем бюджете домохозяйств на душу населения, среди пользователей любых медицинских услуг, в разрезе областей, 2014 г



В период с 2003 по 2009 год был достигнут значительный прогресс в сокращении НВиК во всех квинтилях (Рис. 24). Прогресс особенно заметен в двух наиболее бедных слоях населения, у которых доля НВиК, связанная с услугами здравоохранения, в их бюджете была сокращена почти в два раза (Рис. 24). Эта закономерность совпала с интенсивными реформами укрепления системы здравоохранения по повышению равенства и снижения финансового бремени, связанного с обращениями за медицинской помощью.

После 2009 года, тенденции НВиК повернулись вспять и финансовое бремя, связанное с обращаемостью за медицинскими услугами, значительно возросло во всех квинтилях. В частности, доля НВиК в двух наиболее беднейших слоях населения увеличилась с 4,2% до 6% и с 2,9% до 5,1% соответственно в период с 2009 по 2014 годы по сравнению с предыдущими периодами (Рис. 24). Аналогичная картина наблюдалась в третьем квинтиле. Такая ситуация может привести к увеличению катастрофических платежей и обнищанию этих групп населения. Эти данные свидетельствуют о сложностях сохранения позитивных результатов в снижении финансового бремени, связанного с расходами на здравоохранение, достигнутых до 2009 года в Кыргызстане.

Рис. 24. Доля НВиК в бюджете домохозяйств на душу населения в разрезе квинтилей, 2003-2014



Пользователи медицинских услуг с низкими доходами сталкиваются с самым тяжелым финансовым бременем, тратя значительную долю своего бюджета на оплату услуг здравоохранения (НВиК), если они соприкасаются с системой здравоохранения. Таким образом, в 2014 году, среди пользователей медицинских услуг (имевшие по крайней мере один контакт с системой здравоохранения), наиболее бедные квинтили сообщили, что около 31% их бюджета на душу населения составляет НВиК, и она увеличилась с 24% в 2009 году (рис. 25). В отличие от этого, в наиболее богатой квинтиле сообщили, что 22% их бюджета на душу населения составляют НВиК, т.е. тратятся на расходы, связанные с здравоохранением, что в 1,5 раза меньше. Наш анализ показывает, что темпы роста НВиК значительно разнятся между квинтилями, в то время как общие темпы роста потребления домохозяйств на душу населения разнились гораздо меньше, что привело к значительному увеличению финансового бремени на бедные слои населения.

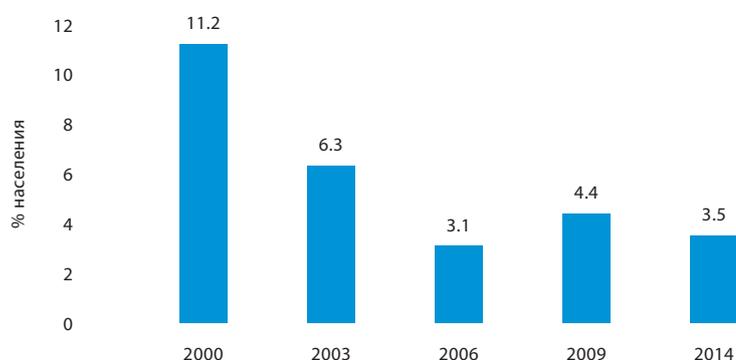
Рис. 25. Общие НВиК как доля бюджета домохозяйств на душу населения среди пользователей медицинских услуг, в разрезе квинтилей, 2009-2014 гг.



4.5 Неудовлетворенные потребности и механизмы приспособления

За период с 2000 по 2014 годы, доля людей, сообщивших, о том, что нуждались в медицинских услугах, но не обратились за ними по причинам большого расстояния или проблем с доступностью, значительно сократилась, с 11% в 2000 г. до 3,5% в 2014 г. (Рис.26). Это хорошая новость, указывающая на то, что в целом, барьеры, географические или финансовые, снизились за последние 15 лет. Помимо географических и финансовых барьеров, одной из главных причин, почему люди не обращались за медицинской помощью, является то, что люди полагали, что могли себя сами лечить; около 40% из тех, кто не обращался за медицинской помощью, когда нуждались в ней, назвали эту причину (Таблица 4).

Рис. 26. Доля людей, нуждавшихся в медицинской помощи, но не обратившихся за ней за последние 30 дней, 2000–2014 гг

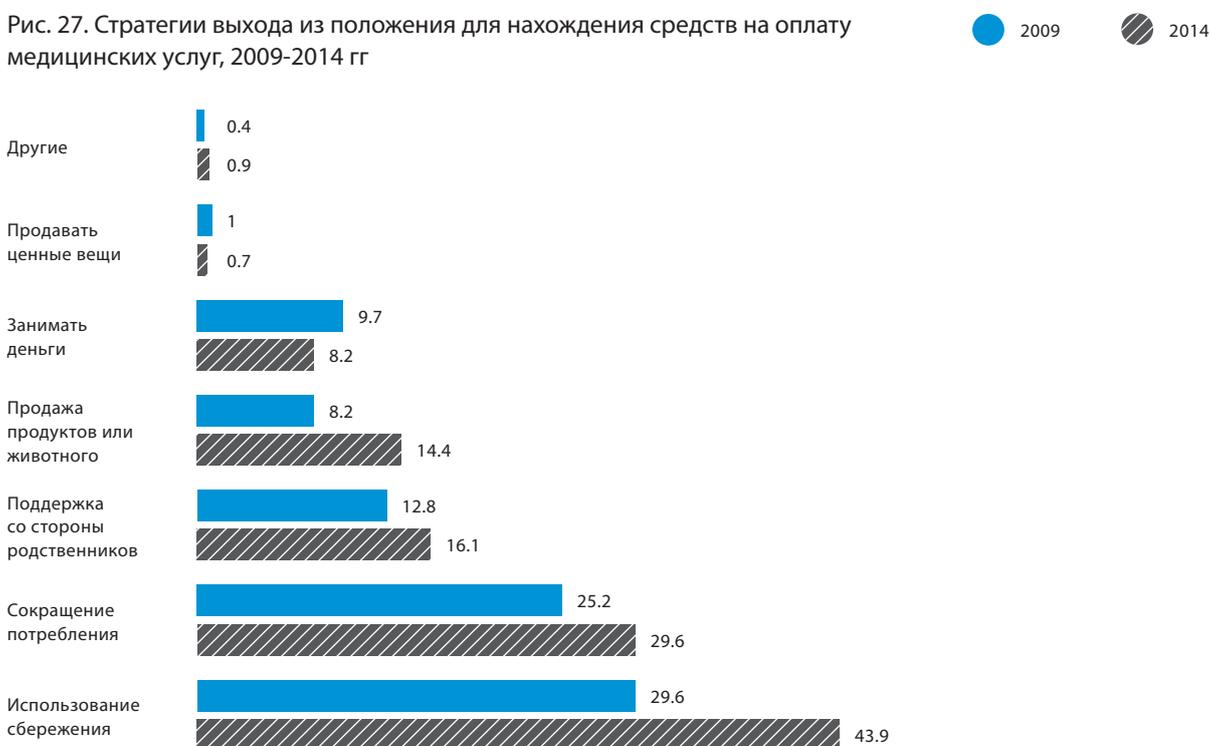


Таб. 4. Причины «не обращения» за медицинской помощью лицами, нуждавшимися в ней (по ответам респондентов), 2006–2014 гг.

Названная причина	2006	2009	2014
Думал пройдет/сам выздоровею	38	69	22.5
Принимали традиционные средства	37	47.5	17.0
Принимали имевшиеся лекарства	17	10.1	5.3
Не могли заплатить	14	12	3.0
Плохое обслуживание	7	2.7	0.8
Недоверие врачам	3.0	3.6	0.4
Нет прописки	0.2	0.3	0.1
ОЗ находится слишком далеко	0.6	0.9	0.01
Другое	0.8	0.6	0.5

Хотя стоимость медицинских услуг не удерживает людей от обращения за медицинской помощью, финансовое бремя, связанное с медицинскими услугами, остается значительным. Так, в 2014 году 46% населения, которые получили медицинские услуги, сообщили, что им было «трудно» или «очень трудно» найти деньги, чтобы оплатить медицинские услуги, тогда как в 2009 году эта доля составляла лишь 38%. Эти группы населения использовали различные механизмы, чтобы преодолеть эти трудности (Рис. 27). За период с 2009 по 2014 год, люди начали больше использовать свои сбережения, уменьшили свое потребление, или им приходилось продавать скот для получения медицинских услуг.

Рис. 27. Стратегии выхода из положения для нахождения средств на оплату медицинских услуг, 2009-2014 гг



4.6 Общие расходы на здравоохранение: государственные и частные

Используя эти данные, мы рассчитали общий объем частных расходов (НВиК) в системе здравоохранения Кыргызстана и продемонстрировали их относительно государственных расходов в Таблице 5. **Общий объем частных расходов ((НВиК)) значительно увеличился за период с 2000 по 2014 годы, с различной скоростью в разные периоды, но придерживаясь уровня роста государственных расходов в целом (Таблица 5).** В результате, частные расходы как доля валового внутреннего продукта (ВВП) неуклонно росли с 2,3% в 2000 году до 4,2% в 2014 году, так же, как государственные расходы (Таблица 5). Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение колебалась, следуя тенденции повышения и падения НВиК, представленные ранее в этой статье.

Таб. 5. Общие расходы на здравоохранение по индикаторам , 2000–2014 гг.

В номинальном выражении

	2000	2003	2006	2009	2014
Расходы на здравоохранение (в млн сом)					
Государственные	1353.3	1725.6	3140.5	6 177.5	16 739.8
Частные (НВик)	1521.4	2628.2	3921.9	5 356.6	16 647.7
Всего	2874.7	4353.8	7062.4	11 534.1	33 387.5
Расходы на здравоохранение на душу населения (в млн сом)					
Государственные	276.5	344.3	605.1	1148.5	2839.6
Частные (НВик)	310.8	524.4	755.7	995.9	2824.0
Всего	587.3	868.7	1360.8	2144.4	5663.6
Доля общих расходов на здравоохранение					
Государственные	47.1%	39.6%	44.5%	53.6%	50.1%
Частные (НВик)	52.9%	60.4%	55.5%	46.4%	49.9%
Всего	100%	100%	100%	100%	100%
Доля ВВП					
Государственные	2.1%	2.1%	2.8%	3.1%	4.2%
Частные (НВик)	2.3%	3.1%	3.5%	2.7%	4.2%
Всего	4.4%	5.2%	6.2%	5.9%	8.4%

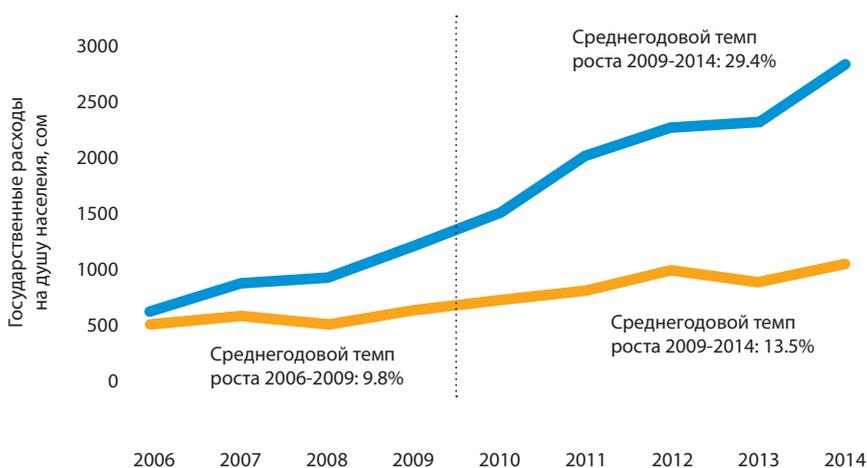
В реальном выражении (в ценах 2000 года)

	2000	2003	2006	2009	2014
Расходы на здравоохранение (в млн сом)					
Государственные	1353.3	1533.5	2434.1	3267.6	5 968.8
Частные (НВик)	1521.4	2335.6	3039.7	2833.4	5 935.9
Всего	2874.7	3869.1	5473.8	6101.0	11 904.7
Расходы на здравоохранение на душу населения (в млн сом)					
Государственные	276.5	306	469	607.5	1012.5
Частные (НВик)	310.8	466	585.7	526.8	1006.9
Всего	587.3	771.9	1054.7	1134.3	2019.4

Примечание: Государственные расходы вкл. аккумулированную бюджетную поддержку со стороны совместных финансистов. Расчет показателей в реальном выражении основан на ИПЦ 2000 года (= 100)

В попытке объяснить ускоренный рост частных НВиК, мы рассмотрели темпы роста государственных расходов в определённые периоды. Отмечается, что когда государственные расходы на здравоохранение снижались, то НВиК возрастали быстро, чтобы заполнить этот пробел. **Тем не менее, среднегодовой темп роста государственных расходов на здравоохранение был относительно высоким на уровне 29,9% в течение 2006-2009 годов, когда рост НВиК был медленным; и на уровне 29,4% в течение 2009-2014 годов, когда рост НВиК был быстрым (рис. 28).** Таким образом, причина, такая как сокращение государственных расходов на здравоохранение, стимулирует рост частных НВиК в Кыргызстане.

Рис. 28. Среднегодовой темп роста государственных расходов на здравоохранение на душу населения в номинальном и реальном выражениях, 2006-2014 гг.



- номинальный
- реальный

Источник: Всемирный банк (2015),
Министерство здравоохранения КР, 2015
Примечание: Государственные расходы на
здравоохранение вкл. аккумулированную
бюджетную поддержку со стороны совместных
финансистов.

5. ВЫВОДЫ

Результаты этих пяти исследований предоставляют четкие доказательства того, что финансовое бремя, связанное с обращениями за медицинскими услугами в Кыргызстане, было снижено путем внедрения комплексных реформ здравоохранения. Тем не менее, они (результаты) также показывают, что поддержание этих достижений в долгосрочной перспективе является непростой задачей. Основные выводы приведены ниже:

- **НВиК увеличились за период с 2000 по 2014 годы в номинальном и реальном выражении**, и в течение 2009-2014 гг. они росли в два раза быстрее, чем в течение 2000-2009 гг. Средние расходы на амбулаторные и стационарные услуги увеличивались в течение всего рассматриваемого периода, но были ниже, чем средние расходы на амбулаторные лекарства.
- **Расходы на амбулаторные лекарства являются движущей силой НВиК**, которые увеличивает общие НВиК. Это является результатом, как количества, так ценовым эффектом: люди покупают больше лекарственных средств, и они стоят больших денег.
- **Финансовое бремя на население заметно возросло за последний период**. НВиК росли быстрее, чем бюджет на душу населения и государственные расходы на здравоохранение, особенно, для двух наиболее бедных слоев населения, а также в двух крупнейших городах Бишкек и Ош.
- **Самое большое финансовое бремя наблюдается в городе Бишкек и Ош (город и область)**. Это может быть связано с ограниченными реформами, реализуемые в этих местностях в целях повышения эффективности в последние несколько лет.
- **Ситуация с финансовыми и географическими барьерами для доступа к услугам здравоохранения улучшилась** в течение рассматриваемого периода, но почти половина населения по-прежнему испытывает трудности с поиском денег для оплаты за медицинское обслуживание.

Кыргызстан был пионером в регионе по преобразованию своей системы здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата медицинскими услугами и достиг значительных улучшений в секторе здравоохранения за период 2000-2009 гг. В конце 1990-х годов, система здравоохранения Кыргызстана сократила финансирование, чрезмерную, фрагментированную физическую инфраструктуру, слабую систему общественного здравоохранения и общее низкое качество медицинской помощи во всех медицинских учреждениях (Кацин и др., 2001; МакКи & Хили, 2001 Фэлкингэм и др., 2010). **Комплексные реформы системы здравоохранения, направленные на повышение эффективности, сначала доказали эффективность стратегии по снижению финансового бремени, связанного с обращениями за медицинской помощью, особенно среди наиболее бедного слоя населения в Кыргызстане** (Кацин, 2004; Кацин и др. 2010; Балабанова и др. 2011.).

Поддержание снижение финансового бремени, однако, оказалось непростой задачей в долгосрочной перспективе. Хотя причины ускоренного темпа роста необходимо лучше понять, но явно понятно, что он (темп роста) стимулируется расходами на амбулаторные лекарственные средства. Люди покупают больше амбулаторные лекарства, и они более дорогостоящие. В качестве последующих шагов по итогам этого исследования, мы приступили к анализу углубленных потенциальных факторов, стимулирующих рост потребления и цен на лекарственные препараты для амбулаторных больных.

Основные причины, которые были в период с 1996 – 2006 гг. реформ, а именно неэффективность оказания услуг, продолжают быть фактором, особенно в городах Бишкек и Ош, но больше не является доминирующей движущей силой НВиК. Несмотря на то, что остаются неформальные выплаты, связанные с госпитализацией (Якаб и др., 2016 г.), и они многое отражают, но их влияние значительно меньше, чем влияние амбулаторных лекарственных препаратов на финансовое бремя семей. Таким образом, внедряя и дальше такие же виды реформ (изменений), как и прежде, они (изменения) не будут достаточно эффективными, чтобы уменьшить НВиК. Лучшее понимание основных причин быстрого роста НВиК позволит предоставить эффективные и контекстуальные рекомендации по вопросам политики.

В дополнение к лекарственным средствам, другие факторы могут также способствовали увеличению НВиК, хотя и в меньшей степени. Хотя уровень использования ПМСП увеличился за последние годы, но все еще остался высокий уровень госпитализаций, связанные с рутинными процедурами, и которые могли бы быть обслужены на амбулаторном уровне (напр., диагностика артериальной гипертензии и ее лечение, сложная беременность, сахарный диабет и т.д.) Даже если ПМСП является привратником в систему здравоохранения, но люди по-прежнему предпочитают идти непосредственно к узкому специалисту/в больницы, поскольку ПМСП не полностью простимулирована и недостаточно оперативна.

ПГГ обеспечивает защиту тех, у кого ожидаются высокие затраты на здравоохранение, но он (ПГГ) не конкретно ориентирован на бедные слои населения (Джамал и Якаб, 2013). Важно, проанализировать, возможно ли внедрит более адресное ПГГ без большого увеличения административных расходов.

Доказательства, полученные нами за последние 15 лет в Кыргызстане, свидетельствует о том, что хорошо продуманные реформы здравоохранения, разработанные для контекста страны и отвечающие потребностям страны, должны снизить финансовое бремя для населения.

Дальнейшие системные реформы здравоохранения будут включать укрепление ПМСП, изменение сети оказания медицинских услуг, в частности, в г. Бишкеке и г. Оше, регулирование цен на амбулаторные лекарства, улучшение закупок лекарственных средств медицинскими учреждениями и внедрение мониторинга эффективности работы провайдеров медицинских услуг, пересмотр ПГГ, чтобы сделать его более адресным для бедных групп населения. Важно, чтобы ранее достигнутые достижения в снижении финансового бремени на население Кыргызстана, связанного с обращением за медицинской помощью, был восстановлен и продолжен.

Литература

- Абдраимова А, Алешкина Дж, Самиев А (2009) Анализ факторов, влияющих на использование генериков (Документ политики здравоохранения № 67). Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
- Балабанова Д., МакКи М., Миллс, А. (ред). (2011). "" Хорошее здоровье по низкой цене" спустя 25 лет. Что делает успешную систему здравоохранения? "2011/"Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?"Лондонская школа гигиены и тропической медицины.
- Дитон А, Заиди С (2002) Руководство по построению суммарного потребления для анализа благосостояния (Рабочий документ LSMS № 135). Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14101>).
- Джамал Ш., М. Якаб (2013) Адресность льгот сооплаты в Пакете Государственных Гарантий. Барселона: Всемирная организация здравоохранения/ Европейское региональное бюро.
- Фэлкингэм Дж, Акказиева Б, Бачиери А (2010) Тренды наличных расходов из карманов за мед.помощь в Кыргызстане, 2001-2007 гг. План Политики здравоохранения 25: 427-436.
- Центр анализа политики здравоохранения (ЦАПЗ) (2015). "Влияние повышения заработной платы в 2011 году на мотивацию медицинского персонала и на распределении ресурсов в медицинских учреждениях", Документ исследования политики здравоохранения №84, 2014, Бишкек
- МакКи М, Дж Хили (2001) Реформирование стационарных систем в беспокойные времена. EBPOЗДОРОВЬЕ/ Eurohealth 7: 3.
- Ибраимова А, Акказиева Б, Ибраимов А, Манжиева Э, Речел Б (2011) Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Health Syst Transition 13.
- Якаб М (2007) Сравнение неравенства в использовании мед.услуг в Кыргызской Республике с использованием переменных ранжирования альтернативы благосостояния. Кандидатская диссертация. Кембридж, Массачусетс: Harvard University.
- Якаб М., Кацин Дж (2009) Улучшение финансовой защиты в Кыргызстане посредством сокращения неформальных платежей: доказательная база с периода 2001-06 гг (Документ исследования политик здравоохранения # 57). Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
- Якаб М, Акказиева Б, Кацин Дж (2016) Тенденции в области неформальных платежей. Барселона: Всемирная организация здравоохранения/ Европейское региональное бюро.
- Кацин, Дж. (2001). Политика оплаты пациента в контексте реформы единого плательщика КР: предварительная оценка. (Документ исследования политики здравоохранения ВОЗ № 12). Бишкек: Проект анализа политики здравоохранения Бишкек ВОЗ-DFID
- Кацин, Дж. (2004). Расходы на здравоохранение, реформы и приоритеты политики здравоохранения в Кыргызской Республике. Документ исследования политики здравоохранения ВОЗ № 24. Проект анализа политики здравоохранения Бишкек ВОЗ-DFID
- Кацин Дж, Ибраимова А, Мейманалиев Т, Кадырова Н, Щут Т (2001) Решение проблемы неформальных платежей в кыргызских больницах: предварительная оценка. Eurohealth 7: 3.
- Кацин Дж, Ибраимова А, Якаб М, О'Догерти Ш (2009) Бисмарк встречает Беверидж на Шелковом пути: координация источников финансирования для создания всеобщей/универсальной системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане. Bull World Health Organ 87: 549-554.
- Кацин Дж, Кашин С, Якаб М, редакторы. (2010). "Осуществление реформы финансирования здравоохранения: Уроки стран с переходной экономикой." Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро.
- Кацин, Дж. (2013). "Финансирование здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата и эффективности системы здравоохранения: концепции и последствия для политики". Бюллетень Всемирной организации здравоохранения 91: 602-611

Министерство здравоохранения
(2015) Совместный ежегодный
обзор программы реформирования
здравоохранения «Ден Соолук».
Дополнительная информация к
сведению. Бишкек.

Мурзалиева Г, Кожокеев К (2008)
Почему наши врачи уезжают? Изучение
причины миграции медицинского
персонала (Документ исследования
политики здравоохранения # 51).
Бишкек: ВОЗ-DFID Проект Анализа
политики здравоохранения.

Родин Дж, де Ферранти Д (2012)
Всеобщий охват мед. услугами:
Третий глобальный переход в области
здравоохранения? Lancet 230: 861-862.

Всемирный банк (2015) Данные и
статистика по состоянию здоровья,
питанию и численности населения.
Вашингтон.

Всемирная организация
здравоохранения и Всемирный банк
(2015) Отслеживание всеобщего охвата
мед.услугами: Первый глобальный
отчет о результатах мониторинга.
Женева.

Кыргызстан взял курс на достижение всеобщего охвата медицинскими услугами и внедряет комплексные реформы, направленные на улучшение состояния здоровья населения Кыргызстана. Для того, чтобы документально зафиксировать прогресс в снижении финансового бремени населения, модуль по использованию медицинских услуг и расходам на здравоохранение был добавлен в Кыргызское интегрированное обследование бюджета домохозяйств, проводимое Национальным статистическим комитетом. Данное уникальное межсекторальное обследование для оценки финансового бремени на население и доступа населения к медицинской помощи проводится уже в течение 15 лет. Обследование свидетельствует о впечатляющем снижении финансового бремени, связанного с обращением за медицинской помощью благодаря внедрению комплексных реформ в области здравоохранения в течении 2000-2009 гг. Однако, финансовое бремя, связанное с медицинскими услугами, вновь возросло значительно после 2009 года, в частности, для двух наиболее бедных слоев населения, а также в двух крупнейших городах Бишкек и Ош. Лекарственные средства, приобретённые на амбулаторном уровне, являются главной движущей силой в увеличении наличных расходов из кармана. Финансовые и географические барьеры для доступа к услугам здравоохранения улучшилась в течение рассматриваемого периода, но почти половина населения по-прежнему считает, что трудно найти деньги, чтобы оплатить за медицинское обслуживание. Таким образом, данные, полученные в течение последних 15 лет в Кыргызстане, свидетельствует о том, что хорошо продуманные реформы здравоохранения, приведенные в соответствии к потребностям страны, могут снизить финансовую нагрузку на население, связанную с обращениями за медицинской помощью, но поддержание этих достижений в долгосрочной перспективе может быть сложным.

**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

