

*Эсенгельди кызы А., Молдакунов У. А.,  
Асанова Н. А., Сапаралиева Г. С.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Кыргызский Национальный университет им. Ж. Баласагына  
Евразийский Национальный университет им. Л. Н. Гумилева*

**Аннотация.** Особого внимания со стороны государства в условиях экономической нестабильности и ограниченности ресурсов заслуживает изучение вопросов качества финансирования всех компонентов человеческого капитала, основополагающим и важнейшим из которых всегда является здоровье общества. В связи с этим необходимость оценки эффективности финансирования расходов на здравоохранение выходит на первый план. В статье рассматривается эффективность финансирования здравоохранения в КР.

Тремя основными источниками финансирования системы здравоохранения Кыргызской Республики являются: государственные средства (бюджет и обязательное медицинское страхование), частные расходы домохозяйств (главным образом в форме личных платежей) и внешние средства, поступающие от международных организаций по развитию.

В процессе реформирования системы финансирования здравоохранения разделение функций поставщика и покупателя был создан Фонд обязательного медицинского страхования, выполняющего роль «единого плательщика» за медицинские услуги, оказываемые в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью (далее ПГГ). Ответственность за закупку медицинских услуг закреплена за ФОМС, который выступает в качестве единого плательщика в государственной системе здравоохранения и объединяет как бюджетные средства, так и средства ОМС.

В данной статье рассмотрим итоги трех циклов реформы финансирования здравоохранения в Кыргызстане в рамках трех национальных стратегий здравоохранения, реализованных за последние 10 лет.

В рамках первой Национальной стратегии в области здравоохранения, получившей название Манас, в 2001–2005 гг. были проведены реформы и достигнуто положительное воздействие на цели финансирования здравоохранения, заключающееся в улучшении финансовой защиты 40 % беднейших слоев населения и повышении эффективности и справедливости в предоставлении услуг. Стратегия позволила достичь этих результатов благодаря сочетанию и координации мер по финансированию и предоставлению услуг.

Вторая Национальная стратегия (2006–2010 гг.), получившая название Манас таалими, последова-

тельно внедрялась на основе достигнутых ранее успехов. Эта вторая стратегия была направлена на мобилизацию большего объема ресурсов на здравоохранение и стабилизацию бюджета с использованием целевого показателя увеличения доли общих государственных расходов на здравоохранение не менее 13 %. Хотя эта стратегия позволила увеличить государственное финансирование с 10,5 % государственных расходов в 2005 году до 13 % в 2010 году, воздействие этих бюджетных ассигнований было ослаблено из-за неблагоприятной макроэкономической ситуации в 2008–2009 гг., которая привела к снижению реальной стоимости государственных затрат в целом. В обзорах результатов второй программы отмечается замедление темпов ее реализации в последние годы в условиях политической и экономической нестабильности.

Третья стратегия в секторе здравоохранения – Ден соолук (2011–2018 гг.), ориентированная на качество услуг, – осуществлялась медленно и практически не привела к росту показателей качества, улучшению результатов здравоохранения и достижению финансовых целей. Достигнут определенный прогресс в реализации некоторых финансовых стратегий, в частности, в аккумулировании дополнительных финансовых средств из специализированных программ города Бишкек и Министерства здравоохранения (Минздрава), а также в 2016 году в Фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС), и в деле принятия новых законов и правил для формирования и исполнения бюджета ФОМС в 2017 году.

По ряду финансовых показателей в период с 2000 по 2006 год наблюдалась тенденция к улучшению положения дел в рамках программы Манас, за которой последовало ухудшение ситуации примерно в 2009 году, а затем некоторое улучшение к 2014 году. Имеются признаки того, что это улучшение

в большей степени связано с сокращением уровня бедности (с 40 % до 25 % домохозяйств в период 2007–2017 гг. с учетом национального уровня бедности) и ростом доходов домохозяйств, чем с работой системы здравоохранения. Ухудшение финансовой защиты с 2006 года обусловлено высокими и растущими размерами выплат из кармана (далее ВИК) на лекарственные средства, в частности, амбулаторные лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Размеры ВИК за лекарственные средства, изделия медицинского назначения и услуги персонала

также выросли и в больничной системе. В период с 2006 по 2013 год дефицит финансирования стационарной помощи, восполняемый за счет неформальных платежей, увеличился с 25 % до 35 % расходов, которые теоретически должны покрываться за счет ППГ.

Ставки сооплаты не корректировались регулярно и не поспевали за инфляцией или ростом реальной заработной платы; этот фактор наряду с непродуманным расширением льгот привел к снижению доходов от сооплаты за услуги больниц с 7 % до 4 % от общих расходов больниц



Рис. 1. Растущий финансовый дефицит, восполняемый за счет неформальных платежей

По сравнению с 2009 годом большая доля домохозяйств в 2014 году сообщили, что им трудно или очень трудно оплачивать расходы на здравоохранение и что для оплаты медицинского обслуживания они чаще используют стратегии приспособления (например, использование сбережений, сокращение потребления и т. д.). Имеющиеся данные также показывают, что в случае болезни более половины населения занимается самолечением, а не обращается к врачам, что приводит к высоким размерам наличной оплаты лекарств, отпускаемых без рецепта.

В период реализации программы Манас таалими в 2008–2009 гг. слабая мобилизация ресурсов была обусловлена воздействием глобального финансового кризиса, а в 2010 году – политической нестабильностью. Политическая стабилизация и более высокие (но все еще неустойчивые) темпы экономического роста привели к увеличению бюджетных ассигнований на здравоохранение в 2012–2013 гг. Тем не менее, мобилизация ресурсов из республиканского бюджета в период окончания программы Ден соолук оставалась на прежнем уровне. Это проявляется в тенденции к выравниванию реальных расходов на здравоохранение на душу населения

с 2012 года и в доле общих государственных расходов на здравоохранение, которая снизилась с 14,8 % от общих государственных расходов на здравоохранение в 2013 году до 13,0–13,2 %, начиная с 2015 года. В этот же период доля бюджетного финансирования других приоритетных секторов в Кыргызстане, таких как образование, за этот период неуклонно возрастала (бюджет сектора образования вырос с 16 % до 24 % с 2010 по 2016 год по сравнению с 13 % в секторе здравоохранения в 2010 и 2016 годах).

Во всем мире по мере роста экономики стран, как это происходит в экономике Кыргызстана, государства обычно выделяют большую долю ВВП на механизмы совместного финансирования здравоохранения. В Кыргызстане Минфин использует нестандартную меру (согласованную с партнерами в области развития) для достижения 13 % целевого показателя расходов на здравоохранение, который включает инвестиционные расходы. Однако это не является хорошим показателем изменений с точки зрения адекватности финансирования ППГ и Дополнительного пакета обязательного медицинского страхования, и других текущих расходов на здравоохранение и оказание услуг.



**Рис. 2. Неустойчивый ВВП на душу населения (реальный на 2006–2017 гг.; по оценкам в 2018 г.; прогноз на 2019–2024 гг.)**

2011–2016 гг. Кыргызстан потратил на здравоохранение в общей сложности, согласно данным портала Открытый бюджет, 71 млрд 125 млн сомов. Из них на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения за все это время было направлено 2 млрд 756 млн 488 сомов, что составляла 3,88 %. Более 10 % всех расходов пришлось на заработную плату медицинским работникам – 7 млрд 350 млн сомов.

Самая крупная статья расходов, согласно данным портала Открытый бюджет, сформулирована как «*Расходы, представленные единой статьей в системе здравоохранения*», которая была профинансирована на общую сумму 54 млрд 718 млн 757 сомов – это почти 77 % всех расходов. Согласно бюджетной классификации Минфина, это средства программы по государственному базовому меди-

цинскому страхованию граждан в системе Единого плательщика и общественного здравоохранения, то есть средства, выделяемые Фонду обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Расходы самого главного органа в этой области – Министерства здравоохранения – составили за указанный период 16 млрд 400,3 млн сомов.

Бюджет еще одного ведомства, напрямую занимающегося здоровьем населения, Фонда обязательного медицинского страхования, с 2011 года по 2016 г. составил 47 млрд 127,9 млн сомов.

Расходы республиканского бюджета на здравоохранение в 2017 году составили 15 901,8 млн сом., что в 37 раз больше, чем в 2000 году, в то время как расходы местных бюджетов на здравоохранение, напротив, за аналогичный период сократились в 3,5 раза, составив в 2017 году 246 705,4 тыс. сом.



**Рис. 3. Расходы республиканского и местных бюджетов на здравоохранение в Кыргызской Республике за 1990–2017 годы (тыс. сом)**

Удельный вес расходов государственного бюджета на здравоохранение в общем объеме расходов за 1990–2017 годы выявил его снижение на 0,3 %, тогда как удельный вес расходов на здравоохранение в республиканском бюджете вырос на 8 %. Удельный вес расходов на здравоохранение в местных бюджетах в 2017 году составил всего 1,3 % против 26,5 % в 1990 году.

2018 году из государственного бюджета было выделено на финансирование здравоохранения 13 069,836 млн. сом, общие затраты составили 13 608,63 млн. сом.

Замедление прогресса в течение последних 10 лет объясняется рядом нерешенных вопросов в области финансирования здравоохранения, управления и дополнительных нефинансовых стратегий.

Основные причины замедления прогресса:

1. Высокие и быстрорастущие расходы на лекарства – с точки зрения как роста цен, так и объемов, это является основной непосредственной причиной роста наличных расходов на покупку лекарственных средств.

2. В рамках разработки бюджета здравоохранения выделяются недостаточные ресурсы на обеспечение лекарственными средствами и предоставление услуг первичной медико-санитарной помощи.

3. Мобилизация ресурсов на здравоохранение ослабла, поскольку «целевой показатель» доли общих государственных расходов на здравоохранение на уровне 13 %, как представляется, теперь интер-

претируется как «верхний», а не «минимальный» предел.

4. Слабо налажен сбор взносов на обязательное медицинское страхование.

5. До сих пор отмечается значительная неэффективность услуг, предоставляемых в больницах.

Анализ уроков, извлеченных из предыдущих национальных стратегий, показывает, что потенциал реализации очень ограничен, а процесс реализации, требующий координации между ведомствами, очень трудно поддерживать в условиях Кыргызстана. Тут могли бы помочь интегрированные средства технической поддержки, но недостаточный потенциал центральных офисов Минздрава и ФОМС для использования технической помощи в многочисленных проектах и тематических областях также является сдерживающим фактором. Это указывает на необходимость еще более строгого определения приоритетности действий по финансированию здравоохранения в рамках стратегии, чем это делалось в прошлом, особенно в отношении компонентов, требующих межведомственной координации. Определение приоритетов будет сосредоточено на выборе действий в рамках стратегии, которые совмещают в себе более высокую степень осуществимости (т. е., являются менее требовательными к потенциалу) и большее воздействие на достижение конечных целей стратегии (т. е. улучшение здоровья, справедливость, финансовая защита, устойчивость).

*Список использованных источников*

1. Оценка программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996–2005 гг.): Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг. Проект анализа политики здравоохранения «Манас». Документ исследования политики № 30. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2005 г.

2. Ибраимова А., Акказиева Б., Ибраимов А., Манжиева Э., Речел Б. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Том 13. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2011 г.

3. Совместный ежегодный обзор программы «Ден соолук». Резюме совместных ежегодных обзоров за 2015, 2016 и 2017 годы. Правительство Кыргызстана и партнеры в области развития. Бишкек: Правительство Кыргызстана.

4. Статистический анализ охраны здоровья населения и ее финансирования. Акылбекова Н. И. Автореферат. КНУ, 2019 г.

*Esengeldi kyzy A., Moldokunov U. A.,  
Asanova N. A., Saparaliyeva G. S.*

**HEALTH FINANCING EFFECTIVENESS  
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

*Kyrgyz National University J. Balasagyn,  
Eurasian National University L. N. Gumilyov*

**Summary.** Particular attention from the state in the conditions of economic instability and limited resources deserves the study of the quality of financing of all components of human capital, the fundamental and most important of which is always the health of society. In this regard, the need to assess the effectiveness of financing health care costs comes to the fore.