



## Информационный обзор №2 Кыргызская система «единого плательщика»

### 1. Что такое Система «Единого Плательщика»?

Система «единого плательщика» представляет собой уникальный подход к финансированию и организации услуг здравоохранения в Кыргызстане. Она была введена для создания новой финансовой и организационной структуры в Кыргызской системе здравоохранения, которая способствует более эффективному и более справедливому использованию средств.

В Законе «О системе единого плательщика» дается следующее определение: “Система единого плательщика объединяет финансовые средства здравоохранения, поступающие из государственного бюджета и взносы обязательного медицинского страхования с целью одноканального финансирования услуг общественного здравоохранения, лечебных медицинских услуг и лекарственных препаратов.” (Кыргызский Закон «О системе единого плательщика в системе финансирования здравоохранения в Кыргызской республике», от 30 июля 2003)

### 2. Почему была введена система «единого плательщика»?

До того, как система «единого плательщика» была введена, Кыргызстан сталкивался с теми же проблемами, что и другие страны с переходной экономикой бывшего Советского Союза, а также Центральной и Восточной Европы:

- **Резко сократившееся государственное финансирование здравоохранения.** В ранний переходный период, сокращение государственного финансирования здравоохранения привело к снижению зарплаты персонала, нехватке лекарственных средств, отсутствию материально-технической базы в учреждениях. Это создало огромное несоответствие в финансировании между потребностями и имеющимися ресурсами. Стало понятно, что как и другие страны с переходной экономикой, Кыргызстан должен

был (а) формировать дополнительные средства, помимо государственного бюджета, и (б) сокращать убытки и неэффективность, присутствующие в системе.

- **Неэффективная и неустойчивая система предоставления услуг.** Инфраструктура системы предоставления услуг была слишком громоздкой с большим количеством больничных зданий, а в некоторых местах даже излишним персоналом. Сокращение государственных средств наглядно показало неэффективность инфраструктуры системы здравоохранения, поскольку основная часть государственных средств направлялась на коммунальные расходы и материально-техническое обеспечение.
- **Фрагментированная организация финансирования препятствовала реструктуризации медицинских учреждений.** Каждый государственный уровень финансировал свои собственные учреждения: учреждения республиканского значения финансировались из налогов республиканского уровня, областные учреждения финансировались из налогов областного уровня, а районные/городские учреждения - из налогов районного и городского уровней. Поскольку, каждый административный уровень финансировал свои собственные учреждения, не существовало стимулов и возможностей для взаимодействия по административным уровням и объединения средств и учреждений, там, где это было необходимо. Вместо этого, на каждом уровне шла борьба за изыскание необходимых средств, чтобы содержать свои собственные учреждения. Таким образом, без изменения структуры финансирования, не могла произойти реструктуризация.
- **Отсутствие стимулов для эффективного использования средств и оказания высококачественной помощи.** Поставщики столкнулись с проблемами отсутствия



стимулов, которые способствовали бы эффективному использованию средств и оказанию качественной помощи. Распределение средств поставщикам на всех административных уровнях осуществлялось на основе нормативов и отображало исторические образцы. Чем больше коек было у больницы, тем больше ставок она могла себе позволить, тем больший бюджет она получала. Руководители учреждений не могли перераспределять средства между постатейными категориями, в случае появления такой необходимости и возможности.

- **Несправедливое распределение средств.** Поскольку, финансирование было децентрализованным, на каждом уровне изыскивались средства для относительно небольшого количества людей. Бедные районы могли собрать меньше средств, имея большое количество больных и соответственно нуждаясь в большем объеме средств. Финансирование медицинской помощи для небольших групп населения оказалось очень несправедливым в Кыргызстане, как и во многих странах, потому что многие здоровые работающие люди должны были покрывать затраты на помощь небольшого количества больных. По этой причине, децентрализованные системы финансирования являются несправедливыми, и объединение источников финансирования для большего количества населения способствует большей справедливости.

Введение системы «единого плательщика» стало попыткой создать новую финансовую и организационную структуру в Кыргызской системе здравоохранения, которая способствует более эффективному и более справедливому использованию средств.

### 3. Каковы ключевые особенности системы «единого плательщика»?

- **Аккумуляция средств местного бюджета на областном уровне.** В каждой области, где внедрена система «единого плательщика», все региональные бюджетные средства здравоохранения аккумулируются в Территориальном Управлении Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ТУ ФОМС). Это означает, что поступления

от налогов областного, районного и городского уровней перечисляются из местных финансовых управлений в ТУ ФОМС. ТУ ФОМС покрывает за счет этих средств услуги поставщиков.

- **Базовый пакет государственных гарантий для всего населения.** Из этих аккумулированных на областном уровне средств финансируется базовый пакет медицинской помощи для всего населения области. Базовый пакет состоит из бесплатной первичной медико-санитарной помощи, плюс помощи специалистов узкого профиля и стационарной помощи по направлению, с фиксированной официальной со-оплатой. Аккумулированные бюджетные средства также покрывают полностью расходы на медицинскую помощь для лиц из освобожденных категорий, которые не должны вносить со-оплату.



- **Дополнительная программа ОМС по обеспечению застрахованных граждан лекарственными препаратами на амбулаторном уровне.** Кроме базового пакета, застрахованные лица, официально зарегистрированные в ФОМСе, имеют право на дополнительный пакет помощи. Он состоит из более низкой сооплаты за помощь по направлению и доступа к гарантированным лекарственным средствам на амбулаторном уровне. Финансирование дополнительного пакета обеспечивается за счет отчислений из фонда оплаты труда на медицинское страхование, которые



собираются Социальным Фондом и переводятся в ФОМС, а также за счет отчислений из республиканского бюджета в ФОМС.

- **Унифицированная система закупки помощи.** ФОМС и его Территориальные Управления оплачивают поставщикам здравоохранения за услуги, которую те предоставляют. На первичном уровне, врачи получают оплату по количеству приписанного населения. Больницы оплачиваются по количеству случаев, пролеченных ими и в зависимости от затратности случая. Поставщиками заполняется одна форма о пациенте, они посылают одну копию в ТУ ФОМС, а другую копию в ФОМС. Обе организации оплачивают поставщикам на основе одной и той же клинико-информационной формы, используя один и тот же метод оплаты. Только источники средств, которые используются ими для оплаты, различаются: ФОМС использует поступления от отчисления от фонда оплаты труда на государственном уровне, а ТУ ФОМС использует поступления, собранные на местном уровне.
- **Официальная сооплата пациента.** Пациенты вносят оплату (а) за помощь специалиста на амбулаторном уровне в Центрах Семейной Медицины (ЦСМ) и Амбулаторно-Диагностических Отделениях (АДО) и (б) за стационарную помощь в больницах. Пациенты не платят ничего дополнительно к этому, отдельно врачам или за медикаменты, необходимые для лечения (См. Информационный обзор №3).
- **Постепенное внедрение.** Система единого плательщика внедрялась постепенно.
  - 1-ый этап (2001): Иссык-Кульская и Чуйская области;
  - 2-ой этап (2002): Таласская и Нарынская области;
  - 3-й этап (2003): Жалалабатская и Баткенская области;
  - 4-й этап (2003/04): Ошская область, города Бишкек и Ош.

#### 4. Каковы политические проблемы и задачи системы «единого плательщика»?

Реформы здравоохранения в Кыргызстане начались со значительного несоответствия в

финансировании между необходимыми средствами для финансирования медицинских услуг и средствами, поступающими из государственного бюджета, а также из бюджетов домашних хозяйств. На практике, это означало, что поставщики не имели средств на закупку лекарственных средств и инструментов для лечения своих пациентов, не было денег на материально-техническое обеспечение и ремонт, учреждения испытывали трудности с оплатой персоналу. Семьям приходилось выплачивать значительные суммы денег в случае болезни членов семьи.

Предусматривалось три механизма для увеличения финансирования сектора здравоохранения: (1) незначительное, но устойчивое увеличение государственного финансирования для сектора здравоохранения в среднесрочный период; (2) достижение экономической эффективности путем реструктуризации в секторе здравоохранения; и (3) превращение неофициальных выплат в форму обязательной официальной сооплаты. Предполагалось, что совместная реализация этих трех механизмов позволит покрыть недостаток в финансировании. Однако, Кыргызская система здравоохранения продолжает прилагать усилия по поддержанию стабильных уровней финансирования. Это подрывает возможности системы единого плательщика улучшить здоровье и сокращать обеденение в связи с затратами на медицинскую помощь.

- **Постоянное сокращение государственного финансирования подвергает Базовый Пакет Программы Государственных Гарантий финансовому риску.** Обязательство Кыргызского Правительства перед Базовым Пакетом Программы Государственных Гарантий основано на незначительном, но устойчивом увеличении государственных расходов на сектор здравоохранения. Однако, государственные расходы на здравоохранение из всех государственных источников (республиканский бюджет, местные самоуправления и категориальные гранты) постоянно снижались в последние годы. Это ставит под удар Базовый Пакет Программы Государственных Гарантий, и перемещает бремя оплаты на домашние хозяйства, и в результате ведет к повторному введению неофициальной оплаты, а также повышает



несправедливость. Сокращение государственных средств также означает, что поставщики снова столкнутся с проблемами закупки медикаментов и медицинских инструментов для оказания помощи, оплаты персоналу и проведения требующегося ремонта. К тому же, сокращение государственных средств здравоохранения не согласуется с обязательством правительства в рамках Комплексной Основы Развития и Национальной Стратегии Сокращения Бедности, в каждой из которых делается большой акцент на мероприятиях социального сектора как краеугольном камне сокращения бедности.

- **Сэкономленные средства в результате мероприятий по эффективности, были изъяты из сектора здравоохранения посредством сокращенных местных бюджетов и наложения штрафа на области, где прошла реструктуризация.** Достижение целей экономической эффективности и продуктивности посредством реструктуризации стало одним из способов, с помощью которого недостаток финансирования намечалось восполнить. Там, где внедрялась система единого плательщика, предварительно прошла реструктуризация: койки сокращены, учреждения закрыты, нефункционирующие здания были снесены, дублирующие учреждения и услуги объединены, излишние ставки сокращены. Это позволило достигнуть значительных результатов в плане экономической эффективности и продуктивности. Эти сэкономленные средства должны были перераспределиться на более высокую зарплату и повышение качества помощи, в том числе на обеспечение медикаментами и медицинскими инструментами. Это было важно для обеспечения того, чтобы сектор здравоохранения мог продолжать функционировать, оказывать услуги хорошего качества, и таким образом, улучшать состояние здоровья людей. Но, во многих местах объемы средств, перечисляемых местными бюджетами на здравоохранение, были сокращены, что мотивировалось сокращением количества коек и персонала и соответственно система нуждается в меньшем объеме средств. Но, по этой логике, ситуация с и так уже низкой зарплатой и отсутствием средств на

лекарственные препараты не может быть улучшена посредством сэкономленных средств, и практика неофициальных выплат останется для восполнения этого недостатка.

- **Официальная сооплата подтолкнула местные самоуправления к сокращению государственного финансирования.** ВОЗом проведено несколько исследований по расходам пациентов на стационарную помощь до и после введения системы единого плательщика (См. Информационный обзор №3). Наиболее важным выводом этих исследований стало то, что официальная сооплата не явилась новым источником финансирования системы, она просто заменила ранее существовавшие неофициальные выплаты врачам. Некоторые руководители местных самоуправлений высказали предположение о том, что сектору здравоохранения теперь понадобится меньший объем финансирования, так как введена сооплата. Однако, это не соответствует действительности, поскольку сооплата просто формально заменила ранее невидимые и неконтролируемые формы оплаты. Если, исходя из этой логики, государственные расходы будут сокращаться и дальше, то практика неформальных выплат останется и соответственно невозможно будет повысить качество медицинской помощи.