



**Проект анализа политики здравоохранения,
Программа «Манас»**

Документ исследования политики № 31

**Оценка реформы сектора здравоохранения «Манас»
(1996-2005 гг.):
Фокус на систему финансирования здравоохранения**

Июнь 2005 г.

**Мелитта Якаб (Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID)
Джозеф Катцин (ЕВРО ВОЗ)
Сарбани Чакраборти (Всемирный банк)
Шила О'Догерти (ЗдравПлюс, ЮСАИД)
Адыл Темиров (Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID)
Эллина Манжиева (Всемирный банк)**

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Краткое изложение.....	- 3 -
2	Введение: зачем реформировать систему финансирования здравоохранения?	- 8 -
3	Аналитическая основа	- 11 -
4	Реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане	- 13 -
4.1	Предоставление льгот.....	- 13 -
4.2	Сбор средств.....	- 14 -
4.3	Аккумуляция средств	- 16 -
4.4	Закупка/оплата услуг	- 16 -
4.5	Институциональная структура.....	- 17 -
4.6	Реализация реформы: с пилотной основы на национальный охват.....	- 17 -
5	Основные достижения и остающиеся задачи реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане.....	- 19 -
5.1	Генерирует ли система здравоохранения достаточный объем средств для выполнения задач системы здравоохранения?.....	- 20 -
5.1.1	Общие расходы на здравоохранение	- 20 -
5.1.2	Государственные расходы на здравоохранение.....	- 21 -
5.1.3	Наличные расходы на здравоохранение («из кармана»)	- 25 -
5.2	Обеспечение стимулов, повышающих качество и эффективность предоставления услуг.....	- 26 -
5.3	Эффективное управление системой финансирования	- 29 -
5.4	Прозрачность	- 29 -
5.5	Обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения.....	- 33 -
5.6	Финансовая защита	- 34 -
6	Извлеченные уроки	- 39 -
7	Политические рекомендации для «Манас-2».....	- 41 -

1 Краткое изложение

Цель данного документа заключается в том, чтобы внести вклад в рассуждение о системе финансирования здравоохранения после десятилетнего интенсивного процесса реформирования в этой области. Документ нацелен на предоставление комплексной оценки проведенных на настоящий момент реформ, обсуждение извлеченных уроков и представление выводов на основе полученных данных для подготовки стратегии по дальнейшему реформированию сектора здравоохранения на 2006-2010 годы «Манас-2».

Кыргызстан унаследовал систему финансирования здравоохранения, аналогичную тем, которые существовали в других странах бывшего Советского Союза и Центральной и Восточной Европы. Начало переходного периода с его экономическим спадом и жесткими финансовыми ограничениями привел к проблемам в системе здравоохранения Кыргызстана, так же как и в других странах бывшего Советского Союза и Центральной и Восточной Европы с переходной экономикой. Эти проблемы включали в себя разрушение ранее высоких уровней финансовой защиты, несправедливое диспропорциональное распределение государственных ресурсов в пользу учреждений третичного уровня в столице, неэффективно большой сектор предоставления услуг и проблемы с качеством.

В ответ на эти проблемы Кыргызстан начал проводить системную реформу, направленную на изменение нескольких ключевых аспектов системы здравоохранения. Реформа системы финансирования здравоохранения была одним из компонентов более широкой системной реформы. Представленная модель финансирования здравоохранения стала широко известна на местном уровне и в международных кругах как «Система единого плательщика». Это название передает основную идею Кыргызской модели, которая заключается в создании единого плательщика с закупочными пулами на областном уровне в Фонде обязательного медицинского страхования. В каждой области имеется один покупатель услуг здравоохранения, включенных в Программу государственных гарантий (ПГГ). Эти закупочные пулы называются Территориальными управлениями Фонда ОМС (ТУ ФОМС). Все областные и суб-областные налоговые поступления перечисляются на и аккумулируются в этих областных закупочных пулах.

Поставщики, предоставляющие услуги по ПГГ, получают оплату из Фонда ОМС и его территориальных управлений по результатам деятельности. На уровне ПМСП Группы семейных врачей (ГСВ) получают оплату по количеству приписанного населения (подушевой норматив), а стационары в системе «единого плательщика» оплачиваются по количеству пролеченных пациентов с корректировкой на тип и сложность заболевания (оплата за пролеченный случай). Эти новые методы оплаты государственных поставщиков услуг означают полный отход от исторически сложившегося метода постатейной оплаты, который способствовал неэффективности и проблемам в области качества.

Все эти изменения в системе финансирования здравоохранения привели к существенным улучшениям в деятельности системы здравоохранения и в области медицинских услуг, предоставляемых населению. В данном документе рассматриваются шесть аспектов деятельности системы здравоохранения, которые напрямую связаны с системой финансирования здравоохранения. Так как ранний период реформ уже отражен в некоторых документах, мы решили сфокусировать внимание на недавнем периоде и проанализировать данные за 2000-2003 годы. Мы

полагаем, что реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане добилась увеличения справедливости в доступе к услугам здравоохранения, повышения прозрачности, повышения эффективности и качества предоставления услуг, а также выдающейся административной эффективности. В то же время, остающиеся задачи включают в себя улучшение финансовой защиты/защиты от риска посредством снижения бремени прямых выплат на здравоохранение для домохозяйств, что, в свою очередь, требует обеспечения достаточного объема средств государственного финансирования, выделяемых на сектор здравоохранения. (Таб.1)

Таб. 1. Итоги оценки деятельности

	Значительный прогресс	Последующие задачи
1. Формирование достаточного объема средств для выполнения задач системы здравоохранения		ü
2. Стимулы для повышения эффективности и качества	ü	
3. Административная эффективность	ü	
4. Прозрачность	ü	
5. Справедливость в доступе	ü	
6. Обеспечение финансовой защиты/защиты от риска		ü

Формирование достаточного объема средств для выполнения задач системы здравоохранения

Уровень государственных расходов на здравоохранение в период с 2000 по 2003 год оставался критически низким. Бюджетные ассигнования и исполнение бюджета были ниже, чем ожидалось и требовалось для нормального функционирования системы здравоохранения. Уровень и предсказуемость государственного финансирования стали улучшаться в 2003 году и это улучшение сохранилось и в течение 2004 года. Дальнейшее улучшение потока государственных средств является неременным условием для повышения финансовой защиты/защиты от риска и большего количества видимых льгот для населения, получаемых в результате процесса реформирования.

Объем частных наличных платежей продолжать расти, что оставалось бременем для домохозяйств. Затраты на лекарственные препараты способствуют увеличению расходов на здравоохранение и эта область заслуживает внимания политики. Финансовое бремя домохозяйств возрастало параллельно снижению государственного финансирования. Из-за непредсказуемости потребности в медицинских услугах наличные платежи являются одним из наименее эффективных механизмов оплаты за услуги здравоохранения и оставляют население без финансовой защиты от риска потенциально дорогостоящего случая заболевания. Возможность проведения дальнейшего реформирования для снижения этого бремени ограничена (напр., посредством льготных схем и т.п.) и увеличение государственного финансирования жизненно важно для достижения лучшей финансовой защиты/защиты от риска.

Стимулы для повышения эффективности и качества

В системе здравоохранения наблюдается повышение эффективности и качества, что отражено документально. Эти достижения по большей части обязаны принятию «стратегической закупки», использующей механизмы оплаты, основанные на

результате, усовершенствованные стимулы для направлений и льгот, Дополнительный пакет ОМС и регулярный мониторинг качества. Все эти инструменты послужили явными стимулами для эффективного и качественного предоставления медицинской помощи. В Кыргызстане, наличие внебюджетного агентства, ответственного за закупку, послужило решающим фактором для внедрения функции стратегической закупки. Если бы ФОМС был создан внутри основного государственного сектора, то он бы не смог осуществлять «стратегическую» закупку услуг из-за административных ограничений финансовой системы Кыргызской Республики.

Административные издержки

ФОМС и его Территориальные управления ограничены законом, согласно которому их административные расходы не должны превышать 5% от доходов с налогов на фонд оплаты труда, получаемых из Социального фонда. Так как ФОМС также отвечает за управление (аккумулирование, закупку) средствами субнационального уровня, то уровень фактических административных расходов в общем объеме финансирования существенно ниже. Имеющийся уровень административных расходов значительно ниже уровня, который наблюдается в системах здравоохранения Европы, основанных на социальном страховании, что указывает на хорошую административную эффективность Фонда ОМС.

Прозрачность

Система «единого плательщика» усилила прозрачность системы здравоохранения для населения путем создания четкой системы льгот и предоставления прав через ПГГ и политику сооплаты. В прошлом, отсутствие ясности в предоставлении прав, сопряженное с большим давлением на поставщиков, вынужденных пополнять заметно снизившийся уровень государственного финансирования, привело к широко распространенной системе неформальных платежей, в частности, за стационарную помощь. Ключевая задача реформы системы финансирования здравоохранения заключалась в том, чтобы сделать систему здравоохранения более прозрачной посредством четкого определения прав на льготы и обязательств. Данное исследование показывает, что за период с 2000 по 2003 годы уровень неформальных платежей сократился на 2% в Иссык-Кульской, Чуйской, Нарынской и Таласской областях, где реформы были начаты раньше и внедрялись в течение более длительного периода. В противоположность, уровень неформальных платежей вырос на 73% в Ошской, Жалалабатской и Баткенской областях, где реформы внедрялись позже, и на 24% в городе Бишкек за тот же промежуток времени. Положительные тенденции в сокращении неформальных платежей в областях, где реформы были начаты раньше, говорят о том, что последовательная и полная реализация реформы «единого плательщика» приведет к аналогичным выгодам в других регионах республики с течением времени. Дальнейшее сокращение неформальных платежей возможно только при создании стабильной и увеличивающейся основы из государственных средств, выделяемых на сектор здравоохранения.

Справедливость в доступе к услугам

Распределение использования услуг здравоохранения по социально-экономическим группам стало более равным в 2003 году по сравнению с 2000 г. Это касается как амбулаторной, так и стационарной помощи. Использование амбулаторной помощи (первичная помощь и помощь специалистов узкого профиля) возросло среди самой бедной части населения и снизилось среди более богатой части. Это означает, что бедное население может воспользоваться большей частью государственных ресурсов,

чем было раньше. В целом, реформа здравоохранения выполняет выравнивающую роль в использовании услуг по стране и по социально-экономическому статусу.

Финансовая защита

Хотя неравенства в использовании стали менее выраженными за последние несколько лет, обращение за медицинской помощью остается большим бременем для средств домохозяйств через наличные платежи «из кармана». Несмотря на то, что у бедных выплаты в абсолютных показателях ниже, чем у богатых, они занимают более значительную долю средств домохозяйств при измерении в переводе на потребление на душу населения. Доля наличных платежей в ресурсах домохозяйств значительно возросла среди наиболее бедной (первой) квинтильной группы, до 7% к 2003 году. Вторая, третья и четвертая квинтильные группы также потратили более значительную долю ресурсов домохозяйств на расходы на здравоохранение в 2003 году по сравнению с 2000 годом. В наиболее богатой квинтильной группе наблюдалось незначительное снижение. В основном, это вызвано снижением уровня пользования медицинской помощью среди богатого населения.

Извлеченные уроки

Реформа системы финансирования в Кыргызстане способствовала росту эффективности, улучшению качества, повышению прозрачности и более справедливому доступу к услугам здравоохранения. Это большие достижения, указывающие на то, что система финансирования и ее компоненты работают в намеченном направлении. Это, в основном, происходит благодаря сложным схемам аккумулирования и закупки с широким диапазоном стимулов, ориентированных на повышение эффективности, качества и справедливости.

Из реализации этих реформ были извлечены следующие уроки:

- § Успехи реформы здравоохранения в Кыргызстане отчасти обусловлены концентрацией внимания на комплексном подходе, а не на изолированных инструментах.
- § Комплексные реформы требуют тщательного установления последовательности различных шагов процесса реформирования.
- § Финансирование системы здравоохранения было критически низким и непредсказуемым на протяжении времени реализации реформы. Это привело к нескольким проблемам в деятельности и доверии к системе здравоохранения, а также подорвало возможность реформы системы финансирования здравоохранения уменьшить финансовое бремя, ассоциируемое с обращением за медицинской помощью, в частности, для бедных.
- § Медленный темп реформ в общей системе финансирования создал напряженное окружение, в котором вынужден действовать сектор здравоохранения, и ограничил его возможность в достижении роста эффективности, качества и справедливости.
- § Достижение эффективности и качества могло быть намного сложнее, если бы ФОМС не был создан в качестве внебюджетной организации, ответственной за закупку/оплату медицинских услуг.

Основные рекомендации для документа «Манас-2»

На основе представленного в данном документе анализа, предлагаются следующие рекомендации для политики финансирования.

- § Кыргызская система финансирования здравоохранения является сложным механизмом аккумулирования средств и стратегической закупки медицинских услуг. Как показано в данном документе, эта система способствовала достижению прогресса по нескольким ключевым задачам реформы. Система «единого плательщика» и политика сооплаты должны продолжать формировать основу системы здравоохранения Кыргызстана. Несмотря на то, что некоторые цели, такие как финансовая защита, пока не выполнены, необходимо признать, что их выполнение было бы невозможной задачей для любой системы здравоохранения в условиях снижающегося и непредсказуемого потока средств в период проведения реформы. Поэтому, нашей первой рекомендацией будет не сворачивать реформу по внедрению системы «единого плательщика» и политики сооплаты. Возвращение осуществленных реформ системы финансирования здравоохранения в прежнее состояние в действительности не повысит финансовую защиту, так как неформальные платежи возобновятся снова и приведут к утрате прозрачности и снижению эффективности и качества. .
- § Критической задачей на предстоящий период времени является концентрация усилий на повышение финансовой защиты/защиты от риска посредством сокращения финансового бремени для домохозяйств на момент обращения за медицинской помощью. В частности, рост государственного финансирования позволит повсеместно снизить уровни сооплаты и окажет существенное влияние на сокращение финансового бремени в случае болезни для бедного населения. Более того, пересмотр ценообразования на фармацевтические препараты и практики рационального назначения ЛС также может оказать содействие в облегчении финансового бремени медицинской помощи для домохозяйств.
- § Еще одной проблемой является гармонизация системы «единого плательщика» с децентрализованной в отношении финансов государственной системой финансирования. Рассмотрев предложенные в начале 2005 года варианты, мы пришли к выводу, что децентрализация системы финансирования здравоохранения на небольшие административные уровни вероятнее всего подорвет способность системы формировать ресурсы, она разрушит существующие механизмы аккумулирования и закупки и окажет негативное влияние на эффективность и качество, а также откинёт назад достигнутую прозрачность. В то же время, децентрализация управленческой функции обладает потенциалом для повышения качества и отзывчивости системы предоставления услуг нуждам и ожиданиям населения. В случае фискальной децентрализации, нашим предложением будет создание единого национального пула закупки, который, по нашему мнению, обеспечит дальнейшее повышение эффективности и качества предоставления услуг, а также позволит осуществлять перекрестное субсидирование в более крупных объемах и с положительным для справедливости результатом.
- § Усиление процесса ССПБ послужит отличным инструментом для полной интеграции системы бюджетирования, основанной на результатах, которая весьма необходима для сохранения преимуществ системы «единого плательщика», повысит предсказуемость финансирования и позволит сектору здравоохранения планировать и распределять ресурсы без страха сокращения ассигнований в течение годового бюджетного цикла.

2 Введение: зачем реформировать систему финансирования здравоохранения?

Кыргызстан унаследовал систему финансирования здравоохранения, аналогичную тем, что была свойственна другим странам бывшего Советского Союза и Центральной и Восточной Европы. В ней существовали три административных уровня, каждый из которых имел собственную вертикально интегрированную систему здравоохранения: республиканский уровень, областной уровень и районный/городской уровень. Каждый уровень выполнял все четыре функции системы финансирования здравоохранения и оказания помощи: собирал доходы, аккумулировал средства, осуществлял закупку и предоставлял помощь. Источником поступлений средств на здравоохранение было общее налогообложение и всему населению было предоставлено право на широкий объем бесплатных услуг в пункте предоставления услуг. Организации-поставщики получали исторически установленный бюджет с жесткими бюджетными статьями, а медицинские работники получали фиксированную зарплату.

Начало переходного периода с его экономическим спадом и жесткими финансовыми ограничениями привело к проблемам в системе здравоохранения Кыргызстана, так же как и в других странах бывшего Советского Союза и Центральной и Восточной Европы с переходной экономикой. Эти проблемы включали в себя разрушение ранее высоких уровней финансовой защиты, несправедливое диспропорциональное распределение государственных ресурсов в пользу учреждений третичного уровня в столице, неэффективно большой сектор предоставления услуг и проблемы с качеством.

Радикально снизившийся уровень государственного финансирования здравоохранения вместе с растущими ценами привели к дефициту, разрушению финансовой защиты и росту неформальных платежей. Спад в общих государственных расходах также означал спад в государственных расходах на здравоохранение. В то же время, цены на ключевые вложения, такие как медикаменты и энергия, возросли. Таким образом, система здравоохранения была вынуждена функционировать при меньших деньгах, но столкнувшись с более высокими ценами. Как и во всех странах переходного периода, результатом этих комбинированных факторов были нехватка медикаментов, накопление задолженностей за государственные коммунальные услуги и рост «неформальных платежей» за медицинскую помощь. Наличие и рост этих платежей означали уменьшение прозрачности системы.

Фрагментированные схемы аккумулирования подрывали защиту от риска и справедливое распределение государственных ресурсов. Финансирование было настолько децентрализованным, что каждый административный уровень был ответственным за обеспечение ресурсами относительно небольшого количества людей. Фрагментация финансовой структуры не позволяла осуществлять перераспределение между административными уровнями; следовательно, было невозможно осуществлять перекрестное субсидирование из более богатых районов на более бедные.

Фрагментированная организация вертикально интегрированных систем финансирования и предоставления услуг препятствовали проведению реструктуризации медицинских учреждений и повышению эффективности. Каждый административный уровень финансировал свои учреждения посредством иерархического интегрированного постатейного бюджетного процесса: учреждения республиканского уровня финансировались из налоговых сборов республиканского уровня, областные учреждения финансировались из налоговых сборов областного

уровня и районные/городские учреждения финансировались из районных/городских налоговых сборов. Так как каждый административный уровень финансировал свои учреждения, то не было стимулов и возможностей осуществлять взаимодействие между административными уровнями и объединять средства и учреждения по мере необходимости сверх нескольких ограниченных механизмов выравнивания между областями и между районами. Напротив, каждый уровень старался найти средства, необходимые для сохранения своих учреждений открытыми и в рабочем состоянии. Таким образом, без изменения финансовой структуры проведение реструктуризации не представлялось возможным.

Отсутствие стимулов для эффективного использования ресурсов и оказания качественных услуг. Инфраструктура предоставления услуг было слишком большой со слишком большим количеством больничных зданий и, в некоторых местах, даже со слишком большим количеством персонала. Отчасти это дублирование возникло по причине того, что фрагментированная система финансирования привела к присутствию на одной территории как областных, так и районных/городских учреждений здравоохранения, особенно в областных центрах (например, областной роддом, городской роддом), и, конечно же, республиканских и городских учреждений в г. Бишкек. Отчасти, излишние мощности возникли в результате того, что поставщики столкнулись со стимулами, которые не способствовали эффективному использованию ресурсов и высокому качеству помощи. Ассигнование средств поставщикам на всех административных уровнях основывалось на нормативах затрат и отражало исторически сложившийся принцип. Чем больше коек было в больнице, тем больше штатных должностей ей позволялось иметь и тем больший бюджет она получала. Руководители не могли осуществлять перераспределение между постатейными категориями при возникновении необходимости или появлении возможности. Сокращение государственных средств сделало эту неэффективность крайне очевидной, так как большая часть государственных средств поглощалась оплатой коммунальных услуг и эксплуатационных расходов.

Совокупность этих проблем означала, что у Кыргызстана – как и у других стран этого региона – было два выбора. Во-первых, он мог ничего не делать и позволить системе здравоохранения прийти в упадок, возложить на плечи населения возрастающую долю финансового бремени оплаты за услуги здравоохранения из собственного кармана и наблюдать за ростом неформальных платежей, так как врачи пытались бы дополнить свою скудную зарплату. Либо он мог добраться до сути большинства проблем, существующих в постсоветских системах здравоохранения, и радикально переделать унаследованную структуру финансирования здравоохранения.

Многие факторы совпали при объяснении того, почему Кыргызстан предпочел второй вариант и разработал и внедрил новаторскую модель финансирования здравоохранения. Одним из ключевых факторов было, несомненно, наличие очевидных лидеров в секторе здравоохранения, которое поддерживалось сильной политической поддержкой высокого уровня. Более того, скоординированная поддержка доноров и их техническое руководство создали благоприятное и поддерживающее окружение для осуществления среднесрочных реформ системы финансирования здравоохранения.

Однако, этот путь не был легким и реформа системы финансирования здравоохранения продолжает вызывать дебаты и дискуссии относительно ее преимуществ и недостатков. Этот спор стал особенно острым, когда правительство Кыргызстана начало разработку следующей фазы стратегии сектора здравоохранения на 2006 – 2010 годы. Полемика о реформе системы здравоохранения в Кыргызстане впечатляет сложностью и указывает на то, что десятилетний период реформирования системы финансирования здравоохранения значительно повысил дееспособность

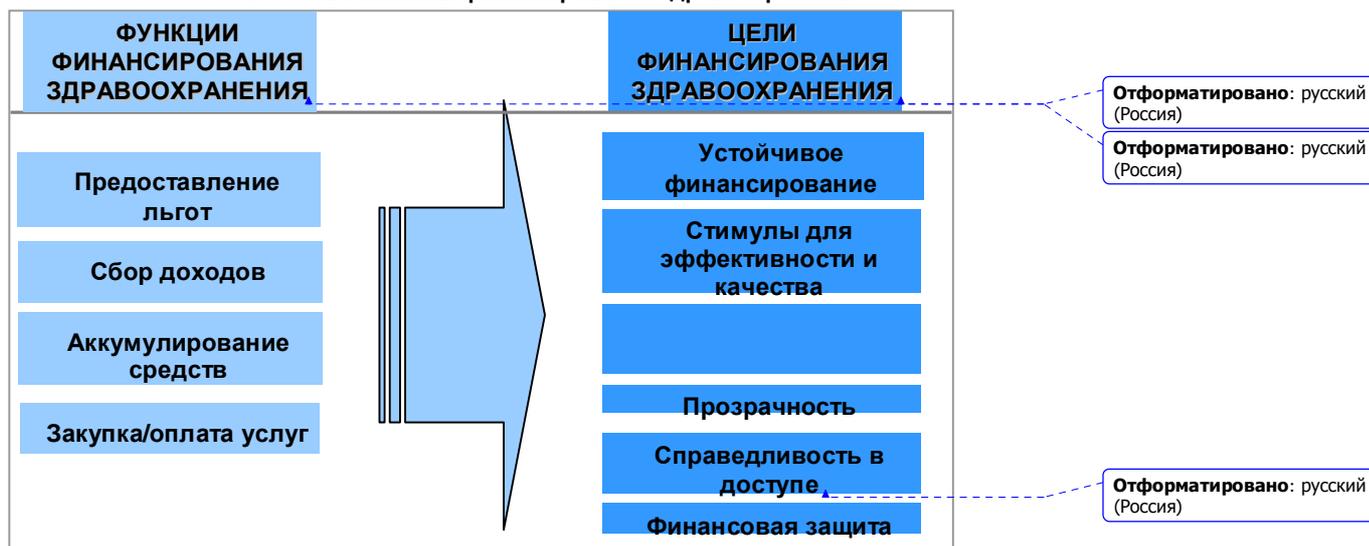
сектора здравоохранения Кыргызстана. Тем не менее, были случаи, когда этот спор основывался не на систематических фактах.

Цель данного документа заключается в том, чтобы сделать вклад в эту полемику, предоставив комплексную оценку проведенных на данный момент реформ системы финансирования здравоохранения. Мы покажем как ранее представленные, так и новые факты о достижениях и остающихся задачах/проблемах внедренной системы финансирования.

3 Аналитическая основа

Для оценки реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане мы объединили две аналитические основы. Первая, это функциональный подход к структуре системы здравоохранения, предложенный ВОЗ в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.». Вторая, это расширение структуры ВОЗ, предложенная советником ВОЗ Д. Катциным специально для оценки структуры финансирования здравоохранения. (Рис. 1)

Рис. 1. Аналитическая основа системы финансирования здравоохранения



Источник: ВОЗ, 2001; Катцин, 2005

В Разделе 4 мы разделили описание реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане в соответствии с функциональной классификацией ВОЗ. Реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане обсуждается в качестве структуры следующих функций:

- § Предоставление льгот населению (раздел 4.1)
- § Сбор средств (раздел 4.2)
- § Аккумуляция средств (раздел 4.3)
- § Закупка/оплата услуг (раздел 4.4)

Для оценки влияния этих реформ на цели системы здравоохранения мы использовали подход, предложенный Катциным, в котором общие цели системы объединяются с более конкретными задачами политики финансирования здравоохранения. Некоторые цели финансирования здравоохранения по сути аналогичны целям системы здравоохранения (например, финансовая защита/защита от риска), тогда как другие отражают влияние структуры финансирования здравоохранения в более обширные цели (например, создание стимулов для обеспечения эффективности и качества). Последние связаны с наличием многих факторов кроме структуры финансирования

здравоохранения, которые влияют на эффективность и качество деятельности системы здравоохранения. А структуру финансирования можно оценить, по меньшей мере, на основе того, предоставляет ли она стимулы поставщикам для обеспечения эффективности и качества.

Основываясь на этой логике, мы обсуждаем влияние реформ в соответствии со следующими аспектами:

- § Формирование достаточного объема средств для выполнения задач системы здравоохранения (раздел 5.1)
- § Обеспечение четких стимулов, повышающих качество и эффективность предоставления услуг (раздел 5.2)
- § Эффективное управление системой финансирования (раздел 5.3)
- § Прозрачность (раздел 5.4)
- § Обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения (раздел 5.5)
- § Обеспечение финансовой защитой/защитой от риска (раздел 5.6)

Мы завершаем наш обзор обсуждением уроков, извлеченных из внедрения реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане, (раздел 6), за которым следует обсуждение незавершенного плана мероприятий для программы «Манас-2» (раздел 7).

4 Реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане

Кыргызская модель финансирования здравоохранения стала широко известна как «Система единого плательщика». Это название передает основную идею Кыргызской модели, которая заключается в создании единого плательщика с закупочными пулами на областном уровне в Фонде обязательного медицинского страхования. В каждой области имеется один покупатель услуг здравоохранения в лице Территориальных управлений Фонда ОМС, включенных в Программу государственных гарантий (ПГГ). Все областные и суб-областные налоговые поступления перечисляются на и аккумулируются в этих областных закупочных пулах. Оплата услуг общественного здравоохранения и третичного уровня, не включенных в ПГГ, производится из средств бюджета через Министерство здравоохранения.

Так как реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане была исчерпывающе описана в других документах, в данном документе мы даем только наиболее значимые моменты Кыргызской системы и даем ссылки для читателей на более подробное описание¹. В следующих разделах описываются ключевые шаги реформы по предоставлению льгот (4.1), сбору средств (4.2), аккумулированию средств (4.3) и закупке (4.4). Мы также даем описание институциональной структуры для выполнения функций финансирования здравоохранения (4.5) и процесса реализации (4.6). Раздел завершается обсуждением реформы системы финансирования здравоохранения в контексте общей финансовой реформы в Кыргызстане (4.7).

4.1 Предоставление льгот

Права населения Кыргызстана на индивидуальные медицинские услуги определены в Программе государственных гарантий (ПГГ). Кыргызская ПГГ имеет следующие характеристики:

- § Бесплатная первичная медико-санитарная помощь всем гражданам Кыргызстана независимо от статуса застрахованности
- § Специализированная помощь на амбулаторном уровне и помощь в стационарах по направлению предоставляется в соответствии с установленным уровнем сооплаты
- § Официально застрахованные в Фонде ОМС лица имеют право на дополнительный пакет услуг, включающий в себя более низкий уровень сооплаты при наличии направления и доступ к дополнительному пакету ЛС на амбулаторном уровне
- § Некоторые группы населения полностью или частично освобождены от сооплаты. Поставщики получают более высокую оплату за лечение льготников, что не дает им стимулов отдавать предпочтение пациентам, которые могут заплатить сооплату, но у них появляются положительные стимулы для лечения лиц, принадлежащих к льготным группам. Эти группы населения включают в себя пенсионеров с низким уровнем доходов, онкобольных, больных туберкулезом, ветеранов войны и т.п. В больницах также создан так называемый резервный фонд для оплаты лечения тех, кто не в состоянии заплатить.

¹ Подробное описание проведенных реформ системы финансирования здравоохранения можно найти в следующих исследованиях: Катцин, 2003 ДИП №21, 24; Информационные обзоры, ВОЗ-ПАПЗ №1, 2, 3, 7; (<http://hpap.med.kg>)

В то же время, есть необходимые услуги здравоохранения, не включенные в ПГГ. Это услуги, ориентированные на население, такие как общественное здравоохранение, некоторые услуги третичного уровня, оказываемые Республиканскими институтами и поставщиками параллельных систем здравоохранения (напр., МВД, МО). Оплата этих услуг продолжает осуществляться из средств республиканского бюджета через соответствующие министерства, включая МЗ.

Удалено: 2

Таб. 2. Уровни сооплаты для хирургических случаев (2004)

	Частично освобожденные	Застрахованные	Незастрахованные	Без направления
Бишкек, без Республиканских ЛПУ	260	900	1,602	2,330
Бишкек, Республиканские ЛПУ	260	1080	1,440	2,730
Чуй	260	780	1,130	2,120
Иссык-Куль	260	780	1,130	2,070
Нарын	260	690	1,040	2,060
Талас	260	690	1,040	1,900
Ош	260	560	920	1,550
Город Ош	260	650	1,020	1,740
Жалалабат	260	650	1,020	1,720
Баткен	260	560	920	1,640

Источник: ФОМС

Таб. 3. Уровни сооплаты для менее дорогостоящих хирургических случаев или только для диагностики и терапевтических случаев (2004)

Удалено: 3

	Частично освобожденные	Застрахованные	Незастрахованные	Без направления
Бишкек, без Республиканских ЛПУ	200	690	970	1,790
Бишкек, Республиканские ЛПУ	200	830	1,110	2,100
Чуй	200	600	870	1,630
Иссык-Куль	200	600	870	1,590
Нарын	200	530	800	1,580
Талас	200	530	800	1,460
Ош	200	430	710	1,190
Город Ош	200	500	780	1,340
Жалалабат	200	500	780	1,320
Баткен	200	430	710	1,260

Источник: ФОМС

Примечание [JK1]: Technical question on Figure 2: do the percents reflect the source of funds or the "source of health expenditures". More specifically, does the MHIF percent include all MHIF expenditures, i.e. from both payroll taxes and Republican budget transfers for children, etc.? If it is really meant to reflect the "source" (collection agent in our framework), then the "local budget" would reflect local taxes for health (could really nitpick and take out the CGs), the Republican budget would include the transfers to the MHIF as well as other Republican level health spending, and "MHIF" could be replaced by "Social Fund" or "payroll taxes". But if it is meant to reflect the "source of health expenditures", then we should be explicit about that. One of the key aspects of the KGZ reforms is this distinction between collection and pooling, so I want to make sure we are consistent on it.

4.2 Сбор средств

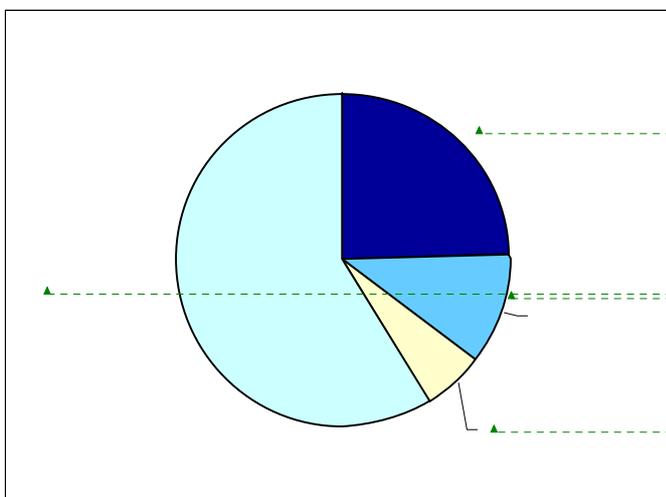
Доходы в систему здравоохранения Кыргызстана поступают из трех источников: доходы с общего налогообложения, налогов с фонда оплаты труда и наличных платежей «из кармана». Доходы с общего налогообложения включают в себя налоги Республиканского уровня, областные и суб-областные налоги. Доходы с налогообложения собираются преимущественно с косвенных налогов, в основном, с НДС на табачную и алкогольную продукцию и акцизных налогов. Доходы с прямого налогообложения посредством подоходного налога и налога на прибыль играют

незначительную роль в формировании доходов для сектора здравоохранения в Кыргызстане.

Налог с фонда оплаты труда является *дополнительным* источником доходов для сектора здравоохранения, составляющим 6% от общих поступлений на здравоохранение. Он был введен в 1997 году в качестве источника средств на обязательное медицинское страхование граждан. Размер взноса налога с фонда заработной платы составляет 2%, которые выплачиваются работодателем за работающего. Фермеры, обрабатывающие собственную землю, обязаны платить страховой взнос на медицинское страхование в размере 5% от налога на землю. Пенсионный фонд обязан выплачивать сумму в размере 1.5 минимальных зарплат за пенсионеров, а Фонд занятости населения обязан выплачивать такую же сумму за незастрахованных. В 2000 году охват страхованием значительно расширился за счет включения в страхование детей до 16 лет и лиц, получающих социальные пособия. Их охват финансировался за счет прямых трансфертов из Республиканского бюджета в ФОМС. ФОМС не занимается сбором средств; поступления на него собираются Социальным фондом.

Рис. 2. Источники расходов на здравоохранение (по посредникам аккумуляции) в 2003 г.

Удалено: 2



Отформатировано: Шрифт: 9 пт, русский (Россия)

Отформатировано: По центру

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: Шрифт: 9 пт

Отформатировано: По центру

Отформатировано: Шрифт: 9 пт, русский (Россия)

Отформатировано: По центру

Источник: Казначейство – данные по государственным расходам и ФОМС; ИОД-2004 – расчеты частных расходов;

Примечание: Цифры отражают источники расходов на здравоохранение по посредникам аккумуляции. Расходы местных бюджетов включают категориальные гранты, получаемые из Республиканского бюджета. Трансферты из республиканского бюджета в ФОМС включены в расходы Республиканского бюджета. «Частные наличные платежи» включают расходы домохозяйств на официальную оплату за госпитализацию, ЛС и неформальные платежи, а расчеты основаны на репрезентативной на национальном уровне выборке из 18690 человек.

Наличные платежи «из кармана» включают в себя выплаты, произведенные в пункте предоставления услуг официально и неформально. Существуют две широкие категории официальных выплат. Первая состоит из «исключительно частных» транзакций, таких как покупка медикаментов в частных аптеках или выплаты, произведенные пациентами частным врачам. Вторая включает в себя официальную оплату, выплачиваемую за специализированные услуги на амбулаторном уровне, госпитализацию и дополнительный пакет ЛС на амбулаторном уровне. Неформальные платежи включают в себя выплаты, произведенные напрямую медицинским работникам (в основном, врачам) в государственных учреждениях здравоохранения

(или частных учреждениях, заключивших договор с Фондом ОМС по предоставлению услуг, покрытых ПГГ) и выплаты за или предоставление расходных материалов (чаще всего ЛС и хирургические принадлежности) или услуги, которые должны предоставляться бесплатно как часть лечения. Официальная сооплата выплачивается (i) за специализированную амбулаторную помощь, оказываемую в Центрах семейной медицины (ЦСМ) и амбулаторно-диагностических отделениях (АДО); (ii) за стационарную помощь в больницах; и (iii) за ЛС на амбулаторном уровне, покрытые Дополнительной программой ОМС по обеспечению ЛС, приобретаемые в заключивших договор частных аптеках. Сооплата не требуется на уровне ПМСП. Пациенты, заплатившие официальную сооплату, не должны платить за ЛС или напрямую медицинскому персоналу. Что касается специализированной амбулаторной помощи, то уровни сооплаты варьируются по типу оказываемых услуг. За стационарную помощь пациенты обязаны платить фиксированную сумму за госпитализацию.

Уровень сооплаты зависит от трех факторов ([Таб. 2](#), [Таб. 3](#)):

Удалено: Таб. 2

Удалено: Таб. 3

- § госпитализация, включающая хирургическое вмешательство, требует более высокой сооплаты, чем госпитализация, требующая только диагностики и лечения; внутри хирургических случаев имеется дальнейшая разбивка на низкокзатратные и высококзатратные хирургические госпитализации
- § застрахованные пациенты оплачивают более низкий уровень сооплаты за услуги при наличии направления (специализированная амбулаторная и стационарная помощь), чем незастрахованные пациенты
- § пациенты без направления оплачивают более высокий уровень сооплаты, чем при наличии направления.

4.3 Аккумуляция средств

Ключевой особенностью Кыргызской модели финансирования здравоохранения является структура аккумуляции бюджетных средств на областном уровне. В каждой области, где была внедрена система «единого плательщика», все субнациональные бюджетные средства, выделяемые на здравоохранение, аккумулируются в Территориальных управлениях Фонда обязательного медицинского страхования (ТУ ФОМС). Это значит, что областные, районные и городские налоговые сборы перечисляются из местных финансовых отделов в ТУ ФОМС. ТУ ФОМС напрямую оплачивает всех поставщиков в области за оказываемые услуги. Эти средства затем согласовываются с дополнительной оплатой из национального пула, пополняемого с налогов на фонд оплаты труда.

Министерство Здравоохранения выступает в качестве посредника аккумуляции для услуг, не вошедших в ПГГ. Налоговые поступления перечисляются в Министерство Здравоохранения и затем поставщикам (например, приоритетные программы, общественное здравоохранение, фонды (ФТО и ФВТ) и некоторые учреждения третичного уровня).

4.4 Закупка/оплата услуг

ФОМС и его Территориальные управления платят поставщикам за оказываемую помощь. На уровне ПМСП Группы семейных врачей (ГСВ) оплачиваются по количеству приписанного населения. Стационары оплачиваются по количеству пролеченных случаев и их сложности. Поставщики заполняют одну форму по пролеченному

пациенту и отсылают одну копию в ТУ ФОМС. Оплата за пролеченный случай производится за всех пациентов из финансируемого местным бюджетом пула, управляемого ТУ ФОМС. Если пациент застрахован, то это инициирует дополнительную оплату из национального пула Фонда ОМС. Таким образом, оплата из каждого пула основана на одной и той же клинико-информационной форме с использованием одних и тех же механизмов оплаты. Различаются только источники средств, используемых для оплаты: каждое ТУ ФОМС использует налоговые поступления, выделяемые местными самоуправлениями (т.е., областными, включая категориальные гранты, районными и городскими), а ФОМС использует поступления с налогов на фонд оплаты труда, собираемых Социальным фондом по всей стране, и трансферты из Республиканского бюджета за определенные категории застрахованных лиц. Для услуг, не покрытых ПГГ, механизм оплаты остался без изменений. Они продолжают оплачиваться по статьям бюджета на основе сметы расходов.

4.5 Институциональная структура

Изначально ФОМС был создан как независимая внебюджетная организация при правительстве, не подлежащая контролю со стороны Минздрава или Минфина. В 1999 году ФОМС поменял правовой статус на независимое юридическое лицо при МЗ. Директор Фонда ОМС одновременно является заместителем министра здравоохранения.

Статус Фонда ОМС, как ведомства, не финансируемого из государственного бюджета явился критическим фактором, обеспечившим переход на новые механизмы оплаты, основанных на результатах. Хотя концептуально Министерство здравоохранения могло бы выполнять функцию аккумуляции (по меньшей мере, по налоговым сборам), оно не может выполнять функцию закупки/оплаты с тем количеством заложенных стимулов для достижения эффективности, как это делает ФОМС. Существующее законодательство Кыргызстана не позволяет наличие оплаты на основе результатов и договорных механизмов в рамках «основного государственного сектора». Как будет показано далее, ключевым успехом Кыргызской реформы системы финансирования здравоохранения явилось сокращение размеров и инициированное им достижение эффективности, а ключевым фактором, лежащим в основе этого достижения, был механизм оплаты на основе результатов. Следовательно, если бы была внедрена другая структура аккумуляции без создания независимой государственной организации, способной платить по результату, реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане была бы, без сомнения, менее успешной в приведении в действие процесса достижения эффективности.

4.6 Реализация реформы: с пилотной основы на национальный охват

Реформа по внедрению системы «единого плательщика» проводилась поэтапно. Во время первой фазы (1997-2000 гг.) ФОМС управлял только поступлениями с налогов на фонд оплаты труда, а областных пулов закупки еще не существовало. Однако, эти четыре года были решающими для институционального развития. ФОМС выработал свои системы и навыки, особенно систему оплаты и информационную систему. Решающим фактором были «объединенные системы», в особенности, информационные системы на уровне стационаров. ФОМС управлял небольшой долей средств, но при этом он управлял данными по каждой госпитализации. Это дало возможность стимулировать финансовые последствия перехода на новые системы

оплаты для бюджетных средств и использовать эту информацию для лучшего планирования введения областных пулов закупки/оплаты.

Вторая фаза началась в 2001 году и включала в себя введение областных пулов закупки/оплаты. ФОМС стал отвечать за управление областными и суб-областными средствами. К тому моменту ФОМС уже имел четырехлетний опыт работы и, поэтому, переход от управления небольшого пула Фонда ОМС к управлению больших пулов местных бюджетов было менее трудным и рискованным. Тем не менее, реформа по внедрению системы «единого плательщика» проводилась на основе поэтапного подхода. Первые пилотные проекты проводились в Иссык-Кульской и Чуйской областях в 2001 году. Каждые два года реформой охватывались две дополнительные области.

- § 1-ый этап (2001 г.): Иссык-Кульская, Чуйская области
- § 2-ой этап (2002 г.): Таласская, Нарынская области
- § 3-ий этап (2003 г.): Жалалабатская, Баткенская области
- § 4-ый этап (2003/04 гг.): город Ош и Ошская область, город Бишкек

Такой поэтапный подход позволил получить обучение на практике; сгладить изначальные проблемы; оценить заблаговременное воздействие на население; создать потенциал и доверие; и развивать потенциал на протяжении всего процесса.

5 Основные достижения и последующие задачи реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане

В данном разделе мы оцениваем воздействие реформы системы здравоохранения в Кыргызстане по шести аспектам деятельности.

- § Формирует ли существующая система финансирования здравоохранения достаточный объем средств для выполнения задач системы здравоохранения? (раздел 5.1)
- § Есть ли у поставщиков стимулы, способствующие повышению качества и эффективности предоставления услуг? (раздел 5.2)
- § Эффективное ли управление у системы финансирования здравоохранения? (раздел 5.3)
- § Прозрачна ли структура финансирования здравоохранения? (раздел 5.4)
- § Ведет ли структура финансирования здравоохранения к справедливости в доступе или имеются финансовые помехи, препятствующие доступу бедного населения? (раздел 5.5)
- § Защищены ли отдельные лица и их семьи от риска расходов на здравоохранение, ведущих к обеднению? (раздел 5.6)

Данные по указанным разделам подытожены в представленной ниже **Таб. 4**. В таблице перечислены шесть аспектов деятельности, которые мы намерены проанализировать, и показана наша оценка баланса данных. На каждый аспект мы выделили три пункта в соответствии с тем, достигнут ли значительный прогресс, остаются ли еще задачи для решения или и то и другое вместе.

Удалено: Таб. 4

Сильными сторонами реформы системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане до сих пор были повышение равенства льгот, получаемых населением, повышение прозрачности, эффективности и качества услуг, а также функционирование в контексте выдающейся административной эффективности. Остающиеся задачи включают в себя усиление финансовой защиты посредством снижения бремени прямых выплат для домохозяйств, что, в свою очередь, требует обеспечения достаточного объема средств государственного финансирования.

Таб. 4. Итоги оценки деятельности

	Значительный прогресс	Последующие задачи
1. Генерирование достаточного объема средств для выполнения задач системы здравоохранения		ü
2. Стимулы для повышения эффективности и качества	ü	
3. Административная эффективность	ü	
4. Прозрачность	ü	
5. Справедливость в доступе	ü	
6. Обеспечение финансовой защиты/защиты от риска		ü

5.1 Формирует ли система финансирования здравоохранения достаточный объем средств для выполнения задач системы здравоохранения?

В данном разделе мы рассматриваем тенденции в расходах на здравоохранения в период с 2000 по 2003 гг. Главным аргументом в данном разделе является то, что Кыргызская система здравоохранения столкнулась со значительными проблемами в формировании достаточного объема **государственных** средств, выделяемых в этот период на сектор здравоохранения, для обеспечения выполнения задач системы здравоохранения. При отсутствии адекватного уровня государственного финансирования на плечи домохозяйств ложится более значительная доля расходов на здравоохранение через наличные платежи «из кармана», что, в свою очередь, подрывает финансовую защиту/защиту от риска. Тенденции показывают улучшение в 2003/2004 годах и важно то, что эти последние положительные достижения в потоках государственного финансирования остаются приоритетами на предстоящие годы. Мы начнем наше обсуждение с тенденций в общих расходах на здравоохранение (5.1.1), за которым последует анализ государственных расходов (5.1.2) и частных расходов (5.1.3).

5.1.1 Общие расходы на здравоохранение

Кыргызская Республика тратила 5% от ВВП на здравоохранение в 2003 году (общие расходы). Это практически одинаково распределено между государственными и частными источниками: около 41% поступлений на здравоохранение получают из государственных источников посредством налогообложения и налогов с фонда заработной платы и около 59% поступлений на здравоохранение получают посредством наличных платежей домохозяйств за визиты, ЛС и госпитализацию. Среднегодовой темп роста расходов здравоохранения на душу населения в реальных показателях составил 11% между 2000 и 2003 гг., при быстром росте сбора налогов с фонда заработной платы и наличных выплат и умеренном росте поступлений с общего налогообложения. (Таб. 5)

Удалено: Таб. 5

Таб. 5. Государственная – частная доли и общие расходы на здравоохранение

	2000	2001	2002	2003
Расходы на здравоохранение в номинальном выражении (в млн. сомах)				
Бюджет	1 248,2	1 334,7	1 478,1	1 578,0
Республиканский	409,8	415,8	429,7	477,2
Местный	838,4	918,8	1 048,4	1 100,9
ФОМС	109,2	106,6	115,9	253,3
Частное	1 521,4	1 885,3	2 254,2	2 628,2
Всего	2 878,8	3 326,6	3 848,2	4 459,5
Номинальное подушевое расходование на здравоохранение (в сомах)				
Бюджет	255,0	270,4	297,2	314,8
Республиканский	83,7	84,3	86,4	95,2
Местный	171,3	186,2	210,8	219,6
ФОМС	22,3	21,6	23,3	50,5
Частное	310,8	382,0	453,2	524,4
Всего	588,1	674,0	773,6	889,8
Реальное подушевое расходование на здравоохранение 2000=100 (в сомах)				
Бюджет	255,0	252,9	272,1	280,0
Республиканский	83,7	78,8	79,1	84,7

Местный	171,3	174,1	193,0	195,3
ФОМС	22,3	20,2	21,3	44,9
Частное	310,8	357,3	415,0	466,3
Всего	588,1	630,4	708,4	791,2
Как доля общих расходов на здравоохранение				
Бюджет	43,4%	40,1%	38,4%	35,4%
Республиканский	14,2%	12,5%	11,2%	10,7%
Местный	29,1%	27,6%	27,2%	24,7%
ФОМС	3,8%	3,2%	3,0%	5,7%
Частное	52,8%	56,7%	58,6%	58,9%
Всего	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Как доля ВВП				
Бюджет	1,9%	1,8%	2,0%	1,9%
Республиканский	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Местный	1,3%	1,2%	1,4%	1,3%
ФОМС	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%
Частное	2,3%	2,6%	3,0%	3,2%
Всего	4,4%	4,5%	5,1%	5,3%

Источник: Казначейство – данные по государственным расходам и ФОМС; ИОД-2004 – расчеты частных расходов см. ДИП №28, ВОЗ-DFID, для подробного объяснения (<http://hpap.med.kg>)

Примечание: Цифры отражают источники расходов на здравоохранение по посредникам аккумулирования. Расходы местных бюджетов включают категориальные гранты, получаемые из Республиканского бюджета. Трансферты из республиканского бюджета в ФОМС включены в расходы Республиканского бюджета. Частные наличные платежи включают расходы домохозяйств на официальную оплату за госпитализацию, ЛС и неформальные платежи, а расчеты основаны на репрезентативной на национальном уровне выборке из 18690 человек.

5.1.2 Государственные расходы на здравоохранение

Несмотря на недавно отмеченный рост государственных расходов, Кыргызстан продолжает оставаться среди стран с низким уровнем государственных затрат на здравоохранение, составлявшим 2.2% от ВВП в 2003 году. (Рис. 3) Такой низкий уровень затрат не является необычным для стран с низким уровнем доходов, так как он отражает сложности в сборе налогов и финансовые ограничения. Низкий уровень расходов на здравоохранение обычно воспринимается как должное ограничение, которое можно разрешить только социальным и экономическим ростом и более формальной экономикой.

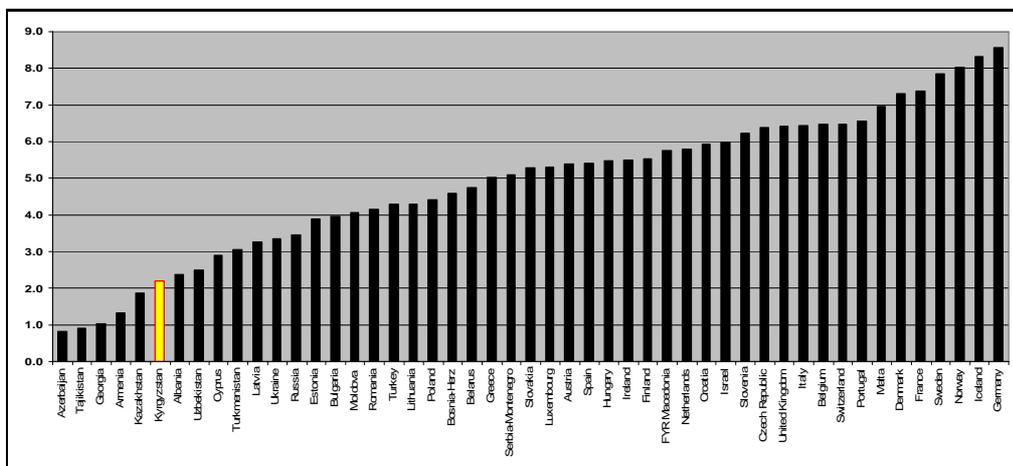
Удалено: Рис. 3

Тем не менее, мы полагаем, что низкий уровень государственных затрат не следует восприниматься как должное в республике, даже при учете состояния налогового управления и финансовых ограничений. В случае с Кыргызстаном, сектор здравоохранения получал все меньшую и меньшую долю от имеющихся государственных средств с 1996 года. Этот спад имел местно на уровне как Республиканского, так и областного бюджетов. (Рис. 4) Это указывает на то, что часть проблемы заключается не столько в сложностях со сбором налогов или финансовых ограничениях, а фактическое смещение приоритетов в сторону от сектора здравоохранения. Следовательно, даже при отсутствии повышения сборов государственных доходов, по меньшей мере, сохранение выделяемой на сектора здравоохранения доли в государственном бюджете позволило бы правительству лучше выполнять свои обязательства по КОР и НССБ.

Удалено: Рис. 4

Рис. 3. Государственные затраты на здравоохранение как % от ВВП в 2002 году в отобранных Европейских странах

Удалено: 3



Источник: Расчеты сотрудников ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2005

Большую часть критики Кыргызской системы финансирования здравоохранения можно отнести к недостаточным и непостоянным финансовым потокам, поступающим в сектор здравоохранения. Это включает в себя недостаточный уровень государственного финансирования, выделяемый на выполнение обязательств социального контракта, представленных в ПГГ. Сюда также входит неадекватное исполнение юридически обязанных средств, в том числе непостоянное исполнение бюджета, регулярная секвестрация и неполные перечисления из Социального фонда в ФОМС. Эти факторы создали сложную ситуацию для Фонда ОМС в плане выполнения договорных соглашений с поставщиками и населением на ежедневной основе. Это, в свою очередь, отразилось на зарплате и доступности лекарственных препаратов и незамедлительно вызвало значительное недовольство со стороны ключевых заинтересованных сторон. Далее мы рассматриваем некоторые из этих проблем более подробно с надеждой на то, что в будущем этим проблемам будет уделяться больше внимания.

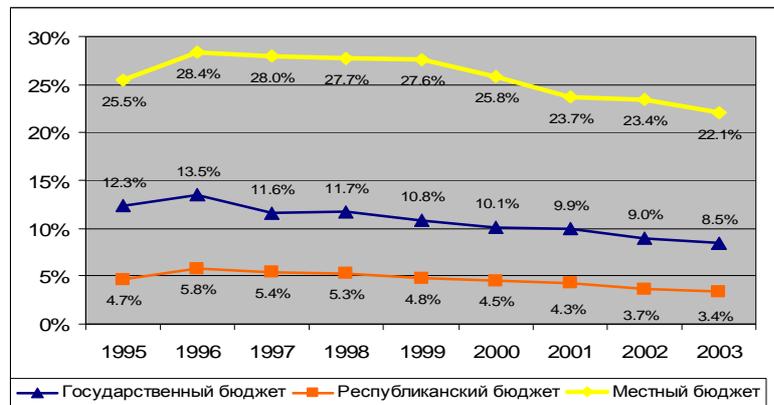
Финансирование на областном уровне стало уменьшаться на подъеме успешной реструктуризации (которая означала меньшее количество стационарных коек и персонала). Аккумуляция на областном уровне и оплата по результату достигли своей цели: система здравоохранения Кыргызстана подверглась существенному сокращению в размерах и стала более стройной за период 1996-2003 гг., с полученными в результате этого выгодами в расходах на коммунальные услуги и содержание. Однако, остальная часть государственного сектора не предприняла таких же гигантских шагов, как сделал сектор здравоохранения, к переходу на оплату государственных поставщиков по результату. Сокращение персонала и коек инициировало четко отработанную реакцию Советской системы формирования бюджета: если снижаются затраты/вложения, то должны сократиться и государственные средства. Такой автоматический ответ был действенным в изъятии сбережений из сектора здравоохранения, что ослабило стимулы для поставщиков вступить в болезненный процесс сокращения размеров в других местах.

Введение сооплаты имело схожий эффект вытеснения государственного финансирования. Период ускоренного снижения государственного финансирования, особенно на областном уровне, совпал с введением сооплаты. По-видимому, это создало эффект вытеснения в бюджетных переговорах и маргинальные ресурсы были

выделены на те секторы, которые не имели возможности собрать дополнительные доходы посредством сооплаты. Проблема с излишней зависимостью от сооплаты заключается в том, что она является самым регрессивным доходом здравоохранения и подрывает финансовую защиту больного населения. Представленная выше логика предупреждает, что в целом не был понят тот факт, что сооплата подразумевалась в качестве добавочного и дополнительного дохода для сектора здравоохранения, а не в качестве замещения поступлений с общего налогообложения. (Для подробного обсуждения, см. Катцин ДИП 24, 2003)

Рис. 4. Расходы на здравоохранение как доля от государственного бюджета

Удалено: 4



Источник: Казначейство, ФОМС

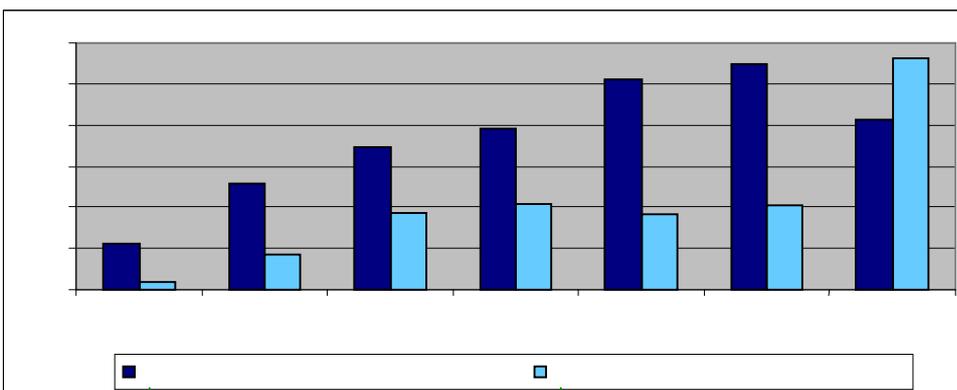
Перечисления из Социального фонда в ФОМС выполнялись не в полном объеме, особенно в 2000-01 гг., создавая огромные операционные трудности для Фонда ОМС. (Рис. 5) Несмотря на четкое разделение обязательств по сбору и аккумулированию между Социальным фондом и Фондом ОМС, объемы перечисляемых в ФОМС средств были всегда ниже, чем подлежащие перечислению объемы. Причины не перечисления доходов Социальным фондом связаны с его собственными финансовыми проблемами, но следствием этого был тот факт, что предназначенные Фонду ОМС денежные средства успешно субсидировали другие программы, в частности, пенсии. МВФ выставил условие, направленное на изменение ситуации, и опыт 2003 года показал существенное улучшение, хотя задолженности еще остались.

Отформатировано: русский (Россия)

Удалено: Рис. 5

Рис. 5. Трансферты из Социального фонда в ФОМС

Удалено: 5



Источник: ФОМС

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: русский (Россия)

Уровень Республиканских трансфертов в ФОМС за детей и лиц, получающих социальные пособия, был низким и исполнение бюджета было особенно проблематичным. В ответ на ежегодный дефицит между потребностью в государственном финансировании и доходами, Минфин выбрал политику сначала финансировать зарплаты и пенсии (так называемые защищенные статьи). Это означало, что сектор здравоохранения пострадал в тех областях, где бюджет теперь формировался не на постатейной, а на программной основе. В результате, медицинское страхование детей и пенсионеров не подпадает под эти приоритетные категории или «защищенные статьи» и получает более низкое исполнение бюджета, по сравнению с другими программами. Как результат, среднее исполнение бюджета по этим программам в период с 2000 по 2003 годы составило 49 процентов. В 2003 г., исполнение бюджета было особенно низким (33 процента). Это намного ниже, чем общее исполнение бюджета по большинству секторов, включая МЗ. (Таб. 6) Пробелы в финансировании этих программ означали то, что ФОМС постепенно накапливал задолженности перед поставщиками медицинской помощи. Большие задолженности Фонда ОМС перед поставщиками дискредитируют реформу здравоохранения и выставляет Фонд ОМС плохим бизнес партнером. Положительная нота заключается в том, что в 2004 году в исполнении бюджета на эти социальные программы было отмечено значительное улучшение: 94% на медицинское страхование детей, 98% на лиц, получающих социальные пособия, и 72% на пенсионеров.

Удалено: Таб. 6

Таб. 6. Расчетная стоимость ПГГ, трансфертов и исполнения бюджета для уязвимых категорий

Удалено: 6

	2000	2001	2002	2003	2004
Медицинское страхование детей					
Запланированные перечисления в ФОМС (млн сом)	35	52	71.7	90.3	57.8
Фактические перечисления в ФОМС (млн сом)	25.5	24.7	46.3	30.6	54.6
Исполнение бюджета (%)	72.90%	47.50%	64.50%	33.90%	94%
Социальные бенефициарии					
Запланированные перечисления в ФОМС (млн сом)	5	8	8.5	6	6
Фактические перечисления в ФОМС (млн сом)	4.2	2.2	5	3.4	5.9
Исполнение бюджета (%)	84.00%	28%	60.20%	56.90%	98%
Пенсионеры					
Запланированные перечисления в ФОМС (млн сом)	-	-	-	-	40
Фактические перечисления в ФОМС (млн сом)	-	-	-	-	28.9
Исполнение бюджета (%)	-	-	-	-	72%

Источник: ФОМС и расчеты Всемирного банка

В противоположность, исполнение местного бюджета, особенно в более состоятельных регионах, таких как город Бишкек и Чуйская область, очень высокое (почти 100 процентов). Исполнение бюджета по категориальным грантам тоже очень хорошее. Это отражает факт наличия условия МВФ относительно категориальных грантов, а также то факт, что категориальные гранты в основном покрывают зарплату, являющуюся защищенной статьей. В рамках проекта «GSAC», начиная с 2006 года категориальные гранты в бюджете будут рассчитываться по формуле (основанной на результатах), разработанной на основе минимальных стандартов услуг. Тогда категориальные гранты больше не будут привязаны к зарплате и потенциально могут пострадать от низкого исполнения бюджета. Во избежание этого следующее

соглашение МВФ по Программе по содействию сокращения бедности и экономическому росту (PRGF) должно продлить условие по категориальным грантам, которые не позволят накопления задолженностей.

5.1.3 Наличные расходы на здравоохранение («из кармана»)

Наличные расходы «из кармана» в Кыргызстане составляют более половины средств, поступающих в сектор здравоохранения. Имеются две общие категории официальных платежей. Первая, это «исключительно частные» транзакции, такие как покупка медикаментов в частных аптеках или выплаты, произведенные пациентами частным врачам. Вторая, это официальная сооплата, выплачиваемая за специализированные услуги на амбулаторном уровне, госпитализацию и дополнительный пакет ЛС на амбулаторном уровне. Неформальные платежи включают в себя выплаты, произведенные напрямую медицинским работникам (в основном, врачам) в государственных учреждениях здравоохранения (или частных учреждениях, заключивших договор с Фондом ОМС по предоставлению услуг, покрытых ПГГ) и выплаты за или предоставление расходных материалов (чаще всего ЛС и хирургические принадлежности) или услуги, которые должны предоставляться бесплатно как часть лечения.

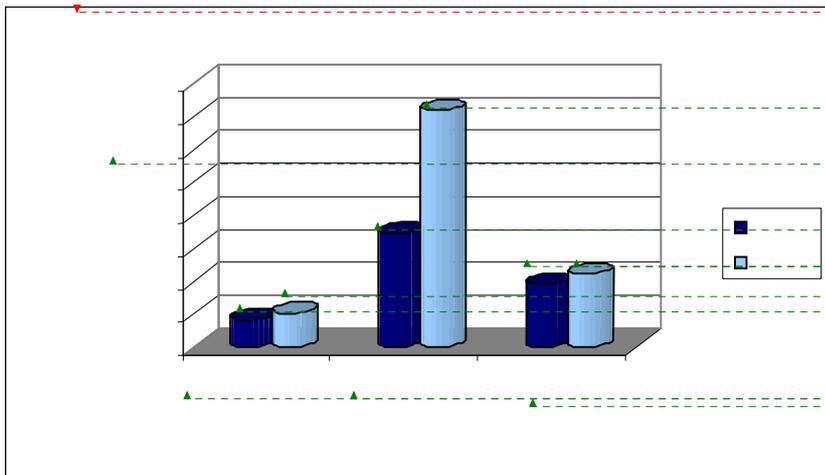
В противоположность государственным расходам, наличные платежи «из кармана» росли достаточно быстро и темп их роста был выше темпа роста ВВП. Само по себе это не вызывает тревоги и соответствует опыту многих стран: по мере того, как домохозяйства становятся богаче, тем более высокую долю своих ресурсов они тратят на здравоохранение. Тем не менее, наличные платежи «из кармана» являются наиболее регрессивным источником доходов. Чем больше доля наличных платежей «из кармана» в составе финансирования здравоохранения, тем меньшую финансовую защиту получает домохозяйство.

Представленный далее рисунок показывает, что темп роста расходов на здравоохранение усиливался быстрым ростом расходов домохозяйств на фармацевтические препараты. Расчленение фармацевтических расходов показывает, что этот рост связан с воздействием как цены, так и количества. Количество рецептурных назначений на душу населения возросло на 14% с 2000 по 2003 год. Это может отражать изменение схем лечения с меньшим акцентом на госпитализацию и более активным медикаментозным лечением на амбулаторном уровне. Стоимость рецептурного назначения возросла на 60% за тот же период времени. Это резкое повышение, заслуживающее больше политического внимания со стороны Министерства здравоохранения, уделяемого практике установления цен фармацевтическими компаниями. Разумное регулирование рынка и практики ценообразования важны как для защиты домохозяйств от катастрофических затрат на медицинскую помощь, так и для обеспечения контроля затрат государственных средств.

Рост расходов домохозяйств на стационарную и амбулаторную помощь был умеренным за тот же период времени. В обоих случаях мы видим рост стоимости использования (т.е., средний уровень затрат на одно амбулаторное посещение или госпитализацию). В то же время наблюдается снижение уровня использования услуг (уровень посещений, уровень госпитализаций). Результатом растущей стоимости и снижающегося использования явилось умеренное увеличение расходов.

Рис. 6. Средний уровень наличных расходов «из кармана», по категориям затрат

Удалено: 6



Источник: ОБД-2000, ИОД-2004 на основе репрезентативного на национальном уровне обследования домохозяйств с 18690 респондентами. (Для более подробной информации см. ВОЗ-DFID ПАПЗ, ДИП №28, который можно скачать с сайта <http://hpar.med.kg>)

Отформатировано: Шрифт: 10 пт

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: Шрифт: 10 пт

Отформатировано: Шрифт: 10 пт, русский (Россия)

Отформатировано: Шрифт: 10 пт, русский (Россия)

Отформатировано: По центру

Отформатировано: Шрифт: 10 пт, русский (Россия)

5.2 Обеспечение стимулов, повышающих качество и эффективность предоставления услуг

Одним из основных достижений системы «единого плательщика» было введение «стратегической закупки». Ключевые инструменты стратегической закупки содержат в себе внедрение механизмов оплаты, основанных на результатах, искусно структурированные стимулы для направлений и льгот, дополнительный пакет ЛС и регулярный мониторинг качества. Все эти инструменты обеспечили явные стимулы для эффективного и качественного оказания медицинской помощи. Это привело к документально подтвержденному повышению эффективности предоставления услуг, как будет продемонстрировано далее. Оценить влияние стратегической закупки на качество сложнее. У нас есть веская документация того, что на уровне ПМСП реформы, включая стратегическую закупку, привели к улучшению качества. Однако, у нас нет документации такого же объема по стационарной помощи.

Новые методы оплаты поставщиков, связанные с системой «единого плательщика», вызвали значительное сокращение размеров стационарного сектора в период между 2000 и 2003 гг.² Существовавшие прежде исторические бюджеты, основанные на затратах/вложениях, стимулировали увеличение больничных мощностей и длительное пребывание в больнице. Переход на оплату по результату изменил стимулы в сторону повышения продуктивности и снижения фиксированных затрат. Это привело к закрытию и объединению зданий и большому сокращению занятых площадей, необходимых для функционирования стационарного сектора. В промежуток с 2000 по 2003 год было сокращено 42% зданий и 35% общей площади помещений.

Вместе с сокращением квадратных метров и закрытием зданий была предпринята серьезная попытка сократить коммунальные затраты посредством усовершенствованных процессов планирования и контроля, в том числе значительное

² См. Пурвис, Сейталиева et al 2005. Реструктуризация системы здравоохранения Кыргызстана 1996-2005: Влияние на эффективность и доступ. ВОЗ-DFID ПАПЗ, Документ исследования политики №30.

улучшение методов и технологий теплоизоляции. Анализ, проведенный в восьми больницах Чуйской, Иссык-Кульской и Нарынской областях, также говорит о том, что реструктуризация привела к значительному снижению коммунальных затрат в отопительный период 2001-02 гг. по сравнению с 2000-01 гг. **(Ошибка! Источник ссылки не найден.)**

Удалено: Рис. 7

Рис. 7 Сравнение коммунальных расходов с учетом и без учета реструктуризации по 8 стационарам, Кыргызская Республика, сомы



Источник: Чечейбаев Э. 2004. «О влиянии реструктуризации ЛПУ на расходы на государственные коммунальные услуги», ВОЗ-DFID ПАПЗ, Документ исследования политики №27, Бишкек, КР

Сокращение физической инфраструктуры и человеческих ресурсов позволило выделять больше средств на непосредственную помощь пациенту, такую как ЛС и изделия медицинского назначения, чем на коммунальные затраты. Между 2000 и 2004 гг., доля расходов на здравоохранение, выделяемых на непосредственную помощь пациентам, возросла с 16% до 36%. Такое значительное перераспределение не было бы возможным без существенного сокращения размеров инфраструктуры предоставления услуг.

Примечание [JK2]: CAREF UL: see my comments on restructuring paper: I don't think these numbers are correct.

Реформа системы финансирования здравоохранения была необходимым предварительным условием для проведения реструктуризации. Без новых механизмов оплаты поставщиков не было бы стимулов для сокращения размеров, так как бюджет определялся на основе затрат/вложений. С другой стороны, реструктуризация усилила финансовые стимулы реформы по внедрению «единого плательщика». Увеличение государственных средств, идущих на непосредственную помощь пациентам, позволило больницам сделать запасы медикаментов, что, в свою очередь, уменьшило неформальную оплату пациентами за ЛС и врачам на момент госпитализации. Это также показывает, насколько тщательно управлялся данный цикл и насколько он зависит от сохранения государственного финансирования. Если уровень государственных средств будет снижаться по мере проведения реструктуризации, больницы не смогут воспользоваться сбережениями для покупки медикаментов и других расходных материалов, а пациенты не увидят выгоды от проведенных реформ.

Введение стратегической закупки также привело к повышению качества на уровне ПМСП. Отчеты по мониторингу и последние исследования указывают на повышение компетентности врачей первичного звена, рост объема услуг ПМСП, снижение уровня госпитализаций по заболеваниям, регулируемым на первичном уровне, рост соответствия лечения клиническим руководствам и огромные льготы, связанные с ДП ОМС, обеспечивающей физическую и финансовую доступность лекарственных средств для заболеваний, регулируемых на первичном уровне³. По мере увеличения использования ДП ОМС, к примеру, снизился уровень гипертонических кризов и направлений на госпитализацию при состояниях, связанных с гипертонией.

Напротив, достоверная информация по качеству стационарной помощи ограничена и создание такой информационной базы является важной областью для следующей фазы реформы.

Рамка 1. Реструктуризация в Иссык-Атинской больнице

В начале 2001 в Иссык-Атинском районе Чуйской области было 580 больничных коек, которые распределялись следующим образом: ЦРБ – 305 коек, номерная больница – 125 коек и 6 СУБов, в которых было от 10 до 60 коек. При подготовке к введению новой системы финансирования был разработан план реструктуризации системы с целью снижения затрат и сохранения доступа к необходимым услугам. Планы были реализованы и к концу года система оказания стационарной помощи сократилась на 300 коек, организованных следующим образом: Территориальная больница (бывшая ЦРБ) – 190 коек, плюс три филиала ТБ: один с 70 койками и два – по 10 коек в каждом.

В процессе реструктуризации были высвобождены 28 зданий и предприняты дополнительные меры по сокращению коммунальных затрат (напр., установка счетчиков, оспаривание счетов, предоставляемых поставщиками коммунальных услуг). Реструктуризация коснулась и персонала, при этом количество должностей в районе сократилось на 543 должности (33% от общего количества), включая 57 физических лиц.

Доходы с сооплаты позволили осуществлять дополнительные расходы на лекарства, изделия медицинского назначения, питание и прибавку к зарплате. Вследствие всех этих изменений коммунальные расходы снизились на 1,1 миллиона сомов, что позволило существенно уменьшить задолженность больниц за отопление и электричество. Общий долг медицинских учреждений уменьшился на 93% в 2001 году. Средний уровень зарплат персонала увеличился в 2,4 раза по сравнению с 2000 годом, средний уровень расходов на лекарства на одного больного вырос в 2,7 раза и на питание – в 2,35 раза. В целом, расходы на лечение (т.е., на предметы переменных издержек) выросли до 36% от расходов на стационарную помощь в 2001 году с 12% в 2000 году.

(Источник: Исаков 2002).

В общем, факты ясно указывают на то, что внедрение в жизнь стратегической закупки и новых стимулов способствовало росту эффективности и качества услуг здравоохранения. Отчасти успех реализации данного аспекта реформы был обусловлен внебюджетным статусом Фонда ОМС. К примеру, если бы Минздрав был организацией, аккумулирующей средства здравоохранения, он бы не смог покупать/оплачивать услуги «стратегически» и был бы вынужден вернуться к использованию иерархичного постатейного контроля затрат. При существующей

³ Подробное изложение достижений реформы первичного уровня можно найти в Атун, Р. 2005. «Оценка реформы сектора здравоохранения «Манас»: фокус на ПМСП». Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ-DFID, Документ исследования политики № 29. (<http://hpap.med.kg>)

структуре Казначейства в финансовой системе Кыргызской Республики, бюджетный отдел МЗ должен был бы юридически «выделять бюджет» всем государственным учреждениям здравоохранения, вместо того, чтобы дать им возможность «заработать доход», как они это делают сейчас из Фонда ОМС. Формирование бюджета на основе затрат/вложений было основным источником неэффективности в системе, унаследованной от СССР. Такое повторное введение старой системы бюджетирования уменьшила бы автономию поставщиков и, следовательно, их способность быстро реагировать на меняющиеся обстоятельства. Без сомнения, это препятствовало бы дальнейшему достижению эффективности и, более того, было бы сложно поддерживать повышение качества посредством финансовых стимулов.

5.3 Эффективное управление системой финансирования

ФОМС, включая Территориальные управления, отвечает за управление средств местных бюджетов (обязанность, в прошлом принадлежавшая областным управлениям здравоохранения или финансовым управлениям и районным финансовым отделам), поступлениями с налогов с фонда оплаты труда и трансфертов из Республиканского бюджета за застрахованное население. Административные расходы Фонда ОМС ограничены максимумом в 5% от доходов с налогов с фонда оплаты труда, получаемых из Социального фонда (хотя его обязательства по бюджетным средствам намного больше, чем по доходам с налогов на фонд оплаты труда).⁴ Его способность выполнять эти задачи, а также большой объем транзакций, говорит и об его административной эффективности и о техническом совершенстве. Как показано в представленной далее таблице, 5% затрат на административные расходы сопоставимы с административной эффективностью других систем государственного медицинского страхования.

Таб. 7. Административные затраты государственного медицинского страхования в некоторых странах

Удалено: 7

	Административные затраты как доля от общих расходов на здравоохранение
Австрия	3.6%
Бельгия	4.8%
Франция	4.0-8.0%
Германия	5.1%
Ирландия	2.8%*
Италия	0.4%*
Нидерланды	4.4%
Испания	5.0%
Великобритания	3.5%*

Источник: Моссалиос и Томсон, 2004.

Данные за 1999-2000 гг., за исключением Ирландии, Италии и Великобритании (1995 г.)

5.4 Прозрачность

Система «единого плательщика» увеличила прозрачность системы здравоохранения для населения посредством создания четкой системы льгот и прав через ПГГ и

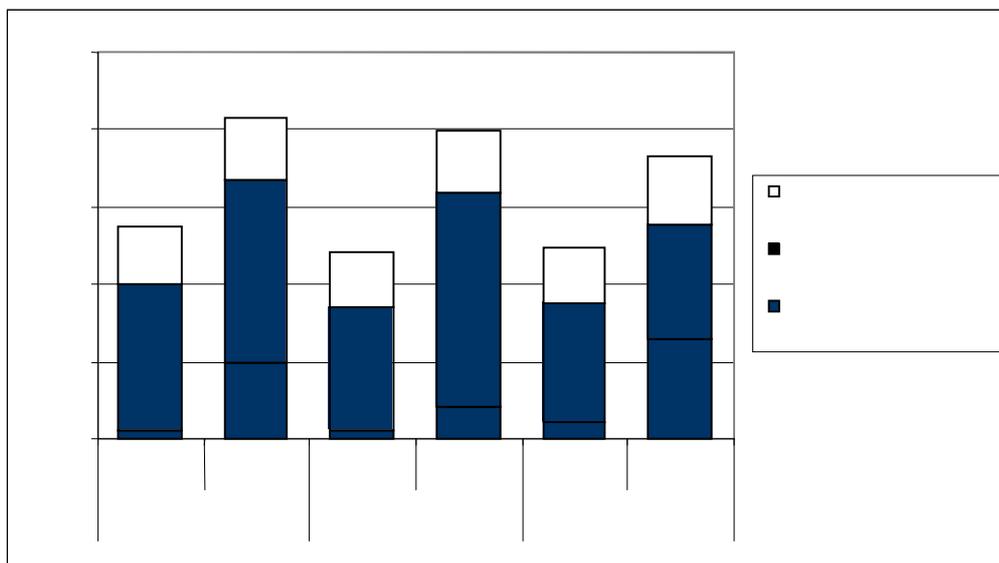
⁴ См. Катцин и Мурзалиева (2001). «Примечание об административных расходах и функциях Фонда обязательного медицинского страхования», ВОЗ-DFID ПАПЗ, Документ исследования политики №9. Доступно на английском и русском языках.

политику сооплаты. В прошлом, отсутствие ясности в предоставлении прав, сопряженное с большим давлением на поставщиков, вынужденных пополнять заметно снизившийся уровень государственного финансирования, привело к широко распространенной системе неформальных платежей, в частности, за стационарную помощь. Большинство госпитализированных пациентов были вынуждены платить неформально врачам, за медикаменты и другие различные принадлежности. Однако, не было системы, определяющей что должны были вносить пациенты натурой и наличными, и в которой врачи устанавливали цены, а также социальной справедливости относительно того, сколько у кого просить. Различные опросы указывают на то, что пациенты считали эту систему недостаточно прозрачной, она делала их уязвимыми перед финансовыми потребностями во время болезни, а стоимость госпитализации была непредсказуемой, так как расходы нарастали в период пребывания в больнице.

Ключевая задача реформы системы финансирования здравоохранения заключалась в том, чтобы сделать систему здравоохранения более прозрачной посредством четкого определения прав на льготы и обязательств. Как показано далее на рисунке, система «единого плательщика» добилась значительного успеха в этом направлении. На рисунке представлена разбивка наличных платежей за госпитализацию и показан прогресс в сдерживании роста выплат в больнице и формализации неформальных платежей. Уровень оплаты отражает средний уровень оплаты за каждый эпизод госпитализации среди тех, кто был госпитализирован в государственном секторе хотя бы один раз, за год до проведения опроса. Темная сплошная часть показывает уровень расходов на момент госпитализации и за лабораторные анализы. Отмеченная клеточкой часть показывает выплаты на медикаменты, изделия медицинского назначения и персоналу. При использовании консервативного подхода к подсчету неформальных платежей, состоящих только из медикаментов, изделий медицинского назначения и выплат персоналу, то неформальные платежи отмечены на графике клеточкой. Белая часть показывает оплату за питание. Области сгруппированы в три группы: (i) «области ранней реформы», куда входят Иссык-Кульская, Чуйская, Нарынская и Таласская области, где система «единого плательщика» и сооплата были внедрены в 2001-02 гг.; (ii) «области поздней реформы», куда входят Жалалабатская, Ошская и Баткенская области, где система «единого плательщика» и сооплата были внедрены в 2003-04; и (iii) отдельно Бишкек (Бишкек попадает в группу областей «поздней реформы»).

Рис. 7. Средний уровень оплаты за госпитализацию среди тех, кто был госпитализирован в государственном секторе

Удалено: 8



Источник: ОБД 2000, ИОД 2004; расчеты сотрудников ВОЗ

Примечание: «Ранняя реформа» включает Иссыкульскую, Чуйскую, Нарынскую и Таласскую области; «Поздняя реформа» включает Ошскую, Жалалабатскую и Баткенскую области. Отмеченная клеточкой область (медикаменты, изделия медицинского назначения и персонал) недвусмысленно представляет неформальные платежи, так как пациенты должны были получить эти услуги бесплатно после выплаты сооплаты. Темно-синяя часть в 2000 году тоже в значительной степени представляет неформальные платежи, так как в то время не существовало оплаты за госпитализацию. В 2003 году темно-синяя часть в областях «ранней реформы» показывает официальную сооплату, а в г. Бишкек и областях «поздней реформы» отражает смешение сооплаты и неформальных платежей, что обусловлено разными сроками введения этой политики.

Из данного графика можно сделать два основных вывода:

- § Темп роста общего уровня наличных выплат «из кармана», произведенных во время госпитализации, в областях «ранней реформы» был самым медленным. Это указывает на некоторый успех реформы в сдерживании темпа роста наличных платежей «из кармана» и бремени на домохозяйства.
- § Неформальная оплата возросла в регионах, где система «единого плательщика» и сооплата были внедрены позже всех, и снизилась в областях, где реформы были проведены раньше. Она увеличилась на 73% в Ошской, Жалалабатской и Баткенской областях, где реформы внедрялись позже, и на 24% в городе Бишкек. В противоположность, уровень неформальных платежей сократился на 2% в Иссыкульской, Чуйской, Нарынской и Таласской областях, где реформы были начаты раньше и внедрялись в течение более длительного периода.

Совсем недавно было обсуждение по поводу потенциального изменения политики сооплаты. Некоторые выдвигают аргументы в пользу более уточненных категорий в соответствии со случаем, сложностью случая или некоторыми критериями социально-экономического статуса. С другой стороны, сохранение уровней сооплаты умеренными было решающим условием для ее успешного сбора и мониторинга. Бурный рост уровней сооплаты не поможет собрать больше взносов или существенно уменьшить финансовое бремя, ложащееся на плечи населения. Любые выгоды в достижении удовлетворенности могут быть сокрушены результатом путаницы и игр, создаваемых

сложным графиком денежных сборов. При формировании политики сооплаты на будущее следует учитывать эти компромиссы.

В Таблице 8 представлены результаты Модуля по здравоохранению из Интегрированного обследования домохозяйств с целью предоставления информации для этой полемики с использованием мнения населения. В обследовании задавалось 3 вопроса о политике сооплаты после вводного текста, извещающая респондента о существующей политике.

Таб. 8. Восприятие уровней сооплаты населением, 2004 г.

Удалено: 8

	Да	Нет
По вашему мнению, должны ли люди, находящиеся в больнице всего 1-2 дня, платить меньше, чем существующий уровень оплаты?	69.0%	31.0%
По вашему мнению, должны ли люди с тяжелой формой заболевания платить больше, чем существующий уровень официальной оплаты?	19.0%	81.0%
Если два человека попадают в больницу с одинаковым заболеванием (например, пневмонией), должен ли более богатый платить больше, чем более бедный?	35.0%	65.0%

Источник: ИОД-2004, расчеты сотрудников ВОЗ

Возникают следующие выводы:

- § 70% респондентов считают, что краткое пребывание в больнице (1-2 дня) должно стоить меньше, чем длительное пребывание. Это подтверждает беспокойство и практические факты о том, что существующий уровень сооплаты является высоким относительно оценки населением выгод в случае, когда пациентов кладут в больницу на 1-2 дня и, в основном, делают анализы или проводят обследование. Из этого вытекает предложение облегчить бремя сооплаты на короткое пребывание в больнице.
- § 80% респондентов не считают, что люди с более тяжелыми заболеваниями должны платить больше, чем установленный уровень оплаты. Это говорит о том, что не следует вводить корректировку на случай или корректировку на тяжесть в существующие уровни.
- § Наконец, 65% респондентов считают, что уровень сооплаты не должен различаться по социально-экономическому статусу. Эта точка зрения не отвечает «Европейскому» пониманию справедливости в финансировании здравоохранения, которая подразумевает, что оплата медицинской помощи должна производиться в соответствии со способностью платить. Интереснее всего тот факт, что это процентное отношение сохранялось по всему спектру социально-экономического статуса. Из всех 5 квинтильных групп, организованных по уровню доходов, только 35% согласились с тем, что богатые должны платить более высокую сооплату, чем бедные. Это может отражать мнение о том, что люди рассматривают услуги здравоохранения в качестве предмета потребления, а не как специальное благо (обслуживание).

Анализ в данном разделе говорит о том, что система «единого плательщика» и политика сооплаты стали оказывать положительное влияние на ограничение роста наличных платежей «из кармана» в больницах и усиление прозрачности.

Положительные тенденции в сокращении неформальных платежей в областях, где реформы были начаты раньше, говорят о том, что последовательная и полная реализация реформы «единого плательщика» приведет к аналогичным выгодам в других регионах республики с течением времени. Однако, эти выгоды смогут материализоваться только в том случае, если поток государственного финансирования станет более предсказуемым. Дальнейшее сокращение неформальных платежей возможно только при создании стабильной и увеличивающейся основы из государственных средств, выделяемых на сектор здравоохранения. Это перейдет в более высокую доступность ЛС и более приемлемые зарплаты медицинского персонала. Опыт других государственных секторов, борющихся с коррупцией, подчеркивает это умозаключение: приемлемые зарплаты и ликвидация дефицита являются решающими предварительными условиями для дальнейшего усиления прозрачности.

5.5 Обеспечение равенства доступа к услугам здравоохранения

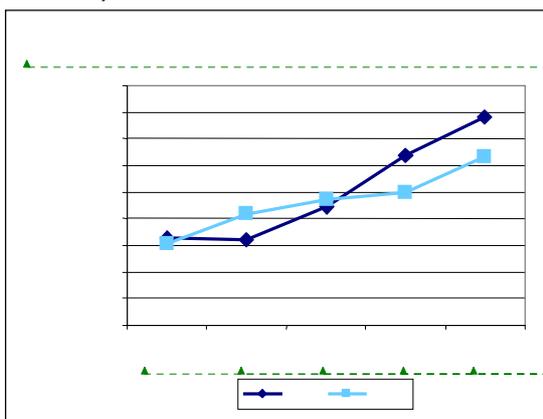
Распределение использования услуг здравоохранения по социально-экономическим группам стало более равным в 2003 году по сравнению с 2000 г. Это касается как амбулаторной, так и стационарной помощи. Реформа здравоохранения выполняет выравнивающую роль в использовании услуг по стране и по социально-экономическому статусу.

Темная линия снизу показывает распределение амбулаторных посещений (ПМСП + амбулаторная специализированная помощь) по расходам квинтильных групп. (Рис. 8) График показывает, что в 2001 году самые богатые 20% населения пользовались амбулаторными услугами в два раза чаще, чем самые бедные 20% населения. Здесь наблюдается существенное социально-экономическое неравенство в распределении использования. К 2003 году уровень посещений снизился, но он снизился неравномерно среди более богатой половины населения. Бедная квинтильная группа не претерпела изменений в уровне посещений, но мы видим значительный рост уровня посещений во второй по уровню доходов квинтильной группе. В целом, распределение использования показывает значительный рост социально-экономического равенства за определенный промежуток времени.

Удалено: Рис. 9

Рис. 8. Доступ к амбулаторной помощи (ПМСП + амбулаторная специализированная помощь)

Удалено: 9



Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: По центру

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: русский (Россия)

Отформатировано: По центру

Источник: ОБД 2001, и ИОД 2004; расчеты сотрудников ВОЗ

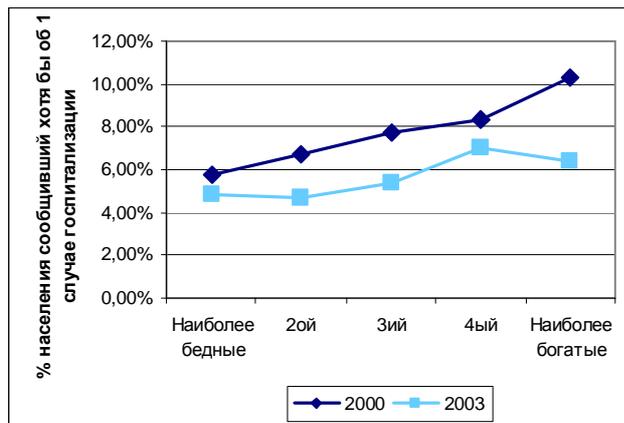
Примечание: Население было сгруппировано в пять квинтильных групп с использованием данных по потреблению и квинтильных данных, рассчитанных Национальным статистическим комитетом. Каждая квинтильная группа состоит из 20% населения, ранжированного от бедных к богатым.

Рис. 9 показывает изменения в распределении уровня госпитализации. Темная линия представляет 2001 год и снова показывает наличие существенных социально-экономических неравенств. Самые богатые 20% населения пользовались стационарной помощью почти в два раза чаще, чем бедные 20%. К 2003 году распределение уровня госпитализации стало более одинаковым. Богатые пользуются стационарной помощью ненамного чаще, чем бедные.

Удалено: Рис. 10

Рис. 9. Доступ к стационарной помощи

Удалено: 10



Источник: ОБД 2001, и ИОД 2004; расчеты сотрудников ВОЗ

Примечание: Население было сгруппировано в пять квинтильных групп с использованием данных по потреблению и квинтильных данных, рассчитанных Национальным статистическим комитетом. Каждая квинтильная группа состоит из 20% населения, ранжированного от бедных к богатым.

Уровень использования стационаров снизился во всех социально-экономических группах. Для бедных это был незначительный спад, тогда как для богатых он составил 40%. Мы также видим значительное снижение уровня госпитализаций среди средней квинтильной группы. Хотя эти данные требуют дальнейшего изучения, не создается впечатления, что ситуация сигнализирует существенное увеличение препятствий к доступу для бедных. Уровень использования нижних 40% населения относительно верхних 60% практически одинаков. Более подходящим объяснением, чем препятствия к доступу, служит изменение в схемах лечения врачами. Новые методы лечения, возможно, меньше полагаются на госпитализацию, а больше на амбулаторную помощь и фармацевтические препараты.

5.6 Финансовая защита

Хотя неравенства в использовании стали менее выраженными за последние несколько лет, обращение за медицинской помощью остается большим бременем для средств домохозяйств через наличные платежи «из кармана».

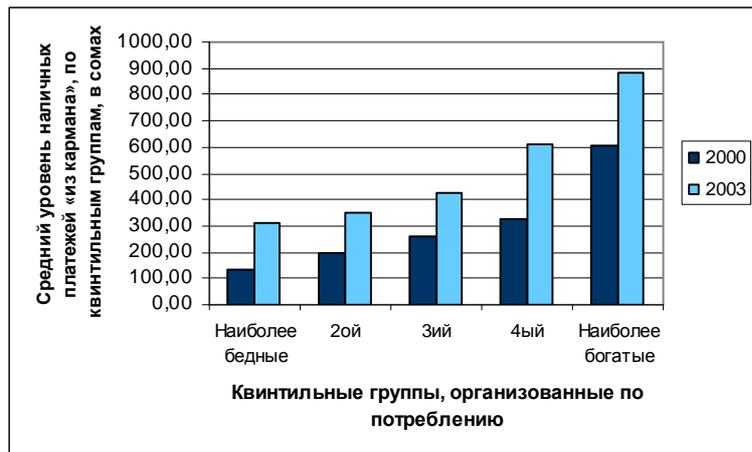
Рис. 10 показывает средний уровень наличных расходов на здравоохранение среди квинтильных групп, организованных по потреблению, усредненный на все население квинтильной группы независимо от отмеченного использования медицинской помощи. Наличные платежи «из кармана» включают выплаты, произведенные на амбулаторном уровне, за лекарства на амбулаторном уровне, и выплат, произведенные на момент госпитализации официально и неформально. В оба года богатые платили больше за медицинскую помощь, чем бедные, а средняя сумма значительно увеличилась по всем

Удалено: ¶
Рис. 11

квintильным группам, организованным по потреблению. Очевидная из данного рисунка тенденция указывает на тот факт, что силы, влияющие на рост наличных платежей «из кармана», например, повышение цен на ЛС, в равной мере влияют на бедных и на богатых.

Рис. 10. Средний уровень наличных платежей «из кармана», по квintильным группам, организованным по потреблению

Удалено: 11



Источник: ОБД-2001, ИОД-2004; расчеты сотрудников ВОЗ

Несмотря на то, что у бедных выплаты в абсолютных показателях ниже, чем у богатых, они занимают более значительную долю средств домохозяйств при измерении в переводе на потребление на душу населения. (Рис. 11) Доля наличных платежей в ресурсах домохозяйств значительно возросла среди наиболее бедной квintильной группы, до 7% к 2003 году. Вторая, третья и четвертая квintильные группы также потратили более значительную долю ресурсов домохозяйств на расходы на здравоохранение в 2003 году по сравнению с 2000 годом. В наиболее богатой квintильной группе наблюдалось незначительное снижение. В основном, это вызвано снижением уровня пользования медицинской помощью среди богатого населения (см. Раздел 5.5).

Отформатировано: русский (Россия), Проверка правописания

Удалено: Рис. 12

Рис. 11. Наличные платежи «из кармана» как доля ресурсов домохозяйств на душу населения

Удалено: 12



Источник: ОБД-2001, ИОД-2004; расчеты сотрудников ВОЗ

Вышеуказанные средние показатели недооценивают реальные размеры бремени обращения за медицинской помощью для тех домохозяйств, которые испытали случай заболевания, так как эти цифры усреднены на население всей квинтильной группы, включая тех, кто был здоров в течение года. При фокусировании анализа на лицах, указавших посещение или госпитализацию, возникает полная картина. В бедной квинтильной группе условное среднее значение наличных расходов «из кармана» составило 2621 сом в 2003 году, тогда как ресурсы домохозяйства на душу населения составляли всего 4511 сом. Это означает, что для лиц в бедной квинтильной группе, отметивших контакт с системой здравоохранения, наличные платежи «из кармана» составили более 50% от годового бюджета их домохозяйства на душу населения. Соответствующая сумма для богатой квинтильной группы составила 26%.

Для оценки факторов, вызывающих рост наличных платежей «из кармана», мы разбили затраты домохозяйств на здравоохранение на три группы: (i) затраты на момент амбулаторного посещения (в т.ч., лабораторные и диагностические обследования, посещения специалиста, частных клиник и неформальные платежи); (ii) затраты на ЛС при обращении за медицинской помощью на амбулаторном уровне (т.е., за исключением ЛС, купленных во время госпитализации); и (iii) затраты во время госпитализации (Рис. 13). Анализ тех, кто отметил амбулаторные посещения (и часто следующие за ними рецептурные назначения) или госпитализацию вызвал возникновение нескольких интересных выводов.

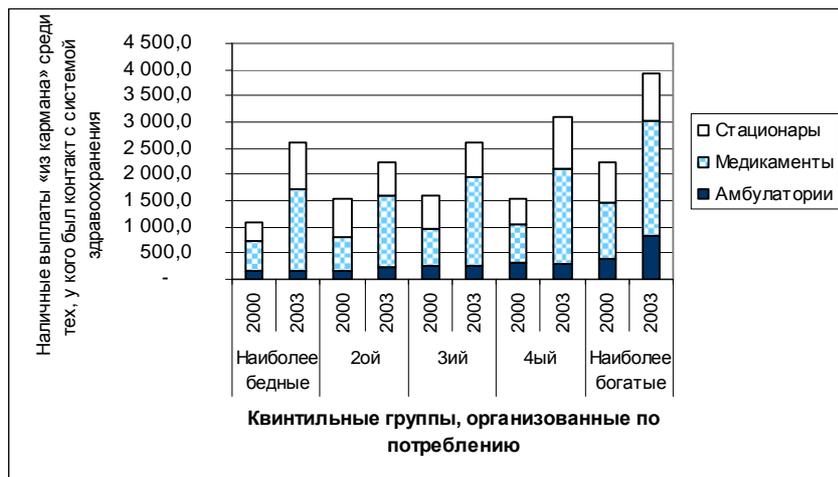
- § Во-первых, расходы на фармацевтические препараты вызывают рост наличных платежей «из кармана» во всех квинтильных группах. В другом документе мы показываем, что это вызвано воздействием как цены, так и количества. Люди потребляют больше лекарств, а лекарства стоят дороже. Пересмотр ценообразования для ЛС и доступа к ним являются следующим важным шагом.
- § Во-вторых, выплаты, произведенные во время госпитализации, возросли по всем квинтильным группам, но наиболее выраженный рост наблюдался среди беднейшего населения. Это ожидаемый результат, если учесть, что фиксированная сооплата не проводит различия между бедными и богатыми. Однако, это также указывает на слабую сторону существующих механизмов освобождения от оплаты

(см. далее) и коечного фонда больниц в защите бедного населения от финансового воздействия сооплаты.

§ В-третьих, выплаты на амбулаторном уровне тоже возросли в процентном отношении, в основном, среди богатых. Это, главным образом, обусловлено ростом обращения за медицинской помощью в частные клиники в столице и других крупных городах.

Рис. 12. Разбивка наличных выплат «из кармана» среди тех, у кого был контакт с системой здравоохранения

Удалено: 13



Источник: ОБД-2001, ИОД-2004; расчеты сотрудников ВОЗ

Предыдущие факты указывают на успех льготной схемы в снижении бремени расходов для отобранных уязвимых категорий⁵. Другими словами, льготники платят меньше за медицинскую помощь. Проблема заключается в том, что сами льготные категории не нацелены в достаточной степени на бедных. Имеются две льготные группы. Первая состоит из унаследованных с советских времен категорий ветеранов войны и т.п. и вторая состоит из людей с определенной категорией инвалидности и болезни (напр., диабет, астма и т.п.). На уровне населения, 2% населения являются льготниками. В ИОД 2004 года, который мы используем для большей части анализа, представленного в данном разделе, у льготников наблюдается тот же средний уровень потребления, как и у не льготников.

Механизмы того, как домохозяйства справляются с высокими наличными расходами «из кармана», представлены на Рис. 14. Очевидно, что доля домохозяйств, вынужденная прибегнуть к крайним мерам для покрытия расходов на здравоохранение, уменьшилась за период с 2000 по 2003 г. Меньшая доля домохозяйств указала на то, что им пришлось занять деньги, сократить общий уровень потребления или просить помощи у родственников. Не было изменений в доле домохозяйств, отметивших продажу животных или ценностей. Единственным механизмом, показавшим увеличение, было использование собственных сбережений. Это можно объяснить успехом льготных схем на уровне стационаров, ориентированных на помощь наиболее уязвимым слоям населения.

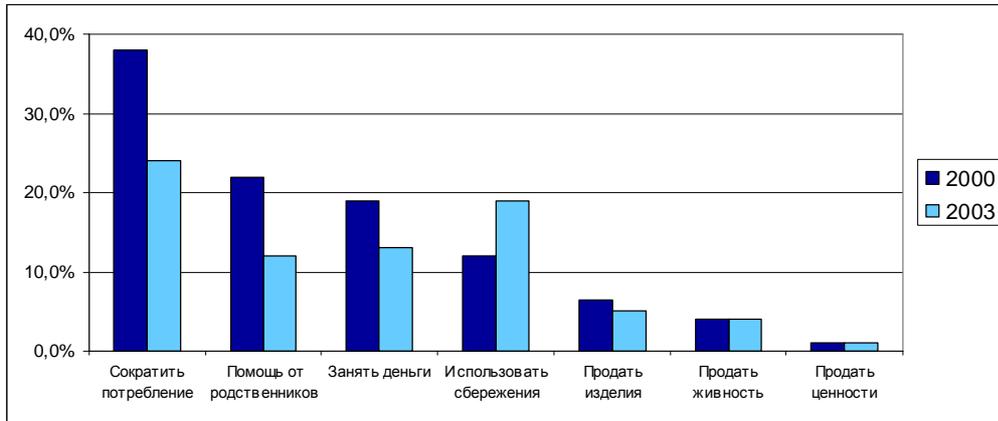
Примечание [JK3]: This may be over-stating what we hope is the reason, don't you think? I'd like to think it might have something to do with people having a better understanding of what they would have to pay (but not sure about the logical connection to the figure). Any differences between early SP and late SP regions?

⁵ См. Документ исследования политики №24, ВОЗ-DFID ПАПЗ. Можно скачать с сайта <http://hpaq.med.kg>

В общем, наличные платежи «из кармана» продолжают оставаться значительным бременем для домохозяйств, которые проходят лечение в учреждении здравоохранения (амбулаторный или стационарный). Это финансовое бремя особенно велико для домохозяйств с низким уровнем доходов. Бедная квинтильная группа тратит, в среднем, более 50% годовых средств домохозяйств на душу населения на наличные платежи «из кармана», в случае посещения или госпитализации. Реформы пока еще не сократили этот пробел в финансовой защите и это требует внимания политики в следующей фазе реформы.

Рис. 13. Механизмы того, как домохозяйства в Кыргызстане справляются с расходами на здравоохранение

Удалено: 14



Источник: ОБД-2001; ИОД-2004

6 Извлеченные уроки

Как было продемонстрировано в главе 5, реформа системы финансирования здравоохранения в Кыргызстане способствовала росту эффективности, улучшению качества, повышению прозрачности и более справедливому доступу к услугам здравоохранения. Это большие достижения, указывающие на то, что система финансирования и ее компоненты работают в намеченном направлении. Это, в основном, происходит благодаря сложным схемам аккумулирования и закупки с широким диапазоном стимулов, ориентированных на повышение эффективности, качества и справедливости.

В то же время, финансирование системы здравоохранения было критически низким и непредсказуемым на протяжении времени реализации реформы. Это привело к нескольким проблемам в деятельности и доверии к системе здравоохранения, а также подорвало возможность реформы системы финансирования здравоохранения уменьшить финансовое бремя, ассоциируемое с обращением за медицинской помощью, в частности, для бедных. По нашему мнению, было бы неправильным обвинять только реформу в таком результате. При уменьшении государственного финансирования на плечи населения падает более тяжелое бремя, независимо от имеющейся системы финансирования. Такой результат мог иметь место при прежней системе финансирования здравоохранения и, в действительности, имел место в начале 1990-х гг. Так как государственные средства резко сократились, неформальные платежи распространялись все больше и больше. Таким образом, было бы ошибкой свернуть систему «единого плательщика» и политику сооплаты в надежде повышения финансовой защиты. При адекватном финансировании, дальнейшее усовершенствование целевых механизмов и пересмотр политики ценообразования на фармацевтические препараты могут привести к наглядным результатам в обеспечении финансовой защиты/защиты от риска.

Из реализации этих реформ были извлечены следующие ключевые уроки.

Успехи реформы здравоохранения в Кыргызстане по большей части обусловлены концентрацией внимания на комплексном подходе, а не на изолированных инструментах. Кыргызские реформы не пытались найти единственно верное решение по улучшению всех задач системы здравоохранения посредством внедрения «правильного» пакета гарантированных услуг или «правильной» реформы оплаты поставщиков и т.п. Реформы содержали согласованный пакет изменений в аккумулировании, закупке, дизайне пакета гарантированных услуг и сооплаты населения. Ключевой элемент этого пакета был тщательно структурирован и синхронизирован с финансовыми стимулами системы как со стороны поставщиков, так и со стороны пациентов. Более того, реформа системы финансирования здравоохранения была дополнена тщательной гармонизацией организации и структуры предоставления услуг на макро и микро уровнях. Это включало в себя реструктуризацию учреждений и повышение автономии поставщиков.

Комплексные реформы требуют тщательного установления последовательности различных шагов процесса реформирования. Реформы в Кыргызстане выделяются в этом отношении. Во-первых, было безусловно признано то, что без повышения эффективности посредством сокращения размеров не представлялось возможным улучшение других задач системы здравоохранения, таких как справедливость и качество, с учетом присутствующих в стране финансовых ограничений. Через объединение финансовой реформы и реформы предоставления услуг программа «Манас-1» достигла огромного успеха в повышении эффективности и подготовила почву для концентрации внимания на других задачах системы здравоохранения в

следующей фазе. Во-вторых, была установлена аккуратная последовательность мероприятий реформы в системе финансирования здравоохранения. Изменения в сборе и аккумулировании средств были первыми шагами к обеспечению оптимального потока государственных средств. За ними следовало внедрение новых механизмов закупки, которые должны были поменять стимулы поставщиков. Эти шаги обеспечили прозрачность в государственном секторе. Пакет гарантированных услуг/сооплата были последними шагами, которые создали прозрачный социальный контракт между населением и поставщиками.

Медленный темп реформ в общей системе финансирования создал напряженное окружение, в котором вынужден действовать сектор здравоохранения, и ограничил его возможность в достижении роста эффективности, качества и справедливости. Сектор здравоохранения постепенно, но верно, отходил от основанного на затратах/вложениях постатейного бюджета и механизмов административного контроля, и начал усваивать систему управления деятельностью и оплату поставщиков, основанную на результатах. Эти изменения достигли значительного успеха в повышении прозрачности и эффективности государственного управления в секторе здравоохранения. В то же время, эти идеи были революционными для всей государственной системы, которая продолжает, в основном, действовать по унаследованным принципам формирования бюджета, основанного на затратах, и строгой постатейной разбивке. Это несоответствие между темпом реформы государственного финансирования и реформы системы финансирования здравоохранения создало существенные проблемы для сектора здравоохранения в процессе обсуждения годового бюджета.

Достижение эффективности и качества могло быть намного сложнее, если бы ФОМС не был создан в качестве внебюджетной организации, ответственной за закупку/оплату медицинских услуг. Система «единого плательщика» успешно применила «стратегическую закупку» в ежедневной деятельности. Она включала в себя введение механизмов оплаты по результату, усовершенствованные стимулы для направлений и льгот, Дополнительный пакет ОМС и регулярный мониторинг качества. Все эти инструменты послужили явными стимулами для эффективного и качественного предоставления медицинской помощи. Это привело к отраженным документально улучшениям в эффективности предоставления услуг. Если бы ФОМС не был создан вне основного государственного сектора, он бы не смог покупать/оплачивать услуги «стратегически» и был бы вынужден вернуться к использованию иерархичного постатейного контроля затрат. Такой тип основанного на затратах/вложениях формирования бюджета был основным источником неэффективности системы, унаследованной у СССР, и его нельзя было преодолеть без полного изменения методов закупки/оплаты.

7 Политические рекомендации для «Манас-2»

На основе анализа, представленного в данном документе, мы предлагаем 4 ключевых области, на который следуют сфокусировать внимание в следующей фазе реформы «Манас-2».

Во-первых, решающей задачей на предстоящий период является фокус на улучшение финансовой защиты в финансировании здравоохранения. Первая фаза реформы здравоохранения была успешной в усилении прозрачности системы и повышении эффективности. Эти улучшения имеют ощутимые выгоды, такие как лучшая помощь пациентам (наличие ЛС и ИМН, лучшее оборудование, модернизированное оснащение и более теплые больницы) и более высокая зарплата врачей. Однако, финансовое бремя обращения за медицинской помощью продолжает оставаться бременем для домохозяйств Кыргызстана, в частности, для бедных. Улучшение финансовой защиты критически необходимо с точки зрения сокращения бедности. Более того, этот шаг поможет повысить удовлетворенность пациентов реформами здравоохранения. Мы рекомендуем рассмотреть следующие механизмы:

- § Очень важно **не сворачивать реформу «единого плательщика» и политику сооплаты** в надежде на то что это улучшит финансовую защиту. Как говорилось ранее, ответственность за это несет не система или ее компоненты, а, во многих отношениях, низкий уровень государственного финансирования. Возвращение осуществленных реформ системы финансирования здравоохранения в прежнее состояние в действительности не повысит финансовую защиту, так как неформальные платежи возобновятся снова и приведут к утрате прозрачности и снижению эффективности и качества.
- § Самым эффективным инструментом улучшения финансовой защиты в Кыргызском контексте является постепенное повсеместное сокращение официальных наличных платежей «из кармана» за госпитализацию и замена их на государственное финансирование. Это предлагается в противоположность другим возможным рекомендациям, таким как создание более ограниченного механизма обеспечения льгот. По нашему мнению, в Кыргызстане, где 50% населения – бедные, механизм обеспечения льгот может столкнуться со значительной сложностью в определении целей, а затраты на управление системой могут не стоить ее выгод. Таким образом, рост государственного финансирования и снижение сооплаты далеко продвинутся в уменьшении финансового бремени при заболевании для бедных.
- § Наконец, как мы показали, потребление фармацевтических препаратов вызывает рост наличных платежей «из кармана». Пересмотр практики ценообразования на фармацевтическую продукцию и рациональное использование ЛС являются важным следующим шагом в следующей фазе реформы.

Во-вторых, предварительным условием для достижения лучшей финансовой защиты является обеспечение возросшего и стабильного государственного финансирования сектора здравоохранения. Мы рекомендуем следующие шаги для достижения этого:

- § Перенести запланированные в ССПБ уровни расходов на здравоохранение в процесс составления годового бюджета, которые прогнозируют увеличение доли и уровня государственных средств, выделяемых на сектор здравоохранения.
- § Перейти к определению ассигнований на уязвимые категории на подушевой основе.

- § Перейти к расчетам на подушевой основе, используя ПГГ в качестве контрольной точки, с корректировкой на население с риском для здоровья и проживающего в сельской и высокогорной местности.
- § Улучшить общий уровень исполнения бюджета и, в частности, исполнение бюджета для уязвимых групп, и снизить зависимость от секвестрации как способа контроля расходов.
- § Продолжать сохранять повышенный уровень перечислений из Социального фонда в ФОМС.

В-третьих, еще одной проблемой является гармонизация системы «единого плательщика» с децентрализованной в отношении финансов государственной системой финансирования. Рамка 2 подводит итог трех ключевых вариантов, предложенных в Кыргызстане в начале 2005 года. Хотя эти варианты находятся в состоянии постоянного изменения, принципы, которые мы выделили в своем анализе, применимы к широкому ряду потенциальных вариантов. Исходя из предложенных ранее 3 вариантов, наша позиция заключается в том, что оптимальное достижение цели возможно при наличии национального пула закупки «единого плательщика», управляемого Фондом ОМС по услугам, охваченным ПГГ, и через усиление МЗ в установлении политики для направления деятельности Фонда ОМС по закупке/оплате. Варианты 1 и 2 нанесут существенный урон целям финансирования здравоохранения, рассмотренным в данном документе, и откинут систему финансирования здравоохранения Кыргызстана на 10 лет назад.

Рамка 2. Фискальная децентрализация и финансирование здравоохранения

Кыргызская Республика, как большинство стран СНГ, вступает в процесс фискальной децентрализации. Этот процесс представляет несколько уникальных задач сектору здравоохранения. Финансирование здравоохранения, в отличие от большинства других программ социального сектора, требует аккумулирования риска для большого количества населения для оптимального воздействия на эффективность и качество. Такое аккумулирование риска для большого количества населения расходится с фискальной децентрализацией, которая нацелена на перенос ответственности и финансирования широкого ряда услуг на небольшие административные уровни.

Осенью 2004 года был принят закон о фискальной децентрализации. В Законе предполагается, что с начала 2006 года бюджет Кыргызской Республики будет состоять из двух частей: (i) бюджеты местных самоуправлений (Айыл Окмоту + города с выбранными самоуправлением); и (ii) Республиканский-областной-районный бюджеты, аккумулированные на национальном уровне.

Этот закон находится в противоречии с существующей системой финансирования здравоохранения. Как описано ранее, Кыргызская система «единого плательщика» получает большую часть доходов из налогов областного и суб-областного уровней. Затем эти налоги перечисляются в закупочные пулы при Фонде ОМС на областном уровне. По новому закону о децентрализации эти административные уровни не будут формировать собственные бюджеты, а будут частью большого Республиканского бюджета. Таким образом, существующая институциональная структура и потоки средств не являются альтернативой для сектора здравоохранения после 2005 года.

Для гармонизации Кыргызской системы финансирования здравоохранения с децентрализованной финансовой системой были предложены три варианта.

- § **Вариант 1:** Полная децентрализация, при которой каждый Айыл Окмоту аккумулирует средства государственного бюджета и закупает/оплачивает услуги у местных поставщиков; ФОМС аккумулирует только поступления с налогов в фонда заработной платы (7% от общих расходов на здравоохранение) и осуществляет закупку только для застрахованных
- § **Вариант 2:** Бюджетный отдел МЗ аккумулирует все средства государственного бюджета и закупает/оплачивает услуги; ФОМС аккумулирует только поступления с налогов в фонда заработной платы (7% от общих расходов на здравоохранение) и осуществляет закупку только для застрахованных
- § **Вариант 3:** Расширение «единого плательщика» – ФОМС аккумулирует средства государственного бюджета на Республиканском уровне на все население и «страховые деньги» за застрахованное население и, следовательно, остается единым покупателем для всего населения

Последний документ по вопросам политики рассматривает каждый из трех вариантов в деталях и обсуждает их сильные и слабые стороны. Документ приходит к выводу, что только вариант 3 сможет обеспечить сохранение прежних достижений в справедливости, эффективности и качестве. Варианты 1 и 2 представляют собой существенный отход от существующей системы финансирования здравоохранения, могут откинуть развитие Кыргызской системы здравоохранения назад в начало переходного периода и могут привести к потере многолетней сложной технической и политической работы, а также к потере финансовых инвестиций со стороны правительства Кыргызстана и доноров. Варианты 1 и 2 могут иметь суровые негативные последствия для справедливости, эффективности и прозрачности финансирования здравоохранения. Учитывая то, что существующая система финансирования здравоохранения привела к важным и доказанным улучшениям в системе здравоохранения, авторы выступают против значительного отступления от существующих принципов, на которых основана система финансирования здравоохранения. Эти принципы лучше всего представлены в Варианте 3. (См. Катцин, О'Догерти, Якаб. 2005. «Фискальная децентрализация и Кыргызская система финансирования здравоохранения: размышления о трех вариантах» ВОЗ-DFID ПАПЗ Документ исследования политики №28. Бишкек, КР

Отформатировано: русский
(Россия)

В-четвертых, усиление процесса ССПБ обеспечит отличный инструмент для гармонизации государственных затрат со среднесрочными приоритетами политики. Это требует выполнение следующих шагов:

- § Больше прозрачности со стороны Минфина по расчету верхних пределов финансирования сектора здравоохранения и как они отвечают приоритетам политики Правительства
- § Больше внимания со стороны Минфина на определение приоритетов политики в секторе здравоохранения и некоторые правила для установления того, как будут осуществляться ассигнования в случае пробела между потребностями и предоставляемым бюджетом, т.е., какие приоритеты политики будут оплачиваться, на каком уровне и почему? Какова будет стратегия для финансирования программ, которые покрываются не в полной мере.
- § Дальнейшее создание потенциала и совместная рабочая программа по реализации для Минфина и МЗ.