



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики номер 21

НОВШЕСТВА В РАСПРЕДЕЛЕНИИ СРЕДСТВ, АККУМУЛИРОВАНИИ И ЗАКУПКЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Джозеф Катцин, Проект анализа политики здравоохранения «МАНАС»
Айнура Ибраимова, Заместитель министра здравоохранения,
Генеральный директор Фонда обязательного медицинского страхования
Нинель Кадырова, Фонд обязательного медицинского страхования
Гулаим Исабекова, Министерство здравоохранения
Евгений Самышкин, Проект «ЗдравПлюс» и Британский Королевский
Колледж,
Зийнагуль Катаганова, Ассоциация Больниц Кыргызстана

Август 2002

**Всемирная организация здравоохранения
Министерство здравоохранения, Главное управление
координации и внедрения реформы здравоохранения**

Содержание

Слова признательности	ii
Предпосылки и концептуальный подход к анализу реформ в области финансирования здравоохранения.....	1
Независимость - 1996: система здравоохранения, унаследованная из Советского Союза	2
Обзор: организация функций системы здравоохранения	2
Источники/сбор средств	3
Предоставление помощи	4
Аккумуляция средств и закупка медицинских услуг	5
Выплаты «из кармана» и пакет государственных гарантий	5
Распределение средств и оплата поставщика	6
Проблемы, появившиеся в результате организационных и институциональных структур	7
1997-2000: Первая стадия реформ.....	7
Организация функций системы здравоохранения	7
Источники/сбор средств	8
Предоставление помощи	11
Закупка медицинских услуг	18
Стратегическая ориентация на поставщиков (заключение контрактов)	19
Стратегическая ориентация на услуги	20
Аккумуляция средств	23
Пакет государственных гарантий и разделение расходов	27
Распределение средств и оплата поставщика	28
Вопросы, прогресс, оставшиеся проблемы	31
2001 и далее: Кыргызская система единого плательщика	32
Обзор: организация функций	32
Стратегическая закупка по Дополнительному пакету ОМС	36
Следствия системы единого плательщика: реструктуризация	39
Следствия системы единого плательщика: аккумуляция	40
Следствия системы единого плательщика: неформальные выплаты	40
Выводы.....	44
Список литературы	47
Приложение 1: Перечень клиничко-затратных групп (КЗГ) Категории, используемые в настоящее время ФОМС для оплаты стационаров	50
А. Терапевтические КЗГ	50
В. Хирургические КЗГ	52

Слова признательности

Этот документ был подготовлен для исследования Всемирного Банка по организации распределения средств и закупки (РСЗ) в секторе здравоохранения. Более ранний вариант документа был представлен на конференции по РСЗ во Всемирном Банке в Вашингтоне, DC, которая проходила 12-15 мая 2001. Данная версия документа также появится в качестве Дискуссионного документа Всемирного Банка.

Этот документ стал продуктом совместной работы консультантов, сотрудников Министерства здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования Кыргызстана. Первоначально, он был подготовлен в 2000 году, и обсуждение среди авторов по первой версии документа стало возможным благодаря переводу г-жи Лизы Мыглиной из Проекта *Здрав/Плюс*, финансируемого ЮСАИД. Важные комментарии по ранним версиям документа были получены от Джека Лангенбруннера и Яна Балтмана из Всемирного Банка.

Авторам особо хотелось бы поблагодарить за вклад, внесенный двумя людьми: это – Шейла О’Дороти из Абт. Ассосиэйтс, Руководитель Проекта «Здрав/Плюс», финансируемого ЮСАИД и Профессор Тилек Сагынбекович Мейманалиев, который в настоящее время является Первым заместителем министра здравоохранения. Оба, г-жа О’Дороти и профессор Мейманалиев, рецензировали документ и представили свои комментарии. К тому же, они очень плодотворно работали в процессе разработки и внедрения реформ здравоохранения.

Джозеф Катцин является Советником-резидентом ВОЗ Проекта анализа политики здравоохранения «МАНАС», финансируемого Министерством международного развития Соединенного Королевства.

Д-р Айнура Ибраимова является Заместителем министра здравоохранения и Генеральным директором Фонда обязательного медицинского страхования при Минздраве.

Д-р Нинель Кадырова является Заместителем генерального директора Фонда обязательного медицинского страхования.

Гулаим Исабекова является Координатором компонента «Финансирование здравоохранения» Проекта «Здравоохранение-2», финансируемого Всемирным Банком.

Евгений Самышкин является специалистом по информационным системам Проекта «Здрав/Плюс», финансируемого ЮСАИД и реализуемого Абт.Ассоусиэйтс. Он также является научным сотрудником Школы Менеджмента, Королевский Колледж, Лондон.

Зийнагуль Катаганова является экономистом Ассоциации Больниц Кыргызстана.

Финансовая поддержка участия г-на Катцина в разработке первой версии документа была оказана Всемирным Банком через Проект «Здравоохранение-1». Его последующее участие финансировалось UK/DFID. Участие г-на Самышкина

финансировалось за счет ЮСАИД, сначала через Проект *Здрав/Реформ*, а потом через Проект *Здрав/Плюс*.

Предпосылки и концептуальный подход к анализу реформ в области финансирования здравоохранения

Как и другие Центрально-азиатские страны бывшего Советского Союза, Кыргызстан испытывал очень болезненный социальный и экономический переходный период в первой декаде со времен независимости в 1991 году. Во времена советской эры, здравоохранение и образование были бесплатными, и существовали экстенсивные социальные услуги и отчисления. Кыргызстан, в частности, получал субсидии из Москвы. Сразу после приобретения независимости, эти субсидии прекратились, и фактический ВВП на душу населения страны сократился примерно в половину от уровня 1989 года к 1995 году. Этот спад сопровождался резким спадом в государственных расходах, поскольку снизился не только ВВП, но и соотношение государственных расходов к ВВП также снизилось. Это в свою очередь привело к снижению государственных расходов на 67% в период между 1990 и 1996 годами (Помфрет 2002).

Неизменный рост экономики наблюдался с середины 90-х, но к 2000 году ВВП на душу населения оставался меньше двух третей от уровня в период до независимости.¹ Государственные поступления оставались ниже 20% от ВВП, что соответствует уровню других стран с низкими доходами (Шайбер и Мэйда 1997). Хотя расходы здравоохранения колебались в пределах приблизительно 12%-13% от общих государственных расходов в период между 1995 и 2000 годами, низкий уровень сбора поступлений в сочетании с планами по стабилизации, которые держали под контролем государственные расходы означали, что государственные бюджетные расходы на здравоохранение неуклонно снижались в этот период с 4% ВВП в 1995 году до 1.9% в 2000 году.

Вышесказанное характеризует экономическую ситуацию, в условиях которой Кыргызское правительство внедряло свои реформы здравоохранения. Чтобы понять и извлечь уроки из существующих механизмов распределения средств и закупки в Кыргызской системе здравоохранения², необходимо понять каким образом они изменялись со временем. Мы различаем три конкретных периода в развитии системы здравоохранения: (1) независимость до конца 1996 года; (2) с 1997 до конца 2000 года; и (3) 2001 и далее. Каждый из них описывается в нижеследующих разделах.

Схемы описания системы финансирования здравоохранения и функций предоставления медицинской помощи, а также методов распределения средств (Катцин 2001а; Прекер и др. 2001) адаптированы с целью описания организации системы здравоохранения и ее институциональных структур в каждый из данных периодов. Функции включают:

- сбор/источники средств
- объединение (аккумуляция) средств

¹ Всемирный Банк (2001а) классифицирует Кыргызстан как страну с “низким доходом”, где ВВП на душу населения составил US\$270 в 2000 году. Около 52% пятимиллионного населения живет в настоящее время за чертой бедности.

² Акцент данного исследования делается на системе оказания индивидуальных медицинских услуг (т.е. услуг, предоставляемых отдельным лицам), а не на системе здравоохранения (т.е. в том числе услуги, ориентированные на население) в более широком контексте.

- закупка услуг (распределение средств поставщикам)
- предоставление услуг

Данные механизмы описаны для каждого периода, в том числе агентства, ответственные за осуществление каждой из функций и их рыночная структура. Сюда также входит оценка степени, в которой ответственность за осуществление нескольких функций интегрируется внутри одной организации, либо распределяется между различными организациями. Кроме того, мы проводим оценку степени, в которой закупка услуг являлась *стратегической* или *активной*, т.е. связь решений по распределению ресурсов с информацией о деятельности поставщиков или потребностях населения.

Неотъемлемой частью схемы является политика и практика в отношении оплаты из кармана пациента и пакета гарантий (гарантированных услуг). Полезно определить пакеты гарантий как “те услуги и средства доступности услуг, за которые покупатель будет платить из аккумулированных средств” (Катцин 2001а, стр.190). Данное понятие подразумевает, что услуги, которые не включены в пакет, должны оплачиваться самим пациентом (или из других средств покупателя). Между “полностью покрываемыми” и “полностью исключенными” услугами, существуют услуги, за которые требуется частичная оплата (разделение расходов). В Кыргызстане, как и во многих странах с низкими и средними доходами, разрыв между распределением объединенных средств и поступлениями от официального разделения расходов часто заполнялся неформальными платежами пациентов.

Независимость - 1996: система здравоохранения, унаследованная из Советского Союза

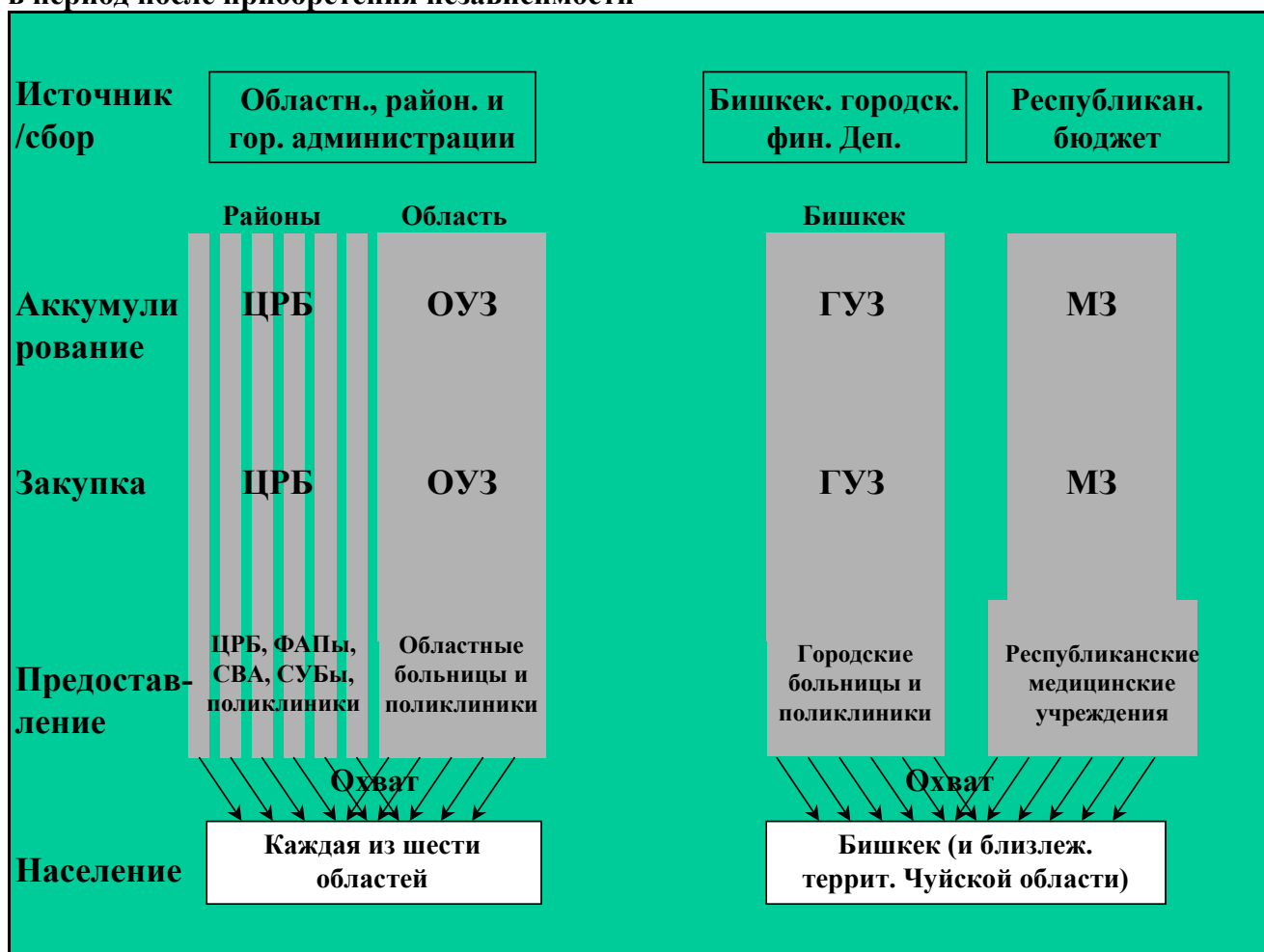
Обзор: организация функций системы здравоохранения

Организация системы здравоохранения в начальный период после независимости показана на Рисунок 1- «схема функций и охвата». Фрагментация в системе здравоохранения произошла в результате того, что каждый государственный уровень имел собственную вертикально интегрированную систему аккумулирования, закупки и предоставления услуг для своего населения. Внутри каждой области,³ эти функции осуществлялись районным (или муниципальным) управлением каждого района, а также областным управлением. В столице, Бишкек, данные функции осуществлялись Минздравом республики и Городским управлением здравоохранения (ГУЗ). В итоге, это привело к дублированию функциональной ответственности и совпадениям в охвате населения.⁴

³ Государственные уровни подразделяются на районы (участки), муниципалитеты/города, области (штаты или провинции), а также существует республиканский (центральный) уровень.

⁴ Более подробное описание приводится далее в этом разделе.

Рисунок 1. Организация функций и охвата населения в системе здравоохранения в период после приобретения независимости



Примечание: ЦРБ = Центральная районная больница; Облздрав = Областное управление здравоохранения; Горздрав = Городское управление здравоохранения; ФАП = фельдшерско-акушерский пункт; СВА = сельская врачебная амбулатория; СУБ = сельская участковая больница.

Источник/сбор средств

Существовали две категории источников государственного финансирования: республиканские бюджеты, сформированные из общих налогов и аккумулированные на центральном уровне, и местные (т.е. областные, районные, муниципальные и сельские) бюджеты, сформированные из местных налогов и аккумулированные на (в основном) областном, районном и городском уровнях. В государстве также существовала (и до сих пор есть) система перераспределения поступлений (гранты выравнивания) для субсидирования тех областей, которые не собирают достаточных поступлений от местных налогов, и таким образом, централизованно распределяемые средства являлись также источником поступлений для некоторых областей. Хотя общий уровень платежей из кармана пациента неизвестен, по данным проведенного обследования предполагается, что частные платежи являлись важным источником поступлений для системы здравоохранения, даже в этот ранний период. Опрос 1994 года обнаружил, что 69% амбулаторных больных и 86% стационарных вносили хоть что-то в стоимость полученной помощи в якобы бесплатных государственных медицинских учреждениях (если не считать ограниченных официальных платных услуг) (Абель-Смит и Фолкингем 1995).

Предоставление услуг

Система здравоохранения, унаследованная из Советского Союза, была организована иерархически, с инфраструктурой предоставления услуг (и интегрированной системой финансирования) соответствующей каждому государственному уровню. Услуги предоставлялись главным образом в государственных учреждениях сектора, хотя, частные поставщики уже появились в тот период.

Рынок предоставления медицинских услуг характеризовался экстенсивной физической инфраструктурой, обеспечивающей хороший доступ к услугам. Он также характеризовался избытком специализированных учреждений на областном⁵, а также на республиканском⁶ уровнях. В городской местности и амбулаторная, и стационарная помощь была фрагментирована в многочисленные, но не конкурирующие между собой учреждения, а участки областных и районных учреждений часто совпадали. В Бишкеке, охват республиканскими и городскими медицинскими учреждениями совпадал, поскольку республиканские учреждения обслуживали в основном население, проживающее в близлежащей местности, несмотря на свою официальную роль национальных центров. В сельской местности, система предоставления услуг была менее специализированной, и было меньше совпадений в охвате населения. В центральном городе каждого района находились Центральная районная больница (ЦРБ, многопрофильная больница) и поликлиника. Муниципалитеты имели схожую с районами структуру. В основном, первичная медико-санитарная помощь организовывалась на районном или сельском уровне. Для сельского населения, основными поставщиками ПМСП являлись фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) и сельские врачебные амбулатории (СВА). Существовали также сельские участковые больницы (СУБы).

Использование системы оказания услуг государственного сектора подлежало очень строгим правилам доступа и перенаправлений. Участковые зоны в сельской и городской местности определяли точку вступления людей в систему по месту жительства. “Участковые врачи” в отдельных взрослых и детских поликлиниках оказывали ПМСП в городе. Также существовали отдельные поликлиники (“женские консультационные центры) для оказания гинекологической, дородовой и послеродовой помощи. По всей системе, однако, первичная помощь недооценивалась, была слабой и неэффективной.⁷ Большинство врачей обучались как специалисты, и лишь немногие имели навыки работать эффективно как врачи общей практики. Существовала система обязательного перенаправления с более низких уровней предоставления помощи на вторичный и третичный уровни по широкому ряду клинических показаний. Некоторые диагнозы являлись прямыми показаниями к перенаправлению из учреждений первичного уровня в учреждения третичного уровня. Все эти факторы в комплексе создали чрезмерное количество (по западным

⁵ Областной уровень включал ряд специализированных больниц и диспансеров 3-6 видов (напр. онкология, наркология, ТБ) плюс родильные дома, детские больницы, больницы общего профиля для взрослых, многопрофильные и специализированные поликлиники.

⁶ Республиканский уровень Минздрава включал национальные центры, клиническую помощь научно-исследовательских институтов и другие специализированные больницы. Республиканский уровень также включал медицинские учреждения, подведомственные министерствам и другим государственным структурам (напр. Министерство обороны, МВД).

⁷ Несмотря на риторическую поддержку, оказываемую ПМСП в СССР.

медицинским стандартам) перенаправлений участковыми врачами, работающими больше как “диспетчеры нежели клиницисты» (Саргалдакова и др. 2000; Боровитц и др. 1999).

Аккумуляция средств и закупка услуг

Объединение государственных поступлений для здравоохранения организовывалось в соответствии с государственным уровнем, а осуществление данной функции было, как указывалось выше, интегрировано с закупкой и предоставлением услуг. Как показано на Рисунок 1, существовало несколько организационных единиц в системе здравоохранения, ответственных за аккумуляцию поступлений для здравоохранения и распределение средств поставщикам. Сюда входили Министерство здравоохранения (МЗ) – распределение средств в республиканские учреждения, областные управления здравоохранения (Облздравы) – областные учреждения, и центральные районные больницы (ЦРБ) - для себя и других сельских медицинских учреждений. Рыночная структура бюджетов⁸ являлась фрагментированной в том смысле, что у каждого государственного уровня существовал отдельный бюджет средств, предназначенный для своих медицинских учреждений. Поскольку районы и муниципалитеты существовали внутри областей, и поскольку большинство республиканских учреждений были расположены в Бишкеке, эти бюджеты совпадали. Так как некоторые услуги, финансируемые из районного бюджета, являлись теми же, что финансировались из областного бюджета (напр. стационарные услуги взрослым, детям и женщинам), это привело к дублированию охвата многими службами.

Хотя, объединенные финансовые средства действительно проходили через агентства, которые показаны как “покупатели” на Рисунок 1, в значительной степени это были только пассивные учетные отношения. *Решения* по тому как и сколько средств выделить конкретным поставщикам медицинских услуг принимались не покупателем, а в соответствии с нормативными принципами, унаследованными из советской системы. Нормы, использованные в качестве базы для распределения средств, имели отношение в основном к размеру физической инфраструктуры (т.е. количество коек), а также к определенным показателям утилизации мощностей (напр. занятость). Нормы укомплектования кадрами были также созданы для стационарных учреждений в соответствии с количеством коек различных профилей, а для поликлиник в соответствии с размером населения, проживающего на участке и числом посещений. Кроме того, увеличивалась доля закупки медицинских услуг непосредственно пациентами через официальные платные услуги (легализованы в 1991) и неофициальные платежи поставщикам или покупку необходимых принадлежностей и лекарств в государственных медицинских учреждениях.

Платежи из-кармана и пакет гарантированных услуг

В этот период не было четко определенного пакета гарантированных услуг. Осознавались ограниченные возможности государства финансировать все услуги, поэтому, платные услуги были официально разрешены в 1991 году.⁹ Из-за широкой

⁸ Так как аккумуляция и закупка были интегрированы в рамках одной организационной единицы, здесь также описывается рыночная структура покупателей.

⁹ Указом Правительства, изданным в 1992 году, были определены виды услуг, за которые может взиматься плата, и этот перечень был обновлен в 1998 году. В последнем варианте, были введены освобождения от оплаты для лиц, определенных в «льготные» категории и лиц, имеющих

распространенности неофициальных платежей (как отмечалось выше), однако, реальный пакет гарантий (т.е. услуги, полностью оплачиваемые из аккумулированных средств, либо за счет установленной сооплаты) был несомненно мал. Не предпринимались попытки определить приоритеты для государственных расходов здравоохранения методами, что были отражены в поправках к документу о политике платных услуг.

Распределение средств и финансирование ЛПУ (оплата поставщика)

Мысленно полезно различать два типа распределения средств в потоке фондов: (1) от источников/сбора посредникам, и (2) от посредников/покупателей поставщикам. Хотя, после приобретения независимости в системе здравоохранения эти два процесса превратились в одно решение. Несмотря на то, что местные администрации (т.е. областные управления финансов и здравоохранения) имели законные полномочия изменять образцы распределения, процесс распределения для всех государственных медицинских учреждений был по существу одинаковым, управляемый нормами, унаследованными из советской системы здравоохранения. «Покупатели» действовали как пассивные посредники, которые просто распределяли предопределенные бюджеты в «свои» учреждения. Даже если уровень финансирования падал намного ниже того, что требовалось в соответствии с нормами, данный процесс все равно использовался для того, чтобы определить относительное распределение средств.¹⁰

Третьим аспектом распределения средств, который важен для понимания данной системы, является степень управленческого контроля (автономия), который менеджеры медицинских учреждений могли осуществлять над полученными средствами. Средства распределялись как строгие постатейные бюджеты. Существовало 18 таких статей (напр. заработная плата, социальные отчисления, коммунальные услуги, питание, лекарства, ремонт, и т.д.), и менеджеры медицинских учреждений не имели права перемещать средства из одной статьи в другую без согласия на то финансовых институтов (Министерство финансов (Минфин) или областные управления финансов (Облфин)). Финансовый менеджмент системы заключался в том, что уровни расходов сверялись с постатейными бюджетами. Таким образом, полномочие внутреннего распределения средств на уровне поставщика (учреждения) также превратилось в одно решение, принимаемое централизованно по распределению средств посредникам и поставщикам услуг. В целом, процесс распределения средств может быть охарактеризован как «управляемый мощностями» и был основан, в известном смысле, на удовлетворении воспринимаемых (в соответствии с унаследованными нормативами) финансовых «потребностей» инфраструктуры системы предоставления услуг.

определенные виды заболеваний/состояний. Минздрав несет ответственность вместе Антитрестовким Комитетом за разработку и осуществление методологии ценообразования для платных услуг. Медицинские учреждения сформировали отделы платных услуг, и регуляторная база была разработана для данного вида экономической деятельности. Плата за услуги аккумулировалась на региональных казначейских счетах под статьей *специальные средства*. Расходы от платных услуг регулировались и не могли превышать утвержденные бюджеты.

¹⁰Из-за сильного спада в поступлениях, однако, система функционировала с исторически определенными бюджетами. Финансовые органы пытались обеспечить тот же уровень финансирования, что и в предыдущем году, хотя, попытки завершились «защитой» определенных статей в бюджете, таких как, например, «заработная плата».

Проблемы, появившиеся в результате организационных и институциональных механизмов

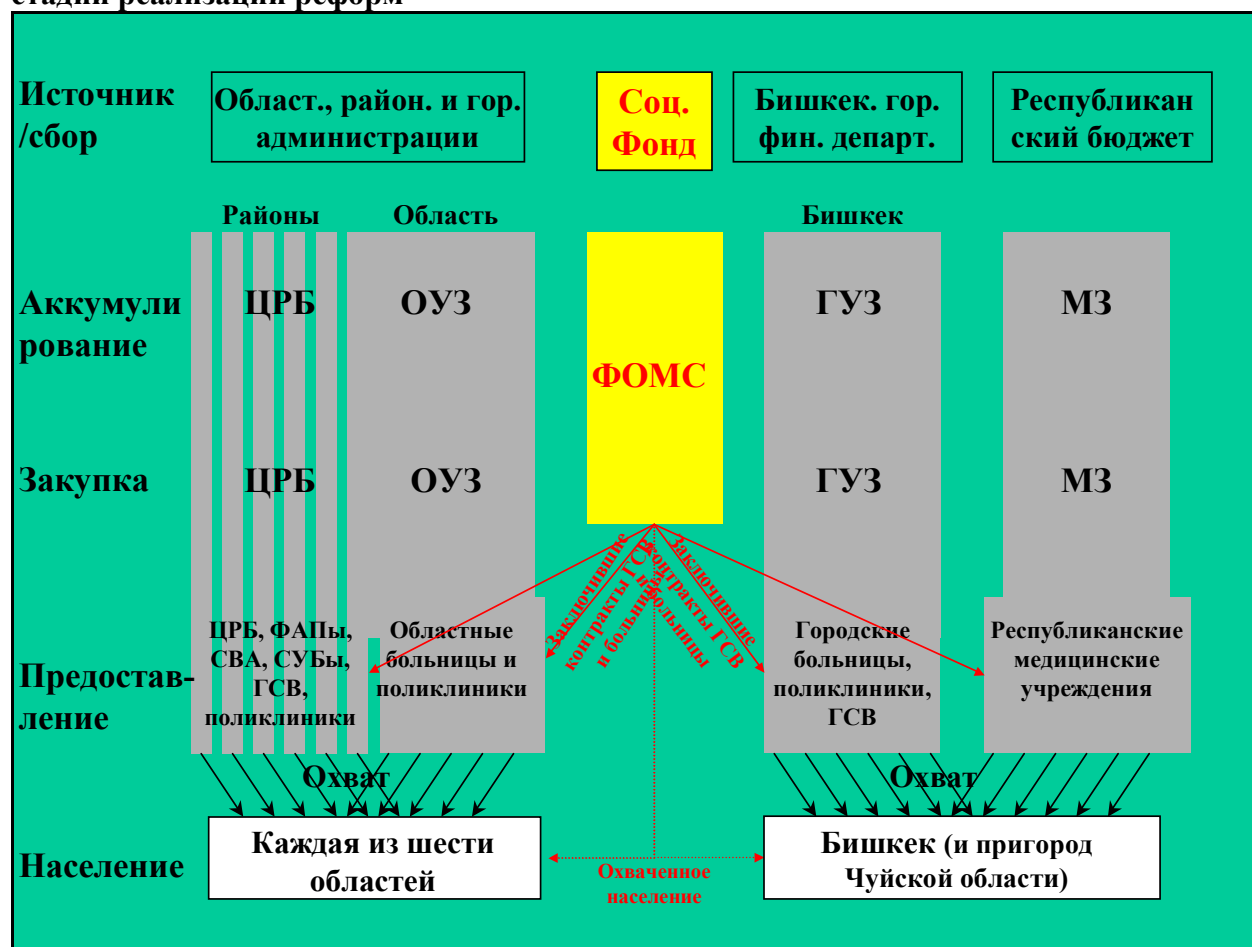
Унаследованная система распределения ресурсов и закупки была связана со многими проблемами. Что касается эффективности, самой большой проблемой были избыточные мощности, в особенности на госпитальном уровне. В Кыргызстане (и странах СНГ в среднем) количество стационаров и коек было значительно выше, чем, например, в странах Центральной и Восточной Европы (Евро/ВОЗ 2000), намного больше, чем могут себе позволить страны с низким доходом, особенно при помощи государственных средств. Несколько факторов повлияли на это. Благодаря методу распределения средств поставщикам в соответствии с нормами и стандартами, увеличивалось количество больничных коек. Вертикальная интеграция систем здравоохранения с различными государственными уровнями в сочетании с совпадающим географическим охватом населения привела в результате к дублированию ответственности за предоставление услуг. Такая организационная структура не создавала стимулов для планирования медицинских услуг на популяционной основе, и не существовало стимулов для различных государственных уровней координировать предоставление услуг. Эти организационные и финансовые стимулы закрепляли способ, с помощью которого медицинские работники обучались в Советской системе. Клинические протоколы и нормативы способствовали и даже требовали акцента на специализированной стационарной помощи, а принципиальной ролью поставщиков ПМСП было “отправлять” пациентов в специализированные медицинские учреждения (Боровитц и др. 1999). Ни для качества, ни для продуктивности не существовало никаких стимулов. Более того, рост неформальных платежей, который, как полагается, произошел в этот период предполагает, что поставщики стали более отзывчивыми к тем пациентам, которые имели средства платить и менее отзывчивыми к остальной части населения.

1997-2000: Первая стадия реформ

Организация функций системы здравоохранения

Как показано на Рисунке 2, правительство начало ряд реформ в 1997, которые повлекли за собой изменения в организации функций системы здравоохранения. В частности, был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), и с помощью него были введены новые механизмы распределения средств в секторе. При интеграции механизмов аккумуляции и закупки в финансируемой из бюджета системе здравоохранения ФОМС создал разделение между закупкой и поставкой. ФОМС также отличался тем, что его аккумуляция и закупка имели значение государственного масштаба, а не ограничивались пределами области или района. Следовательно, охват населения не ограничивался географически. Многие другие аспекты в системе не изменились. В частности, не произошло изменений в организации функций и охвате населения в “финансируемой из бюджета» системе, хотя попытки реформирования предпринимались.

Рисунок 2. Организация функций здравоохранения и охвата населения в первой стадии реализации реформ



Источник/сбор средств

В 1997 году был добавлен 2% налог на медицинское страхование к налогу с фонда оплаты труда. Все взносы собирались Социальным Фондом, агентством, которое также собирало деньги на пенсионеров, пособия по безработице, и “социальное страхование” (денежные пособия, и т.д.). В 2000 году республиканский бюджет также стал прямым источником средств для ФОМС, перечисляя поступления с целью обеспечения охвата ОМС для всех детей (лиц до 16 лет и студентов до 18) и лиц, получающих некоторые виды социальных пособий от государства¹¹. Хотя разделение ответственности за сбор и аккумуляцию между Социальным фондом и ФОМС было четко определено, суммы, перечисляемые в ФОМС были всегда меньше того, чем должно было быть перечислено. Как показано в Таблица 1, увеличение приходится на период с 1997 по 1999 год, после чего был застой, а после него снижение (данные ФОМС). Уровень исполнения запланированных перечислений из республиканского бюджета, которые начались в 2000 году, был выше уровня перечислений из Социального Фонда, но, также продемонстрировал резкое снижение в 2001 по сравнению с 2000 годом.

¹¹ Это обеспечило исключение для ограничений на использование денег, поступающих из государственного бюджета. Были созданы новые статьи, и единственным условием использования этих средств было то, что поставщики и ФОМС должны отчитываться в том, что деньги были использованы на медицинскую помощь детям и лицам, получающим социальные пособия.

Таблица 1. Перечисление поступлений в ФОМС

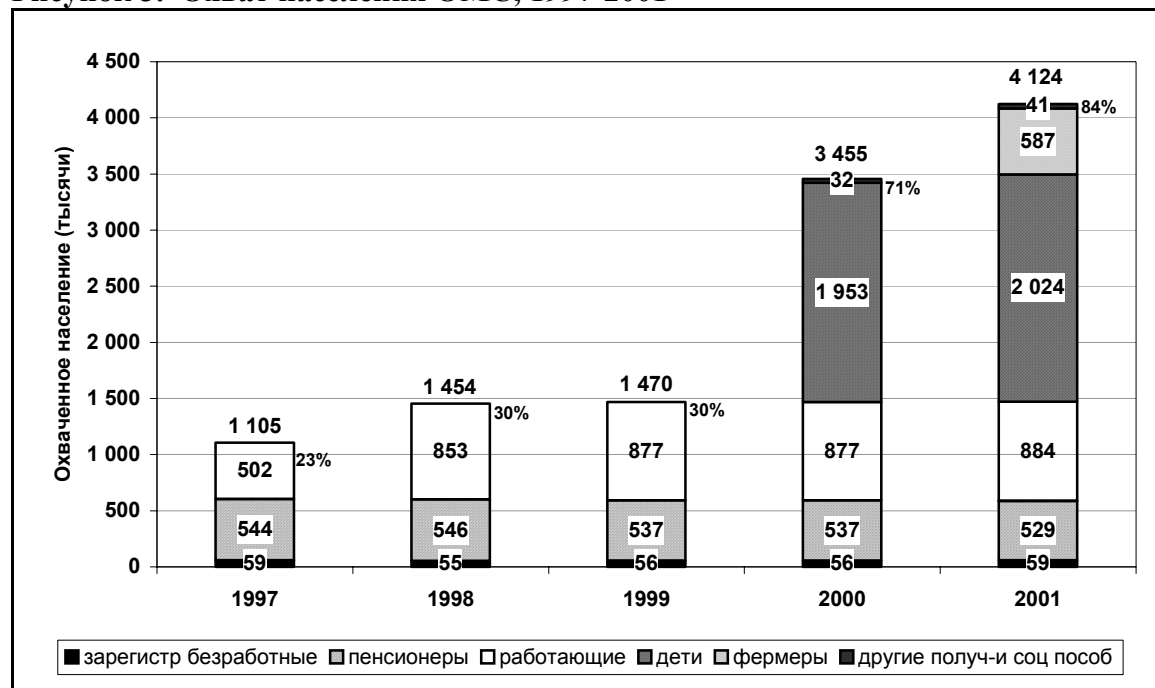
(миллионы сомов)	1997	1998	1999	2000	2001
Взносы ОМС, собираемые Социальным фондом	41.0	82.8	117.1	138.3	166.6
Поступления, перечисленные в ФОМС за работающих	9.2	30.9	73.1	89.4	80.5
Процент перечисленных сборов	22.4%	37.3%	62.4%	64.6%	48.3%
Запланированные поступления за пенсионеров	15.0	38.0	48.0	48.0	80.0
Поступления, перечисленные за пенсионеров	0.0	9.8	14.5	12.5	7.8
Процент запланированных перечислений	0.0%	25.8%	30.2%	26.1%	9.8%
Запланированные поступления за безработных	0.0	8.5	9.0	9.0	9.0
Поступления, перечисленные за безработных	0.0	1.3	6.0	3.1	2.5
Процент запланированных перечисленных сборов		15.3%	66.7%	34.4%	27.8%
Общая сумма запланированных/собранных поступлений СФ	56.0	129.3	174.1	195.3	255.6
Поступления, фактически перечисленные СФ	9.2	42.0	93.6	105.0	90.8
Процент запланированных/собранных перечисленных средств СФ	16.4%	32.5%	53.8%	53.8%	35.5%
Перечисления республиканского бюджета					
Запланированные перечисления за детей				35.0	46.5
Фактически перечисленные средства за детей				25.5	24.7
Процент запланированных перечислений				72.9%	53.1%
Запланированные перечисления за получателей социальных пособий				5.0	3.8
Фактические перечисления за получателей социальных пособий				4.2	2.3
Процент запланированных перечислений				84.0%	60.5%
Запланированные перечисления из республиканского бюджета				40.0	50.3
Фактически перечисленные средства из республиканского бюджета				29.7	27.0
Процент фактических перечисл. из бюджета				74.3%	53.7%
Общая сумма запланированных поступлений ОМС	56.0	129.3	174.1	235.3	305.9
Общая сумма фактически перечисленных средств ОМС	9.2	42.0	93.6	134.7	117.8
Фактические поступления ОМС как процент от запланированного	16.4%	32.5%	53.8%	57.2%	38.5%

Источник: данные ФОМС.

На Рисунке 3 показано как охват населения медицинским страхованием расширялся с начала образования ФОМС. В 1998 и 1999 годах, застрахованные составляли только более 30% населения, в том числе пенсионеры, зарегистрированные безработные и работающие лица, за которых работодатели делали взносы. В 2000 году, включение детей повысило охват до около 70%, а в 2001 году включение фермеров, которые

оплатили земельный налог, повысило уровень охвата еще больше. Хотя, общий уровень охвата населения резко повысился, особые изменения в категориях застрахованных не произошли.¹²

Рисунок 3. Охват населения ОМС, 1997-2001



Источник: Мейманалиев (2001). Проценты возле “колонок” относятся к степени охвата населения ОМС.

Несмотря на широко распространенный охват населения, поступления, мобилизованные для/через ФОМС были незначительны в сравнении с бюджетом, как показано в Таблица 2. Расходы ФОМС составили менее 1% от общих предварительно оплаченных/аккумулированных (т.е. бюджет плюс ФОМС) расходов здравоохранения в 1997 году, но они стали только выше 10% к 2000 году. По процентам предполагается, что хотя ФОМС сыграл “небольшую роль” в области финансирования государственной системы здравоохранения, он сделал важный вклад в финансирование больниц общего профиля и ПМСП, особенно в 1999 и 2000 годах. Кроме того, вследствие стратегии закупки, использованной ФОМС (описанной ниже), эти совокупные данные преуменьшают воздействие ФОМС на поставщиков медицинской помощи в этот период.

¹² Увеличение числа застрахованных работающих в 1998 произошло в результате того, что в 1997 гражданские служащие и работники государственных предприятий были исключены. Они были включены в 1998 году и включались каждый год после этого.

Таблица 2. Доля бюджета и ФОМС в объединенном финансировании здравоохранения

	1997	1998	1999	2000
Общие расходы здравоохранения				
Из Бюджета	99.4%	95.6%	91.6%	89.9%
Из ФОМС	0.6%	4.4%	8.4%	10.1%
Больницы общего профиля МЗ				
Из Бюджета	99.7%	92.9%	86.1%	82.3%
Из ФОМС	0.3%	7.1%	13.9%	17.7%
Поставщики ПМСП МЗ				
Из Бюджета	100.0%	89.6%	75.7%	80.8%
Из ФОМС	0.0%	10.4%	24.3%	19.2%
Больницы общего профиля и поставщики ПМСП МЗ вместе				
Из Бюджета	99.7%	92.5%	84.4%	82.1%
Из ФОМС	0.3%	7.5%	15.6%	17.9%

Источник: Данные Кыргызского государственного казначейства (за исключением официальных платных услуг) и данные ФОМС.

Предоставление медицинских услуг

В 1997 году, Группы семейных врачей (ГСВ) были введены как новая организационная структура для оказания ПМСП в рамках пилотного проекта в Иссык-Кульской области. В последующие годы, этот пилот был «развернут» на другие регионы с созданием ГСВ в Бишкеке и Чуйской области. К концу 2000 года, около 800 ГСВ функционировали в каждой области. Основными задачами реформы ГСВ являлись создание одной структуры, способной предоставлять большую часть ПМСП семьям, а также изменение и укрепление клинических возможностей на этом уровне. Другой важной задачей реформы ГСВ стало предоставление населению большего выбора в здравоохранении. В частности, вместо того, чтобы быть закрепленным за поставщиком ПМСП по участковому принципу, люди были наделены правом приписываться к ГСВ по своему выбору. ГСВ должны были конкурировать за приписывающихся, а оплата, полученная каждой ГСВ определялась в зависимости от количества приписанного населения (т.е. на душу населения). Стимулы для конкуренции в данной системе оплаты были предназначены для стимулирования отзывчивости на спрос потребителя среди сформированных ГСВ. На практике, данный выбор являлся действенным только в большей части городской местности страны, где условия для конкурирующего рынка существовали.

1997 год освидетельствовал также принятие новой лекарственной политики, которая включала приватизацию аптек. Это положило начало значительному распространению официально признанной частной системы оказания услуг в секторе здравоохранения. При Минздраве был создан Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники как основной регуляторный орган, который выдал лицензии около 400 юридическим лицам на распределение и розничную торговлю лекарственными средствами. Эти 400 организаций имели сеть в более, чем 3000 аптек по всей стране. Дополнительно к этому узаконенному и регулируемому росту частного предоставления услуг в этот период также появился черный рынок

лекарственных препаратов. По известным данным, он стал быстро разрастаться после середины 1998 года, когда Казахстан отменил НДС и таможенную пошлину на лекарства, тогда как Кыргызское Правительство поддерживало это.

Если не брать в счет аптеки, частный сектор был небольшим. Существовали три небольшие частные специализированные (офтальмология, хирургия и наркология) больницы в Бишкеке¹³, а также небольшое количество частных клиник и специалистов, предлагающих услуги на платной основе в городской местности. Невозможно точно оценить существующую рыночную долю поставщиков частного сектора, хотя, по имеющимся ограниченными данным полагается, что она была небольшая, но имеющая тенденцию к росту.

Закупка медицинских услуг

Первоначально, ФОМС являлся независимым юридическим лицом при Правительстве, а не частью государственного ведомства или министерства. В 1999 году, однако, ФОМС перевели под юрисдикцию Минздрава, хотя, сохранился его независимый юридический статус и возможность получать перечисления из Социального фонда. Таким образом, ФОМС был передан под политическое руководство Минздрава.

Как отображено на Рисунке 2, ФОМС передавал поступления поставщикам, которые также получали средства через рутинный государственный бюджетный процесс. ФОМС осуществлял оплату через свои «территориальные управления» (ТУ, по одному в каждой области, плюс один в Бишкеке), хотя, оплата производилась из единого государственного пула ФОМС. В отличие от пассивных взаимоотношений между покупателями и поставщиками, характерными для бюджетной системы, ФОМС функционировал как активный покупатель. Конкретнее, он внедрял в практику свои полномочия связывать решения по распределению средств поставщикам с *информацией* о потребностях населения и деятельностью поставщика. ФОМС начал платить за стационарную помощь в 1997 году и добавил оплату ПМСП в 1998 году.

Оплата за стационарную помощь. Оплата госпиталям производилась за пролеченный случай в соответствии с уровнями компенсации, варьирующими в зависимости от категории, в которую каждый случай был сгруппирован. Уровни оплаты за случай определялись предположительно, а оплата стационарам производилась ретроспективно. Система группирования случаев интерпретируется как «Клинико-затратные группы» и встречается под сокращением КЗГ на русском языке. Она была смоделирована по типу Диагностически родственных групп (ДРГ) в Соединенных Штатах, но создана при помощи кыргызских данных по утилизации и затратам. Каждая КЗГ имела относительный удельный вес (отражающий относительную затратность случаев в группе по сравнению с другими группами), который использовался для определения оплаты госпиталям на основе данных из стационарных клинично-информационных форм (КИФ), предоставляемых больницами в ФОМС по каждому случаю. Первоначальный набор групп был довольно прост. Существовало 28 категорий, большинство из которых отражали относительную

¹³ В наркологической и офтальмологической больницах, услуги довольно дорогостоящи по государственным стандартам, и большой процент пациентов приезжает из других стран.

среднюю стоимость для всего отделения стационара или подспециальности. 56 групп были созданы по случаям в каждой из 28 групп с пребыванием и без пребывания в отделении интенсивной терапии (28 x 2). Данный набор категорий случаев использовался около 20 месяцев. Первый вариант КЗГ, содержащий 140 групп (см. Приложение 1) был утвержден Минздравом и начал использоваться в марте 1999, на основе аккумулированных затрат и клинических данных. Базовой формулой для определения оплаты за случай является:

$$\text{оплата/случай} = \text{базовая ставка} \times \text{коэффициент КЗГ} \times \text{экономический регуляторный фактор}$$

Понимание расчета базовой ставки является критическим для понимания данной системы оплаты. В отличие от системы, предназначенной возмещать госпиталям среднюю *стоимость* случая по каждой группе, система ФОМС ввиду своего ограниченного финансирования и стратегических решений была создана для обеспечения *дополнительных* выплат стационарам, уже получающим финансирование из бюджета. Таким образом, расчет базовой ставки исходил из бюджета, а не затрат.

Сначала, ФОМС должен был определить размер общего бюджета средств, предназначенных для стационарной помощи в год. В 1997 году, все поступления были предназначены для госпитальных услуг. С 1998 года, ФОМС решил поддерживать базовую ставку 1997 года при номинальных условиях.¹⁴ Общий размер бюджета на оплату за стационарную помощь был соответственно определен путем умножения этой базовой ставки на прогнозируемое число стационарных случаев. Данный процесс сделал размер бюджета ПМСП остаточным (общие поступления ФОМС меньше административных расходов и бюджета больничной оплаты), и больший приоритет отдавался стационарной помощи.

Экономический регуляторный фактор был введен в формулу для учета неопределенности в прогнозах предполагаемых поступлений ФОМС и в объеме больничных случаев. Этот фактор, варьирующий в течение года позволил ФОМС регулировать уровни оплаты в соответствии с фактическими средствами, чтобы сохранить нейтралитет. Важно, чтобы это могло осуществляться без изменения концептуальной целостности расчета оплаты и без утверждения Наблюдательного Комитета ОМС.¹⁵ С включением фактических коэффициентов КЗГ и экономических регуляторных факторов, средняя сумма оплаты за случай увеличилась в период с 1997 по 1999 год, но затем уменьшилась в 2000 году, как показано в Таблица 3. Причина в том, что экономический регуляторный фактор (коэффициент) был больше 1 в предыдущие годы, а в 2000 году сократился до 1 (Мейманалиев 2001).

¹⁴ Остается без изменений.

¹⁵ В соответствии с законодательством по медицинскому страхованию, утвержденному в 1999 году, все программы ОМС должны утверждаться Наблюдательным Комитетом ОМС. "Программы" включают запланированные мероприятия ФОМС, а также базовые ставки для оплаты стационаров и ПМСП. Практически, функции данного Комитета переданы Комиссии по координированию реформы здравоохранения и медицинского страхования при Администрации Президента.

Таблица 3. Среднегодовая оплата ФОМС за пролеченный случай (сомы)

	1997	1998	1999	2000
Базовая ставка	113	350	350	350
Среднегодовая оплата	362	429	475	392

Источник: Мейманалиев (2001).

Другой причиной того, почему средняя оплата за случай могла увеличиться, может быть увеличение индекса сложности случая (ИСС). Однако, данные ФОМС исключают это как возможную причину. В Таблица 4 представлены данные по ИСС для пациентов в стационарах, заключивших контракт с ФОМС с 1997 года по первый квартал 2001 года. К удивлению, данные не показывают повышения в ИСС, а наоборот снижение. Более того, снижение относится как к застрахованным, так и незастрахованным пациентам (хотя, показатель снижения ИСС для застрахованных лиц был немного ниже в период между 1998 и 2001 годами, чем для незастрахованных лиц). Это означает, что вообще не было тенденции в больницах “обмануть систему” путем преувеличения диагностической информации и информации о лечении в клиничко-информационной форме. Хотя, были отдельные примеры такого «преувеличения», один из которых приводится ниже в Рамке 1.

Таблица 4. Индекс сложности случая, больницы, работающие по контракту с ФОМС

	1997	1998	1999	2000	2001
Взрослые					
Застрахованные	1.150	1.116	1.088	1.091	1.060
Незастрахованные	1.108	1.115	1.026	1.056	1.036
Все взрослые	1.129	1.115	1.058	1.074	1.049
Дети					
Застрахованные	1.090	1.109	1.077	0.966	0.966
Незастрахованные	1.097	1.082	0.983	0.988	0.959
Все дети	1.096	1.095	1.030	0.977	0.962
Всего					
Застрахованные	1.148	1.115	1.086	1.070	1.043
Незастрахованные	1.105	1.109	1.019	1.044	1.020
Все пациенты	1.125	1.112	1.053	1.057	1.033

Данные ФОМС. Расчеты ИСС основаны на используемых группах. В 1999, таким образом, расчеты включают ИСС, полученного из первоначального набора КЗГ и первого варианта, в котором собраны 140 категорий КЗГ.

ФОМС оплачивал госпиталям, заключившим контракт, ежемесячно за услуги, оказанные застрахованным лицам через свои Территориальные управления (ТУ), расположенные в каждой области. Система не производила дополнительную оплату за отдельные случаи с длительным пребыванием. Рассчитанная предварительная оплата (оплата вперед) позволила сократить финансовую неопределенность для учреждений.

Система оплаты за пролеченный случай ввела концепцию оплаты, ориентированную на результат в Кыргызскую систему здравоохранения. В процессе этого, ФОМС столкнулся с одной из фундаментальных недостатков бывшей системы: низкой продуктивностью.

Рамка 1. Преувеличенное кодирование в первый период жизни ФОМС: пример

В первоначальной версии КЗГ ставился выше коэффициент (и оплата) для случаев лечения в отделении интенсивной терапии (ОИТ); поэтому, ФОМС посчитал необходимым проверять эти случаи с тем, чтобы подтвердить, действительно ли лечение в ОИТ было необходимым. Опыт двух больниц (ЦРБ и больница при предприятии) в Жаилском районе Чуйской области преподнес полезный урок. Обе они заключили контракт с ФОМС и, следовательно, работали по одним и тем же правилам оплаты. В больнице при предприятии разобрались с формулой оплаты за пролеченный случай и “преувеличенно кодировали” случаи, ставив *да* в графе ОИТ в форме выписки в большом количестве случаев. Уровень ОИТ там значительно повысился по сравнению с ЦРБ. Факт, определенный экспертами по управлению использованием ТУ ФОМС. После пересмотра категорий КЗГ в 1999 году, прямая связь между госпитализацией в ОИТ и уровнем оплаты была ликвидирована. После этого, уровень госпитализации в ОИТ снизился с 59.9 на 1000 госпитализаций (в 1998 году) до 50.4 на 1000 (в 1999 году). Данный опыт говорит о том, что некоторые больницы действительно пытались «обмануть систему» путем кодирования случаев с целью максимизации компенсации.

Оплата за ПМСП. ФОМС оплачивал ПМСП на подушевой основе. Внедрение такой системы требовало, чтобы:

- ГСВ были сформированы и функционировали;
- население сделало выбор ГСВ во время приписной кампании;
- ФОМС создал бюджет средств для ПМСП; и
- поставщики оплачивались в соответствии с выбором, сделанным гражданами.

Скорость формирования ГСВ и приписки населения по всей стране ограничивала скорость, с которой ФОМС мог заключать контракты с ГСВ и платить им на подушевой основе. Кроме того, база данных не могла сначала поддерживать систему для оплаты каждой ГСВ, заключившей контракт по числу приписанных застрахованных лиц. К середине 1999 года, однако, соответствующие базы данных на Иссык-Куле, в Бишкеке и Чуе были достаточными для того, чтобы поддерживать систему оплаты на душу населения ФОМС для ГСВ, заключивших контракт, по количеству приписанных застрахованных к каждой из них. Таким образом, реально подушевая оплата была внедрена в трех регионах.¹⁶

Ставка подушевой оплаты является параметром, который устанавливается Наблюдательным комитетом ФОМС. Ставка устанавливается соответственно размеру

¹⁶Приписка к ГСВ, оплата на душу населения и охват ФОМС взаимосвязаны, но являются отдельными мероприятиями. Приписка не ограничивается застрахованными лицами, каждый может выбрать ГСВ и приписаться. Первоначальный эксперимент с припиской к ГСВ и оплатой на подушевой основе проходил в Иссык-Кульской области в 1998 году и включал использование бюджетных средств, а также поступлений ФОМС. См. подраздел *Аккумуляирование* ниже.

бюджета ФОМС для ПМСП и прогнозируемому количеству застрахованных лиц, приписанных к ГСВ, на год. Как описывалось ранее, размер бюджета для оплаты ПМСП являлся остаточным после определения размера бюджета для оплаты стационарной помощи. Из-за ограниченности бюджета ФОМС и приоритета, установленного для стационарной помощи, ФОМС смог заключить контракты только с приблизительно половиной ГСВ страны в 1999 и 2000 годах.

Формула оплаты на душу населения включает коэффициенты регулирования риска, такие как возраст и пол, географическое положение¹⁷ и экономический регулирующий коэффициент. На данный момент, однако, все коэффициенты (за исключением экономического регулирующего коэффициента, который был модифицирован с целью достижения бюджетного нейтралитета) были установлены равными 1. Поэтому, правила и формулы оплаты были разработаны, чтобы объединить регуляторы, но они не были внедрены.

Управление использованием стационарной помощи. Возрастающие поступления ОМС стали возможными для стационаров через систему оплаты за пролеченный случай, создавшую стимул для стационаров увеличивать объем госпитализаций путем кодирования процедур и диагнозов и «экономить» на количестве (и обычно качестве) помощи, оказываемой каждому пациенту. Поэтому, система оплаты стационаров ФОМС стала включать процессы управления использованием (УИ) и обеспечения качества (ОК). Каждое территориальное управление ФОМС (ТУ ФОМС) нанимало двух-трех «экспертов по качеству», ответственных за осуществление данных функций. Эксперты получили в распечатанном виде краткую специфическую информацию по каждому случаю в больницах, заключивших контракт на основе данных из клинично-информационных форм (КИФ), которые также используются в качестве источника информации для системы оплаты за пролеченный случай. Отбор зарегистрированных случаев для проведения оценки осуществлялся по определенной группе параметров (включенных в печатные материалы), а также выборочно. Параметрами, которые требовали подробной качественной оценки/исследования (т.е. изучение карты) были:

- продолжительность пребывания меньше трех дней;
- продолжительность пребывания более 20 дней;
- лечение в Отделении интенсивной терапии (ОИТ)¹⁸;
- смерть пациента; и
- хирургические осложнения или две хирургические операции за время одной госпитализации.

¹⁷ Географический регулятор зависит от климатических особенностей регионов и отдаленности от административных центров, а также высокогорья. В зонах высокогорья существовали другие нормы укомплектования и шкала заработной платы в Советское время, и до сих пор они применяются, поскольку коэффициенты высокогорья влияют на уровни зарплат, которая выплачивается из бюджета.

¹⁸ В 1997 году, некоторые больницы осознали, что определение пациентов в ОИТ (или по крайней мере, кодирование лечения в ОИТ в КИФе) значительно повышает оплату за пролеченный случай. Это означает, что преувеличенное кодирование стало результатом первой версии КЗГ, которая включала лечение в ОИТ как причину, по которой случаи группировались в категории с более высоким коэффициентом (см Рамку 1).

После проверки регистрационных данных, эксперт качества составлял оценочный отчет по случаю, куда входило описание конкретных недостатков или нарушений, обнаруженных в ходе проверки. Такие недостатки могли привести в результате к изыманию частичной или полной оплаты¹⁹ за пролеченный случай в соответствии с перечнем определенных финансовых взысканий ФОМС для различных типов ошибок и недостатков. В 2000 году, например, были наложены финансовые санкции на больницы за услуги плохого качества или несоответствующее использование средств на сумму до 1.42 миллиона сомов, около 1.3% от общей суммы, выплаченной стационарам. Система качества начала отходить от финансовых наказаний к проведению более сложных оценок. Отсюда, например, в годовом отчете ФОМС за 2000 год отмечается взаимосвязь между заболеваемостью язвой в двух областях и показателями госпитализации по данному показанию. Более того, это связано с распространением новых руководств по лечению язвы на первичном уровне (ФОМС, 2001).

Управление использованием ПМСИ. На первичном уровне, процедуры ФОМС по управлению использованием/оценке качества были гораздо меньше разработаны, чем на госпитальном, и, это создавало значительные трудности с внедрением. По большей части, это происходило из-за намного большего количества ГСВ и амбулаторных визитов по сравнению с числом стационаров и госпитализаций. Таким образом, если строить все по тем же линиям как УИ/ОК для госпитальной помощи, задача будет намного сложнее. Более того, клинические данные по ПМСИ были компьютеризированы только в течение 1999-2000 года и только в нескольких пилотных местах, поскольку не все ГСВ имеют компьютеры. Другая важная концептуальная проблема информационной системы ГСВ заключается в том, что не существует прямой связи между оплатой и предоставлением данных. В отличие от больниц, ГСВ предварительно оплачивались на подушевой основе в соответствии с количеством приписанных лиц, следовательно, не имели реальных стимулов вносить полную информацию в каждую графу за пациента.

Вследствие данных факторов, ФОМСом использовался другой процесс проведения мониторинга деятельности ГСВ, нежели чем для больниц. Эксперты качества каждого ТУ посетили каждую ГСВ, заключившую контракт, в своем регионе с целью выборочной проверки карточек. Но они смогли проверить только небольшой процент случаев ГСВ. В Чуйской области, например, 171 ГСВ имели контракт с ФОМС в 1999 году, и эксперты могли посещать только раз в квартал каждую из них. Если они выявляли проблемы во время этих визитов, они могли наказать ГСВ через снижение их последующей оплаты на душу населения (Гедик и др. 1999)²⁰.

Информационные системы. Чтобы закупка считалась «активной», покупатель должен был уметь связывать свои решения по распределению средств с информацией о деятельности поставщика. Информационная система, что была разработана для оплаты поставщиков ФОМС, сделала возможным стать ему активным покупателем,

¹⁹ Такой штраф применялся только к компоненту поощрительных выплат персоналу системы оплаты за пролеченный случай; таким образом, сумма штрафа за случай не могла превышать общую сумму компонента «персонал».

²⁰ Как и в системе проверки предоставления стационарной помощи, штрафы применялись только к компоненту «персонал» системы оплаты на душу населения. В ГСВ, санкции не могли превышать 30% от общей суммы премиальных (поощрительных платежей).

особенно для систем оплаты госпитальной помощи и УИ/ОК. Данные из стационарной КИФ являлись основными для системы оплаты за пролеченный случай, использующей КЗГ, а также поддерживали процесс УИ/ОК путем генерирования информации по параметрам, используемым экспертами для определения того, послужил ли случай основанием для проведения подробной оценки. Связь между финансовой и клинической информацией была очень сильной для стационарной помощи, но фактически не существовала для ПМСП.

Системы оплаты и информации разрабатывались, чтобы в конечном итоге перейти к всеобщему охвату. От больниц, заключивших контракт, требовалось предоставлять данные в ФОМС по всем госпитализациям, а не только по застрахованным пациентам, при использовании тех же КИФ. ФОМС получал и использовал данные по всем случаям, а не только платил за страхованных. Данная деталь в системе отчетности создала техническую базу для будущего развития всеобщей универсальной системы. Использование общей формы для всех пациентов также минимизировало административные расходы для поставщиков.

Разработка информационной системы, необходимой для поддержки системы оплаты ГСВ заняла больше времени, чем для стационарной службы. Это происходило вместе с процессом приписки к ГСВ. Новая КИФ была также разработана для амбулаторной помощи. Информация, содержащаяся в этой форме предназначалась для использования в системе УИ/ОК на первичном уровне, а позже на уровне амбулаторных специалистов. В настоящее время, информационная система еще не оказывает поддержку «активной закупке» на первичном уровне.

Суждение, лежащее в основе разработки информационной системы, связывало финансовую и клиническую информацию в одной форме. Медико-информационный центр (МИЦ) Минздрава сделал вклад в разработку КИФ, и, разумеется, принял их, при этом отменив несколько предыдущих форм, использовавшихся для получения клинической информации из медицинских учреждений (Гедик и др. 1999). В конечном счете, идея заключалась в разработке рационализированной и полностью интегрированной информационной системы, которая будет удовлетворять различные потребности, в том числе:

- финансовые системы и оплата поставщиков для покупателя;
- статистические отчеты по состоянию здоровья для МИЦ;
- данные для передачи политических решений лицам, определяющим политику;
- для политики здравоохранения и научных исследований; а также
- потребности других пользователей путем обеспечения широкого доступа к информации.

В настоящее время, информация из этих форм используется главным образом ФОМС с целью оплаты ЛПУ (больницам). МИЦ также начал использовать информацию для своих периодических отчетов. Что касается других целей, в частности, потребности лиц, определяющих политику, информация использовалась ограниченно. Информационная система признана огромным ресурсом, но и также системой, которая только начала развиваться.

Лекарственное управление и политика закупки. ФОМС использовал свои финансовые полномочия для совершенствования лекарственного управления на уровне системы и отдельных учреждений путем продвижения политики рационального использования лекарственных средств и закупки. На основе проведенного мониторинга образцов закупки, ФОМС рекомендовал менеджерам медицинских учреждений использовать методы закупки лотами,²¹ и использовать VEN/ABC анализ²² для оценки объема, содержания и стоимости закупок из всех источников. Анализ VEN/ABC был внедрен в 1999 году при поддержке ВОЗ. Вместе с закупкой в лотах он, по-видимому, должен иметь положительные результаты в плане сокращения цен на некоторые лекарственные средства и большей стабильности цен. Например, анализ ФОМС показывает 10-15% сокращение цен на часто используемый вид внутривенного препарата (“гемодез”). В одной области, где использовался новый метод закупки, было достигнуто 24% сокращение цены на данный раствор – IV по сравнению с другой областью, где он не использовался (Ибраимова 2000). В целом, ФОМС подсчитал, что его метод закупки сократил штучную себестоимость препаратов на приблизительно 12 процентов.

Стратегическая ориентация на поставщиков (заключение контрактов)

Через бюджет финансировались все поставщики государственного сектора, так что процесса выборочного (или какого-то другого) заключения контрактов между финансируемыми из бюджета покупателями и поставщиками не было. Наоборот, ФОМС налагал ограничения на больницы, с которыми заключались контракты, и, таким образом, на количество стационаров. Данная стратегия не была основана на проведенной оценке деятельности поставщиков. Наоборот, стратегия заключения контрактов ФОМС была направлена на составление контрактов с больницами общего профиля, а не с узко специализированными учреждениями (в том числе роддома), а также на обеспечение достаточного географического охвата с целью предоставления всеобщего физического доступа. Фонд оплачивал специализированную помощь (напр. ТБ, психиатрическая, и.т.д.), но только в больницах общего профиля. Это должным образом соответствовало планам ФОМС (хотя не отражалось на распределении бюджетных средств) рационализировать инфраструктуру системы оказания услуг путем объединения специализированных учреждений в больницы общего профиля.

Первоначально, однако, основным критерием для заключения контракта был показатель сбора страховых взносов в регионе. К 1998 году, было политически важно достичь полного географического охвата (т.е. заключить контракты в каждом регионе). К концу 1998 года, следовательно, все областные больницы и все ЦРБ были охвачены системой ОМС. Всеобщий охват населения больницами, заключившими

²¹ ФОМС провел централизованную закупку лекарств от имени больниц, заключивших контракт, по 36 приоритетным наименованиям.

²² “VEN”- это сокращение от Vital, Essential, and Non-essential (жизненно-важные, важные и неважные препараты) используется для распределения лекарственных препаратов по их относительной значимости для общественного здравоохранения. “ABC” анализ используется для анализа образцов приема лекарственных препаратов путем распределения наименований в группы, в которых выражается их относительное использование и стоимость, исходя из того факта, что относительно небольшое число наименований насчитывают большую часть расходов на лекарственные средства (MSH с ВОЗ 1997). Эти методы использовались ФОМС для создания рекомендованных пропорций различных категорий медикаментов в ассортименте на уровне системы и отдельных учреждений. Одна из целей заключалась в сокращении закупок дорогостоящих не жизненно-важных медикаментов.

контракты с ФОМС, был в основном достигнут, но охват ГСВ все еще находится в процессе расширения (на самом деле, ГСВ еще не существуют в некоторых частях страны). Рост числа учреждений, заключивших контракты с ФОМС, показан в Таблица 5.²³ Таблица отображает постепенный, однако стремительный рост числа поставщиков, заключающих контракты.

Таблица 5. Совокупное число ЛПУ, заключивших контракты с ФОМС, по годам

	1997	1998	1999	2000
Больницы	13	60	66	82
ГСВ		279	422	413

Источник: Данные ФОМС показывают общее количество поставщиков, заключивших контракты к концу каждого года.

Практически, основным критерием для заключения контрактов стало то, что учреждение должно было быть лицензировано и аккредитовано прежде, чем могло подписать контракт с ФОМС. Следовательно, система лицензирования и аккредитации стала средством регулирования вступления поставщиков медицинской помощи на рынок. Это также способствовало тому, что многие главные врачи (менеджеры) учреждений занялись поиском (и иногда им удавалось найти) дополнительных средств для ремонта в местных государственных администрациях, чтобы квалифицироваться на лицензию. Хоть и действовал принцип заключения контрактов только с лицензированными и аккредитованными поставщиками, все же были исключения. В частности, некоторые географически отдаленные ЦРБ заключали контракты с ФОМС до того, как были лицензированы, из-за необходимости улучшить доступ.

Если поставщик не выполнял условия контракта, ФОМС мог аннулировать соглашение. Фактически, ФОМС аннулировал контракты с двумя частными поставщиками в 1999 году по причине неподчинения. Такая крайняя мера не применялась в отношении поставщиков государственного сектора. Вместо этого, контракты обеспечивали приостановление платежей из компонента «персонал» системы оплаты больниц на три месяца, и один такой случай с государственной больницей действительно имел место.

Стратегическая ориентация на услуги

Эпидемиологическая ситуация страны, а также политика здравоохранения требовали перемещения в распределении средств из специализированной и стационарной службы в ПМСП и услуги общественного здравоохранения (Всемирный Банк 2001b). С 1995 по 2001 год, однако, проценты государственных расходов здравоохранения на стационары и амбулаторную помощь не изменялись, когда на больницы было выделено 70% - 74%, а на амбулаторную помощь - 9.5% - 10.6% (см. Таблица 6). Это говорит о том, что не было предпринято никаких мер по изменению приоритетов в образцах расходов.

²³ Число ГСВ в 2000 году сократилось в связи с объединением некоторых ГСВ в Иссык-Кульской и Чуйской областях.

Таблица 6. Распределение государственных бюджетных средств здравоохранения, по программам

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Больницы широкого профиля (общие детские и взрослые)	53.3%	52.3%	48.6%	49.1%	47.6%	51.0%	50.2%
Специализированные больницы	14.5%	15.6%	18.2%	19.7%	21.3%	19.9%	19.8%
Родильные дома	3.8%	3.1%	3.0%	3.4%	3.2%	2.5%	2.0%
Реабилитационные стационары	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
Другие больницы	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
Всего по больницам	71.7%	71.3%	70.2%	72.5%	72.3%	73.6%	72.3%
Поликлиники общего профиля и врачи амбул. отделений	7.9%	8.0%	7.5%	7.3%	8.0%	7.7%	7.9%
Специализированные поликлиники и врачи-специалисты	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.1%	0.0%
Стоматологические поликлиники	1.2%	1.3%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%
Станции скорой помощи	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%	1.1%	1.0%	1.1%
Всего по амбулаторной службе	10.3%	10.6%	9.7%	9.5%	10.5%	10.0%	10.1%
Общественное здравоохранение (СЭС, и.т.д)	7.1%	6.8%	6.5%	5.7%	6.1%	5.7%	5.6%
Научно-исследовательские институты	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	0.8%	0.6%	0.7%
Администарция и бухгалтерский учет	0.7%	0.6%	0.7%	0.8%	0.9%	0.7%	0.7%
Техническое обслуживание	0.9%	1.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
Капитальные инвестиции	4.4%	5.2%	3.5%	1.7%	1.6%	1.6%	2.2%
Образование медицинских работников	1.9%	1.5%	1.8%	1.5%	1.4%	1.1%	1.3%
Другие службы, не включенные в другие категории^а	2.4%	2.1%	7.0%	7.5%	6.3%	6.6%	7.0%
Консолидированные бюджетные расходы здравоохранения	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Источник: Данные Кыргызского Государственного Казначейства. Данные включают расходы здравоохранения как Минздрава, так и не Минздрава. Проценты исключают специальные средства и перечисления в ФОМС. С начала 1999 года, централизованные коммунальные расходы республиканского уровня относятся к национальным центрам и научно-исследовательским институтам пропорционально их другим расходам.

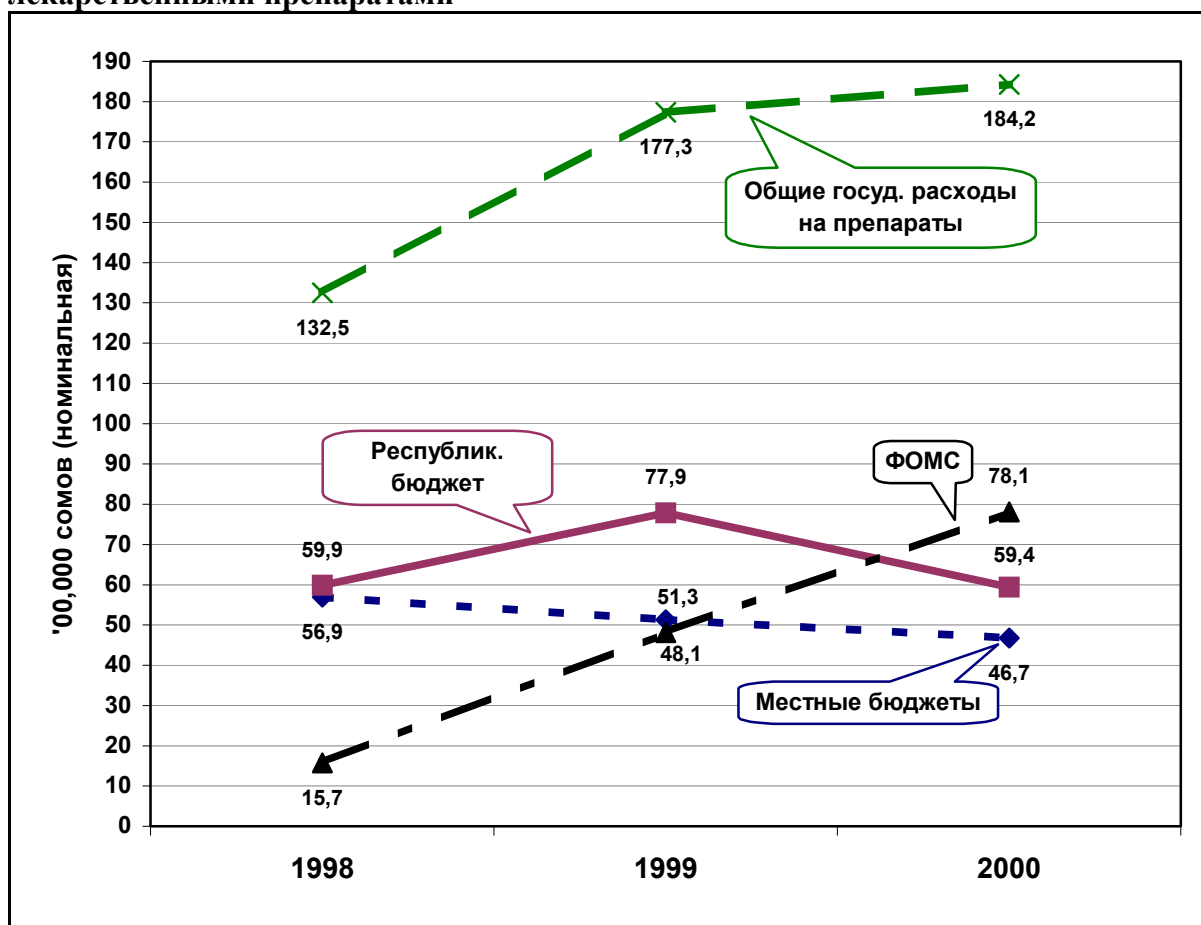
^а Включают Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (начиная с 1997), Республиканский центр иммунопрофилактики, Медико-информационный центр и ряд других централизованных структур Минздрава.

Как раз наоборот, у ФОМСа была четкая стратегическая ориентация на услуги. Фонд разработал приоритеты финансирования, основываясь не на определении узкого пакета услуг для полного покрытия за своих получателей, а базируясь на выборе конкретных расходных материалов для финансирования. Из-за низкого уровня финансирования, руководство ФОМСа решило (в союзе с Минздравом) использовать свои ресурсы для обеспечения дополнительного финансирования отобранных медицинских учреждений, которые также финансировались через бюджет. Деньги ФОМС направлялись на улучшение ситуации с лекарственными средствами в больницах, оказывалась поддержка неотложным услугам на первичном уровне, а также обеспечивались премиальные работникам. Это было стратегическое решение, принятое в силу политических, а также технических причин. Руководству Минздрава необходимо было обеспечить, чтобы ограниченные ресурсы использовались на то, что принималось поставщиками, а также населением.

На госпитальном уровне, данная стратегия была приведена в действие путем наложения ограничений на использование средств ОМС на конкретные вложения. В частности, 70% поступлений должны были использоваться на лекарственные средства (68% для наименований из перечня жизненно-важных лекарственных средств), а 30% были использованы на дополнительную оплату персоналу (зарплата и взносы в Социальный Фонд). ГСВ могли использовать поступления ОМС следующим образом: 35% на персонал, 10% на лекарства и 55% на оборудование и инструменты. Поступления ГСВ на лекарственные средства были предназначены только для самых необходимых («неотложная помощь») лекарственных средств. Вследствие данной стратегии, средства ОМС действительно оказали заметное воздействие. Как показано на Рисунке 4, ФОМС насчитывал более 40% государственных расходов на лекарства к 2000 году, повысившись с только 12% в 1998 году²⁴. Таким образом, путем целевого использования своих ресурсов на лекарства и персонал, система оплаты ФОМС стимулировала повышение усилий медицинских работников и сделала возможным достижение существенных улучшений в качестве и количестве продукта (а также снизила необходимость платить из-кармана за лекарства). Другими словами, с бюджетными деньгами, в значительной степени связанными с постоянными издержками медицинских учреждений, мы предполагаем, что выплаты ФОМС имели большую маргинальную продуктивность, намного больше, чем это предполагалось в ходе простого сравнения общих уровней финансирования бюджета и ФОМС. В результате, стимулы даже от небольшого финансирования ФОМС имели важные результаты на уровне поставщика (главным образом, в больницах).

²⁴ Хотя, возможно, что там был отклоняющийся негативный результат в плане сокращения расходов на лекарственные средства из республиканского и местных бюджетов в результате увеличений ФОМСа.

Рисунок 4. Источники государственного финансирования обеспечения лекарственными препаратами



Источник: данные ФОМСа.

Аккумуляция средств

Полезно различать два аспекта аккумуляции. Первый является административным или учетным аспектом потока средств: в каких организационных структурах предварительно поступающие средства здравоохранения аккумулируются до того, как распределяются среди поставщиков? Второй связан с тем, какие организации или отдельные лица понесут финансовый риск расходов на здравоохранение.

Структура аккумуляции. Структура аккумуляции системы здравоохранения в этот период показана в Таблице 7. В таблице показано большое количество бюджетов или «пулов» (61), которые существовали в рамках финансируемой из бюджета системы дополнительно к единому государственному бюджету ФОМС²⁵. В основном, совпадения существовали между каждым областным бюджетом и городом/районами внутри нее, а также между бюджетами, управляемыми Бишкекским ГУЗ и Минздравом республики.

²⁵ Городские и районные бюджеты показаны вместе, потому что они не совпадают географически друг с другом. Частное медицинское страхование, хотя и легализованное, было (и остается) почти несуществующим, и соответственно существовала только незначительная сумма аккумуляции средств в частном секторе.

Таблица 7. Бюджеты (пулы) здравоохранения, по областям, 2000

“Владелец”/уровень бюджета Регион	Район + Город	Областной	Республик анский	ФОМС	Итого
Город Бишкек	1		^a		1
Чуйская область	9	1			10
Иссык-Кульская область	7	1			8
Нарынская область	6	1			7
Ошская область	8	1			9
Жалал-Абадская область	13	1			14
Баткенская область	4	1			5
Таласская область	5	1			6
Государственный			1 ^a	1	2
ИТОГО	53	7	1	1	62

^a Республиканский бюджет предназначен быть государственным по масштабу, но главным образом служит местному (Бишкек и близлежащий Чуй) населению. В таблице не отражены многочисленные бюджеты, которые существуют на республиканском уровне (большинство, но не только в Бишкеке) и принадлежат 5 ведомствам, не имеющим отношения к Минздраву, и которые распределяют средства своим собственным больницам для исключительного использования конкретным сегментом населения (напр. военные, милиция, кабинет министров и т.д.). Это усиливает фрагментацию аккумулирования в стране.

Внутри этих географически базирующихся пулов, средства также подразделялись на конкретные бюджеты для каждого медицинского учреждения. В течение финансового года, было мало возможностей перемещать средства из одного учреждения в другое, хотя они и являлись учреждениями одного типа. С точки зрения учета, таким образом, пулы были фрагментированы по уровням медицинских учреждений.²⁶

Из-за озабоченности возможным несоответствием между системами аккумулирования и оплаты ФОМС и «финансируемой бюджетом системой», были предприняты шаги по координированию политики и систем между Минздравом и ФОМС на областном уровне. При данном подходе *объединенных систем*, несколько административных систем и функций должны были осуществляться совместно (напр. использование общего подхода и информационных систем для учета и управления качеством) Облздравидами и ТУ ФОМС. Данный подход был довольно успешным в условиях политической координации между Минздравом и ФОМС²⁷. Хотя, ФОМС представлял собой дополнительный пул, его роль в качестве источника дополнительного финансирования учреждений, которые также получали бюджетные средства, и отсутствие вертикальной интеграции с поставщиками, означали, что он не усиливал проблематических аспектов фрагментации, связанных с пулами, принадлежащими различным государственным уровням.

Хотя, это не продемонстрировано на Рисунке 2 или в Таблице 7, предпринималась попытка создать единый пул бюджетных средств для первичного уровня на пилотной основе в Иссык-Кульской области. В 1998 году, средства ПМСП из областного бюджета здравоохранения, а также из районных бюджетов были аккумулированы на

²⁶ Кроме того, средства не могли перемещаться из одной статьи в другую в рамках одного учреждения.

²⁷ Это усиливалось решением правительства передать ФОМС Минздраву в 1999 году.

областном уровне. ГСВ оплачивались из этого областного пула. В 1999 году, однако, областное управление отменило это (якобы из-за того, что это может противоречить закону о децентрализации), а районные пулы были восстановлены. Хотя, в течение 1999 года, средства для ПМСП аккумулировались на городском уровне в Бишкеке, и ГСВ должны были оплачиваться на подушевой основе из этого пула. Однако, оплата на душу населения из этих средств не была введена. Другие попытки аккумулировать районные средства здравоохранения на областном уровне (для больниц в Чуйской области, например) в течение этого периода не увенчались успехом. Таким образом, хотя, Минздрав осознавал проблемы фрагментированности структуры аккумулирования и предпринимал попытки реформирования, эти попытки были безуспешны. Проблема дублирования охвата населения между бюджетами области и города/района, между республиканским и Бишкекским городским бюджетами оставалась нерешенной.

Понесение риска покупателями, поставщиками и населением. Фрагментация аккумулирования была способствующим фактором для очень ограниченной защиты от риска, предлагаемой населению Кыргызской системой здравоохранения, потому что масштабы для перераспределения (перекрестное субсидирование от здоровых к бедным) ограничивались географическими границами пула, и, фактически, участковыми зонами медицинских учреждений, для которых выделялись бюджеты. Фрагментация аккумулирования значительно сокращала возможность системы здравоохранения подвергнуться риску. Наоборот, ФОМС создал государственные пулы фондов для первичной и стационарной помощи от имени всех застрахованных лиц, а затем распределял средства в соответствии с своими методами оплаты поставщиков. Поэтому, для данной суммы денег, сфера защиты от риска, порожденной данной структурой намного шире, чем это могло быть возможно в системе бюджетного финансирования.

Теоретически, вопрос возможности понесения финансового риска в системе здравоохранения также тесно связан с используемыми методами оплаты поставщика. Стимулы основного бюджетного метода оплаты поставщиков должны были означать, что поставщики подвергались финансовому риску успешного управления этими средствами. Снижающиеся уровни фактически выделяемых бюджетных средств ставили поставщиков в зависимость от взносов от пациентов, и это привело к переносу финансового риска (или риска получения эффективного или завершеного лечения) от бюджетных поставщиков на пациентов.

Также как и бюджеты, методы оплаты на душу населения, используемые ФОМС должны были подвергнуть некоторому финансовому риску поставщиков ПМСП. Однако, поставщики ПМСП могли легко перенести финансовый риск на других поставщиков путем перенаправления пациентов, поскольку не предусматривались эффективные санкции или финансовые стимулы для ограничения чрезмерных перенаправлений, не считая возможности для пациента выбрать ГСВ и принять решение о приписке. Кроме того, риск, связанный с подушевой оплатой/бюджетом, которому должны были подвергнуться поставщики, был также вероятно перенесен на пациентов в форме неформальных выплат. Данные исследования²⁸, показанные в Таблице 8 предполагают, что намного меньше вероятности, что такое могло

²⁸ Исследование было проведено в феврале 2001 года, но относится к этому периоду реформ, поскольку внедрение следующей стадии реформы (описанной в следующем разделе) началось в марте 2001 года.

произойти, если люди обращались за помощью в ГСВ, к которым были приписаны, чем когда они обращались к другим поставщикам амбулаторной помощи, и даже если такое происходило, выплачиваемая сумма была меньше. Причина не ясна, но необходимость для ГСВ привлекать приписанных, то есть право населения выбирать ГСВ, могли сократить степень, в которой эти поставщики требовали оплату за свои услуги.

Таблица 8. Процент произведенной оплаты за консультацию и средняя выплаченная сумма, по типу учреждения

<i>Тип учреждения</i>	Процент произведенной оплаты за консультацию	Средняя выплаченная сумма (сомы)	Медианная выплаченная сумма (сомы)
Дом пациента	19	87	50
ГСВ (приписанные)	10	52	20
ГСВ (неприписанные)	42	227	140
Поликлиники без ГСВ	28	144	35
СВА	19	24	17
ФАП	18	21	10
Больница	32	52	20
Частный кабинет	73	448	140
Родильный дом	12	52	10
Другие	49	131	50
Все типы учреждений	22	111	30

Источник: Фолкингер 2001.

Поскольку ФОМС принимал конкретные решения о закупке из своего пула и был подотчетен своим бенефициариям, это подвергало его некоторой степени финансового риска в управлении своими средствами. Потому что это был только дополнительный источник финансирования для поставщиков, а не «настоящий» фонд страхования (т.е. «полностью» финансово ответственный за расходы на медицинские услуги из определенного пакета гарантированных услуг для своего охваченного населения), однако, этот риск был ограничен. Система оплаты за пролеченный случай в больницах, использованная ФОМС, перенесла финансовый риск на поставщиков в лечении отдельных случаев. Данный метод также создал финансовый риск для ФОМС, благодаря стимулам для поставщиков увеличивать количество госпитализаций. По этой причине, одна из основных целей процесса УИ ФОМС заключалась в проверке (и возмещении) необоснованных госпитализаций. Похоже, что данный метод оплаты перенес финансовый риск на поставщиков, но природа дополнительного финансирования метода оплаты ФОМС предполагает, что сам по себе, он не имеет сильного воздействия на контроль затрат.

Может получиться так, однако, что застрахованные пациенты понесут меньший финансовый риск, чем незастрахованные, если подразумевать по крайней мере перемещение риска на поставщика в обеспечении лекарственных препаратов²⁹. Это подтверждается данными опроса пациентов, выписанных из Кыргызских больниц

²⁹ Из-за того, что первоначальный пакет гарантий был определен как бесплатные лекарственные препараты для стационарных больных.

общего профиля в феврале 2001 года³⁰. Как показано в Таблице 9, застрахованные имели ниже средние и медианные расходы из кармана, чем незастрахованные пациенты. Это действительно было так, несмотря на тот факт, что в среднем, застрахованные страдали больше от более сложных и затратных (в плане лечения) состояний, чем незастрахованные пациенты. Такая разница в сложности предполагается из-за присутствия всех пенсионеров (мужчины старше 60, женщины старше 55) среди застрахованных. Несмотря на защиту, предлагаемую охватом ОМС, однако, исследование также обнаружило, что даже застрахованные пациенты вынуждены были вносить неформальную плату и таким образом также подвергались в какой-то степени финансовому риску.

Таблица 9. Расходы пациентов, сложность случая и страхового статус

Страховой статус пациента	Расходы		Индекс сложности случая	
	Средние	Медианные	Средние	Медианные
Застрахованные	1,325	800	0.997	0.942
Незастрахованные	1,456	1,000	0.883	0.868
Всего	1,388	890	0.942	0.892

Индекс сложности случая (ИСС) рассчитывался как среднестатистическое (средние и медианные) коэффициентов сложности случая (КЗГ) для каждой категории пациентов. Было опрошено 2917 пациентов стационаров по всей стране, в том числе 1510 застрахованных и 1407 незастрахованных пациентов (Катцин 2001b).

В целом, выходит так, что стимулы, заложенные в используемых методах оплаты были, в особенности для бюджетного финансирования, были подорваны необходимостью для пациентов делать неформально вклад в затраты на свою помощь. В результате, финансовый риск был переведен на пациентов. Если пациент не мог платить, финансовый риск трансформировался в "риск для здоровья", потому что это означало, что он не сможет пройти полный курс лечения. Для застрахованных лиц, эти последствия смягчались в некоторой степени.

Пакет гарантированных услуг и разделение расходов

В 2000 году, правительство утвердило пакет гарантированных услуг Минздрава («Программа государственных гарантий»). Данный пакет создал несколько важных принципов, которые будут внедрены в следующей стадии реформы. ПМСП должна была быть бесплатной при условии, что люди обращаются за помощью в ГСВ, к которой они были приписаны. Должна была быть установлена сооплата для перенаправленных стационарных пациентов, при том, что самонаправленные лица были подвержены более высокой оплате. Таким образом, пакет скоординировал политику по гарантированным услугам, приписке к ГСВ, перенаправлениям и четкому разделению расходов. Определенные «льготные» категории пациентов (напр. ветераны ВОВ, и.т.д.) были наделены правом освобождаться от оплаты части расходов, также как и лица, страдающие от определенных заболеваний (напр. туберкулез, рак, СПИД). ФОМСу было предоставлено право создать дополнительные гарантии (т.е. сниженная сооплата) для застрахованных в рамках имеющихся ресурсов. Амбулаторная помощь специалиста по направлению подлежала 50%

³⁰ Это произошло до внедрения самой последней стадии реформ в области финансирования здравоохранения и, таким образом, имеет отношение к первой стадии реформы.

разделению риска между страховщиком и страхователем (с «полной стоимостью», оплачиваемой самонаправленными лицами). Небольшой «негативный перечень» также был определен для амбулаторных услуг, исключенных из пакета гарантированных услуг (т.е. они должны были «полностью» оплачиваться).

Распределение средств и оплата поставщикам

В отличие от более раннего периода, изменения, введенные в 1997 году, разделили некоторые аспекты процесса распределения средств. Аккумуляция и закупка остаются интегрированными и в бюджетной системе, и в системе ФОМС, и, таким образом, основные вопросы распределения средств должны быть связаны с: (1) выделением средств из источников/сбора для посредников; (2) оплатой поставщиков; и (3) автономией поставщика в использовании финансовых ресурсов.

Распределение средств из источников посредникам. Важное изменение было введено в 1997 году с целью «гарантии» оплаты персоналу, занятому в сфере образования и здравоохранения. С помощью системы «категориальных грантов» (КГ), финансирование заработной платы и взносов в Социальный Фонд за работников этих двух сфер было централизовано на республиканском уровне и осуществлялось непосредственно областными финансовыми управлениями от их имени. В отличие от норм, основанных на инфраструктуре, управляющих остальной частью выделяемых бюджетных средств, размер КГ для здравоохранения, выделенных для каждой области должен был рассчитываться на средневзвешенной подушевой основе, с коэффициентами, определенными возрастной структурой населения каждой области и относительным процентом населения области, проживающего в городской, сельской и высокогорной местности (Тасис 1999). Более того, после 1997 года, КГ должны были использоваться на «приоритетные» мероприятия в области здравоохранения и образования, а не просто покрывать издержки, связанные с персоналом. Несмотря на прогрессивность данной идеи, она не была реализована, и КГ оставались машиной для обеспечения того, чтобы predetermined расходы на персонал (зарплата и взносы в Социальный фонд) покрывались (Всемирный Банк 2002). В большинстве областей, значительные суммы поступлений подлежат данному процессу распределения. В 2000 году, например, доля категориальных грантов в общих областных расходах на здравоохранение составляла от 39% на Иссык-Куле до 68% в Нарыне. Однако, очень небольшой процент расходов здравоохранения из местного бюджета в городе Бишкек и Чуйской области шел из данного источника (5% и 14% соответственно, в 2000 году). В целом, категориальные гранты представляли собой около 43% расходов из местного бюджета и 29% общих бюджетных расходов здравоохранения в период между 1997 и 2000 годами (данные Кыргызского государственного казначейства).

Общая среда для оплаты поставщика. Оплата из объединенных фондов производилась одной или двумя организациями одним и тем же поставщикам. Для поставщиков, которые имели контракты с ФОМС, оплата производилась ФОМСом, а также закупочным агентством, финансируемым из бюджета. Методы оплаты Минздрава и ФОМС и соответствующие стимулы четко не координировались. Хотя, координировалась их общая политика, что отражается в решении ФОМС заключать контракты только с больницами общего профиля. Для поставщиков, не заключивших контракт с ФОМС, покупатели, финансируемые из бюджета, были единственной организационной структурой, распределяющей бюджеты. На самом деле, среда

стимулов была сложнее, чем данная структура могла бы предполагать из-за присутствия неформальных выплат пациентам поставщикам.

Хотя методы оплаты основным видам поставщиков медицинской помощи могут быть кратко охарактеризованы (Таблица 10), намного труднее дать характеристику общей среде стимулов. Такая затруднительность является результатом отсутствия данных об относительном вкладе частных выплат в общий доход медицинских учреждений.

Таблица 10. Методы оплаты покупателем и тип поставщика услуг

Служба Покупатель	ПМСП	Стационарная помощь	Амбулаторная помощь специалиста
Минздрав	Строгий постатейный бюджет	Строгий постатейный бюджет	Строгий постатейный бюджет
ФОМС (дополнительный)	Оплата на душу населения в соответствии с выбором и участком	Оплата за пролеченный случай	
Оплата из-кармана пациента	Оплата за услуги	Оплата за услуги	Оплата за услуги

Несмотря на отсутствие данных, некоторые приемлемые гипотезы и заключения могут быть сформированы по природе стимулов, с которыми имеет дело поставщик в данной среде смешанной оплаты. Во-первых, хотя дополнительное финансирование, выделяемое ФОМСом было незначительным относительно выделяемых бюджетных средств, вероятно, оно стимулировало значительные поведенческие реакции на уровне поставщика. Возможная причина заключается в том, что финансирование ФОМС не было таким незначительным, как предполагалось, если сравнить с бюджетным финансированием только тех статей, которые финансировались (лекарственные средства и прибавки к зарплате на уровне больниц, например), как показано на Рисунке 4. Более того, возможно, что путем целевого использования средств на лекарства и персонал, система оплаты ФОМС стимулировала повышение усилий медицинских работников и сделала возможным существенные улучшения в качестве и количестве продукта (результата). Другими словами, поскольку бюджетные деньги в основном затрачивались на постоянные издержки медицинских учреждений, мы предполагаем, что выплаты ФОМС имели большую маргинальную продуктивность, намного больше того, что получалось в результате простого сравнения уровней бюджетного финансирования и финансирования ФОМС. В результате этого, стимулы из даже небольшого уровня финансирования ФОМС имели важные результаты на уровне поставщика (в основном, больниц).

Во-вторых, Минздрав/ФОМС потерял некоторую степень контроля над управлением стимулами для всех поставщиков из-за присутствия неформальных выплат. При том, что стимулы подушевой оплаты и постатейных бюджетов были призваны ограничить общие затраты, и что оплата за пролеченный случай была предназначена для ограничения стоимости случая, неформальные выплаты создали стимул для оплаты за услугу с целью увеличения объема всех услуг. Это создало проблемы для управления системой, из-за одинакового маргинального/среднего результата, который

предположительно существовал в оплате ФОМС. Конечный результат этого невозможно определить. Таблица 11 является попыткой вкратце охарактеризовать среду на уровне поставщика. Понятно, что это всего лишь гипотеза, и более подробный анализ необходим для ее подтверждения или опровержения.

Таблица 11. Краткое описание среды финансовых стимулов в системе оплаты поставщиков

Служба Покупатель	ПМСП	Стационарная помощь	Амбулаторная помощь специалиста
Минздрав	минимизировать затраты; минимизировать помощь и перенаправления	минимизировать использование расходных материалов, но увеличить продолжительность пребывания на койке для оправдания увеличенных мощностей и бюджетов	минимизировать использование расходных материалов, перенаправления к другим специалистам
ФОМС (дополнительный)	минимизировать затраты; минимизировать помощь и перенаправления, что уменьшается, если оплата связана с выбором потребителя	минимизировать затраты на случай, но максимизировать случаи, то что уменьшается за счет механизмов УИ/ОК	
Оплата из кармана пациента	максимизировать услуги вплоть до воспринимаемой способности пациентов платить	максимизировать случаи и услуги на случай (для отдельных врачей)	максимизировать случаи и услуги на случай
Комбиниров	трудно провести оценку; стимул оплаты за услугу, чтобы максимизировать количество, что сдерживается выбором ГСВ по схеме подушевой оплаты; стимулы, повышающие количество также ограничиваются низкими клиническими возможностями в ПМСП	трудно провести оценку; стимулы системы оплаты ФОМС важны, несмотря на уровень финансирования; оплата из-кармана также очень важна в плане доступа ко всем вариантам лечения, а стимул для отдельных врачей может сбалансировать стимулы оплаты за пролеченный случай в условиях оказываемых услуг на случай	выплаты из-кармана вероятно доминируют, предлагая сильный стимул для большого объема услуг и ограниченные варианты услуг для более бедных лиц

Автономия поставщика в распределении внутренних ресурсов. Исторически, у поставщиков медицинских услуг государственного сектора было мало свободы в принятии управленческих решений, потому что они мало контролировали свои ресурсы. Введение новых методов оплаты из нового источника средств сопровождалось получением большей самостоятельности поставщика в использовании этих поступлений. Поскольку, поступления ФОМС были «внебюджетными», они не подчинялись правилам государственного бюджета и учета в соответствии с определенными бюджетными статьями. Это не означало, что поставщики могли свободно использовать эти деньги как им заблагорассудится. Выплаты ФОМСа больницам и ГСВ сопровождалась расширением *ограниченной автономии* для этих поставщиков в использовании своих средств, поступающих из ФОМСа. Важно, что центральная позиция для принятия решений относительно того, насколько предоставить автономию находилась на уровне ФОМС (с 1999 года в составе Минздрава).

Фактически, эта автономия являлась функцией *источника* средств, не методов оплаты, используемых ФОМСом. В отличие от бюджетных средств, ФОМС был наделен полномочиями решать сколько автономии предоставить поставщикам в использовании своих поступлений. Путем противопоставления, подобные решения по использованию бюджетных средств принимались местными финансовыми структурами, учреждениями республиканского уровня, Министерством финансов. Любые не использованные средства из данных источников должны были быть возвращены.

Вопросы, прогресс, остающиеся проблемы

Значительные изменения были введены во все функции системы здравоохранения в период с 1997 по 2000 годы. Большинство, но не все они были связаны с образованием ФОМС. Положительные моменты данных изменений трудно определить количественно, но основным результатом стало то, что ФОМС в тесном сотрудничестве с Минздравом создали соответствующие институциональные предусловия для реструктуризации сектора. Отчасти, это было проделано посредством систем оплаты и информационной системы, которые разрабатывались и совершенствовались с 1997 года. Этому также способствовал способ, с помощью которого методы ФОМС использовались, чтобы дополнить стратегию Минздрава по реструктуризации и повышению качества. Подход “совместных систем” был успешным в обеспечении того, что общее управление и направление системы здравоохранения (“руководство”) не стали фрагментированными с появлением ФОМСа. Первые несколько лет действия ФОМС стали первыми шагами в создании организационного потенциала. Данный опыт убедил руководство Минздрава в том, что ФОМС был подготовлен к переходу от управления относительно небольшой суммой денег, используемой для дополнительного финансирования к управлению всеми объединенными средствами здравоохранения.

Несмотря на достигнутый прогресс, несколько проблем оставались не решенными в время первой стадии реформ. Наиболее важным является то, что оставались проблемы фрагментации и дублирования в аккумулировании и неэффективные стимулы бюджетной системы распределения ресурсов. Одним из следствий этого стало то, что огромная физическая инфраструктура системы оказания услуг не была сокращена. К 1998 году, в Кыргызстане находилось больше стационаров на душу населения, чем в любой другой стране Центральной Азии и больше, чем во всех

странах СНГ, кроме двух (ЕВРО/ВОЗ 2000). Неспособность сократить размеры инфраструктуры означала, что очень ограниченные средства, выделяемые из бюджета были связаны с фиксированными издержками. В свою очередь, это способствовало росту неформальных выплат за различные расходные материалы, необходимые для оказания госпитальной помощи. Более того, присутствие такой оплаты означало, что лица, определяющие политику в Минздраве, потеряли какую-то степень контроля над управлением стимулами для поставщиков. Решение данных проблем требовало более радикального пересмотра организации аккумуляции, закупки и предоставления гарантий.

2001 год и позднее: Кыргызская система «единого плательщика»

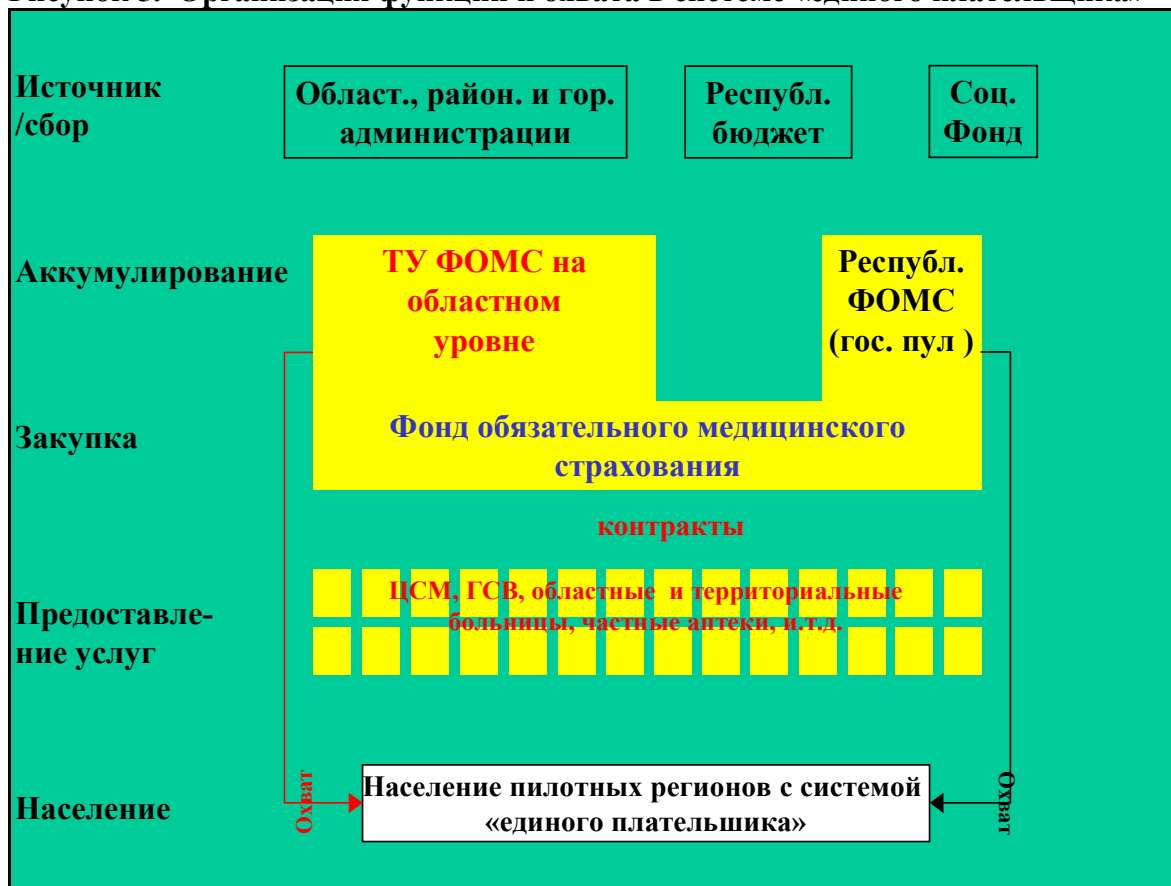
Обзор: организация функций

Ряд политических реформ был одобрен в 2000 году, которые изменили организацию функций и финансовых потоков в системе здравоохранения. Правительство упразднило Областные управления здравоохранения (Облздравы) в 2000 году, и, по просьбе Минздрава приняло постановление о передаче ответственности за аккумуляцию и распределение областных бюджетных средств здравоохранения ТУ ФОМС. С этого началась стадия системы «единого плательщика», которая была внедрена в двух регионах (Чуйская и Иссык-Кульская области) в 2001 году и расширена еще на два региона (Нарынская и Таласская области) в 2002 году. Цель Минздрава заключалась в том, чтобы иметь такую систему по всей стране к 2003 году.

Новая система предполагает радикальные изменения в организации аккумуляции бюджетных средств, дополненные слиянием методов оплаты поставщиков и мер по повышению прозрачности финансовых взносов, которые осуществляются пациентами. Реформа финансирования не предполагает никаких значительных изменений в источниках средств или агентствах, занимающихся сбором средств для здравоохранения. Основными организационными особенностями данной модели, которые показаны на Рисунке 5, являются:

- аккумуляция всех местных бюджетных (область, районы и города) средств в областном ТУ ФОМС;
- единая система оплаты поставщика, использующая методы ФОМСа (т.е. оплата за пролеченный случай больницам, оплата на душу населения ГСВ), которая производится ТУ ФОМС из этих бюджетных средств, дополненная дополнительной оплатой от имени застрахованных лиц из государственного пула ФОМС; и
- разделение на покупателя и продавца, завершающее вертикально интегрированные финансовые отношения между покупателями и поставщиками государственного сектора, связанные с повышением автономии поставщиков, в том числе сокращение бюджетных постатейных ограничений на использование бюджетных средств.

Рисунок 5. Организация функций и охвата в системе «единого плательщика»



Примечание: ЦСМ = Центр семейной медицины (более обширная, новая структура для оказания ПМСП и некоторых диагностических услуг).

ФОМС является единственным покупателем в реформированной системе, применяющий свои методы оплаты за стационарную (оплата за пролеченный случай) и амбулаторную (на душу населения) к бюджетным средствам в областном пуле, управляемом ТУ и в государственном пуле, которым он управляет непосредственно.³¹ Он осуществляет оплату за стационарную помощь и ПМСП от имени каждого пациента/приписанного из областного пула, а за застрахованных вносит дополнительную оплату из государственного пула. За госпитальную помощь в Чуйской и Иссык-Кульской областях в 2001 году, например, стационары оплачивались по базовой ставке 750 сом (при условии регулирования коэффициентом КЗГ и другими аспектами формулы оплаты) за каждого пациента из финансируемого бюджетом пула. Если пациент был застрахован, больница получала дополнительную оплату из государственного пула ФОМС по базовой ставке в 350 сом (при условии регулирования в соответствии с теми же коэффициентами). Одни и те же данные из клиничко-информационной формы использовались в качестве базы для обоих видов оплаты, так, что не возникало дополнительных административных расходов (на стационарном или на уровне покупателя), связанных с оплатой, осуществляемой из двух пулов. Что касается оплаты, производимой ФОМС (из государственного пула), которая все еще является дополнительной к тому, что выплачивается из бюджетных

³¹ Некоторым поставщикам, таким как ТБ больницы, предоставлялись постатейные бюджеты из ТУ ФОМС.

средств, не существует фрагментации населения и системы на отдельные пулы по страховому статусу.

Реформы в организации предоставления услуг должны были способствовать консолидации потенциала. Центральные районные больницы были преобразованы в Территориальные Больницы (ТБ). Это изменение в названии прекратило непосредственное управление больницей в соответствии с государственным уровнем, к которому она имела отношение. Оно также предупредило консолидацию госпитальных мощностей внутри районов, поскольку сельские больницы (СУБы) и другие районные больницы были закрыты, преобразованы в учреждения первичного уровня, либо трансформированы в «структурные подразделения» территориальных больниц. За этим последовало принятие правительственного решения в 2000 году объединить областные больницы общего профиля и некоторые специализированные больницы в одно управленческое, бюджетное и юридическое лицо, названное Областная объединенная больница (ООБ). В организационном плане, произошла замена некоторых специализированных стационаров несколькими больницами общего профиля. В сочетании с новыми финансовыми стимулами системы единого плательщика, данные изменения на уровне поставщика создали возможность для менеджеров больниц принимать собственные, внутренние, рационалистические решения по сокращению постоянных издержек.

Часть соглашения, по которому местные власти перечисляют свои бюджетные средства здравоохранения в ТУ ФОМС заключается в том, что ФОМС берет на себя ответственность за долги медицинских учреждений. Эти долги, в основном большие суммы неоплаченных счетов за электричество, отопление и воду раньше являлись ответственностью местных властей, которые «владели» медицинскими учреждениями. Хотя, это стало большим финансовым бременем для ФОМС, это также был полезный политический рычаг для того, чтобы способствовать сокращению инфраструктуры предоставления услуг внутри области. ТУ ФОМС в Чуйской области, например, начал переговоры с поставщиками и местными властями по разработке конкретных планов снижения затрат, в том числе выплата долга, до уровня проектируемых поступлений (на базе новых систем оплаты).

Неотъемлемой частью реформы является конкретизация гарантий, разделения расходов и охвата для населения. На Рисунке 6 показано как глубина (степень услуг, финансируемых их аккумулированных поступлений) и широта (степень населения с эффективным доступом) охвата³² связаны с источниками финансирования в системе «единого плательщика». В сущности, система «единого плательщика» сочетает в себе универсальное право на базовый пакет гарантий, финансируемый из общих поступлений (как в модели Беверидж) с правом, определяемым сделанными взносами, типичным для системы социального страхования Бисмарка. Базовый пакет гарантий для всего населения области финансируется посредством взносов местных самоуправлений в бюджет ТУ ФОМС. Данный пакет состоит из бесплатной ПМСП, предоставляемой ГСВ, заключившими контракт и к которой приписался человек, и стационарной помощи по направлению, подлежащей сооплате. Базовый пакет гарантий также обеспечивает бесплатно или почти бесплатно помощь по направлению для пациентов из определенных освобожденных категорий населения (на основе индивидуальных или определенных заболеванием характеристик,

³² См. Катцин (2000, 1999a и 1999b) для обсуждения данных концепций охвата.

например, ветераны Великой Отечественной Войны, пенсионеры с низким доходом, раковые и туберкулезные больные, и.т.д.). Освобожденные финансируются посредством установления более высокой оплаты госпиталиям (т.е. выше базовая ставка) из областного пула.³³ Для застрахованных лиц, взносы, сделанные от их имени в государственный пул ФОМСа, предоставляют им право на сниженную сооплату за госпитальную помощь и амбулаторные услуги специалиста, а также обеспечивают доступ к Дополнительному пакету лекарственных средств ОМС (см ниже). Поэтому, быть «застрахованным» в Кыргызском контексте было похоже на добровольную политику “Medigap” В США или “mutuelle” во Франции: это дополнительный охват, который дает право бенефициариям на сниженную сооплату.³⁴

Рисунок 6. Финансирование, охват и льготы в Кыргызской модели системы «единого плательщика»



Кыргызская система единого плательщика включает четкую конкретизацию ответственности за осуществление различных функций в системе здравоохранения. Государственные агентства, занимающиеся сбором налогов несут ответственность за мобилизацию ресурсов из общих налогов и взносов социального страхования. Местные государственные власти и Министерство финансов несут ответственность за определение уровня бюджетных средств с целью обеспечения сектора здравоохранения. Минздрав несет ответственность за определение политики, общие

³³ Таким образом, оказание помощи освобожденным лицам не является “не финансируемым поручением”, возложенным на больницы.

³⁴ Как описывали Моссиалос и Томпсон (2002, стр.130), “дополнительное добровольное медицинское страхование обеспечивает полный и частичный охват для услуг, которые исключены или полностью не охвачены” основной системой.

решения по распределению ресурсов (напр. определение относительного размера бюджетов для различных служб, определение гарантий и сооплаты), а также мониторинг деятельности системы. ФОМС и его ТУ несут ответственность за аккумуляцию средств, закупку медицинских услуг и гарантию их качества. Все более независимые поставщики несут ответственность за предоставление услуг и внутреннее управление своими организациями. Дублирование функциональной ответственности за аккумуляцию, закупку и охват населения устраняется. Хотя, ФОМС является единственным покупателем для здравоохранения, он распределяет средства поставщикам из двух пулов (бюджетов): объединенные бюджетные средства, управляемые ТУ ФОМС, которые обеспечивают всеобщий охват по базовому пакету государственных гарантий, и государственный пул средств ОМС, из которого производится дополнительная оплата от имени застрахованных лиц.

Кроме этих основных элементов системы «единого плательщика», другим главным мероприятием реформирования в области закупки стал Дополнительный пакет лекарственных препаратов ОМС для застрахованных лиц. В Августе 2000 года, ФОМС пилотировал свой «Дополнительный пакет лекарственных средств» (Доппакет) с помощью двух ГСВ в двух поликлиниках в городе Бишкек и в одной поликлинике Чуйской области. Вслед за этим, Минздрав решил начать развертывание на всю страну в течение 2001 года. Дополнительный Пакет примечателен тем, что включает в себе методы стратегической закупки. Он также оказал влияние на ФОМС в предоставлении большего приоритета ПМСП в распределении средств.

Стратегическая закупка по Дополнительному пакету лекарственных средств

В течение 2001 года, Дополнительный пакет постепенно был распространен на Чуйскую, Иссык-Кульскую области и город Бишкек. Минздрав намерен распространить его по всей стране к концу 2003 года. В схеме имеются следующие особенности:

- *источником финансирования* является оплата ГСВ на душу населения ФОМСом;³⁵
- существует два вида *контрактов*, между (1) ФОМС и ГСВ, а также между (2) ФОМС и аптеками;
- *охваченные наименования* включают ограниченный перечень из 45 генерических названий, в которые входят 154 торговых названий, на основе перечня жизненно-важных лекарственных средств;
- *критерии заключения контракта (приемлемости)* для аптек включают наличие всех препаратов по списку, а также наличие компьютера для регистрации отпуска лекарственных препаратов по программе;
- *метод оплаты* основан на существующих оптовых ценах для лекарственных средств по перечню и стандартной ежедневной дозировке, ведущей к расчету “базовой цены”, со средней суммой возмещения, которая должна была быть равна

³⁵Поскольку данный пакет финансируется из подушевой оплаты ГСВ, он устанавливает тип «фондодержания» ГСВ. Однако, ФОМС сохраняет долю подушевой оплаты для этой цели и управляет деньгами каждого Доп. Пакета ГСВ от их имени.

50% от базовой цены, и с разницей между суммой компенсации для любого препарата и розничной ценой, оплачиваемой пациентом;³⁶ и

- *определение времени оплаты* для аптек, заключивших контракты - в течение одного месяца после того, как аптека представит отчет в соответствии со своим контрактом с ФОМС.

Дополнительный пакет включает в себе *стратегическую стратегию закупки* ФОМС. Она требует выписку препарата по генерическому названию и способствует использованию жизненно-важных лекарств путем ограничения компенсации для ограниченного ряда таких наименований. Данный пакет также предназначен для повышения престижа ГСВ в глазах общества, предоставляя им возможность удовлетворять потребности своих пациентов более эффективным образом. Пакет ограничивает тенденции чрезмерного необоснованного прописывания лекарственных средств, предоставляя каждой ГСВ лимит средств от подушевой оплаты на препараты, с ФОМСом, обеспечивающим обратную связь ГСВ по общим затратам на лекарства, которые они выписывают, чтобы помочь лучше управлять своими рецептами. Наконец, метод оплаты (вариант системы «цена направления», используемый в Германии и Нидерландах) стимулирует пациентов «присмотреться к ценам», чтобы найти подешевле, поскольку они несут ответственность за оплату дополнительных издержек, если цена лекарства выше, чем та, что использовалась для расчета базовой цены. Посредством данного подхода, конкуренция между аптеками оказывала снижающее давление на розничные цены. Одновременно, эта система предоставляет право пациентам свободно выбрать торговое название препарата, за которое они пожелали бы платить.

Одним особенно стратегическим аспектом Доп. Пакета ОМС стал отбор покрываемых лекарственных препаратов. На основе информации, взятой из стационарной базы данных ФОМС, а также клинических знаний, перечень включает препараты для четырех состояний, которые стали ведущими причинами для госпитализации: бронхиальная астма, гипертония, железо-дефицитная анемия и язва желудка и двенадцатиперстной кишки.³⁷ Каждое из заболеваний может быть эффективно излечено на амбулаторном уровне при хорошей клинической практике на первичном уровне, в том числе обеспечение соответствующих медикаментов. Их включение в перечень было определенным решением, нацеленным на повышение качества при снижении стоимости. Более того, в течение 2000 года, были разработаны новые клинические протоколы для этих состояний, и ФОМС мониторирует согласование с ними, используя информацию из новой базы данных по выписке препаратов, которая оказывает поддержку Доп. Пакету. Данные из пилотных мест обнаруживают первоначальный успех данной стратегии.

В Таблице 12 показан процент амбулаторных посещений по конкретным состояниям, покрываемым за счет Доп. Пакета ОМС, по причине которых пациенты были направлены в стационар. Почти во всех случаях, процент снизился в период между 2000 и 2001 годами. Помня о том, что Доп. Пакет был впервые внедрен в августе 2000

³⁶ Фактически, уровень компенсации варьирует в зависимости от наименования препарата, начиная с около 35% до 100%, в среднем - около 60%.

³⁷ Из-за распространенности в Кыргызстане заболеваний, связанных с йодо-дефицитом, ФОМС планирует дополнить перечень йодидом калия. Это другой пример его стратегической ориентации на услуги.

года, по данным предполагается, что благодаря ему был достигнут определенный успех в улучшении лечения данных состояний на амбулаторной уровне. Кроме того, предполагаются значительные сэкономленные средства по расходам на госпитализацию (ниже стоимости лекарств, покрываемых за счет Доп. Пакета), а также улучшенное здоровье пациентов, чье состояние не ухудшилось до той степени, которой требует госпитализация.

Таблица 12. Процент случаев перенаправлений на госпитализацию в пилотных регионах, которые ввели Доп. Пакет ОМС

Поликлиника	Гипертония		Язва желудка/двенадцатиперстной кишки		Бронхиальная астма		Анемия	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Бишкекская #1	10.8%	2.9%	9.6%	7.8%	22.0%	17.0%	11.3%	1.8%
Бишкекская #6	1.0%	0.4%	2.4%	2.6%	8.0%	2.8%	1.0%	0.4%
Аламудунская	17.0%	15.0%	23.6%	9.6%	40.6%	25.6%	17.2%	4.3%

Источник: Данные Минздрава (первые 9 месяцев каждого года).

Данные по доле расходов на лекарства, которые возмещаются по Доп. Пакету предполагают, что схема работала по контролю цен на лекарства, таким образом улучшая финансовый доступ. В июле 2001 года, компенсации составили около 41%-63% от общей розничной стоимости покрываемых лекарственных средств в ряде аптек, заключивших контракт (данные ФОМС). Выгодность данной системы была огромна в Бишкеке. Данные из пилотных мест обнаружили, что цены, с которыми сталкивались пациенты, были выше в Чуйской области, чем в Бишкеке, а соответствующий процент компенсации ниже. Хотя, Чуйский пилот находился в районе, расположенном рядом с Бишкеком, частный фармацевтический рынок являлся по существу монополией, тогда как Бишкекский рынок был конкурентным. Отсутствие конкуренции, а также высокие издержки предложения существовали в большей степени в Чуе и на Иссык-Куле, нежели в первоначальных пилотных местах. Это является причиной для беспокойства относительно степени, в которой сельское население извлечет пользу из Доп. Пакета ОМС. Поскольку, пакет финансируется из подушевой оплаты ГСВ, одной возможной реакцией на это является внесение географического регулятора в формулу оплаты с целью увеличения подушевого бюджета на лекарства ГСВ, расположенных в сельской местности. Не ясно, будет ли этого достаточно, хотя, лица, определяющие политику также рассматривают вопросы обеспечения стимулов для частных аптек с целью их размещения в этой местности. Более того, для рынков, на которых частная аптека будет иметь монополию, может быть необходимо рассмотреть некоторую форму регулирования цен.

Позитивный опыт ДП ОМС и желание его быстрого расширения привели ФОМС к изменению своего «остаточного» подхода к финансированию ПМСП, который сделал невозможным заключить контракты с почти половиной ГСВ. В 2002 году, однако, ФОМС впервые заключил контракты со всеми ГСВ в регионах с системой «единого плательщика» (плюс те, что из других регионов, которые уже имели контракты) и обеспечивал выплаты на душу населения. Это сделало стационарный бюджет остаточным. Желание поддерживать ту же базовую ставку для стационарной помощи

при ограниченном стационарном бюджете привело к последующему решению определить конкретный объем медицинской помощи для учреждений и бюджетные ограничения для стационаров, заключивших контракты.

Следствия системы «единого плательщика»: реструктуризация

«Рационализация» инфраструктуры системы предоставления медицинской помощи должна была стать первым шагом Плана реформирования системы здравоохранения «МАНАС», утвержденного Правительством в 1996 году, но она никогда не реализовывалась в значительной степени. Для этого существовали не только политические препятствия, но и также организация аккумуляции и закупки в системе здравоохранения создавали экономические препятствия для реструктуризации. Система «единого плательщика» устранила экономические препятствия. Изменение в методах оплаты из бюджетных средств в сочетании с реструктуризацией организации закупки и способностью реинвестировать сэкономленные средства предполагали полное изменение в стимулах, с которыми сталкивались поставщики. В данной системе, больше не существовало преимуществ расширения мощностей, как в старой нормативной системе финансирования. Вместо этого, стимулами (для госпиталей) являются сокращение затрат при повышении производительности. В Чуе и на Иссык-Куле, стимулы работали с целью сокращения госпитальных издержек, в особенности тех, что связаны со зданиями и персоналом. Данные Минздрава указывают на то, что в 2001 году,

- число госпитальных коек сократилось на 32% на Иссык-Куле и 36% в Чуе;
- количество зданий медицинских учреждений сократилось на 30% в обеих областях; и
- число медицинских работников сократилось на 13% на Иссык-Куле и 18% в Чуе.

В Рамке 2 дан пример госпитальной реструктуризации в одном из районов Чуйской области.

Рамка 2. Реструктуризация госпиталей в условиях новых стимулов: пример из Чуйской области

В начале 2001 года, в Иссык - Атинском районе Чуйской области насчитывалось 580 госпитальных коек, распределенных следующим образом: ЦРБ - 305, номерная больница - 125, 6 СУБов - от 10 до 60 коек. В процессе подготовки к введению новой финансовой системы был разработан план реструктуризации системы с целью сокращения затрат при обеспечении доступа к необходимым услугам. Планы были реализованы, и к концу года система предоставления госпитальной помощи была сокращена на 300 коек следующим образом: Территориальная больница (бывшая ЦРБ) - 190 коек, плюс три филиала ТБ: с 70 койками в одной и по 10 коек в двух других. Как часть данной реструктуризации, 28 зданий были выведены из действия, и дополнительные меры были приняты по сокращению коммунальных расходов (напр. установка счетчиков для получения счетов из коммунальных компаний). Вследствие этих изменений, коммунальные расходы в районе были сокращены на 1.1 миллион сомов, что позволило существенное снижение долгов больниц за отопление и электричество (Исаков 2002).

Следствия системы «единого плательщика»: аккумулярование

Возможно самым большим изменением, которое повлекла за собой система «единого плательщика», стала реструктуризация бюджетов (пулов) финансирования. Наиболее четко это прослеживается в процессе сравнения Таблица 7 и Таблица 13, в последней показаны изменения в Чуйской и Иссык-Кульской областях. До введения системы «единого плательщика», существовало 10 бюджетов (пулов) в Чуйской и 8 в Иссык-Кульской областях. Сейчас по одному пулу в каждой области. В государственном масштабе, это означает, что количество пулов сократилось с 62 до 46.³⁸ Замена всех бюджетов местного самоуправления одним пулом ТУ ФОМС устранила фрагментацию и дублирование в результате существования многочисленных пулов внутри этих областей. В сочетании с другими аспектами системы «единого плательщика» (новые методы оплаты, сокращенные ограничения постатейного финансирования и разделение на покупателя и продавца) это направление реформирования структуры аккумулярования способствовало сокращению инфраструктуры системы оказания услуг, предоставляя возможности планировать медицинские услуги в соответствии с потребностями населения, а не по принадлежности к различным государственным уровням. Кроме того, реструктуризация усилила аккумулярование рисков пулов, поскольку появилась возможность для перекрестного субсидирования между районами внутри области, а не только внутри них самих.

Таблица 13. Бюджеты поступлений здравоохранения, по областям, конец 2001 г.

“Собственник”/уровень пула	Район + Город	Область	Республик анский	ФОМС/ ТУ ФОМС	Всего
Регион					
Бишкек	1				1
Чуй				1	1
Иссык-Куль				1	1
Нарын	6	1			7
Ош	8	1			9
Джалал-Абад	13	1			14
Баткен	4	1			5
Талас	5	1			6
Государственный			1	1	2
ИТОГО	37	5	1	3	46

Следствия системы «единого плательщика»: неофициальные выплаты³⁹

Пожалуй наиболее ощутимой частью реформы для населения и поставщиков стало введение официальной сооплаты в больницах. Основная задача заключалась в замене неофициальных выплат с целью повышения прозрачности, снижения неопределенности пациента, а также прибавления к поступлениям, подлежащим управленческому контролю системы здравоохранения. По данным предполагается, что сооплата была успешной, хотя и наблюдалась разница между двумя областями с системой «единого плательщика».

³⁸ В марте 2002 года, система единого плательщика была внедрена в Нарынской и Таласской областях. Это упразднило 11 районных и 2 областных бюджета и заменило их 2мя бюджетами ТУ ФОМС. Число бюджетов сократилось до 35 по всей стране.

³⁹ Данные обследования, представленные ниже, взяты у Катцина (2002).

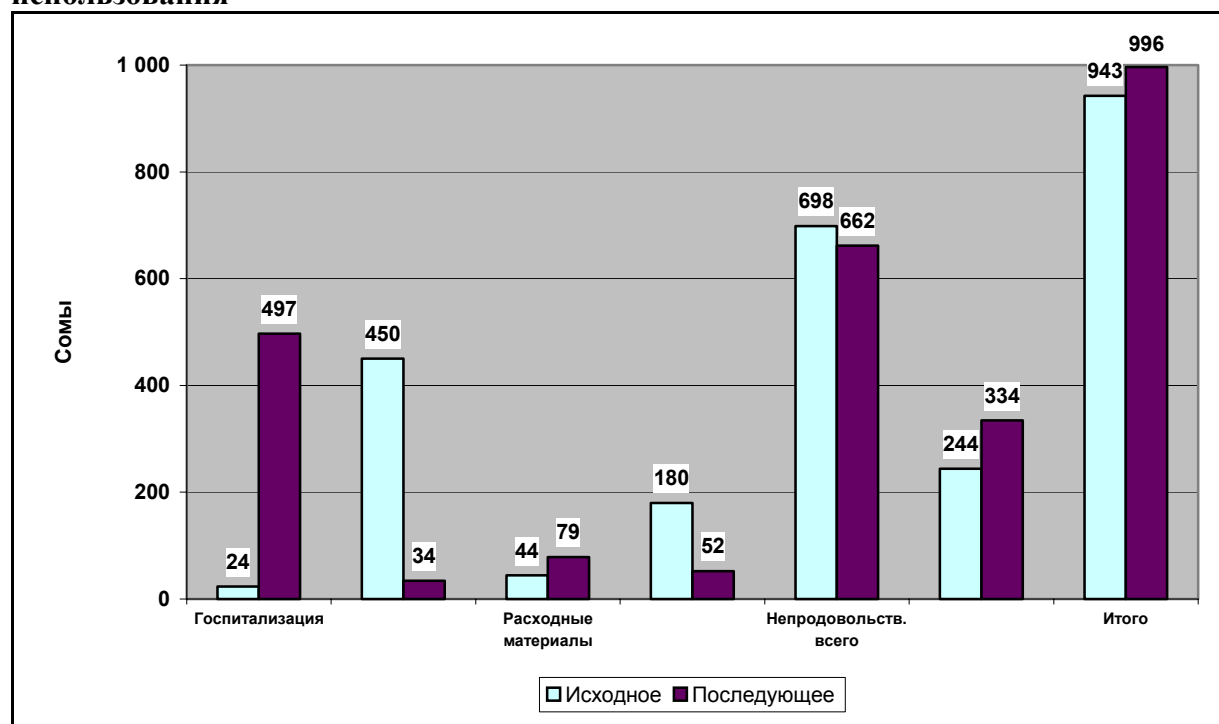
На Рисунке 7 представлены данные исходного и последующего опросов выписанных стационарных больных⁴⁰ по средним выплатам пациентов в больницах на Иссык-Куле, по статьям расходов. Пользуясь определением Льюиса (2002),⁴¹ почти все эти категории могут рассматриваться как неофициальные, кроме оплаты за госпитализацию в последующем обследовании, которая представляет собой сооплату. По результатам последующего опроса полагается, что если исключить стоимость продуктов, которые приносились в больницу,⁴² данная политика в высшей степени считается успешной в плане замены неофициальной оплаты официальной сооплатой. Расходы конкретно на лекарственные средства и принадлежности медицинского значения снизились на 92%; отсюда, необходимость для пациентов искать и покупать их до госпитализации (или для их семей заниматься этим во время госпитализации) была почти полностью ликвидирована. Оплата, производимая непосредственно персоналу была также сокращена на более, чем 70%. Что касается всех намерений и целей, общий уровень расходов пациентов (исключая и включая продукты) оставался почти таким же до и после сооплаты. На Иссык-Куле, таким образом, данная политика достигла значительной степени успеха в области сокращения неофициальных выплат, в частности, за медицинскую помощь и замены их на официальную сооплату.

⁴⁰ Примеры были взяты из регистрационных данных ФОМС, с интервьюированием пациентов у себя дома спустя 3-4 месяца после выписки. Исходное обследование включило 2917 пациентов по всей стране, выписанных в феврале 2001 года (7.4% всех выписанных в феврале, за месяц до внедрения сооплаты), а последующее включило 3731 пациентов, выписанных в июле (9.9% всех выписанных в том месяце).

⁴¹ “Неофициальная оплата может быть определена как плата, производимая отдельному лицу или учреждению натурой или в виде наличности вне официальных каналов оплаты, либо за приобретения, которые должны покрываться системой здравоохранения. Она заключается в ‘карманных’ выплатах врачам и ‘взносах’, сделанных в больницах, а также в стоимости медицинских принадлежностей, закупаемых пациентами и лекарств, приобретаемых в частных аптеках, но которые должны быть частью финансируемых государством медицинских услуг.” (Льюис 2002, стр.184).

⁴² Приносить продукты для госпитализированного члена семьи рассматривается как нормальная “культурная традиция” в Кыргызстане, но очевидной причины тому, почему они увеличились до степени, в которой это произошло, не существует.

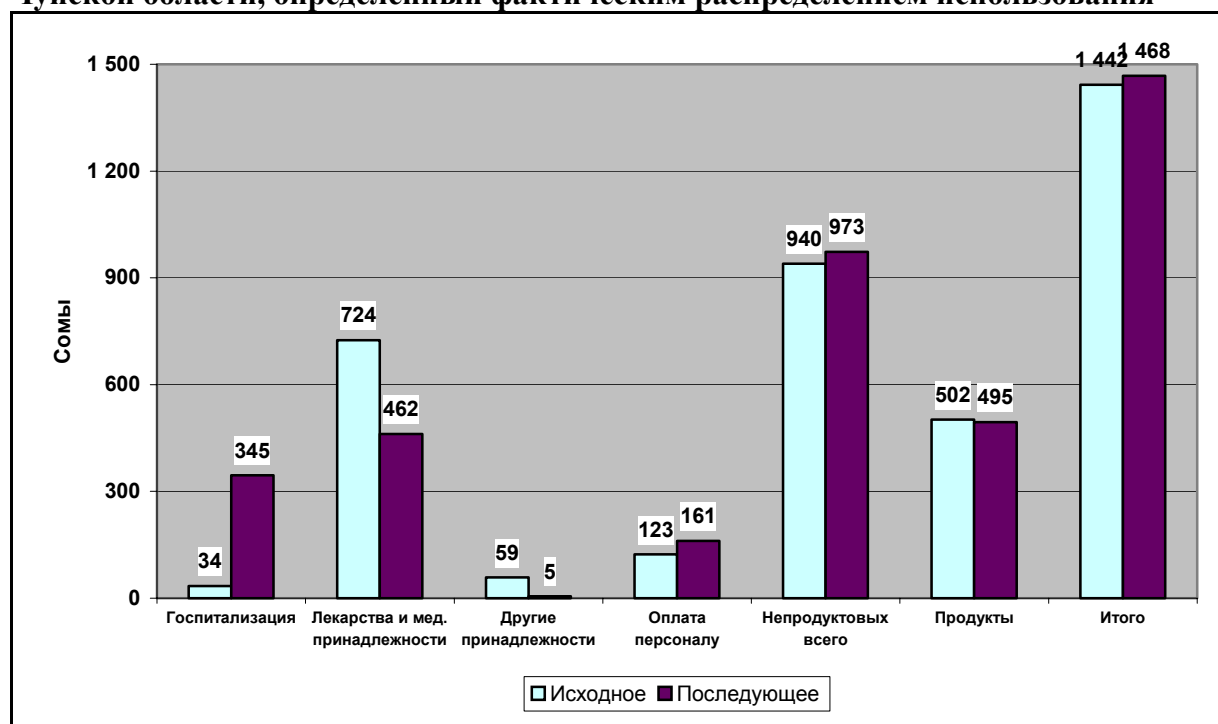
Рисунок 7. Средний уровень расходов опрошенных пациентов в больницах Иссык-Кульской области, определенный фактическим распределением использования



В исходное обследование вошло 381 случаев из Иссык-Кульской области, представляющих 11.5% февральских случаев. В последующее обследование вошло 560 случаев, представляющих 16.3% июльских случаев. Результаты были подсчитаны для отображения фактического распределения пациентов в эти месяцы по страховому статусу и статусу освобожденного, а также по типу случая (терапевтический, хирургический и родовспоможение).

На Рисунок 8 представлены соответствующие результаты из Чуйской области. Уровни расходов «из-кармана» пациентов значительно выше здесь, чем на Иссык-Куле, отображающие более высокий средний доход населения в Чуйской области. По результатам также полагается, что, хотя сооплата, по-видимому, повлияла на сокращение расходов пациента на лекарства и принадлежности медицинского значения (приблизительно на 36%), это было не так значительно как на Иссык-Куле. Более того, не произошло повышения оплаты, производимой непосредственно медицинским работникам. Как и на Иссык-Куле, и непродовольственные и общие расходы пациента оставались одинаковыми до и после введения данной политики. В целом, хотя в Чуйской области был достигнут некоторый прогресс в области замены неофициальной оплаты на официальную, успеха было достигнуто намного меньше, чем в Иссык-Кульской области.

Рисунок 8. Средний уровень расходов опрошенных пациентов в больницах Чуйской области, определенный фактическим распределением использования



В исходное обследование вошло 505 случаев, представляющих 7.5% февральских случаев из Чуйских больниц. Последующее обследование включило 622 случая, представляющих 10.9% июльских случаев.

Как можно объяснить разницу в реализации данной политики между этими регионами? Данные не окончательные, но одна возможность связана с различиями в реализации более расширенного пакета реформ финансирования здравоохранения в двух областях. В частности, уровень исполнения запланированных бюджетных ассигнований в систему «единого плательщика» составил только около 70% в Чуе по сравнению с 94% на Иссык-Куле. Местные финансовые органы в Чуе не выполнили свои финансовые обязательства перед системой здравоохранения, отчасти потому что появление по-видимому новых поступлений от сооплаты побудило их перенаправить бюджетные средства в другие сектора. В результате, большая финансовая ответственность переместилась на пациентов. Поэтому предполагается, что успех сооплаты тесно связан с размерами предварительно оплачиваемого финансирования.

Другая важная цель введения сооплаты заключалась в снижении неопределенности населения о затратах на госпитализацию. Когда задавался вопрос о том, имели ли пациенты представление до госпитализации об общей сумме расходов, которую им необходимо было оплачивать, около 17% пациентов в исходном опросе в двух областях с системой «единого плательщика» ответили позитивно. В последующем опросе, эта цифра увеличилась до 46% пациентов, хотя процент населения из других областей, ответивших на этот вопрос положительно, продемонстрировал незначительное изменение, снизившись с 25% до 21%. Что весьма решительно предполагает, что уже после только пяти месяцев осуществления, мероприятия Минздрава по информированию о новой политике существенно сократили неопределенность среди населения.

Были и два других достижения, связанных с сооплатой в рамках системы «единого плательщика». Во-первых, это направление политики получило поддержку среди населения. Качественное обследование (Шют 2001), используя фокус группы, обнаружило, что большинство людей (около 70% участников) считали, что новая система лучше старой. Основные причины заключались в том, что появились большая определенность о сумме, которую необходимо было платить, доступность (особенно для застрахованных лиц), а также улучшилась обеспеченность препаратами в больнице. Последнее связано с другим важным следствием политики: использовались поступления от сооплаты.

В соответствии с правилами Минздрава/ФОМС, больницы могли использовать 50% своих поступлений от сооплаты на лекарства, 20% - на питание и 20% - для прибавки к зарплате персонала. Оставшиеся 10% также предназначались для лекарственных препаратов, а конкретно для создания «резервного фонда» с целью обеспечения лекарствами наиболее беднейших групп населения, которые не имеют документов, предоставляющих им право на освобождение. С марта по декабрь 2001 года, около 9,5% пациентов в Чуйской и Иссык-Кульской областях, получили бесплатное лечение, из которых 57% были освобождены по личным причинам или характеристикам заболевания; оставшимся 43% помощь оказывалась за счет резервных фондов больниц. Поступления от сооплаты в сочетании с сэкономленными средствами в результате реструктуризации позволили повысить средние расходы на лекарственные препараты на одного пациента в день в 1.9 раз в Чуйской области и 2.5 раз на Иссык-Куле, а также позволили увеличить зарплату (относительно уровней 2000 года) в среднем на 29% и 24% соответственно (Ибраимова 2002). Таким образом, путем формализации выплат пациентам, новые поступления стали подлежать политическим и управленческим директивам. Реализация политики по использованию фондов позволило сооплате сделать нечто большее, чем просто заменить неофициальные выплаты; представилось возможным целевое использование субсидий на бедных людей и также ключевые расходные материалы.

Выводы

Руководство Кыргызского сектора здравоохранения предприняло функциональный подход к финансированию, а модель «единого плательщика», которую они разработали является в высшей степени скоординированной. Реформы в области аккумуляции средств сократили фрагментацию и дублирование. Реформы в области закупки разрешили некоторые из основных унаследованных проблем: низкая продуктивность, плохое качество и отсутствие отзывчивости на потребности потребителя. Были предприняты хорошо обдуманные попытки обеспечить для бедных доступ к услугам. Последнее заложено не только в общей политике, но и также в реформах в области закупки, сооплаты и обеспечения.

ФОМС стал основным проводником изменений в секторе здравоохранения, но успех появился в результате четкой координации политики и стратегии Минздрава, а не только в результате самих мероприятий. С 1997 по 2000 год создавались соответствующие институциональные предварительные условия для реструктуризации сектора. И все же, было ли необходимо создавать данное агентство для того, чтобы реформировать структуры аккумуляции и закупки? Ответ на данный вопрос имеет больше практическое значение, нежели концептуальное.

Концептуально, было возможно создать систему единого плательщика и внедрить новые методы оплаты поставщиков в рамках существующей системы без создания ФОМС. Фактически, несколько попыток предпринималось для этого. Хотя, было возможно объединить бюджетные средства для Иссык-Кульской области через год, не было возможности распределять средства без статей, и аккумулятивное отменилось на следующий год. Таким же образом, бюджетные средства в Бишкеке аккумуляровались с целью оплаты ГСВ на подушевой основе, но данный метод оплаты не был внедрен. Планировались и другие попытки аккумулятировать районные средства здравоохранения на областном уровне (для больниц в Чуйской области, например), но они тоже не осуществились. Опыт, приобретенный в ранний период реформирования, предполагает, что концептуальная возможность реформирования в рамках финансируемой из бюджета системы, была, на самом деле, практически нереализуема.

Одна из причин заключается в трудности преодоления ограничений, которые государство наложило на использование бюджетных денег (т.е. постатейное финансирование). Другая важная причина заключалась в практической трудности сохранения скудных бюджетных средств для экспериментирования новых методов. Поскольку, средства ОМС являлись «внебюджетными», политически было возможным использовать эти деньги на опробацию и разработку новых методов оплаты. Данные факторы предполагают, что область для реформирования *в рамках* финансируемой из бюджета системы, хотя была концептуально возможна, но крайне ограничена. Таким образом, Кыргызская стратегия, выражающаяся в том, что ФОМС выступил в качестве посредника изменений, а также в передаче ему ответственности за осуществление закупки из бюджетных средств, а также поступлений от социальных налогов, после приобретения нескольких лет опыта новых методов, стала вероятно единственным реальным вариантом реформирования. В 2001 году, реализовав реформы что называется «вне» системы, ФОМС и Минздрав перенесли эти реформы в саму систему в условиях системы «единого плательщика».

Кыргызстан извлек уроки, которые могут представлять собой международный интерес. Во-первых, осуществление эффективных реформ в системе оплаты поставщика было более затруднительным для ПМСП, чем для госпитального уровня. Предполагаемые стимулы подушевого финансирования должны были способствовать конкуренции и отзывчивости на спрос потребителя среди сформированных ГСВ. Данный стимул был не эффективен благодаря административной неспособности проводить кампании по приписке по всей стране, и в большей части сельской местности отсутствовал выбор для населения. В этих зонах, финансирование на душу населения не легко было отделить от распределения заработной платы и бюджетов. Как и в стационарах, ФОМС создал системы мониторинга использования и проверки качества для ГСВ. Однако, это создало гораздо большую проблему с внедрением на данном уровне, чем на госпитальном.

Во-вторых, система оплаты за пролеченный случай (и вообще система измерения сложности случая) стала очень эффективным инструментом для планирования реформ. В частности, поскольку система обеспечивала данные как по застрахованным, так и по незастрахованным случаям в больницах, заключивших контракты, было возможно стимулировать бюджетную среду для перевода всей системы финансирования на оплату за пролеченный случай. Это было важно для

создания убежденности в том, что система «единого плательщика» может быть реализована.

В-третьих, примечательным является то, что ФОМС оказал сильное влияние на систему, несмотря на небольшую долю в общем финансировании сектора здравоохранения, которую он обеспечивал в период между 1997 и 2000 годами. Может быть, как предполагалось выше, отчасти причиной этому может служить то, что маргинальная продуктивность этих средств была намного больше, чем «средняя» (отображается в его проценте расходов сектора). Если так, это произошло, потому что дополнительная оплата персоналу и за лекарства позволили использовать ранее неиспользованный потенциал. Далее предполагается, что ключем к повышению госпитальной продуктивности является не обязательно полная управленческая автономия в использовании расходных материалов, а наоборот, автономия над только лишь долей своих ресурсов (автономия на пределе). Более того, опыт ФОМСа как источника дополнительных средств для переменных издержек может быть полезен для других стран.

В заключение, создание фонда обязательного страхования не фрагментировало систему здравоохранения по застрахованным/незастрахованным линиям. Это сильно отличает систему от опыта большинства стран с низкими и средними доходами, которые ввели схемы социального медицинского страхования. Кыргызский опыт демонстрирует возможность для Минздрава и фонда страхования работать вместе. Более обобщенно, система единого плательщика иллюстрирует возможность использования страхового фонда для преодоления фрагментации, которая существовала в рамках государственной системы здравоохранения. Это демонстрирует важность, в более обобщенном смысле, понимания и решения проблем организации распределения средств и закупки (РСЗ) в секторе здравоохранения в условиях децентрализованных, финансируемых государством систем здравоохранения.

Список литературы

- Abel-Smith, B. and J. Falkingham. 1995. "Private Payments for Health Care in Kyrgyzstan." Report to Overseas Development Administration, Health & Population Division, Central Asia. London.
- Borowitz, M., S. O'Dougherty, C. Wickham [Cashin], G. Hafner, J. Simidjiyski, C.A. VanDevelde, M. McEuen. 1999. "Conceptual Foundations for Central Asian Republics Health Model." Report by ZdravReform Program to USAID. Almaty, Kazakhstan: Abt Associates, Inc.
- Falkingham, J. 2001. "Health, Health Seeking Behaviour and Out-of-Pocket Expenditures in Kyrgyzstan 2001: Final Report." Report on DFID-funded Kyrgyz Household Health Finance Survey. London: London School of Economics and Political Science.
- Gedik, G., J. Kutzin, and A. Fawcett-Henesy. 1999. "Report on the Implementation of Health Care Reforms in Kyrgyzstan for the Period December 1998 - May 1999." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Ibraimova, A.S. 2002. "Note on the Performance of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic." Report to the government. Bishkek, Kyrgyzstan: Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health.
- Ibraimova, A.S. 2000. "Rational pharmaceutical management in the Kyrgyz health system." Presentation to the Pharmacy World Congress, 27-31 August. Vienna.
- Isakov, E.A. 2002. "Functioning of Issyk-Ata Central Rayon Hospital in Conditions of Formation and Execution of Consolidated Budget." Report to Ministry of Health by Chief Medical Officer. Bishkek.
- Kutzin, J. 2002. Evidence from the Kyrgyz Health Financing Reforms: Implications for Governance Structural Adjustment Credit (GSAC)." Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper number 17. Bishkek, Kyrgyzstan: World Health Organization and Ministry of Health.
- Kutzin, J. 2001a. "A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy* 56(3):171-204.
- Kutzin, J. 2001b. "Patient Payment Policies within the Context of the Kyrgyz Single Payer Reform: a Preliminary Assessment." Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper number 11. Bishkek, Kyrgyzstan: World Health Organization and Ministry of Health.
- Kutzin, J. 2000. "Towards Universal Health Care Coverage: a Goal-oriented Framework for Policy Analysis." HNP Working Paper. Washington, DC: World Bank, Health and Population Advisory Service.
- Kutzin, J. 1999a. "Enhancing the Insurance Function of Health Systems: a Proposed Conceptual Framework." In Nitayarumphong, S. and A. Mills, eds. *Achieving Universal*

- Coverage of Health Care*. Nontaburi, Thailand: Ministry of Public Health, Office of Health Care Reform.
- Kutzin, J. 1999b. "Opciones de Políticas para la Cobertura Universal de Salud." ["Policy Options for Universal Health Care Coverage"] In Alvarez García, M, Ed. *II Seminario: Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud - Análisis de los Procesos en Marcha*. Serie Estudios 47. México City: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General
- Lewis, M. 2002. "Informal Health Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications." In Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.
- MHIF (Mandatory Health Insurance Fund). 2001. Report of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2000. Report to the Government of the Kyrgyz Republic. Bishkek.
- Meimanaliev, T.S. 2001. Information on Measures to Improve Performance of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Report to Parliamentarians. Bishkek.
- Mossialos, E. And S.M.S. Thompson. 2002. "Voluntary Health Insurance in the European Union." In Mossialos, E. A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, Eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, England: Open University Press.
- MSH with WHO (Management Sciences for Health in collaboration with the World Health Organization, Action Program on Essential Drugs). 1997. *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*. Second edition, revised and expanded. West Hartford, Connecticut, USA: Kumarian Press, Inc.
- Pomfret, R. 2002. "Macroeconomic Pressures." In McKee, M., J. Healy, J. Falkingham, eds. *Health Care in Central Asia*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, UK: Open University Press.
- Preker A.S., J. Langenbrunner, M. Jakab, and C. Baeza. 2001. "Resource Allocation and Purchasing (RAP) Arrangements that Benefit the Poor and Excluded Groups." HNP Discussion Paper. Washington, DC: World Bank. HNP Discussion Paper. Washington: World Bank.
- Sargaldakova, A., J. Healy, J. Kutzin, G. Gedik. 2000. *Health Care Systems in Transition (HiT): Kyrgyzstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Schieber, G. and Maeda A. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. In Schieber, G.J., Ed. *Innovations in Health Care Financing*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC.
- Schüth, T. 2001. "People's Perspectives on the Co-payment Policy: Rapid Appraisal Study." Report prepared by the Swiss Red Cross Kyrgyz-Swiss Health Reform Support Project, on behalf of the WHO Health Policy Analysis Project. Bishkek, Kyrgyzstan.

Tacis. 1999. *Budgeting and Budgetary Policy Studies: Health Care Sector Planning and Budgeting*. Technical Report of the Public Sector Resources Management Adjustment Credit (PSRMAC). Bishkek: European Union Tacis-PSRMAC Project.

WHO/EURO (World Health Organization/Regional Office for Europe). 2000. *Health for All Database, European Region*. January update. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Bank. 2002. Kyrgyz Republic: Governance Structural Adjustment Credit and Governance Technical Assistance Credit. *Aide-Memoire* for Preparation Mission of 12-23 November 2001. Washington, DC: World Bank, Europe and Central Asia Region, Central Asia Country Unit.

World Bank. 2001a. "Kyrgyz Republic at a Glance."
http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/kgz_aag.pdf.

World Bank. 2001b. *Kyrgyz Republic: Review of Social Policy and Expenditures*. Report No. 22354-KZ. Washington, DC: World Bank, Europe and Central Asia Region, Human Development Sector Unit.

Приложение 1: Перечень категорий клинико-затратных групп (КЗГ), используемых в настоящее время ФОМС для оплаты стационаров

А. Терапевтические КЗГ

ГРУППА #	НАЗВАНИЕ ГРУППЫ	Относительный вес	
		ВОЗР ≤ 15	ВОЗР > 15
1	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ	0.6650	0.6650
2	ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ	4.0200	4.0200
3	ПЕРВИЧНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ ДРУГИХ ОРГАНОВ	1.9660	1.9660
4	БРУЦЕЛЛЕЗ	1.4720	1.4720
5	СИФИЛИС	1.2940	1.2940
6	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	0.8540	0.8540
7	ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ	1.8400	1.3880
8	ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ	0.8070	0.8070
9	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И КРОВЕТВОРНОЙ ТКАНЕЙ	1.4370	1.4370
10	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	1.2600	1.2600
11	БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ	1.0740	1.0740
12	РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ, НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	0.8130	0.8130
13	АНЕМИИ	1.0620	1.0620
14	НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ	1.4630	1.4630
15	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И НАРУШЕНИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ИММУННОГО МЕХАНИЗМА	0.8500	0.8500
16	ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ	1.0970	1.0970
17	ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	0.4080	0.4080
18	ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ, АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ	1.2480	1.2480
19	ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ	0.8140	0.8140
20	НОВООБРАЗОВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	0.9290	0.9290
21	МЕНИНГИТ	1.1090	1.1090
22	ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ И ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	0.9950	0.9950
23	БОЛЕЗНИ И ТРАВМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	1.0420	1.0420
24	ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ	1.1640	1.1640
25	ЭПИЛЕПСИЯ	0.8710	0.8710
26	ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ	1.1450	1.1450
27	ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	0.8080	0.8080
28	"МАЛЫЕ" БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА	0.7530	0.7530
29	"БОЛЬШИЕ" БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА	1.0220	1.0220
30	НОВООБРАЗОВАНИЯ УША, ГОРЛА, НОСА	1.0240	1.0240
31	БОЛЕЗНИ ГОРЛА, НОСА	0.7720	0.7720
32	БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА	0.9170	0.9170
33	БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ	0.8610	0.8610
34	НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ, ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА; СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ	1.0280	1.0280
35	ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ	1.1200	1.1200
36	ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	1.5280	1.5280
37	СТЕНОКАРДИЯ	1.3210	1.3210
38	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	1.2440	1.2440
39	ФЛЕБИТ И ТРОМБОФЛЕБИТ, ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	0.9900	0.9900
40	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ	1.3280	1.3280
41	ПНЕВМОНИЯ	1.2750	1.2750
42	ОСТРЫЙ БРОНХИТ И СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ОРГАНАМ ДЫХАНИЯ	0.8820	0.8820

ГРУППА #	НАЗВАНИЕ ГРУППЫ	Относительный вес	
		ВОЗР ≤ 15	ВОЗР > 15
43	ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ, АСТМА	1.1480	0.8950
44	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	1.3820	1.3820
45	АБСЦЕСС, ЭМПИЕМА, ПЛЕВРИТ	1.7200	1.7200
46	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	1.0270	1.0270
48	ЯЗВА ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	1.1650	1.1650
49	ЭЗОФАГИТ, ГАСТРИТ И ДУОДЕНИТ	0.8770	0.7330
50	РЕГИОНАРНЫЙ ЭНТЕРИТ, ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПРОКТОКОЛИТ	0.9970	0.9970
51	БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	0.9420	0.9420
53	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	0.6130	0.3810
54	НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ И МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	1.2690	1.2690
55	ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ	1.0640	1.0640
56	КАМНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ	0.8440	0.8440
57	БОЛЕЗНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	1.4440	1.4440
58	СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ	0.6630	0.6630
59	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ	1.2290	1.2290
60	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	0.8680	0.8680
61	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (КРОМЕ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА, ВУЛЬВЫ)	0.8840	0.8840
62	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	0.6980	0.6980
63	БОЛЕЗНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	0.6530	0.6530
64	АБОРТ	0.3400	0.3400
65	КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ	0.9900	0.9900
66	ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ	0.8030	0.8030
67	НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ	0.4590	0.4590
68	МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МАТЕРИ В СВЯЗИ С СОСТОЯНИЕМ ПЛОДА И ВОЗМОЖНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ	0.5950	0.5950
69	"БОЛЬШИЕ" БОЛЕЗНИ КОЖИ	1.0890	1.0890
70	ИНФЕКЦИИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ	0.7540	0.6650
71	"МАЛЫЕ" БОЛЕЗНИ КОЖИ	0.6830	0.6260
72	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	1.1690	1.1690
73	СИСТЕМНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	1.1570	1.3840
74	АРТРОПАТИИ, ОСТЕОПАТИИ	1.1320	1.5090
75	ДОРСОПАТИИ	0.9540	0.9540
76	ОСТЕОМИЕЛИТ	1.3220	1.3220
77	ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	0.8350	1.3050
78	КРАЙНЯЯ НЕЗРЕЛОСТЬ	2.9820	2.9820
79	РЕСПИРАТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННОГО	1.0130	1.0130
80	ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКШИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	0.7520	0.7520
81	СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА	0.8890	0.8890
82	ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА, КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ТРАВМА	1.4250	1.1050
83	ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ БЕДРА И ТАЗА	2.0410	1.7390
84	ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ, РАСТЯЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	0.7700	0.6570
85	ПЕРЕЛОМЫ ОБЛАСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ТРАВМЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ	1.0230	1.0230
86	ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ, РАСТЯЖЕНИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ (КРОМЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ БЕДРА)	1.1640	0.9760
87	ОТКРЫТЫЕ РАНЫ, ПОВЕРХНОСТНЫЕ, ДРУГИЕ И НЕУТОЧНЕННЫЕ ТРАВМЫ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН	0.7540	0.6310
88	ОЖОГИ И ОТМОРОЖЕНИЯ	0.9310	0.9310
89	ОТРАВЛЕНИЯ	0.4810	0.4810
90	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	0.3270	0.3270

Б. Хирургические КЗГ

ГРУППА #	НАЗВАНИЕ ГРУППЫ	Относительный вес	
		ВОЗР ≤ 15	ВОЗР > 15
401	ОПЕРАЦИИ НА ЧЕРЕПЕ, МОЗГЕ, МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧКАХ	2.2020	2.2020
402	ОПЕРАЦИИ НА СПИННОМ МОЗГЕ И СТРУКТУРАХ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА	2.0370	2.0370
403	ОПЕРАЦИИ НА ЧЕРЕПНЫХ, ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ, СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВАХ	1.8490	1.8490
404	ОПЕРАЦИИ НА ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗАХ	1.2830	1.2830
405	ОПЕРАЦИИ НА ГЛАЗНИЦЕ	1.1040	1.1040
406	ЭКСТРАОКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ (КРОМЕ ОПЕРАЦИЙ НА ГЛАЗНИЦЕ)	0.7750	0.7750
407	ОПЕРАЦИИ НА ХРУСТАЛИКЕ	0.9560	0.9560
408	ОПЕРАЦИИ НА СЕТЧАТКЕ, РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКЕ И ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ (КРОМЕ ОПЕРАЦИЙ НА ХРУСТАЛИКЕ)	1.2060	1.2060
409	ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ, ВНУТРЕННЕМ УХЕ И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХАХ НОСА	1.4530	1.4530
410	ОПЕРАЦИИ НА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ И ПОЛОСТИ РТА	1.0500	1.0500
411	ОПЕРАЦИИ НА МИНДАЛИНАХ И АДЕНОИДАХ	0.8280	0.8280
412	ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕВЫХ КОСТЯХ И СУСТАВАХ	1.1540	1.1540
413	ДРУГИЕ ЛОР-ОПЕРАЦИИ	0.9590	0.9590
414	ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ, БРОНХАХ, ПЛЕВРЕ	3.0100	3.0100
415	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ДЫХАНИЯ И ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ	2.3550	2.3550
416	ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ	3.1000	3.1000
417	ПЕРЕВЯЗКА И УДАЛЕНИЕ ВЕН	1.5880	1.5880
418	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ	2.3440	2.3440
419	ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ	2.3010	2.3010
420	ОПЕРАЦИИ НА ПИЩЕВОДЕ, ЖЕЛУДКЕ, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ	1.5310	1.5310
421	ОПЕРАЦИИ НА ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКЕ	1.6330	1.6330
422	АППЕНДЭКТОМИЯ	0.9190	0.9190
423	ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ, ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ	1.3430	1.3430
424	ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	2.1620	2.1620
425	ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ, ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ	1.5240	1.5240
426	ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ	1.0160	0.7440
427	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	1.4360	1.4360
428	ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКЕ И МОЧЕТОЧНИКЕ	2.5000	2.5000
429	ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ, МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОМ КАНАЛЕ	1.8640	1.8640
430	ПРОСТАТЭКТОМИЯ	2.1000	2.1000
431	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ	0.8920	0.8920
432	ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ	1.1730	1.1730
433	НЕКОТОРЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ, МАТОЧНЫХ ТРУБАХ, МАТКЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (КРОМЕ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА, ВУЛЬВЫ)	1.0490	1.0490
434	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ	0.8260	0.8260
435	КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	1.1970	1.1970
436	ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АБОРТЕ	0.3910	0.3910
437	ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РОДАХ	0.6910	0.6910
438	ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	0.8390	0.8390
439	ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И РАССТРОЙСТВАХ (КРОМЕ АБОРТА; НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ; ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА)	0.6420	0.6420
440	ОПЕРАЦИИ НА КОСТИ И СУСТАВЕ ПЛЕЧА	1.8850	1.0460
441	ОПЕРАЦИИ НА КОСТИ БЕДРА	2.6710	2.0210
442	ОПЕРАЦИИ НА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ (КРОМЕ БЕДРА И СТОПЫ)	2.1950	1.3290
443	ОПЕРАЦИИ НА МЫШЦАХ, СУХОЖИЛИЯХ	1.4290	1.4290
444	АМПУТАЦИИ	2.8660	2.8660
445	ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЕ	1.5610	1.2010
446	ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	1.1340	1.1340
447	КОЖНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ	1.7450	1.7450

ГРУППА #	<u>НАЗВАНИЕ ГРУППЫ</u>	Относительный вес	
		ВОЗР ≤ 15	ВОЗР > 15
448	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ, И ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА КОЖЕ И ПОДКОЖНОЙ ОСНОВЕ ПРИ ОЖОГАХ И ОБМОРОЖЕНИЯХ	1.1430	1.1430
449	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ, ОЖОГА И ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ НА КОЖЕ И ПОДКОЖНОЙ ОСНОВЕ	0.8190	0.8190