



Проект анализа политики здравоохранения «Манас»

Документ исследования политики No. 32

Фискальная децентрализация и варианты для системы финансирования здравоохранения Кыргызской республики: три варианта

Март 2005

Джозеф Катцин (ЕВРО/ВОЗ)
Шила О'Дороти (Программа «Здрав/Плюс», при финансовой поддержке USAID)
Мелитта Якаб (ПАПЗ ВОЗ-DFID)

СОДЕРЖАНИЕ

1	Введение	3
2	Система финансирования здравоохранения в Кыргызской республике и фискальная децентрализация	5
2.1	Реформы системы финансирования здравоохранения	5
2.2	Влияние реформ в системе финансирования здравоохранения на цели системы здравоохранения	7
2.2.1	Прозрачность	7
2.2.2	Финансовая защита и справедливость	8
2.2.3	Стимулы для обеспечения эффективности и качества предоставления услуг...	8
2.2.4	Административная эффективность	9
2.3	Постоянная проблема: обеспечение адекватного финансирования	9
2.4	Фискальная децентрализация.....	10
3	Оценка вариантов дальнейшего реформирования системы финансирования здравоохранения.....	11
3.1	Оценка варианта 1.....	11
3.2	Оценка Варианта 2	13
3.3	Оценка Варианта 3	18
4	Заключение	20

1 Введение

Кыргызская республика, как и многие страны СНГ, начала фискальную децентрализацию. Данный процесс реформирования общего государственного финансирования представляет собой некоторые уникальные проблемы для системы здравоохранения. Система здравоохранения Кыргызской республики сильно продвинулась в своих реформах финансирования здравоохранения. Кроме того, система финансирования здравоохранения в отличие от многих других программ социального сектора, требует аккумуляции рисков больших групп населения с целью оптимального воздействия как на эффективность, так и на качество. Это аккумуляция рисков больших групп населения, однако, противоречит фискальной децентрализации, которая нацелена на передачу ответственности и финансирования широкого спектра услуг на низкие административные уровни.

Чтобы гармонизировать систему финансирования здравоохранения Кыргызской республики с уже узаконенной децентрализованной фискальной системой, предлагаются три варианта. В данном документе по политике сделан обзор по каждому из трех вариантов и приведены их сильные и слабые стороны. В документе сделан вывод о том, что только один из трех предложенных вариантов – так называемый вариант 3 – обеспечит сохранение достигнутых результатов в области справедливости, эффективности и прозрачности. При данном варианте будут аккумуляроваться все поступления, выделяемые на Пакет Государственных Гарантий (ПГГ) в Фонде обязательного медицинского страхования, тогда как государственные медицинские услуги и услуги вне ПГГ будут финансироваться через Министерство здравоохранения. Другие два варианта вернут систему здравоохранения Кыргызской республики назад – к начальной стадии переходного периода и приведут к потере многих лет различной технической и политической работы, а также к потере финансовых инвестиций как Кыргызского правительства, так и донорского сообщества.

Финансовая политика здравоохранения, как и другие аспекты политики здравоохранения, должна руководствоваться целями. ВОЗ обрисовала цели системы здравоохранения в общем смысле, что означает, что эти широкие цели являются общими для всех стран, хотя относительный вес каждой из них варьируется в зависимости от особенностей страны, предпочтений и др. Вот эти цели (ВОЗ 2000):

- улучшить состояние здоровья населения;
- повысить справедливость в распределении здоровья среди населения (т.е., сократить «несправедливые» различия в состоянии здоровья отдельных лиц и социальных групп);
- усилить защиту населения от финансовых последствий использования медицинской помощи и справедливо распределить бремя финансирования системы здравоохранения;
- повысить отзывчивость системы здравоохранения на ожидания населения (относится к людям достойно, автономно, с уважением и т.п., и повысить ориентирование клиента на систему в соответствии с такими аспектами, как выбор потребителя и своевременный уход);
- повысить эффективность, т.е., достичь максимального улучшения всех вышеупомянутых целей в рамках имеющихся ресурсов.

Из общих рамок целей системы можно извлечь более конкретные цели финансовой политики здравоохранения. Некоторые цели финансовой политики здравоохранения по сути синонимичны целям системы здравоохранения, тогда как другие отражают вклад схемы финансирования здравоохранения в более широкие цели.

Цели финансирования здравоохранения, также являющиеся широкими целями системы здравоохранения

- о Защита индивидуумов и их семей от риска потенциального обедняющих расходов на здравоохранение
- о «Солидарность»
 - § Распределение бремени финансирования системы (из всех источников) относительно способности каждого представителя внести вклад
 - § Справедливость в доступе к медицинской помощи относительно потребности в ней
- о Прозрачность, выражающаяся в предоставлении прав и обязательств населению (часть отзывчивости и цель высшего порядка государственной политики)

Задачи финансирования здравоохранения, способствующие достижению более широких целей системы здравоохранения

- о Явные стимулы, поощряющие качество и эффективность предоставления услуг
- о Эффективное управление финансовой системой

Эти цели и задачи финансирования здравоохранения служат критериями эффективности функционирования системы финансирования здравоохранения и, следовательно, могут использоваться в качестве критериев для сравнения различных вариантов реформирования. При этом, необходимо помнить о том, что варианты реформирования системы финансирования здравоохранения не существуют в вакууме; они указывают на возможные «пункты назначения» финансовой политики здравоохранения. Поэтому при оценке вариантов следует принимать во внимание текущую ситуацию в качестве «отправной точки» для дальнейшего реформирования. Кроме того, так как существующая в Кыргызстане система финансирования здравоохранения развивалась поэтапно с момента запуска пилотного проекта в Иссык-Кульской области в 1995 – 96 гг., еще одним важным критерием оценки вариантов является то, что будущая система должна основываться на навыках и системах, которые были выработаны за последние 10 лет.

2 Система финансирования здравоохранения в Кыргызской республике и фискальная децентрализация

2.1 Реформы системы финансирования здравоохранения

Система финансирования здравоохранения в Кыргызстане характеризуется тремя отличительными этапами:¹

Этап 1: Система, унаследованная от Советского Союза (1991-1996)

Этап 2: Создание Фонда обязательного медицинского страхования (1997-2000)

Этап 3: Внедрение системы «Единого плательщика» по всей стране (2001-настоящее время)

Главным образом, вследствие экономического перехода от СССР унаследованная система здравоохранения столкнулась с двумя основными проблемами. Во-первых, наблюдался спад в общих государственных расходах, что также означало спад в государственных расходах на здравоохранение. Во-вторых, цены на ключевые затраты, такие как медикаменты и электроэнергия, выросли. Таким образом, система здравоохранения была вынуждена функционировать с меньшим количеством денег при возросших ценах. Как и во всех странах с переходной экономикой результат этих комбинированных факторов содержал в себе нехватку медикаментов, накопление задолженности по государственным коммунальным услугам и рост «неформальных платежей» за медицинскую помощь. В Кыргызстане существование таких платежей было подтверждено документально еще в 1994 г.,² а имеющиеся в наличии факты говорят о том, что они имели место в основном в стационарах. Кроме того, эти платежи производились главным образом за лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, которые предположительно должны были быть в наличии в больнице, и, в меньшей степени, включали в себя выплаты медицинским работникам. Наличие и рост этих платежей означали то, что система стала менее прозрачной.

Унаследованная система финансирования здравоохранения отличалась основными структурными проблемами, которые стали очевидными когда система столкнулась с проблемами функционирования в контексте переходной экономики. Наиболее важной проблемой был результат вертикальной интеграции аккумуляирования, закупки и предоставления услуг вкупе с фрагментацией этих интегрированных систем по уровню власти (районная, городская, областная) и процессом распределения средств, который руководствовался нормативами затрат/мощностей (напр., составление бюджета на основе количества коек, персонала и т.д.). Наблюдалось два основных негативных последствия этой фрагментированной схемы финансирования здравоохранения:

- **Недостаточная защита от риска и несправедливость** относительно того, что можно было бы достичь при том же уровне государственного финансирования. Фрагментация аккумуляирования не позволяла перераспределить между

¹ Подробности и анализ см. в Катцин и др. (2002). «Инновации в распределении ресурсов, аккумуляировании и закупке в системе здравоохранения Кыргызстана». ПАПЗ, Документ исследования политики №21. Доступен на английском и русском языках.

² См. Абель-Смит и Фолкингем (1995). «Частные платежи за медицинскую помощь в Кыргызстане». Отчет для Администрации внешнего развития (сейчас DFID). Лондон.

административными уровнями (напр., невозможность субсидирования от более богатых районов более бедным); и

- Дублирование охвата системой здравоохранения и инфраструктуры, ведущие к **неэффективности** (излишние мощности) и **несправедливости** (концентрация ресурсов в городской местности), так как фрагментированная система вела к расположению областных и районных/городских медицинских учреждений на одной территории, в частности в столичных городах каждой области (напр., областной роддом, городской роддом) и, конечно же, республиканских и городских учреждений в городе Бишкек.

Система «единого плательщика» была разработана для разрешения этих структурных проблем и улучшения деятельности в унаследованной системе финансирования здравоохранения. Система обладает нижеуказанными особенностями:

- аккумуляция средств всех местных бюджетов (областного, районного и городского), выделяемых на здравоохранение, включая категориальные гранты, в территориальном управлении Фонда ОМС (ТУ ФОМС);
- единая система оплаты поставщиков из этих бюджетных средств (ТУ ФОМС) с использованием методов Фонда ОМС (т.е., оплата за пролеченный случай в стационарах и подушевой норматив в ГСВ), дополняемая дополнительной оплатой за застрахованных граждан из национального пула Фонда ОМС;
- разделение покупатель-поставщик, приведшее к завершению вертикально интегрированных отношений между государственными покупателями и поставщиками и сопряженное с распространением большей автономии поставщиков, включая снижение постатейных ограничений в использовании бюджетных средств;
- распространение Программы государственных гарантий, в том числе официальной сооплаты за специализированную медицинскую помощь по направлению.

В этой системе ФОМС является «единым плательщиком» Программы государственных гарантий и единственной организацией, аккумулирующей предварительно оплаченные средства. Средства за застрахованное население аккумулируются на национальном уровне, а средства местных бюджетов аккумулируются в каждом ТУ ФОМС за все население данной территории.

Аккумуляция средств на областном уровне прекратила фрагментацию, существовавшую ранее в областях, а разделение покупатель-поставщик и переход на ориентированные на результат методы оплаты прекратили ранее существовавшие вертикальную интеграцию и иерархичный, основанный на затратах, процесс распределения бюджета. Программа государственных гарантий с официальной сооплатой подразумевала усиление прозрачности, касающейся прав и обязательств населения. Последнее включало в себя усовершенствование функционирования механизмов по освобождению от оплаты лиц, определяемых как «уязвимые» или «привилегированные» категории населения. Такие льготы всегда имели место, но факты говорят о том, что они не были эффективными до начала реформы в 2001 году.³

³ См. Катцин (2003). «Расходы на здравоохранение, реформы и приоритеты в политике для Кыргызской Республики». Документ исследования политики №24 ПАПЗ. Доступен на английском и русском языках. Также см. Фолкингем (2001). «Здоровье, поведение при обращении за медицинской помощью и расходы «из-кармана» в Кыргызстане, 2001». Обследование домохозяйств по финансам здравоохранения, при финансовой поддержке DFID: Заключительный Отчет. Лондон: Лондонская школа экономики и политологии. Только на английском языке.

2.2 Влияние реформ в системе финансирования здравоохранения на цели системы здравоохранения

Результаты реформы по созданию «единого плательщика» были тщательно проанализированы; несомненно, это лучше всего подтвержденная документально реформа среди всех стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. Имеются в наличии несколько отчетов⁴, подготовленных Проектом анализа политики здравоохранения ВОЗ/DFID, и проводится углубленный анализ. Большая часть анализа, в частности касающаяся внедрения сооплаты, основана на обследованиях. ПАПЗ профинансировал и провел анализ обзоров выписанных пациентов с использованием стандартного вопросника (также доступны на английском и русском языках в офисе ПАПЗ). Исходный обзор был проведен среди пациентов, выписанных за месяц до введения сооплаты, а первый последующий обзор был проведен среди пациентов, выписанных в июле 2001 года (пятом месяце внедрения политики). Следующие обзоры были проведены среди пациентов, выписанных в марте 2002 года (только в Чуйской и Иссык-Кульской областях), и затем в 2003 и 2003 годах. Таким образом, было опрошено далеко за 10 000 выписанных пациентов. Все обзоры проводились Национальным статистическим комитетом.

Здесь мы только подводим итог результатов этих анализов, организованных по целям финансирования здравоохранения, обрисованным в Введении.

2.2.1 Прозрачность

Пожалуй, самым большим успехом системы «единого плательщика» было усиление прозрачности системы для населения. Это подтверждается фактами, которые говорят о том, что в течение первого года внедрения неформальные выплаты существенно снизились и были заменены сооплатой. Фактически, данные указывают на то, что после введения сооплаты пациенты, в среднем, платили примерно столько же, сколько до нее, что отражает поразительную аккуратность расчетов Фонда ОМС при планировании уровней сооплаты. Более того, использованные Фондом ОМС методы «закупки» бесплатной медицинской помощи для освобожденного от оплаты населения (т.е., более высокая оплата стационарам за лечение населения из этих групп) были успешными, тогда как в регионах, где реформа еще не была проведена, право на льготы осталось пустым обещанием. После проведения реформы в областях, где была введена система «единого плательщика», процент пациентов, плативших за лекарственные препараты или осуществлявших выплаты медперсоналу, значительно снизился. Данные также говорят о том, что неопределенность пациентов относительно суммы оплаты за медицинскую помощь снизилась после введения системы «единого плательщика». Вкратце, «единый плательщик» привел к большему пониманию населения своих прав и обязательств; реформа оказала положительное влияние на прозрачность системы здравоохранения.

Кроме успеха Фонда ОМС в усилении прозрачности системы здравоохранения, ФПМС сам по себе был признан «чистой» и прозрачной организацией. Проведенный в октябре 2004 года независимый аудит сделал вывод, что все процедуры Фонда ОМС были согласованы с законодательством КР и международными стандартами.

⁴ См. два ранее указанных документа (Катцин 2003; Катцин и др. 2002). Также см. несколько Информационных обзоров ПАПЗ.

2.2.2 Финансовая защита и справедливость

Данные из обзоров пациентов позволяют сделать только ограниченные выводы о влиянии реформы на финансовую защиту и справедливость. Положительное влияние на оба аспекта подтверждается полученными данными о том, что уязвимые категории населения платили намного меньше за стационарную помощь в регионах с системой «единого плательщика», чем на остальной территории республики. Более того, структура сооплаты – фиксированная сумма за госпитализацию – вкупе с успешным снижением неформальных платежей говорят об усилении защиты от финансового риска. До введения сооплаты уровень наличных затрат определялся, в основном, фактической стоимостью случая. Следовательно, чем сложнее и дороже требуемое лечение, тем выше наличные выплаты. Сооплата сломала эту связь. Например, в Иссык-Кульской области в 2001 году разрыв в расходах на хирургические и терапевтические случаи сократился с 38% до 11% в областной больнице и с 72% до 20% в районных больницах.

2.2.3 Стимулы для обеспечения эффективности и качества предоставления услуг

Окончание формирования бюджета на основе затрат и начало оплаты стационаров за пролеченный случай изменили направление стимулов поставщиков с попытки увеличить мощности посредством продления срока пребывания в больнице на попытки повысить продуктивность, сократить срок пребывания в больнице и, что наиболее важно, сократить фиксированные затраты. Анализ⁵ снова показывает достижение успеха в этом отношении. Количество коек и зданий больниц было существенно сокращено в 2001 году в Чуйской и Иссык-Кульской областях, так же как и количество врачей и медсестер. Доля фиксированных затрат (комуслуги и зарплата) в общих расходах медицинских учреждений снизилась с 86% до 73% с 2000 по 2001 гг., показав как совместный эффект стимулов для проведения реструктуризации и доходы с формальной сооплаты (сейчас показанные в системе бухучета и подлежащие контролю руководителей учреждений) привели к повышению технической эффективности в предоставлении услуг (т.е., более значительная доля средств выделяется на затраты на лечение пациента). Анализ восьми больниц в Чуйской, Иссык-Кульской и Нарынской областях также говорит о том, что реструктуризация явилась результатом существенного снижения затрат на комуслуги в отопительный период 2001-02 гг. в сравнении с 2000-01 гг.

Улучшение качества было одной из основных задач Дополнительной программы ОМС (ДП ОМС), введенной Фондом ОМС на пилотной основе в г. Бишкек в 2000 году и затем распространенной по всей республике. ДП ОМС служит одним из лучших примеров «стратегической закупки» системы здравоохранения на территории Европейского региона. Более точно, программа была привязана к клиническим руководствам по конкретным состояниям, для которых амбулаторное ведение с назначением соответствующих медикаментов может предотвратить госпитализацию. И опять, факты говорят о том, что использованный Фондом ОМС метод был эффективным: координация перечня включенных лекарственных препаратов, финансовые стимулы и стандартные схемы лечения способствовали рациональному использованию медикаментов. С расширением ДП ОМС, например, сократилось количество случаев гипертонических кризов, так же как и количество направлений на госпитализацию при состояниях, связанных с ГБ.

⁵ Социум Консалт (2002). «Финансирование сектора здравоохранения: улучшение показателей здоровья и реформа сектора здравоохранения». Вспомогательный документ для «Обзора государственных расходов в Кыргызской Республике» Всемирного банка. Бишкек. Информационный обзор №6 ПАПЗ (2004): «Снизилась ли реструктуризация ЛПУ расходы на коммунальные услуги?». Бишкек.

2.2.4 Административная эффективность

ФОМС, включая Территориальные управления, отвечают за управление как средствами местных бюджетов (ответственность, ранее выполняемая областными управлениями здравоохранения или финансовыми управлениями и районными финансовыми управлениями), так и перечислениями с налогов на заработную плату и с Республиканского бюджета за застрахованное население. При этом, он ограничен законом, обеспечивающим административные расходы максимум до 5% от доходов с **налогов на заработную плату**, получаемых из Социального фонда (несмотря на то, что его ответственность за бюджетные средства намного выше, чем за доходы с налогов на заработную плату).⁶ Способность выполнять эти задачи и управлять большим объемом транзакций подтверждает его административную эффективность и техническую утонченность.

2.3 Постоянная проблема: обеспечение адекватного финансирования

Основной проблемой, с которой столкнулся ФОМС при внедрении системы «единого плательщика», было непостоянство потока средств в систему из местных и республиканского бюджетов и, до недавнего времени, из Социального фонда. Хотя «единый плательщик» привел к повышению прозрачности финансовой структуры внутри системы здравоохранения, поток средств в систему здравоохранения оставался проблематичным. Формирование бюджетами местными органами самоуправления и определение категориальных грантов на здравоохранение продолжали основываться на затратах, а местные власти также приняли во внимание доходы с сооплаты при определении объема бюджета, выделяемого на здравоохранение. Сооплата рассматривалась как новый источник финансов, а не как трансформацию существовавших неформальных платежей в официальную сооплату. Так, результатом повышения прозрачности явилось сокращение бюджета системы здравоохранения. Сокращения также имели место в связи с достижением экономической эффективности, которая привела к снижению количества больничных коек и медицинского персонала. Приоритетом на будущее является изменение формирования бюджета с тем, чтобы общий процесс бюджетных ассигнований отражал установленные приоритеты здравоохранения в контексте Национальной стратегии сокращения бедности и Среднесрочного планирования бюджета.

Система «единого плательщика» также серьезно страдает от «секвестрации» бюджета Минфином. Так как система основана на контрактах между Фондом ОМС и поставщиками, необходимо знать предполагаемый уровень финансирования для установления ставок и объемов возмещения соответственно. Поток средств должен быть регулярным с целью обеспечения регулярной оплаты поставщиков без задолженностей. Поэтому секвестрации существенный вред системе.

Бюджетные сокращения, которые в значительной степени наказали успех реформ, совместно с проблемой секвестрации, почти наверняка подорвали успех, достигнутый реформами в 2001 г. По имеющимся данным, в результате этого возросли неформальные платежи.

Несмотря на эти проблемы, абсолютно очевидно, что система «единого плательщика» работает и что ФОМС был и остается чрезвычайно эффективным, прозрачным и опытной организацией по внедрению системы. Конечно, система работает лучше всего, когда финансирование предсказуемо и стабильно, и, поэтому, улучшение составления

⁶ См. Катцин и Мурзалиева (2001). «Примечание об административных расходах и функциях Фонда обязательного медицинского страхования». ПАПЗ, Документ исследования политики №9. Доступен на английском и русском языках.

государственного бюджета и финансовой системы жизненно необходимы для дальнейшего развития системы. Такие улучшения планируются Министерством финансов в контексте общих усилий, направленных на совершенствование управления, и усилий, направленных на то, чтобы Среднесрочное прогнозирование бюджета было значимым и релевантным ежегодному процессу составления бюджета.

2.4 Фискальная децентрализация

Осенью 2004 года, был принят закон о фискальной децентрализации. Данный закон означает, что начиная с 2006 года, бюджет Кыргызской республики будет состоять из двух частей:

- § Бюджеты местного самоуправления (Айыл Окмоту + города, избравшие самоуправление); и
- § Республиканский/Областной/Районный бюджеты – все аккумулированные на национальном уровне.

Будущий республиканский бюджет будет иметь отличное значение от своего текущего использования, означая объединенный бюджет денежных средств, полученных в результате сбора налогов на республиканском, областном и районном уровнях. Не будет отдельных потоков текущих поступлений на эти три уровня в будущий «Республиканский бюджет» из-за комплексных механизмов разделения поступлений.

Данный закон противоречит существующей системе финансирования здравоохранения. Как описано выше, Кыргызская система «единого плательщика» получает большую часть своих поступлений от налогов областного и под-областного уровней. Эти налоги затем переводятся в пулы по закупке областного уровня при ФОМСе. По новому закону о децентрализации, эти административные уровни не будут формировать свой собственный бюджет, но будут являться частью большего Республиканского бюджета. Таким образом, существующая институциональная структура и поток средств не являются вариантом для сектора здравоохранения после 2005 года.

Потом, вопрос системы «единого плательщика» состоит в том – чтобы перейти к полной децентрализации финансирования здравоохранения до уровня местного самоуправления с фрагментированным аккумулированием средств, либо к полной централизации с аккумулированием средств на национальном уровне. Вариант 1 в стратегии соответствует полной децентрализации с механизмами фрагментированного аккумулирования средств. Варианты 2 и 3 являются другими институциональными вариантами централизованного аккумулирования средств на национальном уровне. Вариант 2 предлагает централизацию при Минздраве, тогда как вариант 3 предлагает централизацию при ФОМСе. В следующей главе, мы рассматриваем эти варианты в деталях.

3 Оценка вариантов дальнейшего реформирования системы финансирования здравоохранения

Как говорилось в введении, понимание текущей ситуации является отправной точкой для дальнейшего реформирования, тогда как цели финансовой политики здравоохранения должны определять направление реформ. Таким образом, отправной точкой служит структура «единого плательщика» по сбору средств, аккумулированию, закупке и льготам/сооплате. Более того, новый Закон о местных самоуправлениях содержит важные последствия для аккумулирования средств. Именно в этом контексте рассматриваются 3 варианта реформирования системы финансирования здравоохранения.

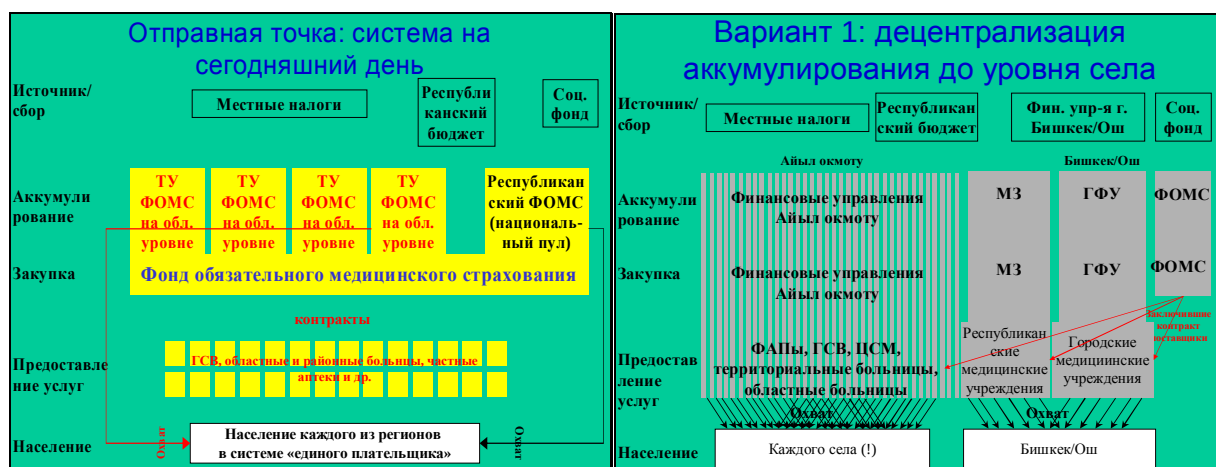
Решающим различием между вариантами является схема аккумулирования и, еще шире, закупки персональных услуг здравоохранения. В описании и оценке каждого из вариантов не рассматриваются другие подробности (напр., фонд высоких технологий), которые не различаются в зависимости от варианта.

§ **Вариант 1:** каждый айыл-окмоту аккумулирует средства государственного бюджета и покупает услуги у местных поставщиков; ФОМС осуществляет аккумулирование только поступлений от налога на заработную плату (7% от общих расходов здравоохранения) и закупку только для застрахованных

§ **Вариант 2:** бюджетный отдел Минздрава аккумулирует все средства государственного бюджета и покупает услуги; ФОМС осуществляет аккумулирование только поступлений от налога на заработную плату (7% от общих расходов здравоохранения) и закупку только для застрахованных

§ **Вариант 3:** расширение «единого плательщика» – ФОМС аккумулирует средства государственного бюджета на республиканском уровне для всего населения и «страховые деньги» для застрахованных; и следовательно остается единым покупателем для всего населения

3.1 Оценка варианта 1



В едином плательщике сегодняшнего дня (итог которого показан на рисунке слева, представленном выше) имеется пул средств местных бюджетов в каждой области, управляемый ТУ ФОМС (на рисунке изображены 4 области, хотя на самом деле имелись в виду все области и города Бишкек и Ош). При Варианте 1, это радикально измениться.

ФОМС будет осуществлять аккумуляцию и закупку только для застрахованного населения, тогда как местные самоуправления (согласно новому закону, это будут *айыл окмоту*, а также муниципалитеты городов Бишкек и Ош) будут осуществлять аккумуляцию и закупку из бюджетных средств.

Фрагментация системы финансирования, вытекающая из данного варианта (более 400 микропулов, ответственных за распределение средств поставщикам), нанесла бы ущерб ряду задач политики.

- **Пострадает финансовая защита и справедливость в доступе**, потому что эта высокая степень фрагментации аккумуляции существенно сокращает возможность перекрестного субсидирования и перераспределения в ответ на потребности. Тогда как существующая система «единого плательщика» способствует такому перераспределению внутри областей (улучшение по сравнению с прошлым, когда пулы существовали на районном уровне), вариант 1 ограничит возможность такого перераспределения до уровня *айыл окмоту*. Более того, будет сложно выработать механизм выравнивания бюджета, который смог бы сбалансировать уровень финансирования на душу населения для более чем 400 *айыл окмоту*.
- **Административная эффективность системы финансирования здравоохранения будет сильно снижена.** Сотням *айыл окмоту* придется взять на себя функции аккумуляции и закупки, которые в настоящее время выполняются единой организацией, Фондом ОМС.
- Это вариант **подорвет возможность использования методов стратегической закупки для генерирования стимулов для достижения эффективности и качества предоставления услуг.** Последовательность существующей системы единой закупки будет потеряна. Более того, просто невозможно, что *айыл окмоту* смогут осуществлять сложные методы оплаты, в настоящее время используемые Фондом ОМС. Кроме того, так как в каждом селе не может быть по больнице, каждая больница будет оплачиваться несколькими *айыл окмоту*, что, опять-таки, усложнит способность предоставления больницам согласованного набора стимулов.
- **Воздействие этой реформы на прозрачность системы не совсем понятно, но, наверняка, будет больше отрицательным, чем положительным.** Учитывая огромную сложность в обеспечении баланса доходов на душу населения среди пулов, возникнет риск значительного разброса в предоставлении прав (т.е., льгот и сооплаты), фактически имеющихся в распоряжении населения разных сел, даже если они юридически имеют право на одни и те же вещи. С другой стороны, рост местного контроля может дать населению возможность требовать у местных избранных официальных лиц ясности относительно своих прав.
- Данный вариант не подразумевает никаких прямых изменений в источнике средств и, следовательно, **данный вариант (как и другие) не окажет непосредственного влияния на справедливость в финансовых взносах.** Однако, административная неэффективность, которая возникнет при выборе данного варианта, в конечном итоге приведет к увеличению доли государственного финансирования, выделяемой на управление, а не на лечение пациентов, и, в результате, возрастет зависимость от наличных выплат пациентов. В свою очередь, это будет означать возросшую несправедливость в финансировании.

В целом, этот вариант просто недопустим. Степень фрагментации и дублирования, подразумеваемые этим вариантом, сделают его осуществление фактически невозможным.

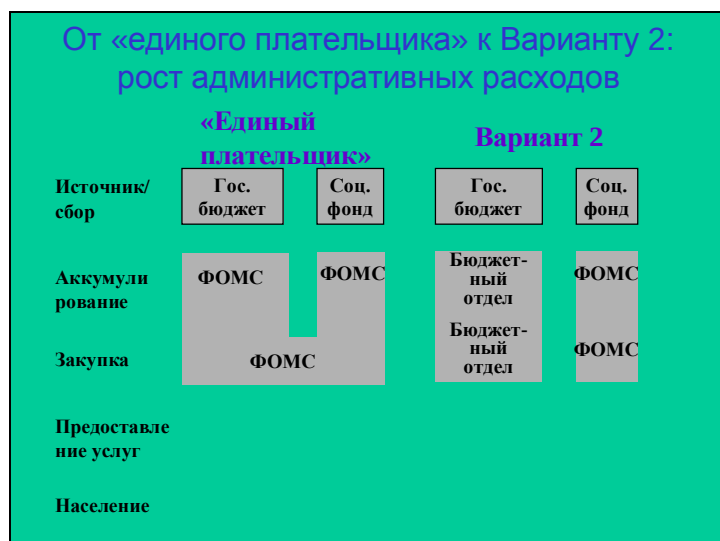
Данная оценка не отражает позицию «анти-децентрализации». Впрочем, она не отражает точку зрения, рассматривающую децентрализацию в качестве инструмента политики, а не целью политики. В этом отношении, децентрализация не должна использоваться как «грубый инструмент». При выборе вариантов организации функциональных обязанностей и решений о распределении средств в системе здравоохранения, решения относительно степени децентрализации функций должны руководствоваться возможным воздействием на цели политики. Из-за негативного воздействия фрагментации аккумулирования на справедливость, эффективность и защиту от риска, аккумулирование средств должно быть централизованным. Напротив, для повышения эффективности и отзывчивости обычно рекомендуется децентрализация ответственности за управление предоставлением услуг медицинским учреждениям.

3.2 Оценка Варианта 2



Основные аспекты данного варианта заключаются в том, что он создаст пул бюджетных средств на здравоохранение на республиканском уровне, контролируемый Минздравом (определенный здесь как бюджетный отдел Минздрава), сохранив при этом аккумуляцию средств за застрахованное население на республиканском уровне (трансферты из Социального фонда и Республиканского бюджета за категории населения, называемые застрахованными). С созданием бюджетного отдела Минздрава в качестве покупателя персональных медицинских услуг система «единого плательщика» прекратит свое существование. Другие характерные особенности данного варианта не были детально изложены, но некоторые последствия этого варианта для закупки услуг и охвата населения наиболее вероятны и рассматриваются далее поэтапно, вслед за основными характеристиками этого варианта.

Создав параллельные системы аккумуляции средств и закупки персональных медицинских услуг, этот вариант приведет к росту административных затрат. Бюджетный отдел Минздрава будет аккумулировать все средства государственного бюджета, выделяемые на здравоохранение, и распределять их поставщикам. Роль Фонда ОМС уменьшится до аккумуляции только средств «медицинского страхования» и закупки услуг из этих средств. В сравнении с текущей ситуацией, это приведет к возникновению дублирования функциональных обязанностей между двумя организациями при Минздраве (как бюджетному отделу, так и Фонду ОМС потребуются персонал, системы и т.п.), как показано на нижеприведенном рисунке.



Кроме роста административных затрат, который будет иметь место, Вариант 2 также рискует потерять даром инвестиции, вкладываемые в людей и системы ФОМС с 1997 года. ФОМС стал очень опытной организацией по закупке, контролирующей оплату большого объема транзакций за все население страны. Возвращаясь к ситуации, существовавшей в период с 1997 по 2000 годы, когда ФОМС покупал услуги только для застрахованного населения, система здравоохранения не сможет воспользоваться полным преимуществом этой ситуации.

Несмотря на то, что концептуально Минздрав может аккумулировать бюджетные средства и из них платить поставщикам, история реформирования финансовой системы здравоохранения в Кыргызстане подвергает сомнению способность Минздрава осуществлять это в пределах «основного государственного сектора». Предыдущие попытки аккумуляции бюджетных средств в пределах механизмов «обычной» системы Казначейства были безуспешными. В 1998 году в Иссык-Кульской области бюджетные средства на ПМСП аккумулировались на областном уровне. Однако, на следующий год от такого аккумуляции отказались. В Чуйской области в 1999 году тоже планировалось аккумулировать бюджетные средства на стационарную помощь в областном управлении здравоохранения, но осуществление этих планов оказалось невозможным. ФОМС является единственной организацией в секторе здравоохранения Кыргызстана, продемонстрировавшей успех в аккумуляции на областном и национальном уровнях и способность и наличие систем для закупки услуг по всей республике.

Как упоминалось ранее, некоторые аспекты Варианта 2 не изложены подробно, но наверняка могут иметь место при таком подходе. Два важных аспекта выделены далее.

1) Бюджетный отдел Минздрава не сможет закупать услуги «стратегически» и вернется к использованию иерархичного контроля постатейных затрат для распределения ресурсов посредством системы, вертикально интегрированной с поставщиками. Переход от существующей структуры при «едином плательщике» к такой ситуации вероятен при Варианте 2 и изображен на нижеприведенном рисунке.



При существующей структуре Казначейства в системе государственного финансирования в КР, бюджетный отдел Минздрава будет вынужден юридически «назначать бюджет» всем государственным учреждениям здравоохранения вместо предоставления им возможности «заработать доход», как это делается в настоящее время Фондом ОМС. Кроме этого административного ограничения у Минздрава просто нет выработанных систем для осуществления оплаты на основе результатов.

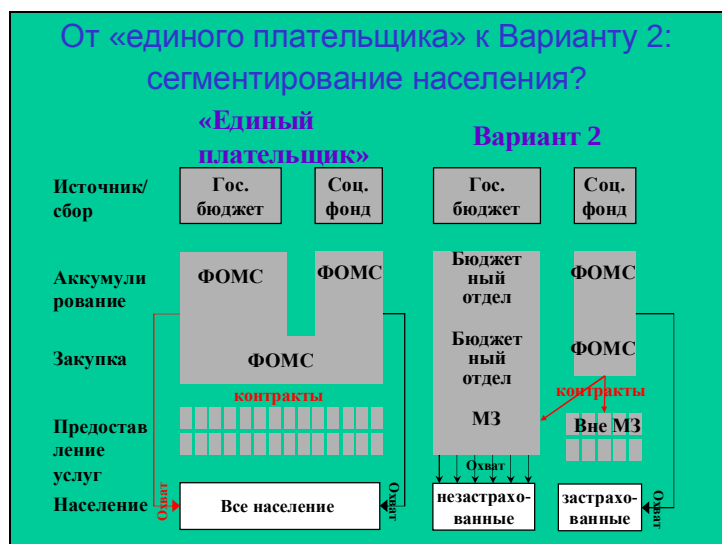
Как показано на рисунке, этот вариант рискует создать конфликт в стимулах оплаты между теми, кто используют бюджетным отделом и теми, кто используют Фондом ОМС. Такая потеря дополнительности снизит потенциал защиты государственных затрат на здравоохранение от риска. Создание двух покупателей приведет к общему ослаблению «покупательной способности», что, в свою очередь, уменьшит возможность использования стимулов для продвижения эффективности и качества предоставления услуг. Намного хуже то, как упоминалось ранее, что бюджетный отдел Минздрава вероятнее всего вернется к составлению бюджета на основе затрат, основному источнику неэффективности в унаследованной от СССР системе. Такое повторное введение старой системы составления бюджета приведет к снижению автономии поставщиков и, следовательно, их способности быстро реагировать на меняющуюся обстановку. Контроль над решениями по распределению всех средств будет в большей мере централизован в Минздраве вопреки принципам хорошего стратегического управления/руководства.

Опыт другой страны СНГ говорит о преимуществах того, чтобы держать системы оплаты поставщиков вне обычного контроля Казначейства в основном государственном секторе и предоставлять поставщикам больше управленческой автономии. В Молдове, преодоление административных и системных ограничений в управлении системой финансирования здравоохранения в системе Казначейства мотивировало Министра здравоохранения на разработку реформы, в результате которой был создан фонд обязательного медицинского страхования в 2004 г.⁷ Основным источником финансирования Молдавской «Национальной компании медицинского страхования» (НКМС) служат перечисления из Республиканского бюджета, которые ранее перечислялись в Минздрав. Молдавская реформа также включала в себя разделение покупатель-поставщик и предоставление большей автономии поставщикам в использовании доходов, зарабатываемых у НКМС. В настоящее время финансовая ситуация намного благоприятна для поставщиков. При прежнем процессе распределения бюджета из казначейства выполнение оплаты занимало 2 – 3 недели. В 2004 году этот

⁷ В самом деле, их решение провести эту реформу частично основывалось на обзоре опыта системы «единого плательщика» в КР.

срок сократился до 1 – 2 дней в системе, где НКМС делает выплаты непосредственно на коммерческие банковские счета.

2) Система здравоохранения и население будут разделены на отдельные системы для застрахованных и незастрахованных. Такая сегментированная структура системы здравоохранения наблюдается в странах с низким и средним уровнями доходов, в частности, в Латинской Америке, где Мексика служит важным примером. В действительности, когда правительство КР объявило о создании Фонда ОМС в 1997 году, внедрение 1-го проекта по здравоохранению при финансовой поддержке Всемирного банка было приостановлено до принятия решения о том, как избежать дублирование и сегментацию населения. Среди большого количества аргументов того времени одним из важнейших был о том, что Кыргызстан не может позволить себе наличие двух систем здравоохранения. Но это есть логическое продолжение Варианта 2, показанное на нижеприведенном рисунке.



Вдобавок к более высоким административным затратам, вызванным наличием дублирования обязательств по аккумуляции и закупке, сегментация населения по страховому статусу снижает возможность финансовой защиты, разделив население в разные рискованные пулы. Это расходится с существующей системой «единого плательщика», в которой все население покрывается из бюджетных средств и у застрахованного населения есть право на дополнительные льготы (сниженная сооплата и Дополнительная программа ОМС). Сегментация населения будет означать то, что бюджетные средства и средства страхования не будут больше дополнять друг друга.

Международный опыт говорит о том, что такая сегментация увеличивает неравенство в наличии услуг и доступе и большинство этих стран пытаются унифицировать свои системы. Например, в Таиланде и Турции население сегментировано на различные страховые схемы, а уровень государственных расходов на душу населения различается в зависимости от этих схем, но при этом остается намного выше для тех схем, которые обслуживают относительно привилегированную часть населения. Обе страны пытаются отойти от этой сегментации и внедрить универсальный охват в едином пуле, финансируемом из доходов с налога на заработную плату и общих доходов.

В целом, и относительно существующей системы «Единого плательщика», Вариант 2 окажет негативное воздействие на цели финансовой политики здравоохранения:

- Потенциал продвижения **финансовой защиты и справедливости в доступе снизится**, так как фрагментация аккумуляции и возможная сегментация

населения будут способствовать неравенству и ограничат возможность перекрестного субсидирования, направленного для тех, кто в нем нуждается.

- **Административной эффективности будет нанесен урон** ростом административных затрат, вытекающим из дублирования функциональных обязанностей по аккумулярованию и закупке бюджетным отделом Минздрава и Фондом ОМС. В лучшем случае, может иметь место длительный и дорогостоящий период перехода к новой системе, которая заменит «единого плательщика».
- Также **уменьшится возможность использования стимулов закупки для повышения эффективности и качества** предоставления услуг. Это возникнет в результате ослабления покупательной способности, что присуще переходу от одной системы закупки (и организации) к двум, и, что более важно, из вероятности того, что Минздрав станет полагаться на составление бюджета на основе затрат при распределении средств поставщикам.
- От ре-интеграции управления бюджетными средствами, выделяемыми на персональные медицинские услуги, в «основную часть» Минздрава **вероятнее всего пострадает прозрачность**. В отличие от существующей системы, где есть разделение функциональных обязанностей между организациями и поставщиками оплачиваются на основе четко обозначенных контрактов и методов возмещения, ре-интеграция этой функции в Минздрав сделает распределение средств неясным. В этом контексте, возможность непрозрачных практик возрастает и усложняется осуществление мониторинга системы. Более того, если население сегментировано, то есть вероятность дифференциации прав на льготы и вероятность снижения возросшего понимания населением своих прав и обязанностей, которое имело место при системе «единого плательщика».
- Данный вариант не подразумевает никаких прямых изменений в источнике средств и, следовательно, **данный вариант не окажет непосредственного влияния на справедливость в финансовых взносах**. Однако, как и в Варианте 1, административная неэффективность, которая возникнет при выборе данного варианта, в конечном итоге приведет к увеличению доли государственного финансирования, выделяемой на управление, а не на лечение пациентов, и, в результате, возрастет зависимость от наличных выплат пациентов. В свою очередь, это будет означать возросшую несправедливость в финансировании.

Технически, этот вариант возможен в том смысле, что его можно осуществить. Однако, он будет затратным и очень рискованным в плане последствия для населения.

3.3 Оценка Варианта 3



Данный вариант будет расширением существующей системы «единого плательщика». Подразумеваемое изменение (в контексте нового закона о бюджете) состоит из перехода от аккумуляции бюджетных средств на областном уровне на аккумуляцию средств на республиканском уровне Фондом ОМС. Все другие особенности существующей системы (т.е., источники средств, структура закупки и ПГГ) останутся нетронутыми.

Вариант 3 представляет собой преемственность с существующей структурой. Он сохранит, расширит и закрепит роль Фонда ОМС в системе финансирования, основываясь на предыдущих инвестициях и опыте. Поступая таким образом, он будет способствовать прогрессу в достижении целей политики по ряду аспектов. И, в отличие от других вариантов, Вариант 3 не причиняет никакого прямого вреда этим целям.

Так как подробные факты о влиянии системы «единого плательщика» на цели политики уже были описаны ранее, вероятные результаты перехода к Варианту 3 представлены ниже.

- Возможность повышения **финансовой защиты и справедливости в доступе возрастет**, потому что переход с аккумуляции на областном уровне («единый плательщик» в каждой области) на аккумуляцию бюджетных средств на республиканском уровне дает больше возможностей для перекрестного субсидирования в ответ на потребности и внедрения мер про-справедливого распределения ресурсов.
- **Этот вариант не окажет прямого воздействия на административную эффективность системы финансирования**, хотя необходимость обсуждать уровень бюджета только на республиканском уровне вместо областного и районного уровней, снизит административное бремя. Несмотря на то, что аккумуляция бюджетных средств перейдет на национальный уровень, ТУ ФОМС будут все еще нужны для выполнения функций, отличных от аккумуляции и выполняемых в настоящее время (напр., сбор данных, обзор использования, исполнение выплат, «горячая линия» для жалоб потребителей и т.п.). Таким образом, в целом административная эффективность не будет затронута или немного повысится как следствие перехода на республиканский уровень аккумуляции бюджетных средств.
- Так как этот вариант будет придерживаться системы «единого плательщика», также **наименее вероятно прямое влияние на возможность использования стимулов закупки для повышения эффективности и качества предоставления услуг.** В

настоящее время ФОМС является единственным покупателем и при Варианте 3 это не меняется. Конечно, эта преемственность означает продолжение действующих процессов, по которым ФОМС управляет и совершенствует методы закупки, и, поэтому, наиболее вероятно, что в среднесрочный период это вариант может сделать вклад в улучшение стимулирования (в частности, в сравнении с тем, что может произойти при двух других вариантах).

- **Прозрачность вероятнее всего повысится** как результат продолжающегося развития ПГГ совместно с источником бюджетных средств, поступающих целиком с республиканского уровня. Как говорилось ранее, усиление прозрачности системы финансирования здравоохранения было одним из принципиальных достижений «единого плательщика», но это достижение подверглось угрозе из-за нестабильности финансовых потоков, поступающих из местных самоуправлений. Переход на единый источник финансирования сделает возможным оказание большего влияния на формирование бюджета и процесс исполнения для всей системы, таким образом обеспечивая более эффективную работу методов ФОМС по усилению прозрачности.
- Как и другие варианты Вариант 3 не подразумевает никаких прямых изменений в источнике средств и, следовательно, **данный вариант не окажет непосредственного влияния на справедливость в финансовых взносах**. Однако, в отличие от других вариантов, Вариант 3 не сделает управление системой более неэффективным и, следовательно, с течением времени не послужит росту зависимости системы от наличных выплат (если только, конечно не снизится уровень государственных расходов на здравоохранение).

Технически, этот вариант полностью возможен. ФОМС в настоящее время исполняет функцию закупки на национальном уровне и уже контролирует все бюджетные средства, выделяемые на персональные медицинские услуги. Таким образом, если источник перейдет от местных бюджетов к Республиканскому бюджету, не будет никакого нарушения систем и процессов Фонда ОМС, так как он продолжит управлять системой «единого плательщика».

4 Заключение

Вариант 3, расширение существующей системы «единого плательщика», несомненно лучше других вариантов. Это лучший выбор в плане задач финансовой политики здравоохранения, в частности, административной эффективности, возможности предоставления стимулов для обеспечения эффективности системы предоставления услуг, финансовой защиты и справедливого доступа к медицинской помощи. Это также лучший выбор по практическим причинам, основывающийся на инвестициях доноров и системах и навыках, которые были выработаны ФОМС с 1997 года. Система «единого плательщика» в Кыргызстане, управляемая Фондом ОМС, служит примером «лучшей международной практики» по методам аккумулирования и закупки.

Потребовалось пять лет, чтобы построить основы существующей системы, и еще четыре-пять лет приобретения опыта внедрения. В настоящее время действуют системы, управляющие «единым плательщиком». Для разработки и внедрения других вариантов потребуются, по меньшей мере, еще пять-десять лет. Разработка любого из вариантов обойдется слишком дорого и использует ресурсы, которые могут быть потрачены на улучшение состояния здоровья и финансовой защиты населения, и, вместо этого, утопит их в административных расходах. Более того, другие варианты едва ли сработают так же хорошо, как существующая на данный момент система «единого плательщика». Таким образом, у правительства просто нет хорошей причины для изменения направления и перехода к Варианту 1 или Варианту 2.

Система «единого плательщика», управляемая Фондом ОМС, продемонстрировала способность использовать средства эффективно и на благо населения. Реформа по внедрению «единого плательщика» в Кыргызстане была проанализирована со всех сторон и факты отчетливо говорят о том, что ФОМС явился эффективным инструментом национальной политики здравоохранения посредством своих методов закупки. «Единый плательщик» также служит положительной моделью для других стран, показывающей как можно организовать систему финансирования здравоохранения в стране, переживающей переходный период экономики.

