



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТРАТЕГИЧЕСКИМИ ЗАКУПКАМИ УСЛУГ В КЫРГЫЗСТАНЕ





Всемирная организация  
здравоохранения

---

Европейское региональное бюро

# **УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТРАТЕГИЧЕСКИМИ ЗАКУПКАМИ УСЛУГ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

# Реферат

В данном документе подводятся итоги трех циклов реформы финансирования здравоохранения в Кыргызстане в рамках трех национальных стратегий здравоохранения, реализованных за последние 20 лет. В этом докладе рассматриваются и обобщаются извлеченные уроки и рекомендации, содержащиеся в предыдущих отчетах, подготовленных национальными и международными партнерами по исследованиям и развитию. В нем отмечается, что основные цели реформы финансирования здравоохранения в стране - обеспечение финансовой защиты и финансовой устойчивости - могут быть достигнуты в ближайшее десятилетие только при условии тесной координации с процессом разработки и осуществления других компонентов стратегии здравоохранения, таких как фармацевтическая политика и оптимизация предоставления услуг. В документе также отмечается, в каких сферах потребуются стратегическое использование финансовых инструментов для поддержки эффективного осуществления других основных компонентов национальной стратегии в секторе здравоохранения «Здоровый человек – процветающая страна» (Государственная программа развития здравоохранения до 2030 года).

## Ключевые слова

КЫРГЫЗСТАН  
РЕФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СТРАТЕГИЯ (-ИИ) СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
ФИСКАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НАЛИЧНЫЕ ВЫПЛАТЫ ИЗ КАРМАНА  
ФИНАНСОВАЯ ЗАЩИТА  
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:  
Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

## © Всемирная организация здравоохранения, 2019 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Дизайн сборника и обложки: Кристоф Лану, Париж, Франция

# Содержание

Выражение признательности .....	4
Список сокращений .....	5
1. Круг вопросов, рассматриваемых в докладе .....	6
2. Предыстория первых двух успешных государственных стратегий в области здравоохранения .....	6
3. Замедление прогресса программы Ден соолук .....	8
4. Причины замедления прогресса .....	12
5. Управление государственным финансированием, нормы и стимулы: барьеры и содействующие факторы .....	20
6. Несовершенство системы управления и руководства замедляют темпы реформ .....	23
7. Проблемы с финансированием в ГПРЗ 2030 и план действий .....	27
8. Недавний прогресс и направления дальнейших действий .....	30
9. Выводы .....	45
Библиография .....	46



## Выражение признательности

В данном аналитическом документе обобщаются основные результаты деятельности, осуществленной по заказу Странового офиса Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане. Документ подготовила Loraine Hawkins (консультант ВОЗ). Автор выражает признательность за вклад в постоянное руководство Jarno Habicht (Представитель ВОЗ, Кыргызстан), Melitta Jakab (Европейское региональное бюро ВОЗ), Айгуль Сыдыковой (Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане) и Elina Dale (штаб-квартира ВОЗ). ВОЗ с благодарностью отмечает полезный вклад Группы Всемирного банка по вопросам здравоохранения в Кыргызстане, Аналитического центра по политике здравоохранения, банка развития «Kreditanstalt für Wiederaufbauentwicklungsbank», Посольства Швейцарии/Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству, Министерства финансов, Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики и партнеров в области развития в ходе осуществления цикла совместных ежегодных обзоров и тематических совещаний по стратегии здравоохранения. В частности, рекомендации и замечания предоставили отдельные ключевые респонденты и эксперты, а именно: Нурида Байзакова (Министерство финансов), Гульмира Борчубаева (Фонд обязательного медицинского страхования), Айнура Ибраимова (независимый консультант, бывший заместитель министра здравоохранения и генеральный директор Фонда обязательного медицинского страхования), Алмаз Кадыракунов (Министерство финансов), Марат Калиев (председатель Фонда обязательного медицинского страхования), Ха Нгуен (Всемирный банк) и Назгуль Ташпаева (независимый консультант, руководитель экспертной группы Министерства здравоохранения по разработке стратегии здравоохранения на 2019-2030 гг.). Ответственность за любые неточности или неправильные толкования несет автор.

Настоящий документ подготовлен в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве на 2018-2019 гг. между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Европейским региональным бюро ВОЗ, которое координируется Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане и финансируется при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Великого Герцогства Люксембург и Европейского союза в рамках Партнерства Европейского союза, Люксембурга и ВОЗ по вопросам всеобщего охвата услугами здравоохранения; гранта правительства Японии, предоставленного ВОЗ для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, и проекта Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству «Укрепление контроля и оценки и политического диалога в интересах национальной программы *Ден соолук*».



## Список сокращений

ДП ОМС	Дополнительный пакет обязательного медицинского страхования
ОЗ	Организации здравоохранения
СЕО	Совместный ежегодный обзор
KGS	Кыргызский сом
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики
Минфин	Министерство финансов
Минздрав	Министерство здравоохранения
ВИК	Выплаты из кармана
РЕН	Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ФОР	финансирование на основе результатов
SDC	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
ПГГ	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью
ГПРЗ	Государственная программа развития здравоохранения
SWAp	Проект в секторе здравоохранения и социальной защиты
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
АМР США	Агентство США по международному развитию
ПМР	показатели мирового развития



# 1. Круг вопросов, рассматриваемых в докладе

В данном документе подводятся итоги трех циклов реформы финансирования здравоохранения в Кыргызстане в рамках трех национальных стратегий здравоохранения, реализованных за последние 10 лет. В докладе, в частности, делается попытка обобщить извлеченные уроки и рекомендации предыдущих докладов, подготовленных национальными партнерами по научным исследованиям и партнерами по развитию, такими как ВОЗ, играющие нормотворческую роль в деле поддержки будущих действий в секторе здравоохранения. Время для этого выбрано подходящее, поскольку страна планирует приступить к осуществлению следующей национальной стратегии: «Здоровый человек - процветающая страна», приняв Государственную программу развития здравоохранения (ГПРЗ) до 2030 года, в которой Цели устойчивого развития ООН адаптированы к условиям Кыргызстана и стимулируются меры по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).

## 2. Предыстория первых двух успешных государственных стратегий в области здравоохранения

В рамках первой Национальной стратегии в области здравоохранения, получившей название **Манас**, в 2001-2005 гг. были проведены реформы и достигнуто положительное воздействие на цели финансирования здравоохранения, заключающееся в улучшении финансовой защиты 40% беднейших слоев населения и повышении эффективности и справедливости в предоставлении услуг. Стратегия позволила достичь этих результатов **благодаря сочетанию и координации мер по финансированию и предоставлению услуг**. Меры финансирования в рамках реформы включали мобилизацию ресурсов (определенную сумму со-оплаты), которые позволили сократить неофициальные платежи за лекарства и продукты, плюс накопление средств за счет повышения эффективности в секторе здравоохранения), разделение между поставщиками услуг и потребителями, социальная Программа государственных гарантий (ПГГ) и новые методы оплаты услуг поставщиков (введение подушевых нормативов в учреждениях первичной

медицинской помощи и оплаты по пролеченному случаю в больницах) (1). В ходе оценки были также отмечены новые методы оплаты медицинских услуг - оплата по подушевым нормативам в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и за пролеченные случаи в стационарах, - которые создавали стимулы для повышения эффективности и обеспечения более справедливого географического распределения средств в рамках реформирования системы оказания услуг (2,3). Менее изученным аспектом осуществления реформы было введение премий за качество работы для сотрудников медицинских учреждений из новых и более гибких источников доходов, мобилизуемых на нужды здравоохранения (взносы обязательного медицинского страхования, со-оплата и специальные поступления). Вполне возможно, что именно это стало важным фактором повышения производительности труда.

Меры по оказанию услуг, осуществляемые параллельно с этими реформами, содействовали сокращению размеров выплаты из карманов за медицинские услуги и повышению эффективности и справедливости. Основные реформы в сфере предоставления услуг включали сокращение числа больниц и консолидацию учреждений, что позволило добиться значительного повышения эффективности. Это позволило высвободить ресурсы для увеличения прямых расходов на услуги по уходу за пациентами (лекарства, изделия медицинского назначения, продукты питания) и тем самым сократить неофициальные платежи за эти услуги. Еще одним важным направлением реформы, предусматривающей развитие первичной медико-санитарной помощи, стало введение института семейных врачей и подготовка персонала в области семейной медицины. Это способствовало укреплению равенства в доступе к услугам за счет обеспечения доступа в сельских районах и предоставления бесплатной первичной медико-санитарной помощи для всех.

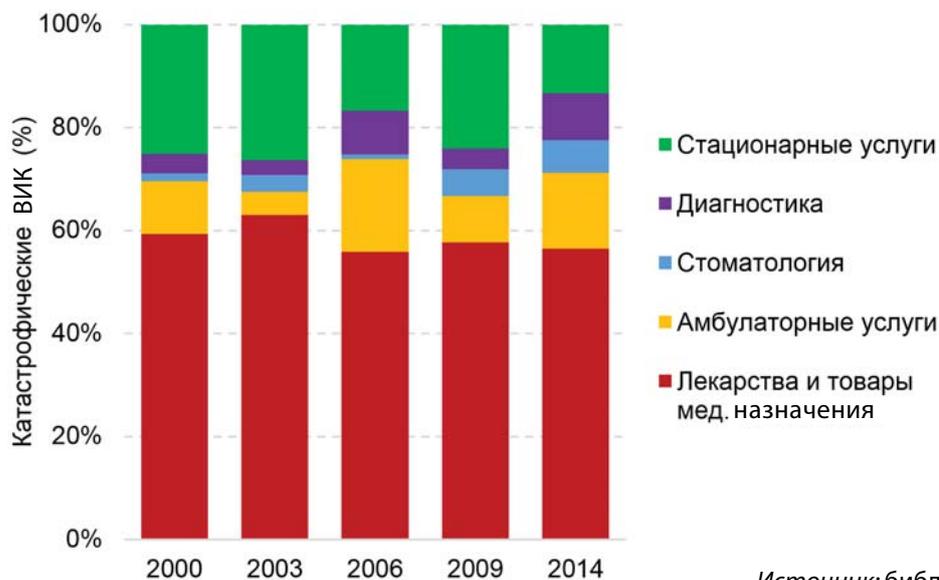
Вторая Национальная стратегия (2006-2010 гг.), получившая название **Манас таалими**, последовательно внедрялась на основе достигнутых ранее успехов. Эта вторая стратегия была направлена на мобилизацию большего объема ресурсов на здравоохранение и стабилизацию бюджета с использованием целевого показателя увеличения доли общих государственных расходов на здравоохранение не менее 13%. Хотя эта стратегия позволила увеличить государственное финансирование с 10,5% государственных расходов в 2005 году до 13% в 2010 году, воздействие этих бюджетных ассигнований было ослаблено из-за неблагоприятной макроэкономической ситуации в 2008-2009 гг., которая привела к снижению реальной стоимости государственных затрат в целом. В обзорах результатов второй программы отмечается замедление темпов ее реализации в последние годы в условиях политической и экономической нестабильности (4).

### 3. Замедление прогресса программы *Ден соолук*

Даже после стабилизации и восстановления экономики третья стратегия в секторе здравоохранения - **Ден соолук** (2011-2018 гг.), ориентированная на качество услуг, - осуществлялась медленно и практически не привела к росту показателей качества, улучшению результатов здравоохранения и достижению финансовых целей (5). Достигнут определенный прогресс в реализации некоторых финансовых стратегий, в частности, в аккумулировании дополнительных финансовых средств из специализированных программ города Бишкек и Министерства здравоохранения (Минздрава), а также в 2016 году в Фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС), и в деле принятия новых законов и правил для формирования и исполнения бюджета ФОМС в 2017 году. Они обеспечивают платформу для дальнейшего усиления стимулов с целью повышения эффективности, хотя этот потенциал еще не реализован. **Частичного изменения показателей финансовой защиты** удалось добиться благодаря реформам, проведенным в период после 2009 года.

По ряду финансовых показателей в период с 2000 по 2006 год наблюдалась тенденция к улучшению положения дел в рамках программы *Манас*, за которой последовало ухудшение ситуации примерно в 2009 году, а затем некоторое улучшение к 2014 году. Имеются признаки того, что это улучшение в большей степени связано с сокращением уровня бедности (с 40% до 25% домохозяйств в период 2007-2017 гг. с учетом национального уровня бедности) и ростом доходов домохозяйств, чем с работой системы здравоохранения. Ухудшение финансовой защиты с 2006 года обусловлено **высокими и растущими размерами выплат из кармана (ВИК) на лекарственные средства, в частности, амбулаторные лекарственные средства и изделия медицинского назначения**. Именно в этих областях произошло сокращение ВИК к 2006 году после проведения реформы, хотя именно на них приходились основные суммы ВИК (1, 6). Для пациентов с уровнем доходов из верхних квинтилей и из городов Бишкек и Ош, рост размеров ВИК за услуги стоматологической помощи, диагностических тестов и амбулаторного лечения также способствовал росту катастрофических расходов (рис. 1) (6).

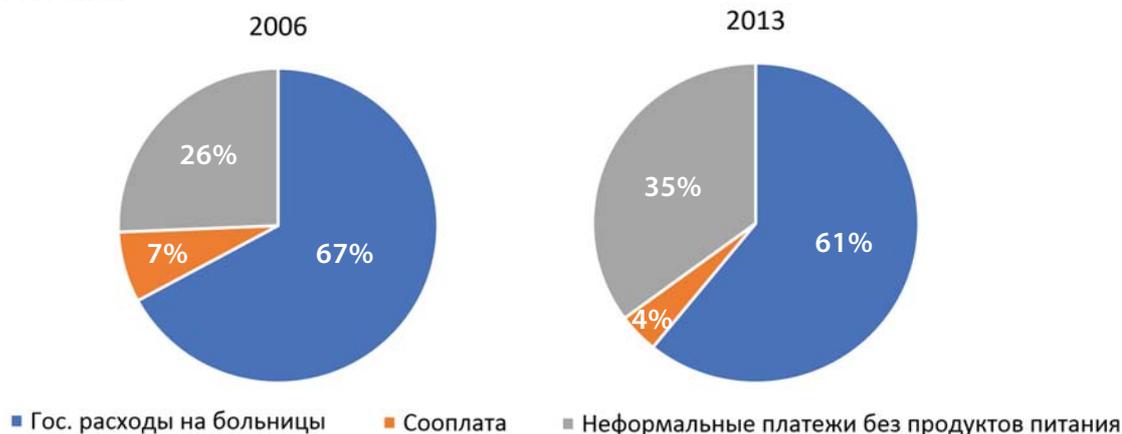
**Рис. 1. Лекарственные средства и услуги, обуславливающие рост катастрофических выплат из собственных средств**



Источник: библиография, п. 6.

Размеры ВИК за лекарственные средства, изделия медицинского назначения и услуги персонала также выросли и в больничной системе. В период с 2006 по 2013 год **дефицит финансирования стационарной помощи, восполняемый за счет неформальных платежей, увеличился с 25% до 35% расходов**, которые теоретически должны покрываться за счет Программы государственных гарантий (ПГГ) (рис. 2).

**Рис. 2. Растущий финансовый дефицит, восполняемый за счет неформальных платежей**

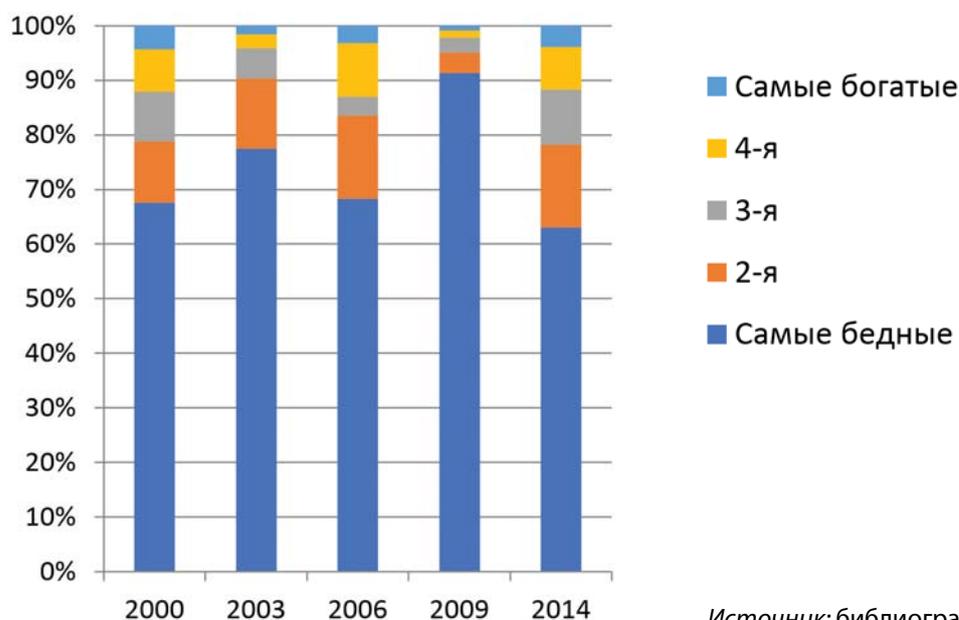


Источник: библиография, п. 6.

Однако, хотя после 2009 года среди населения, относящегося к беднейшей квинтили, отмечались высокие темпы роста ВИК, и по-прежнему отмечались высокие показатели катастрофических выплат, **политика финансовой защиты населения в рамках ПГГ направлена на защиту населения беднейшей квинтили**. С 2009 года произошло небольшое снижение уровня катастрофических расходов в беднейшей квинтили населения, хотя этот

уровень все еще превышает показатели 2006 года после реализации программы *Манас* (рис. 3). Это сокращение расходов, наблюдаемое с 2009 года, может быть обусловлено снижением уровня бедности и ростом доходов домохозяйств. Благодаря росту доходов населения за этот период отмечается сокращение разорительных расходов во всех квинтилях населения (6).

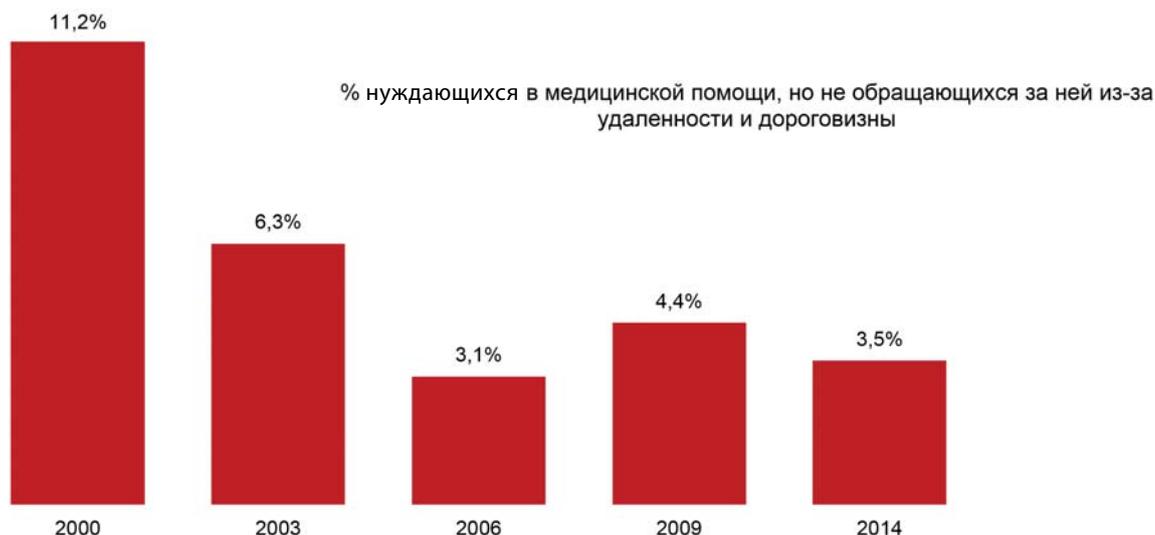
**Рис. 3. Рост катастрофических платежей**



Источник: библиография, п. 6.

Обследование среди лиц, не обращавшихся за медицинской помощью, когда они нуждались в ней, из-за больших расстояний или по финансовым причинам, показывает аналогичную картину: к 2009 году наметились некоторые обратные тенденции после резкого сокращения неудовлетворенных потребностей, достигнутого к 2006 году в рамках программы *Манас*, но, начиная с 2009 года, доля неудовлетворенных потребностей несколько снизилась (рис. 4). Однако это, по-видимому, связано с экономическим ростом и снижением уровня бедности, а не с работой системы здравоохранения, поскольку данные этого обследования, проведенного в Кыргызстане в рамках Комплексного интегрированного обследования бюджетов домохозяйств, показывают, что **по сравнению с 2009 годом большая доля домохозяйств в 2014 году сообщили, что им трудно или очень трудно оплачивать расходы на здравоохранение и что для оплаты медицинского обслуживания они чаще используют стратегии приспособления** (например, использование сбережений, поддержку родственников, сокращение потребления). Имеющиеся данные также показывают, что в случае болезни более половины населения занимается самолечением, а не обращается к врачам, что приводит к высоким размерам наличной оплаты лекарств, отпускаемых без рецепта (6).

**Рис. 4. Неудовлетворенные потребности из-за отдаленного проживания или по финансовым причинам**



Источник: Интегрированное обследование бюджетов домохозяйств Кыргызстана; библиография, п. 6.

В более позитивном плане следует отметить, что справедливое финансирование, совместное финансирование и бесплатный доступ к ПМСП - совместно с сельскими комитетами здоровья - продолжали обеспечивать платформу для прогресса в деле улучшения доступа, охвата и справедливости в отношении приоритетных болезней (рис. 5). Однако эти достижения в настоящее время уязвимы из-за кадрового кризиса в сельской семейной медицине и отсутствия планов по обеспечению финансовой устойчивости работы общественников в сельской местности после завершения поддержки проектов в области развития.

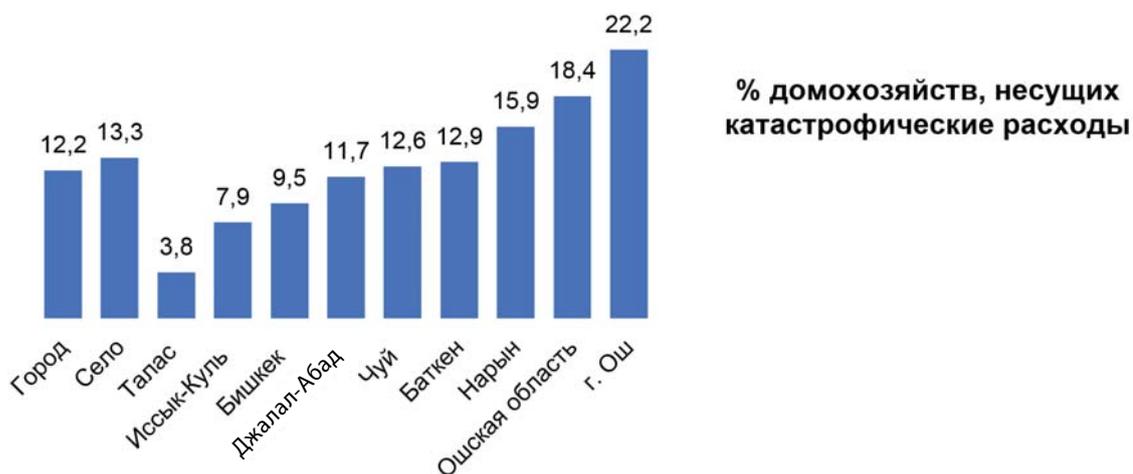
**Рис. 5. Преодоление разрыва между городом и селом в охвате первичной медико-санитарной помощью пациентов с гипертонической болезнью**



Как показано на рис. 6, в сфере финансовой защиты в здравоохранении существует неравенство между регионами страны. Высокие уровни катастрофических выплат отмечаются как в некоторых городских районах

(особенно в Оше), так и в некоторых отдаленных или горных районах (например, в Баткене и Нарыне), что указывает на необходимость усиления защиты в беднейших регионах, а также устранения некоторых причин повышения размеров неформальной оплаты в городах.

**Рис. 6. Распределение катастрофических платежей по регионам страны (2014 г.)**



## 4. Причины замедления прогресса

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

**4.1. | Высокие и быстрорастущие расходы на лекарства** – с точки зрения как роста цен, так и объемов, это является основной непосредственной причиной роста наличных расходов на покупку лекарственных средств. Это указывает на проблемы в политике, регулировании и управлении в области лекарственных средств, которые приводят к высоким ценам на лекарства, их низкой доступности в некоторых учреждениях, нерациональному назначению и быстрому росту продаж лекарств без рецепта. В значительной степени эта проблема связана с расходами на амбулаторные лекарства, в том числе рецептурные препараты (7). Промежуточный обзор программы *Ден соолук* показал, что в стратегии не уделяется должного приоритетного внимания вопросам лекарственной политики (5). Однако более пристальное внимание, которое уделялось этой проблеме за прошедшее время, привело к принятию нового Закона об обращении лекарственных средств, который может заложить основу для осуществления политики регулирования цен и других улучшений, **хотя это потребует значительного увеличения объемов и потенциала ресурсов, выделяемых на осуществление регулирования фармацевтической деятельности.**

**4.2. | В рамках разработки бюджета здравоохранения выделяются недостаточные ресурсы на обеспечение лекарственными средствами и предоставление услуг ПМСП.** Крайне незначительный объем бюджетных ассигнований, выделяемых на Дополнительный пакет обязательного медицинского страхования (ДП ОМС), приводит к чрезмерно жесткому ограничению доступа к высокорентабельному лечению приоритетных болезней. Бюджет программы ДП ОМС на закупку рецептурных лекарственных средств в 2017 году составил 1,7% от общего объема государственных расходов на здравоохранение, что эквивалентно лишь 0,70 долларов США на душу населения. Он строго регламентирован количеством бланков рецептов, ежемесячно выдаваемых семейным врачам, которые, по оценкам, удовлетворяют около трети потребностей пациентов в рецептурных лекарствах в рамках первичной медико-санитарной помощи. В 2017 году было выдано только 1,2 млн. рецептов по сравнению с примерно 1 млн. пациентов, нуждающихся в регулярных рецептах только на препараты для лечения гипертонической болезни (8). Бюджет ДП ОМС не был увеличен достаточно быстро для того, чтобы облегчить это жесткое нормирование или покрыть растущий спрос. Наблюдается значительный реальный рост доплат за лекарства, оплачиваемые в рамках ДП ОМС, что свидетельствует о том, что для сохранения глубины охвата уровень возмещения ДП ОМС не был адекватно скорректирован с учетом изменения цен. (Данное повышение цен включает в себя некоторые «обоснованные» изменения, связанные с обесцениванием кыргызской валюты [сом]).

Существуют также проблемы с распределением бюджетов на закупку лекарственных средств больницами: **доля больничных бюджетов, выделяемых на лекарства и другие прямые расходы на лечение пациентов во многих учреждениях, в настоящее время ниже уровня 20%**, наблюдавшегося до реформы, в то время как спрос растет. Увеличение доли бюджетного финансирования прямых расходов пациентов в рамках программы *Манас* имеет большое значение для сокращения неформальных платежей за лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

**Доля бюджета ФОМС, выделяемая на услуги ПМСП, относящиеся к стационарной медицинской помощи, не была достаточно увеличена, чтобы расширить роль ПМСП** или, как это предусмотрено в национальных стратегиях здравоохранения, чтобы передать часть функций из больниц (путем сокращения числа случаев необоснованной госпитализации по таким причинам, как обычная гипертония и несложные детские заболевания) в учреждения ПМСП. В 2018 г. из ФОМС была произведена оплата услуг учреждений ПМСП по конечному результату (т.е., применялся метод финансирования на основе результатов, или ФОР) за счет перераспределения средств из этих фиксированных ассигнований на оказание ПМСП. Выплаты по линии ФОР направлены на повышение качества и расширение деятельности ПМСП по выявлению, диагностике и лечению приоритетных болезней. Однако, если не увеличивать общий бюджет ПМСП для наращивания ресурсов и не финансировать стратегию привлечения и удержания большего числа врачей семейной медицины, и повышения квалификации персонала ПМСП, то вряд ли учреждения ПМСП будут располагать достаточным количеством квалифицированных сотрудников и финансовых ресурсов для повышения качества и расширения своей деятельности.

**4.3. | В более общем плане систематическое использование анализа и фактических данных в качестве основы для прогнозирования спроса и факторов, определяющих затраты, а также для распределения бюджета здравоохранения с учетом пробелов в оценке затрат в ПГГ и ДП ОМС с целью сокращения нормирования и дефицита финансирования приоритетных услуг, которое, по оценкам, составляет более трети расходов на стационарную медицинскую помощь, остается незначительным (9).** Хотя Минздрав в некоторой степени использует 13% целевой показатель при обсуждении своего бюджета, систематический анализ при определении доли бюджета, выделяемой на ПГГ или основные компоненты ПГГ, в отличие от других программ не проводится, и фактические данные не используются. Министерство финансов (Минфин) использует в качестве основы для определения бюджета ФОМС для целей ПГГ данные о фактических расходах за прошлые периоды с внесением специальных корректировок в новые стратегии (например, перевод специализированных программ в ФОМС или расширение закупок услуг гемодиализа в частном секторе). При рассмотрении средне- и долгосрочных факторов, определяющих затраты, прогнозирование давления на заработную плату (для решения проблемы оттока и нехватки медицинских кадров) уже имеет большое значение, и прогнозирование воздействия развития частного сектора здравоохранения будет со временем приобретать все большее значение. Частные поставщики услуг обладают потенциалом для повышения качества, но при отсутствии надлежащего регулирования частный сектор имеет мощные стимулы для использования маркетинга в целях повышения спроса на несущественные и неэффективные услуги в дополнение к основным услугам, что может увеличить дефицит финансирования и ослабить финансовую защиту. Существуют и другие факторы, усиливающие проблему с ослаблением финансовой защиты.

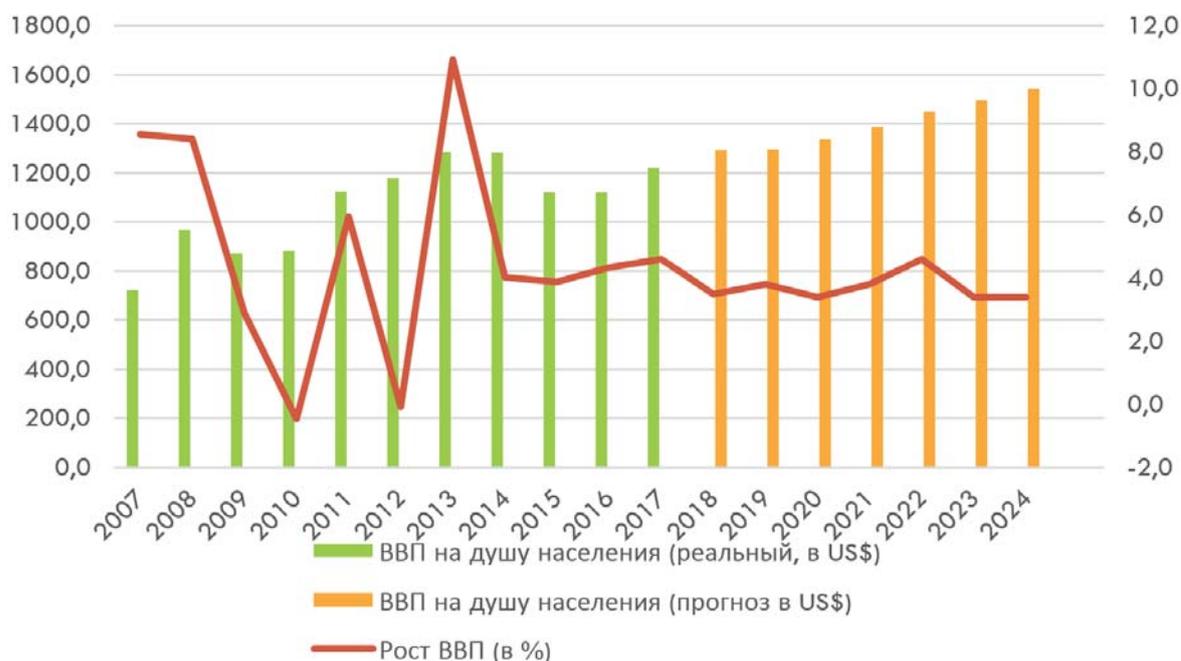
**4.4. | Мобилизация ресурсов на здравоохранение ослабла, поскольку «целевой показатель» доли общих государственных расходов на здравоохранение на уровне 13%, как представляется, теперь интерпретируется как «верхний», а не «минимальный» предел.** В период реализации программы *Манас таалими* в 2008-2009 гг. слабая мобилизация ресурсов была обусловлена воздействием глобального финансового кризиса, а в 2010 году - политической нестабильностью. Политическая стабилизация и более высокие (но все еще неустойчивые) темпы экономического роста привели к увеличению бюджетных ассигнований на здравоохранение в 2012-2013 гг. Тем не менее, мобилизация ресурсов из республиканского бюджета в период окончания программы *Ден соолук* оставалась на прежнем уровне. Это проявляется в тенденции к выравниванию реальных расходов на здравоохранение на душу населения с 2012 года и в доле общих государственных расходов на здравоохранение, которая снизилась с 14,8% от общих государственных расходов на здравоохранение в 2013 году до 13,0-13,2%, начиная с 2015 года. Целевой показатель бюджетных ассигнований на здравоохранение, по-видимому, функционирует в качестве «потолочного значения» или верхнего предела, а не «нижнего предела» или минимального стандарта, хотя первоначально предполагалось, что 13% - это минимальный стандарт для защиты сектора здравоохранения в периоды жесткой бюджетной экономии. Напротив, доля бюджетного финансирования других приоритетных

секторов в Кыргызстане, таких как образование, за этот период неуклонно возростала (обратите внимание: бюджет сектора образования вырос с 16% до 24% с 2010 по 2016 год по сравнению с 13% в секторе здравоохранения в 2010 и 2016 годах) (см. рис. 7, 8 и 9.)

Во всем мире по мере роста экономики стран, как это происходит в экономике Кыргызстана, государства обычно выделяют большую долю ВВП на механизмы совместного финансирования здравоохранения. В Кыргызстане Минфин использует нестандартную меру (согласованную с партнерами в области развития) для достижения 13% целевого показателя расходов на здравоохранение, который включает инвестиционные расходы. Однако это не является хорошим показателем изменений с точки зрения адекватности финансирования ПГГ и ДП ОМС, и других текущих расходов на здравоохранение и оказание услуг. Метод измерения целевого показателя в области здравоохранения, используемый Минфином/партнерами по развитию, не является полезным для международных сравнений. Он завышает показатель расходов на здравоохранение в Кыргызстане примерно на 3 процентных пункта по сравнению со стандартным показателем Системы счетов здравоохранения, используемым при международных сравнениях. **Имеются достаточные основания для пересмотра целевого показателя расходов бюджета здравоохранения и разъяснения того, что его следует интерпретировать как минимальный стандарт для защиты расходов на здравоохранение в сложных экономических условиях, а не как «золотой стандарт»**, учитывая, что этот уровень финансирования недостаточен для финансирования текущей ПГГ.

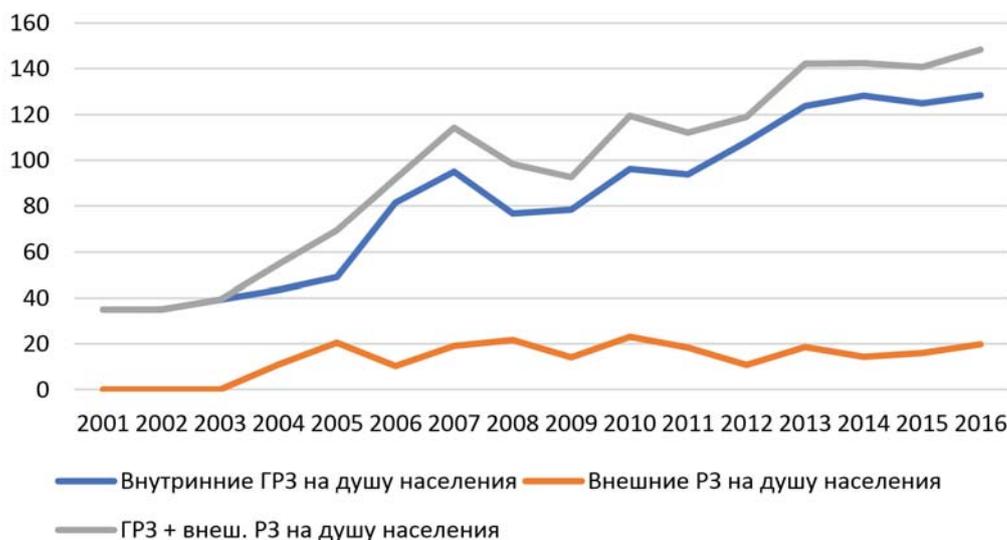
Кроме того, ставки сооплаты не корректировались регулярно и не поспедали за инфляцией или ростом реальной заработной платы; этот фактор наряду с непродуманным расширением льгот привел к снижению доходов от сооплаты за услуги больниц с 7% до 4% от общих расходов больниц (рис. 2, выше).

**Рис. 7. Неустойчивый ВВП на душу населения (реальный на 2006-2017 гг.; по оценкам в 2018 г.; прогноз на 2019-2024 гг.)**



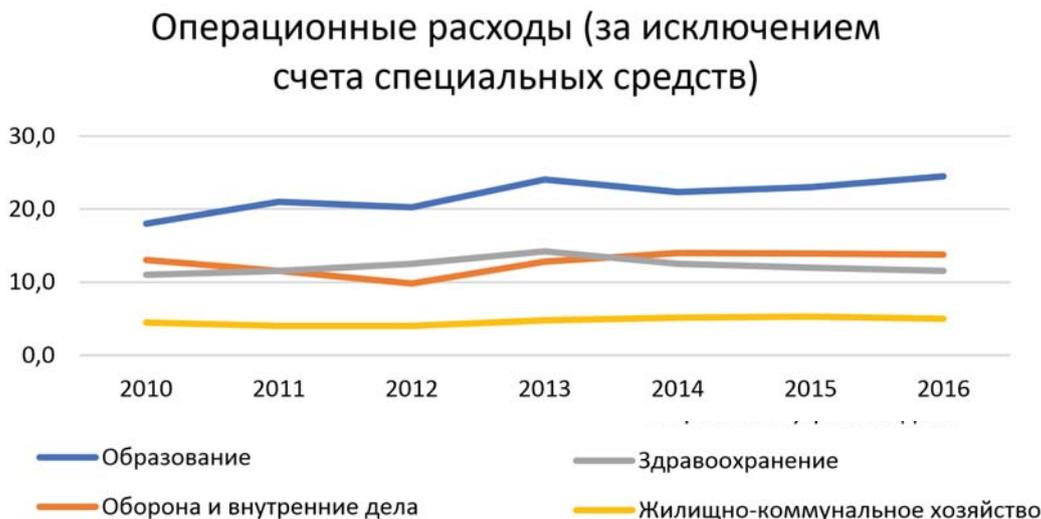
Источник: WDI actuals 2006-2017; IMF (2019) est. 2018 and projected 2019-2024 (10).

**Рис. 8. Замедление роста государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения с 2013 года**



Всемирный банк: «Показатели мирового развития».

**Рис. 9. Ослабление мобилизации ресурсов на здравоохранение из государственного бюджета**



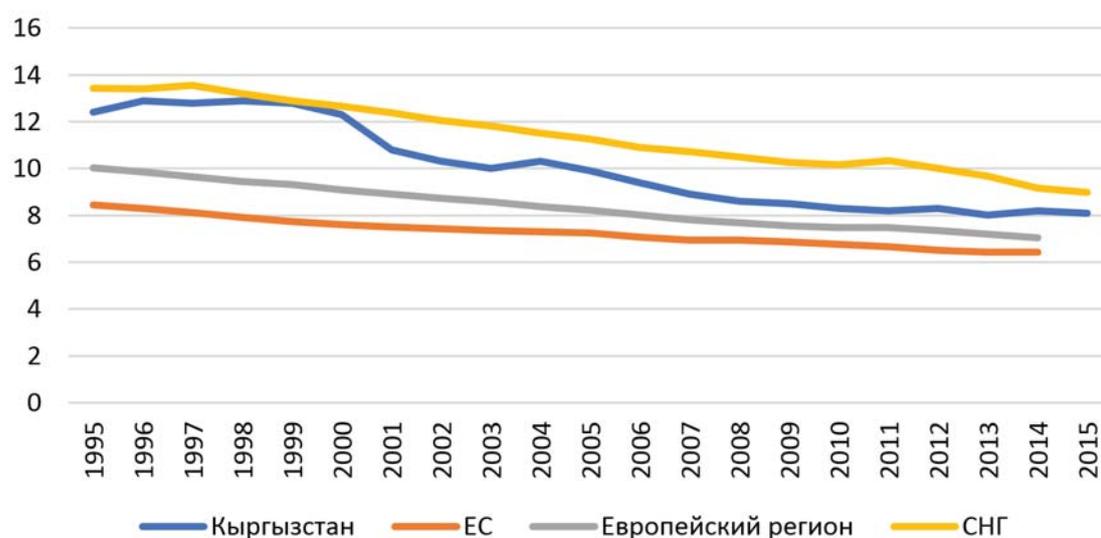
Источник: Расчеты Всемирного банка с использованием национальных бюджетных отчетов (Всемирный банк, 2018 г.).

**4.5. | Слабо налажен сбор взносов на обязательное медицинское страхование.** Сбор взносов обязательного медицинского страхования, поступающих из государственного и неформального секторов, а также от сельскохозяйственных производителей, осуществляется неэффективно, и около 26% населения не платят взносы, хотя эта система является обязательной (6). В рамках пилотного проекта Минфина в одной области проводится эксперимент по передаче ответственности за сбор средств из Фонда социального

обеспечения Государственной налоговой службе, которая находится в ведении Минфина, и уже продемонстрирован потенциал для улучшения процесса сбора средств.

**4.6. | До сих пор отмечается значительная неэффективность услуг, предоставляемых в больницах.** Средняя продолжительность пребывания в больнице с 2010 года стабилизировалась на уровне примерно 8 дней после резкого сокращения в период с 2000 по 2010 год (рис. 10). Однако общего перехода к лечению в дневных стационарах и амбулаторных условиях, как это происходит в других странах, пока не произошло. Количество дневных хирургических стационаров невелико; такие процедуры, как тонзиллэктомия, хирургия катаракты и грыжесечение, которые обычно проводятся за один день, в среднем предусматривают госпитализацию на 6,5, 7 и 8,3 дня соответственно (данные ФОМС). Количество случаев необоснованной госпитализации при амбулаторных состояниях, таких как простая гипертония, остается высоким. С момента закрытия и консолидации больниц в рамках программы *Манас* на первом этапе не было достигнуто никакого прогресса в решении проблемы фрагментации и избытка медицинских учреждений в Бишкеке и Оше. Новые инвестиции нетрадиционных доноров в строительство больниц в Бишкеке могут усугубить эту проблему. Имеются также возможности для дальнейшей оптимизации работы плохо структурированных многопрофильных больниц в других регионах. В качестве основы для следующего раунда оптимизации следует разработать новый мастер-план, однако уроки прошлого указывают на необходимость проявления твердой политической воли и уделения более серьезного внимания вопросам коммуникации и управления преобразованиями для его осуществления.

**Рис. 10. Средняя продолжительность пребывания в больницах (неотложной помощи)**



**4.7. | Отсутствие прогресса в деле повышения эффективности отчасти отражает замедление темпов осуществления стратегических закупок при ограниченном прогрессе в области использования системы контрактов и оплаты услуг поставщиков в целях повышения качества, эффективности и результативности деятельности в области здравоохранения.**

**а. Оплата больничных и специализированных услуг.** Простая система оплаты по пролеченному случаю в стационаре обновлялась четыре раза с момента ее внедрения. Это позволило отразить в системе оплаты услуг различия в стоимости хирургических операций, лечения детей и случаев краткосрочного пребывания, а также распространить ее на некоторые дополнительные специализированные услуги и противотуберкулезные услуги, которые включаются в систему Единого плательщика.<sup>а</sup> Вместе с тем в системе оплаты по пролеченному случаю не предусматривается корректировка платежей с учетом более сложных случаев или осложнений, поэтому звучат предложения о проведении более детального обзора, с тем чтобы обеспечить надлежащее распределение ресурсов в рамках платежной системы между больницами разных уровней. ВОЗ оказывает консультативную поддержку ФОМС, с тем чтобы он смог продолжить разработку своей системы классификации случаев заболевания.

Кроме того, за исключением одного проекта, поддерживаемого ЮНИСЕФ, в рамках которого были разработаны показатели лечения в дневном стационаре и поддерживались соответствующие изменения в порядке предоставления услуг, оказавшие значительное воздействие на сокращение числа случаев необоснованной госпитализации (10), до сих пор не разработан механизм оплаты услуг амбулаторных специалистов или хирургических операций, проводимых в день поступления. Таким образом, больницы имеют сильный стимул для приема пациентов, которые могут пролечены амбулаторно или в отделениях краткосрочного пребывания.

**б. Заключение контрактов и работа с данными.** В связи с нехваткой данных, используемых ФОМС для заключения контрактов с больницами, и отсутствием возможностей для анализа данных и составления спецификаций контрактов, ФОМС пока не смог надлежащим образом конкретизировать контракты и обеспечить их мониторинг. Таким образом, ФОМС пока не удается контролировать объем услуг, обеспечивать обратную связь с поставщиками услуг или изменять перечень услуг стационарного лечения для повышения их экономической эффективности и решения приоритетных задач здравоохранения. В последние два года ФОМС при поддержке ВОЗ занимается разработкой системы стратегических закупок, анализируя деятельность больниц по основным категориям заболеваний. На областном уровне начаты пилотные проекты по использованию этих данных и результатов анализа для разработки стратегических спецификаций контрактов, ведения переговоров, мониторинга и обеспечения обратной связи. ВОЗ также оказала поддержку ФОМС с целью улучшения сбора данных и развития центрального аналитического потенциала. Темпы развития системы стратегических закупок сдерживаются необходимостью решения

---

<sup>а</sup> «Система Единого плательщика» в Кыргызстане - это система финансирования здравоохранения, состоящая из ФОМС, служб и поставщиков медицинских услуг, которые она финансирует.

проблем, связанных с управлением данными и информацией, а также перегруженностью центральных и региональных отделений ФОМС.

- с. Оплата услуг первичной медико-санитарной помощи.** Помимо некоторых пилотных программ, реализуемых в отдельных районах, оплата услуг ПМСП осуществлялась на основе простой формулы расчета подушевой оплаты с самого начала реформы в Кыргызстане, в рамках которой расширение роли ПМСП в системе здравоохранения не поддерживается. Успешный пилотный проект, осуществляемый при поддержке АМР США и предусматривающий передачу основной части функций диагностики и лечения туберкулеза в систему первичной медико-санитарной помощи, также планируется расширить в рамках ФОМС. В 2017-2018 гг. при поддержке Всемирного банка и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC) в некоторых районах началось осуществление пилотных проектов по внедрению оплаты по результатам работы.
- d. Оплата на основе результатов.** Имеется потенциал для более широкого использования финансовых рычагов (включая надлежащее использование механизма оплаты по результатам деятельности, т.е. финансирования на основе результатов (ФОР), в поддержку улучшения выявления и лечения приоритетных болезней, повышения качества ухода и желаемого перехода от стационарного лечения к услугам дневных стационаров и учреждений первичной медико-санитарной помощи. При поддержке Всемирного банка в районных больницах была внедрена пилотная схема ФОР, и предварительные результаты оценки ее воздействия (которые должны быть опубликованы в 2019 году) являются положительными (12,13). ФОМС выделил средства на расширение этой деятельности с целью вовлечения областных больниц и расширения охвата учреждений ПМСП к концу 2018 года, опираясь на опыт пилотных проектов, поддерживаемых Всемирным банком и SDC.

Определенные **основополагающие принципы развития системы оплаты услуг поставщиков уже находятся на стадии разработки, хотя для их полного внедрения потребуются дальнейшее укрепление потенциала, систем управления данными и информацией в ФОМС и соответствующих систем у поставщиков медицинских услуг.**

Большинство **этих изменений в системе оплаты медицинских услуг должны координироваться с мерами Минздрава в области предоставления услуг и кадровых ресурсов в целях повышения качества медицинской помощи** - например, путем обновления моделей оказания услуг, инвестиций в соответствующие учреждения и оборудование, и содействия изменениям в клинической практике посредством обучения персонала и разработки методических руководств. Например, расширение роли первичной медико-санитарной помощи потребует сочетания изменений как в методах оплаты, так и в кадровой политике (для улучшения подготовки и вознаграждения семейных врачей и медсестер), а также улучшения доступа к диагностике в учреждениях ПМСП. Для развития дневной хирургии также потребуются перепланировка зданий, оборудование, проведение обучения и разработка протоколов.

## 5. Управление государственным финансированием, нормы и стимулы: барьеры и содействующие факторы

**Медленные темпы реформы системы управления государственными финансами и государственной службы препятствуют полной реализации потенциала реформы системы финансирования здравоохранения.**

**При составлении национального бюджета верхний предельный уровень бюджета ФОМС устанавливается Минфином на основе фактических расходов за прошлые периоды.** Важным шагом вперед стало то, что верхний предельный уровень бюджета ФОМС больше не устанавливается на основе производственных затрат организаций здравоохранения (ОЗ). Тем не менее, корректировки бюджета с учетом инфляции по-прежнему основываются на производственных затратах (в частности, увеличение заработной платы применяется к утвержденному числу штатных должностей), что продолжает создавать препятствия для сектора здравоохранения в деле более рационального использования избыточных вакантных должностей. Более серьезную озабоченность вызывает тот факт, что при составлении бюджета не используется никакая методология прогнозирования роста расходов на ПГГ в целях удовлетворения растущих потребностей/спроса, обусловленных ростом численности и старением населения. Также отсутствует методология или стратегия устранения дефицита финансирования за счет более точной оценки стоимости ПГГ с течением времени. Такой подход был бы более предпочтительным для установления верхнего предельного уровня бюджета, чем нынешняя зависимость от 13% целевого показателя общих государственных расходов на здравоохранение (который на практике составляет около 10%, если сравнивать с национальными и международными показателями) при отсутствии научно обоснованной методологии для определения доли этого бюджета, выделяемой на Программу государственных гарантий. Кроме того, фактические данные не используются для пересмотра приоритетов при распределении бюджетных ресурсов по программным категориям (например, соотношение ассигнований на ПМСП по сравнению со специализированными услугами или контрактами с частными поставщиками) в соответствии с приоритетами национальной стратегии.

**На уровне ОЗ учреждения продолжали бороться с негибкостью и антистимулами в системе управления государственными финансами.** В результате у ОЗ остается мало возможностей реагировать на те стимулы, которые стремится создать платежная система для повышения эффективности их деятельности. Планы с момента принятия программы *Манас таалими*

о предоставлении медицинским учреждениям большей автономии для реагирования на финансовые стимулы не получили поддержки со стороны Минздрава, хотя в июле 2018 года при поддержке SDC в трех районах были осуществлены пилотные проекты. В ходе их реализации было установлено, что медицинские учреждения могут достичь существенной автономии в рамках существующего законодательства путем внесения изменений в нормативные положения, находящиеся под контролем Минздрава и ФОМС.<sup>a</sup>

**Новый закон о бюджете ФОМС, введенный в действие в 2018 году, обеспечивает основу для повышения финансовой самостоятельности учреждений. ФОМС очень осторожно предлагает применение гибких условий, а учреждения проявляют еще большую осторожность при использовании новых гибких возможностей** в течение первого года реализации проекта. Минздрав также осторожно подошел к вопросу утверждения положений, разработанных ФОМС, по переходу к полностью объединенному бюджетированию и отчетности о расходах, а также с целью предоставления большей финансовой гибкости медицинским учреждениям. Однако, несмотря на эти препятствия, в течение года наблюдается некоторый прогресс в устранении узких мест, препятствующих доступу к денежным средствам для удовлетворения первоочередных потребностей. Существует потенциал для дальнейшего развития этих предварительных мер с течением времени.<sup>b</sup>

**Медицинские учреждения (или Минздрав) систематически сталкиваются с отсутствием стимулов для оптимизации числа штатных должностей с целью повышения эффективности и выделения достаточных бюджетных средств на прямые расходы по уходу за пациентами или содержанию учреждений.** Это в первую очередь связано с наследием постсоветских норм кадрового обеспечения и положений Трудового кодекса, в соответствии с которыми учреждения здравоохранения считают, что имеют право перераспределять заработную плату на вакантные должности в пользу других сотрудников в течение неопределенного времени. Из-за этого руководители учреждений неохотно отказываются от должностей, даже если рабочей нагрузки недостаточно для обоснования их сохранения. Если эти антистимулы не будут устранены, нельзя ожидать, что повышение автономности учреждения приведет к значительному повышению эффективности или качества. Нежелание учреждений отказываться от ненужных должностей усиливается повсеместными опасениями, что Минфин изымет сэкономленные средства, если эти должности будут сокращены. Сегодня это уже не соответствует действительности, но Минфин по-прежнему принимает во внимание численность персонала при секвестировании бюджета, когда финансируются только защищенные статьи (зарплаты базового уровня) и когда Минфин корректирует бюджет для увеличения утвержденных уровней заработной платы в секторе здравоохранения. Эти факторы продолжают содействовать сохранению имеющихся должностей.

---

<sup>a</sup> Отчет об оценке окончания Фазы I: Проект автономии медицинских учреждений. Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству; 2018 г. (Не опубликовано).

<sup>b</sup> Отчеты миссий технических экспертов, консультирующих ФОМС по вопросам управления, стратегических закупок, разработки схемы оплаты за пролеченный случай и данных. Бишкек: Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане; 2017-2018 гг. (Не опубликовано).

Проведенное ранее исследование норм кадрового обеспечения показало, что число утвержденных должностей по всей стране значительно превышает число должностей, которое было бы оправдано нормами рабочей нагрузки, действовавшими в 2001 году. Превышение численности персонала является самым высоким в Бишкеке, за которым следует Ош.<sup>a</sup> В рамках пилотного проекта SDC по формированию автономии организаций здравоохранения, который осуществлялся в Иссык-Кульской области, учреждения сокращают количество должностей до уровня, основанного на нормах рабочей нагрузки 2001 года, и направляют средства, сэкономленные в результате сокращения должностей, в премиальный фонд для доплат к основной зарплате в соответствии с системой оценки качества работы. Эта схема была утверждена Минздравом КР для реализации с 1 июля 2018 года.<sup>b</sup> Полностью отменять нормы кадрового обеспечения не рекомендуется до тех пор, пока не будет установлен минимальный стандарт численности персонала для обеспечения безопасности пациентов. Существующая бюджетная норма, требующая, чтобы медицинские учреждения выделяли 15% своих бюджетов на закупку лекарственных средств, явно не применяется; стимулы, связанные с кадровыми нормами, оказывают более сильное влияние на распределение бюджетов медицинских учреждений по видам деятельности.

Нынешняя система предоставляет руководителям учреждений значительную свободу действий в плане выплаты существенно более высоких зарплат персоналу. В условиях нынешнего кадрового кризиса этот механизм может оказаться особенно важным для сельских учреждений. Однако порядок функционирования этой системы означает, что руководители медицинских учреждений не могут использовать эту гибкость для найма новых сотрудников на важные вакансии, предлагать более высокие ставки окладов, которые в несколько раз превышали бы базовый оклад, даже если на практике они выплачивают медицинскому персоналу более высокие зарплаты. Кроме того, в структуре шкалы базовых окладов предпочтение отдается набору более молодых сотрудников или сотрудников, только начинающих свою карьеру, по сравнению с сотрудниками предпенсионного или пенсионного возраста, и руководители учреждений не имеют возможности гибко менять эту практику (14).<sup>c</sup>

---

<sup>a</sup> Пересмотр норм кадрового обеспечения организаций здравоохранения в рамках сопутствующих мероприятий отраслевой программы “Здравоохранение 2”. (BMZ 2007.70.370). Заключительный отчет. Бишкек: Kreditanstalt für Wiederaufbauentwicklungsbank (KfW) и Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; 2014 г. (Не опубликовано).

<sup>b</sup> Отчет об оценке окончания Фазы I: Проект автономии медицинских учреждений. Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству; 2018 г. (Не опубликовано).

<sup>c</sup> Отчеты миссий технических экспертов, консультирующих ФОМС по вопросам управления, стратегических закупок, разработки схемы оплаты за пролеченный случай и данных. Бишкек: Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане; 2017-2018 гг. (Не опубликовано).

## 6. Несовершенство системы управления и руководства замедляют темпы реформ

Осуществлению реформы *Манас* способствовали серьезная **политическая заинтересованность, хорошо скоординированное руководство со стороны Минздрава и ФОМС** и эффективная поддержка со стороны основных партнеров по развитию. Это обеспечило создание исключительно благоприятных условий в этот период реформы, которые оказалось нелегко сохранить в ходе реализации двух последующих стратегий. Эта благоприятная среда характеризовалась следующими ключевыми особенностями: 1) период стабильности в руководстве Минздрава и ФОМС в сочетании с единым видением и пониманием реформы; 2) четкая координация осуществления реформы между двумя ведомствами; 3) хорошо скоординированная техническая поддержка со стороны крупных партнеров по развитию и технических партнеров.

В среднесрочном обзоре программы *Ден соолук* отмечалось, что достижению прогресса в ее осуществлении мешают глубинные институциональные факторы. Не были приняты оперативные и согласованные меры для решения вопросов, поднятых в ходе ежегодных обзоров национальной стратегии. Некоторые рекомендации согласовывались из года в год в ходе ежегодных обзоров, но не приводили к принятию последующих мер, необходимых для решения этих вопросов и достижения желаемых результатов. Существует также разрыв между конечными целями стратегии и последовательностью действий, результатов и промежуточных результатов, необходимых для их достижения. Стратегия Минздрава предусматривает составление плана и отчета о проделанной работе, однако зачастую наблюдается нежелание ставить перед собой сложные, но реалистичные задачи по достижению ключевых промежуточных результатов.

Обзоры указывают на **слабость руководства и управления, включая отсутствие ориентации на результаты**, чрезмерно централизованное управление на фоне **слабых связей Минздрава с учреждениями регионального уровня**, раздробленные и неэффективные надзорные и консультативные советы и комитеты, а также **слабую координацию управления в Минздраве, ФОМС и Минфине** (5).

**Координация между Минздравом и ФОМС** усложнилась в ходе реализации стратегии *Манас таалими* после 2006 года, когда ФОМС получил статус независимого от Минздрава учреждения. Положительные черты независимости ФОМС заключаются в том, что она обеспечивает более сильную систему сдержек и противовесов. Однако это привело к новым проблемам координации и уточнения ролей между Минздравом и ФОМС, а также к проблемам управления самим ФОМС. В результате отсутствия регулярных процессов, обеспечивающих координацию, это во многом зависело от личных качеств и отношений между министром здравоохранения и руководителем ФОМС. **Отсутствие ясности и некоторое дублирование ролей и обязанностей ФОМС, Минздрава и Минфина** создает ненужные разногласия. Такая ситуация приводит к задержкам

в принятии законодательных, нормативных и административных решений, влияющих на реформу финансирования здравоохранения.

До недавнего времени наблюдательный совет ФОМС под председательством вице-преьера по социальным вопросам не проводил регулярных заседаний и не функционировал эффективно. На практическом уровне наблюдалось отсутствие стандартных передовых практик и процедур для советов/комитетов, а также отсутствие стандартной отчетности. Руководство ФОМС приступило к решению этих вопросов при поддержке ВОЗ **путем принятия стандартных оперативных процедур и форматов отчетности для своего центрального аппарата и разработки своей институциональной стратегии**, которая является ключевой основой для обеспечения подотчетности ФОМС перед наблюдательным советом. Разработаны предложения по уточнению устава Наблюдательного совета и пересмотру его состава с целью решения **текущих проблем, вызванных конфликтом интересов некоторых его членов** и наличием большого числа пассивных членов.<sup>a</sup>

**Управление, мониторинг и проверки государственных ОЗ фрагментарны, слабы и неэффективны.** Многочисленные комитеты и советы в секторе здравоохранения (в том числе три под председательством вице-преьера, два общественных наблюдательных совета и Коллегия Минздрава, состоящая из представителей медицинских учреждений) имеют нечеткий или частично совпадающий круг ведения и обычно имеют ограниченные полномочия или мандаты. Эти структуры управления нерационально используют скудный потенциал подотчетных им учреждений, не обладают необходимыми навыками и опытом и в конечном счете неэффективны в качестве механизмов обеспечения подотчетности. **Ни один из этих органов не имеет четких полномочий действовать в качестве форума для координации стратегии Минздрава и ФОМС или механизма отчетности о результатах** реализации государственных программ в секторе здравоохранения. На практике Минфин, возможно, играет ключевую роль в обеспечении финансового контроля и подотчетности в системе Единого плательщика. Инициатива Минфина по программному бюджетированию ведет к расширению его роли по обеспечению подотчетности Минздрава и ФОМС в нефинансовых аспектах деятельности, при этом линии подотчетности связанные с бюджетом, проходят через Минфин перед утверждением в правительстве и парламенте.

**Фрагментарное управление приводит к появлению противоречивых и запутанных указаний для ОЗ**, несогласованности нормативных положений, непоследовательному применению политики и правил **и неэффективности управления и подотчетности поставщиков медицинских услуг.** Частные поставщики медицинских услуг действуют в рамках законодательной и нормативной базы, отличной от системы государственных ОЗ, а те, с которыми ФОМС заключает контракт, также страдают от несогласованного управления. Министерство здравоохранения выполняет роль основного «собственника», который отвечает за организации здравоохранения - назначает директоров ОЗ, устанавливает правила в отношении качества, инфраструктуры и людских

---

<sup>a</sup> Отчеты миссий технических экспертов, консультирующих ФОМС по вопросам управления, стратегических закупок, разработки схемы оплаты за пролеченный случай и данных. Бишкек: Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане; 2017-2018 гг. (Не опубликовано).

ресурсов, а также собирает данные от ОЗ. Минздрав также выдает лицензии частным организациям. Однако у Минздрава не хватает потенциала для мониторинга и оценки работы поставщиков услуг. Недавно при поддержке Всемирного банка был осуществлен пилотный проект по оплате труда в районных больницах и центрах ПМСП в зависимости от качества работы, который в настоящее время передан ФОМС, в результате чего была создана более эффективная система сбалансированной оценки качества на основе оценочных карт для больниц (аналогичная аттестации), которая проводится независимо от оценки аттестационной комиссии Минздрава. Кроме того, многочисленные министерства и Счетная палата проводят инспекции ОЗ в соответствии со своими нормативными документами. Эти многочисленные проверки ОЗ плохо согласованы, не скоординированы, неодинаково и непоследовательно применяются, и зачастую непрозрачны, **что создает для поставщиков услуг большую нагрузку в плане соблюдения требований и формирует культуру осторожности из-за необходимости их соблюдать, причем никаких четких указаний или поддержки для обеспечения качества и повышения качества они не получают** (15).

В рамках реформ здравоохранения, осуществляемых в ходе программы *Манас*, на ФОМС была возложена ответственность за финансовый мониторинг и контроль государственных ОЗ, а также за обеспечение их подотчетности по контрактам на оказание услуг, включающим некоторые показатели качества. Через свои региональные отделения ФОМС имеет больше возможностей для финансового и контрактного мониторинга, чем Минздрав. **Полномочия и ответственность за финансовые результаты и эффективность деятельности ОЗ неравномерно распределены между Минздравом и ФОМС.** ФОМС располагает данными и оказывает финансовое воздействие в случае возникновения дефицита у ОЗ, но они находятся в подчинении Минздрава, обладающего регуляторными полномочиями, необходимыми для того, чтобы заставить неблагоприятные с финансовой точки зрения учреждения решать свои проблемы.<sup>а</sup>

**В стране нет правительственного комитета или совета, в котором бы рассматривались все государственные расходы на здравоохранение.** После введения в действие в 2018 году нового Закона о бюджете ФОМС бюджетные процессы Минздрава и ФОМС происходят совершенно отдельно как в правительстве, так и в парламенте. Минфин (и Кабинет министров) является единственным органом, рассматривающим бюджеты Минздрава и ФОМС, за исключением обзоров социальной защиты/совместных ежегодных обзоров (SWAp/CEO), инициированных партнерами по развитию. Бюджет Минздрава обсуждается в первую очередь и является частью республиканского бюджета - правительственного закона о годовом бюджете. В этом контексте Минздрав использует целевой показатель расходов на здравоохранение в размере 13% от всего бюджета и имеет возможность первым претендовать на любое увеличение бюджета здравоохранения по сравнению с предыдущим годом. Решение по бюджету ФОМС принимается чуть позже в том же году в рамках совершенно отдельного процесса в соответствии с Законом о годовом бюджете ФОМС - вне республиканского бюджета. Инициатива Минфина **по**

---

<sup>а</sup> Отчеты миссий технических экспертов, консультирующих ФОМС по вопросам управления, стратегических закупок, разработки схемы оплаты за пролеченный случай и данных. Бишкек: Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане; 2017-2018 гг. (Не опубликовано).

**программному бюджетированию обеспечивает потенциальную платформу для разработки реалистичных, но трудных для достижения результатов, показателей и целей, согласованных с новой ГПРЗ 2030, и для рассмотрения всего объема государственных расходов на здравоохранение, однако для ее полного осуществления потребуется несколько лет.**

Обзоры практики Минздрава и ФОМС также выявили **необходимость повышения прозрачности закупок, наряду с улучшением качества данных и динамичным использованием данных для мониторинга эффективности и управления системой финансирования и закупок.** Это важнейшие предпосылки для эффективного управления ФОМС правительством, для эффективного управления ОЗ, для руководства системой здравоохранения в целом, а также для обеспечения подотчетности перед политическим руководством и широкой общественностью. ФОМС предпринял шаги по повышению прозрачности закупок и более широкому использованию данных в управленческих отчетах. Однако сложным вопросом является отсутствие сложившихся традиций привлечения руководящих органов к принятию стратегических решений и обеспечения подотчетности. Как правило, отдельные министры (или премьер-министр, или президент) имеют полномочия принимать решения, а отчетность осуществляется по ведомственной вертикальной системе подчинения. В тех случаях, когда в процессе принятия решений участвуют несколько министерств и ведомств, они направляют свои письменные комментарии и согласовательные документы для подготовки приказов или постановлений. Наблюдательный совет ФОМС, например, имеет мало полномочий для самостоятельного утверждения решений; большинство политических и стратегических решений, затрагивающих ФОМС, также подлежат утверждению Минздравом и/или Минфином.

**Численность и квалификация персонала по ключевым функциям Минздрава и ФОМС крайне недостаточны** для выполнения сложных надзорных и организационных обязательств, предусмотренных в рамках национальных стратегий. Сотрудники Минздрава перегружены в связи с высокой степенью централизации обработки жалоб и запросов граждан/пациентов и необходимостью реагирования на запросы и замечания со стороны парламента, Президента и администрации премьер-министра. Эти два учреждения в значительной степени зависят от консультационной поддержки, которая, как представляется, лучше всего работает, когда консультанты входят в состав соответствующих групп. Несмотря на успешное использование прикрепленных консультантов в прошлом в рамках стратегии *Манас*, это не привело к достаточно длительному укреплению потенциала. Преодоление узких мест в осуществлении реформы требует **более широкого делегирования полномочий и расширения прав и возможностей персонала на региональном, муниципальном и городском уровнях за счет** внесения изменений в нормативные положения и наращивания потенциала.<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Пересмотр норм кадрового обеспечения организаций здравоохранения в рамках сопутствующих мероприятий отраслевой программы “Здравоохранение 2”. (BMZ 2007.70.370). Заключительный отчет. Бишкек: Kreditanstalt für Wiederaufbauentwicklungsbank (KfW) и Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; 2014 г. (Не опубликовано).

<sup>b</sup> Отчеты миссий технических экспертов, консультирующих ФОМС по вопросам управления, стратегических закупок, разработки схемы оплаты за пролеченный случай и данных. Бишкек: Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане; 2017-2018 гг. (Не опубликовано).

## 7. Проблемы с финансированием в ГПРЗ 2030 и план действий

Проект стратегии правительства - Государственная программа развития здравоохранения (ГПРЗ 2030) - включает в себя ряд стратегий, направленных на решение вышеуказанных проблем. Стратегия носит широкомасштабный и амбициозный характер. В настоящем документе делается попытка осветить важнейшие связи и приоритеты стратегии, а также обобщить уроки, извлеченные из предыдущих стратегий, которые могут иметь решающее значение для обеспечения дальнейшего прогресса. **В ближайшие 10 лет компонент ГПРЗ, связанный с финансированием здравоохранения, невозможно будет разработать и реализовать отдельно от других тесно связанных компонентов стратегии. Работа по параллельным изолированным направлениям не принесет результатов в рамках этой стратегии.** На рис. 11 представлена схема «логической модели» или «цепочки результатов», которая иллюстрирует, почему это так.

На рисунке 11 показаны три группы компонентов ГПРЗ 2030, которые относятся к финансированию:

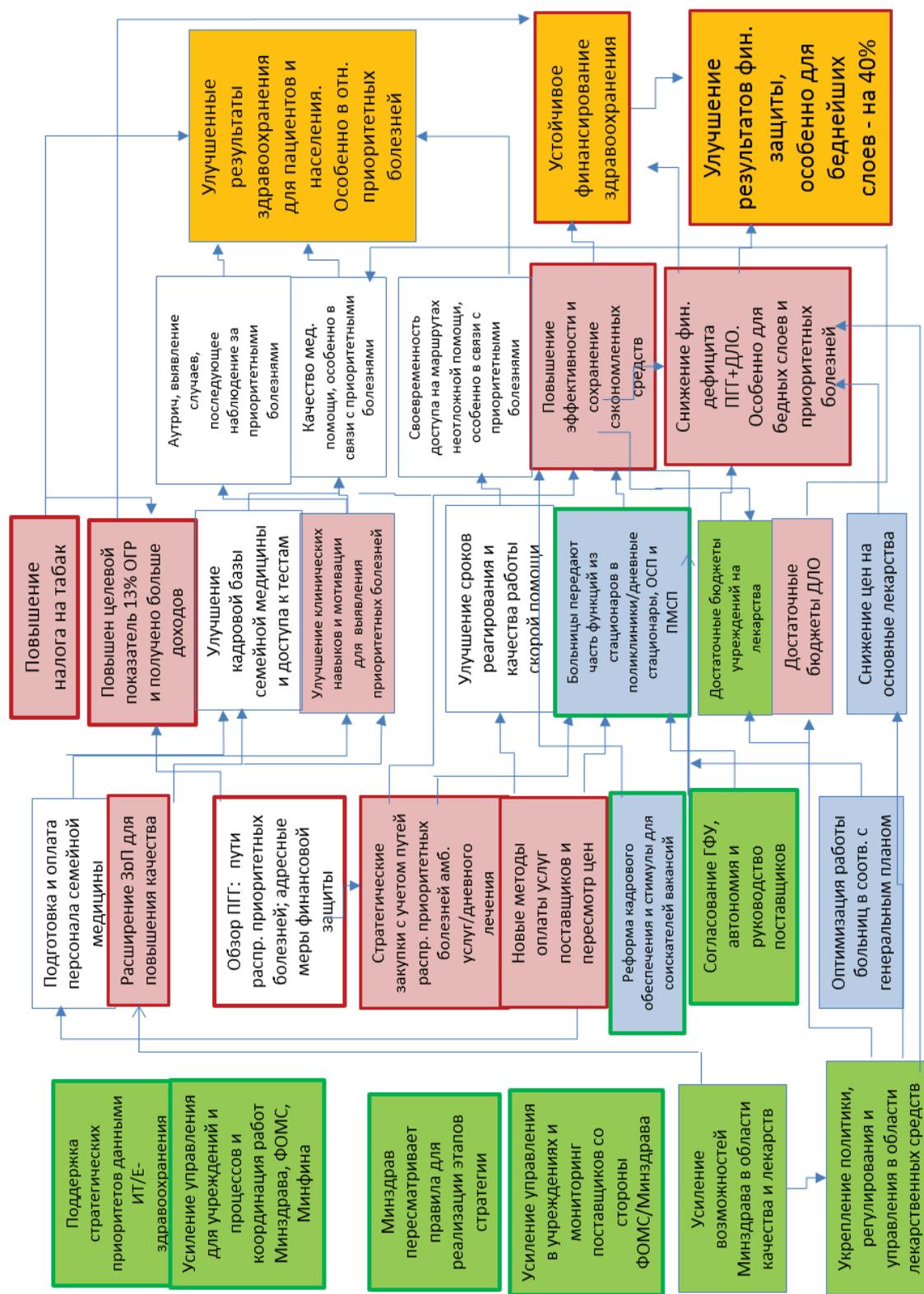
- 1. Компоненты финансирования здравоохранения в рамках стратегии, направленные на достижение целей финансовой защиты, которые могут быть достигнуты только с помощью инструментов финансирования здравоохранения.** К этой категории относится только один важный компонент стратегии - пересмотр ПГГ с целью улучшения финансовой защиты за счет более адресного использования совместных платежей (незаполненные графы, обведенные красным контуром на рис 11). Кыргызстан сейчас находится на этапе развития системы здравоохранения, когда очень немногие цели финансирования могут быть достигнуты только за счет средств ФОМС. Даже в этом случае пересмотр компонента ДП ОМС в пакете льгот должен быть скоординирован с политикой в области обеспечения лекарствами и предоставления услуг, а также с политикой подготовки семейных врачей.
- 2. Компоненты стратегии, не связанные с финансированием здравоохранения, которые должны быть реализованы для достижения целей финансовой защиты в рамках стратегии с обеспечением финансовой устойчивости в процессе реализации** (рамки на рис. 11, обведенные синим контуром). При усилении финансовой защиты невозможно будет добиться устойчивости, если наряду с политикой финансирования здравоохранения не будут приняты меры по совершенствованию регулирования и управления в сфере лекарственных средств. Кроме того, стратегии оказания услуг должны обеспечивать существенное повышение эффективности, поскольку это является наиболее реальным способом мобилизации ресурсов, достаточных для ликвидации дефицита финансирования ПГГ. В соответствии с планами

основными источниками повышения эффективности в ГПРЗ 2030 станут рационализация больничной сети на основе нового мастер-плана, а также принятие и обеспечение соблюдения пересмотренных норм кадрового обеспечения в целях повышения производительности труда.

**3. Некоторые ключевые компоненты стратегии, не связанные с финансированием здравоохранения, которые необходимо поддерживать за счет финансирования здравоохранения в целях их эффективного осуществления и, таким образом, улучшения результатов в области здравоохранения** (вставки на розовом фоне на рис. 11). Многие ключевые компоненты стратегии оказания услуг зависят от изменений в финансировании, включая новые методы оплаты услуг поставщиков, изменения в ФОМС, стратегические закупки и мониторинг контрактов для направления ресурсов на устранение путей распространения высокоприоритетных заболеваний. В этой категории укрепление ПМСП, системы сбора образцов для лабораторного исследования, реформы системы скорой помощи и улучшение охвата и качества медицинской помощи - все это должно подкрепляться финансовыми инструментами.

На рис. 11 также указано (в рамках, обведенных зеленым контуром), что ряд ключевых мероприятий стратегии требует укрепления системы руководства. В частности, необходимы более эффективные механизмы управления для обеспечения совместных, хорошо скоординированных действий Минздрава и ФОМС, а в ряде случаев и Минфина. Одним из ключевых примеров тут является повышение степени автономии поставщиков услуг при одновременном укреплении контроля за их деятельностью и их подотчетности. В ГПРЗ 2030 подчеркивается, что для достижения прогресса потребуется более тесная координация системы руководства и управления.

Рис. 11. Цепочка результатов – основные компоненты ГПРЗ 2030, связанные с финансированием



Примечания: вставки, обведенные красным контуром, отражают компоненты финансирования ГПРЗ 2030.

Розовым цветом отмечены компоненты стратегии финансирования, которые имеют значение для нефинансовых компонентов и результатов здравоохранения ГПРЗ.

В рамках с голубым фоном показаны компоненты финансовой стратегии, которые являются важными факторами, способствующими достижению результатов в области финансовой защиты.

Рамки с зеленым фоном относятся к компонентам управления, которые требуют совместных, скоординированных действий со стороны Минздрава, ФОМС, и, в некоторых случаях, Минфина.

## 8. Недавний прогресс и направления дальнейших действий

### 8.1. Улучшение финансовой защиты - основной акцент на фармацевтические препараты

#### Политика и регулирование фармацевтической деятельности: недавние достижения и дальнейшие действия

Органы власти Кыргызстана уже подготовили основу для решения проблемы высоких цен на лекарственные средства, приняв в 2017 году новое законодательство по регулированию цен на лекарственные средства и подготовив необходимые нормативные акты в 2018 году. В новой стратегии ГПРЗ 2030 особое внимание уделяется мерам фармацевтической политики, направленным на регулирование цен и усиление регулирования безопасности и качества с целью повышения доверия к непатентованным лекарственным средствам. Такие виды регулирования чрезвычайно сложно применять в странах со слабым управлением, низким институциональным потенциалом и исторически сложившейся уязвимостью перед коррупцией.

#### Действия по наращиванию потенциала и укреплению системы управления

Введение ценового регулирования и укрепление регулирования вопросов безопасности/эффективности/качества лекарственных средств заслуживают серьезной технической и финансовой поддержки со стороны партнеров по развитию. Успешное осуществление программы будет зависеть от создания нового институционального потенциала и устойчивого укрепления имеющихся возможностей. Этот процесс будет медленным и потребует долгосрочных обязательств. Необходимо будет определить приоритеты наиболее реалистичных действий, оказывающих наибольшее воздействие, и постепенно внедрять другие элементы стратегии.

Наряду с укреплением потенциала для реализации программы, необходимо принять меры в области управления для решения следующих задач:

- работать **над формированием групп сторонников регулирования цен и разработкой процессов обеспечения прозрачности в процессе осуществления программы среди гражданского общества и других заинтересованных сторон**; и
- решить **проблему финансовых и нефинансовых стимулов, которые побуждают врачей назначать фирменные и ненужные лекарства**, и направлять пациентов в частные аптеки за пределами больниц из-за отсутствия уверенности в качестве генерических препаратов и отсутствия эффективного регулирования маркетинговых стимулов, предлагаемых поставщиками и аптеками частного сектора.<sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Vogler S. Презентация. Варианты политики для улучшения доступа и сокращения наличных расходов (на лекарства). Бишкек: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (Не опубликовано).

### Оказание дополнительных услуг и действия в сфере управления

Также необходимо принять меры по обучению и поощрению врачей, чтобы они назначали лекарства в соответствии с научно обоснованными клиническими рекомендациями, в том числе генерические основные лекарственные средства, имеющиеся в больницах в рамках ПГГ.

### Дополнительные меры в области финансирования и закупок

Наряду с регулированием цен, для решения проблем, указанных в Разделе 3 выше, необходимо принять ряд финансовых мер:

- a. Увеличить бюджетные ассигнования на ДП ОМС. Учитывая очень низкие размеры бюджетных ассигнований и тот факт, что ДП ОМС удовлетворяет лишь около трети потребностей даже в небольшом утвержденном перечне хронических заболеваний, необходимо (и вполне возможно) в три раза увеличить бюджет ДП ОМС, чтобы увеличить количество рецептов, выдаваемых семейным врачам для более полного удовлетворения потребностей, и внесения корректировок в цены и перечень заболеваний, рекомендованных ниже. В идеале, это должно сопровождаться совершенствованием методологии распределения рецептов в соответствии с потребностями (например, путем использования более точных данных о зарегистрированных пациентах с хроническими заболеваниями).
- b. В соответствии с ценовым регулированием ФОМС необходимо пересмотреть методы возмещения расходов на лекарства и повысить уровень возмещения расходов для расширения охвата ДП ОМС. Аналогичным образом, необходимо совершенствовать методы ценообразования при лечении больных в стационаре (которое включают стоимость лекарств и расходных материалов), чтобы обеспечить более четкий учет затрат (и изменений цен на производственные ресурсы) с течением времени.
- c. Перечень лекарственных средств в ДП ОМС необходимо пересмотреть на основе фактических данных и в соответствии с обновленными клиническими руководствами по ведению общих заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи.
- d. На уровне больниц необходимо снова сосредоточить внимание на мониторинге наличия основных лекарственных средств наряду с долей больничного бюджета, выделяемой на оказание медицинских услуг. Мониторинг наличия лекарственных средств может быть включен в регулярный мониторинг качества со стороны Минздрава и может использоваться в качестве показателя качества в контрактах и схемах ФОР. ФОМС располагает наилучшими возможностями для мониторинга бюджетных расходов на лекарства, но не в состоянии обеспечить соблюдение нормативных положений о размерах бюджетных ассигнований на лекарства. Необходимо усилить стимулы для ОЗ по обеспечению доступности лекарственных средств.

### Другие действия в области финансирования здравоохранения

Основное внимание необходимо уделять фармацевтическому компоненту пакета государственных гарантий, но кроме этого было бы целесообразно пересмотреть структуру сооплаты и исключений в маршруте пациента, чтобы сделать более адресными исключения для пациентов с самыми высокими затратами по каждому конкретному случаю заболевания или по годам лечения

хронических заболеваний. Например, пациентам с некоторыми заболеваниями приходится доплачивать за диагностические тесты и консультации, а также за пребывание в стационаре и лекарства в связи с единичным случаем заболевания. Пакеты государственных гарантий до сих пор не обеспечивают достаточную финансовую защиту при покупке изделий медицинского назначения и лекарственных средств, которые необходимо принимать в течение длительного времени, например, во время беременности или при хронических заболеваниях. Это одна из немногих областей политики, в которых изменение одной только политики финансирования здравоохранения могло бы улучшить финансовую защиту. В связи с этим, вероятно, это будет менее сложно осуществить, чем действия по пересмотру льгот на покупку лекарств в рамках ПГГ и ДП ОМС, что требует скоординированных усилий в области политики и регулирования в отношении лекарственных средств, составления бюджета и принятия политики финансирования здравоохранения.

**Решение проблемы неофициальных платежей при ВИК и катастрофических платежей требует действий по нескольким направлениям.** Увеличение доли больничного бюджета для покрытия прямых расходов пациентов в рамках программы *Манас* было важно для сокращения неформальных платежей за лекарства и товары медицинского назначения, которые должны предоставляться пациентам стационаров бесплатно, что, как представляется, также верно. Однако со времени окончания программы *Манас* наблюдается рост числа частных аптек за пределами больниц, даже там, где больницы располагают достаточными запасами основных лекарственных средств. Это означает, что для решения проблемы неформальных платежей руководители больниц должны следить за тем, чтобы врачи следовали инструкциям по назначению лекарств и назначали основные лекарственные средства в соответствии с перечнем, имеющимся в больнице, а не выписывать альтернативные лекарства, доступные только в частных аптеках розничной торговли. Предыдущие оценки показали, что сокращение неформальных платежей сотрудникам оказалось трудной задачей, даже когда оклады сотрудников были существенно увеличены (14,16). Однако уже на раннем этапе появились обнадеживающие результаты использования стимулов для оплаты услуг медицинских работников в целях сокращения неформальных платежей в районных больницах, и это позволяет предположить, что такой вариант политики можно проверить в рамках пилотного проекта и оценить его на других уровнях оказания медицинской помощи (17).

## **8.2. | Финансовая устойчивость и снижение финансового дефицита ПГГ – усиление мобилизации ресурсов**

Макроэкономический анализ показывает, что в ближайшие 5-10 лет возможности для мобилизации общих бюджетных поступлений на цели здравоохранения будут ограничены. Однако необходимо изучить некоторые дополнительные варианты, например, увеличение налога на табак, взносов на обязательное медицинское страхование и поступлений от сооплаты. Это критически важный вопрос, поскольку правительству необходимо будет мобилизовать больше внутренних ресурсов для выполнения обязательств по увеличению государственного софинансирования из местных источников для предоставления основных услуг в области туберкулеза, ВИЧ и иммунизации.

Кроме того, необходимо будет решить проблему растущих требований по повышению заработной платы врачам в целях сокращения оттока населения и преодоления трудового кризиса в сельских районах, что приведет к увеличению финансового дефицита в ПГГ, если только мобилизация ресурсов на здравоохранение в реальном выражении не будет постоянно увеличиваться.

#### Действия по финансированию здравоохранения

- a.** Имеются веские основания для включения в ГПЗ 2030 обязательства **по увеличению акциза на табак**. Нет четких оснований для направления полученных в результате этого дополнительных средств на нужды здравоохранения, однако повышение налога на табак приведет к усилению профилактики сердечно-сосудистых и легочных заболеваний, а также будет оказывать прогрессивное воздействие на расходы домашних хозяйств. Более бедные домохозяйства выиграют благодаря сокращению своих расходов на здравоохранение больше, чем более обеспеченные домохозяйства. По сравнению с увеличением прямых налогов, налог на табак позволяет увеличить дополнительные поступления как из официального, так и из неформального секторов и тем самым распределить налоговую нагрузку среди широкого круга налогоплательщиков.
- b.** Существует потенциал **для повышения эффективности и результативности сбора взносов в фонд обязательного медицинского страхования путем передачи ответственности из Социального фонда в налоговый орган**. Пилотная инициатива Минфина показывает обнадеживающие результаты, и после проведения оценки сектор здравоохранения и партнеры в области развития могли бы поддержать ее расширение. Налоговое ведомство будет иметь больше возможностей для обеспечения выполнения обязательств ОМС работодателями, фермерами и самозанятыми лицами и, таким образом, сможет сократить процент незастрахованного населения.
- c.** После того, как эффективность ОМС будет повышена, **появится возможность повысить ставку взносов в фонд ОМС из фонда оплаты труда на небольшую сумму - например, с 2% до 3%**. Имеются данные, свидетельствующие о том, что небольшое увеличение не окажет негативного материального воздействия на население (12,13). Однако, поскольку повышение акциза на табак принесет пользу здоровью и будет оплачиваться теми, кто зарабатывает как в неформальном, так и в официальном секторе, можно ожидать, что повышение налога на табак будет более эффективным и справедливым способом увеличения налоговых поступлений.
- d.** Вероятно, имеются возможности для некоторого перераспределения/изменения приоритетов выделения бюджетных ресурсов в пользу здравоохранения на основе усовершенствованной методологии прогнозирования расходов на ПГГ. Однако, если бы правительство поставило условие для любого изменения приоритетов в целях финансирования здравоохранения, обратившись к сектору здравоохранения с просьбой о повышении внутренней эффективности, это было бы разумным и целесообразным решением.

- e. Имеются основания **для повышения уровней сооплаты и ее индексации с учетом инфляции или роста заработной платы (9)**. Существует также возможность сужения сферы действия исключений в связи с некоторыми заболеваниями в рамках регуляторного контроля со стороны Минздрава. Освобождение от сооплаты для социально защищенных групп должно быть более адресным для малоимущих граждан, однако обеспечение сотрудничества с Министерством труда и социальной защиты, и получение поддержки со стороны парламента для внесения изменений в интересах этих категорий населения оказалось непростой задачей (18,19).
- f. Поскольку денежные переводы составляют значительную долю ВВП Кыргызстана, **было бы полезно изучить возможности мобилизации доходов граждан Кыргызстана, работающих за рубежом**.

### 8.3. | Финансовая устойчивость и сокращение дефицита финансирования - повышение эффективности ОЗ

Попытки повторить успехи стратегии *Манас* в деле достижения значительной экономии за счет повышения эффективности благодаря оптимизации работы медицинских учреждений в Бишкеке и Оше и реализации программы борьбы с туберкулезом в рамках третьей стратегии Ден соолук вызывают разочарование. Для решения очень сложной задачи оптимизации необходимы твердая политическая воля и скоординированное руководство и управление, особенно в Бишкеке. Проблемы с совершенствованием работы больничной сети в Бишкеке стали более сложными, поскольку традиционные и нетрадиционные инвесторы финансируют строительство новых больниц без каких-либо планов по замене или консолидации существующих устаревших учреждений.

#### Действия по оказанию услуг

ГПРЗ 2030 предусматривает выполнение нового мастер-плана для сети медицинских учреждений, включая новые нормы кадрового обеспечения и стандарты для основного оборудования. Это послужит основой для нового этапа оптимизации работы медицинских учреждений. Для подготовки генерального плана были привлечены консультанты, которые приступили к работе на момент написания настоящего документа. В этом плане необходимо учитывать как существующие частные клиники, так и новые учреждения, финансируемые нетрадиционными международными партнерами, занимающихся оказанием помощи. Учитывая развитие частного сектора, необходимо уточнить правовые/нормативные процедуры и институциональную ответственность за планирование крупных новых инвестиций такого рода. В ГПРЗ 2030 правительству/Минфину предлагается принять обязательство по сохранению сэкономленных средств в секторе здравоохранения. Это должно быть отражено в изменениях методики составления бюджета:

- a. **При планировании осуществления мастер-плана необходимо будет решить проблемы, связанные с коммуникацией и политикой управления преобразованиями**, для обеспечения гарантий/поддержки персонала, затронутого изменениями, и информирования общественности о преимуществах качественного ухода наряду с гарантиями безопасного и своевременного предоставления доступа к услугам. **Необходимо будет**

**также рассмотреть вопросы процедурного характера, касающиеся осуществления мастер-плана**, особенно в частных клиниках и учреждениях, созданных нетрадиционными донорами. Возможные варианты включают использование законодательства/регулирования и/или стратегических закупок (с выборочным заключением ФОМС контрактов с поставщиками услуг, возможности и инфраструктура которых соответствуют требованиям генерального плана).

- b.** Реализация мастер-плана, вероятно, будет медленной и неопределенной. Более быстрый прогресс может быть достигнут **в деле повышения эффективности укомплектования штатов больниц и некоторых учреждений первичной медико-санитарной помощи, где рабочая нагрузка на персонал ниже нынешних норм Минздрава**, путем сокращения ненужных должностей и перераспределения и переподготовки персонала. Есть несколько недавних примеров прогресса в достижении такого рода эффективности: оптимизация работы противотуберкулезных диспансеров при поддержке АМР США, пилотные проекты по автономии медицинских учреждений при поддержке SDC и переговоры ФОМС по оптимизации использования персонала больниц в условиях финансового дефицита. Опыт показывает, что вероятность успеха оптимизации повышается, если руководители учреждений привержены делу. Тем не менее, многие руководители ожидают, что у них не будет стимулов к оптимизации работы персонала. ФОМС может продолжать переговоры с ОЗ в условиях финансового дефицита для того, чтобы добиваться оптимизации работы персонала, но фонду необходима поддержка Минздрава (а в некоторых случаях и других министерств) для использования, при необходимости, рычагов «владельца» и регуляторных мер.

#### Дополнительные меры по финансированию здравоохранения

Они необходимы при стратегических закупках для корректировки контрактов и пересмотра цен в соответствии с мастер-планом. Дальнейшие действия по повышению управленческой и финансовой самостоятельности и потенциала поставщиков услуг будут способствовать повышению эффективности ОЗ. Эти вопросы рассматриваются ниже.

#### **8.4. | Стратегические закупки: использование финансирования здравоохранения для достижения нефинансовых стратегических целей в области качества медицинского обслуживания и улучшения здоровья населения**

Большую часть времени с момента своего создания ФОМС являлся пассивным покупателем. Фонд использовал клинический аудит для оспаривания необоснованных случаев госпитализации и отказывал в их оплате «постфактум», но в целом он не использовал практику заключения контрактов для изменения методов предоставления услуг в пользу более эффективных методов (например, для расширения амбулаторной и дневной диагностики, и лечения в больницах с целью сокращения числа случаев госпитализации, которых можно избежать, расширения профиля ПМСП или концентрации специализированных услуг в центрах передового опыта). До 2018 года ФОМС не использовал метод ФОР

для вознаграждения за расширение охвата вмешательствами или повышение их качества. ФОМС не хватало инструментов для контроля над растущим числом случаев лечения в стационаре, за исключением компенсации за счет снижения цен, что приводит к увеличению дефицита финансирования в случае невыполнения мер по повышению эффективности. Одним из признаков неэффективности закупок и заключения договоров на больничное обслуживание (а также данных и систем, лежащих в основе договоров) является то, что в настоящее время ФОМС не оплачивает 15% случаев госпитализации; в оплате отказывают по ряду причин (таких как ошибки и дублирование заявлений, необоснованная госпитализация) и отсутствие достаточного бюджета.

### Недавний прогресс

В рамках программы Ден соолук в ряде пилотных проектов, осуществляемых при поддержке партнеров по развитию, осуществлялись различные виды стратегических закупок. В 2017-2018 гг. ФОМС приступил к институционализации и расширению масштабов некоторых из этих инициатив, хотя их эффективное и устойчивое расширение станет испытанием на прочность ограниченных возможностей ФОМС по их осуществлению.

- ФОМС приступил к анализу и рассмотрению деятельности больниц по основным диагностическим категориям в пилотных областях в качестве основы для будущих перспективных контрактов с целью сокращения числа случаев необоснованных и низкозатратных госпитализаций. Эта работа также сопровождается консультированием по вопросам качества данных, использования данных, разработки контрактов, мониторинга и обратной связи с поставщиками услуг, работающими по контрактам (при поддержке ВОЗ). В 2019 году ФОМС планирует расширить масштабы этой деятельности по всей стране.
- На основе пилотных проектов в ПМСП и районных больницах (при поддержке SDC и Всемирного банка), ФОМС расширяет охват всех учреждений ПМСП и областных многопрофильных больниц. Фонд стремится к консолидации пилотных проектов и рационализации режима мониторинга показателей.
- Разрабатываются протоколы лечения в дневных стационарах и определяются цены на дневное лечение по ряду детских заболеваний, по поводу которых дети проходят лечение в больницах в настоящее время (при поддержке ЮНИСЕФ)
- В пилотных областях осуществляется стратегическая инициатива по закупкам, направленная на поддержку изменений в модели предоставления услуг по лечению туберкулеза. Это способствовало переходу от стационарного лечения к амбулаторному лечению на базе ПМСП. Использование целевых выплат и премий персоналу является частью плана расширения этой программы ПМСП.
- С целью получения более полной информации о нехватке финансовых средств на стационарное лечение и в качестве основы для пересмотра цен ФОМС было начато исследование по оценке расходов на ПГГ (при поддержке Всемирного банка), направленное на широко распространенные больничные процедуры.

ФОМС также получил техническую помощь при поддержке ВОЗ для обновления и совершенствования системы оплаты медицинских услуг (для лучшего отражения затрат на лечение осложнений и разработки методов оплаты за специализированные услуги, за счет средств, недавно перечисленных в фонд). Другие партнеры по развитию также оказали поддержку в улучшении работы диагностических групп, для чего потребуются координация действий.

Существуют два основных препятствия для стратегических закупок: (а) пробелы и проблемы с качеством данных и (б) отсутствие потенциала для анализа данных в ФОМС. Как выяснилось, внешняя аналитическая поддержка со стороны ЦАПЗ не обеспечивает практический, динамичный и прикладной анализ, необходимый для такого рода инициатив. В настоящее время ФОМС приступил к осуществлению программы совершенствования данных и программного обеспечения и создал небольшое подразделение с собственным аналитическим потенциалом (при поддержке ВОЗ), которое играет ведущую роль в инициативах по разработке стратегических закупок. ФОМС также привержен институционализации и расширению масштабов ФОР на уровне ПМСП, районных и областных больниц с использованием опыта пилотных проектов, реализуемых партнерами по развитию.

#### **Направления дальнейших действий**

В рамках программы Ден соолук в ряде пилотных проектов, осуществляемых при поддержке партнеров по развитию, осуществлялись различные виды стратегических закупок. В 2017-2018 гг. ФОМС приступил к институционализации и расширению масштабов некоторых из этих инициатив, хотя их эффективное и устойчивое расширение станет испытанием на прочность ограниченных возможностей ФОМС по их осуществлению.

- a.** ФОМС будет нуждаться в постоянной поддержке, особенно на местном уровне, для использования разрабатываемых в настоящее время методов анализа данных с целью превращения контрактов больниц в более перспективный инструмент для изменения структуры стационарной помощи, с тем чтобы сократить число необоснованных госпитализаций и более активно оказывать высокоприоритетные услуги. Кроме того, ФОМС необходимо разработать новые и более эффективные методы управления ростом числа больных, проходящих стационарное лечение в больницах, предусматривающие использование финансовых стимулов (например, значительно более низкую «предельную» ставку за случаи лечения сверх установленного объема) наряду с предварительным заключением договоров.
- b.** Приверженность ФОМС более активному мониторингу и обратной связи по контрактам с поставщиками услуг, а также институционализации и развертыванию ФОР носит амбициозный характер. Фонду необходима поддержка для пересмотра и уточнения показателей, используемых для мониторинга контрактов и сопоставительного анализа, а также сбалансированной системы оценочных карт для ФОР на 2019 год и последующий период. Это будет способствовать согласованию с приоритетами ГПРЗ 2030 и поможет добиться того, чтобы используемые показатели соответствовали критериям «SMART», были полезными для поставщиков услуг и регулярно использовались руководителями и врачами-клиницистами ОЗ. ФОМС не

может взять на себя бремя мониторинга и оценки качества самостоятельно. Желательно вовлечь Минздрав в компонент мониторинга качества работы в рамках ФОР посредством развития потенциала министерства в области качества (например, путем создания отдела качества в Минздраве).

- с.** Что касается приоритетных болезней, - включая НИЗ с высоким бременем, - то ФОМС и Минздрав должны работать сообща, сочетая изменения в закупках с изменениями в предоставлении услуг и подготовке медицинского персонала. Пилотный проект стратегических закупок в связи с туберкулезом (при поддержке АМР США) является хорошим примером того, как это может быть сделано. Расширение масштабов этого проекта и его институционализация в рамках ФОМС могли бы продемонстрировать тот тип стратегии, которая необходима ФОМС для борьбы с другими приоритетными болезнями, определенными в ГПРЗ 2030. Сердечно-сосудистые заболевания и диабет 2-го типа имеют большие шансы на включение в следующее направление работы, которое ФОМС может выбрать для осуществления этой стратегической реформы системы закупок услуг. Стратегические закупки для лечения сердечно-сосудистых заболеваний могли бы основываться на предыдущих пилотных проектах, включая протоколы PEN по борьбе с гипертонической болезнью.
- d.** В ГПРЗ 2030 отмечены некоторые из давно существующих пробелов в методах оплаты, указанных в методике закупок ФОМС. В программе содержится призыв к разработке новых методов оплаты неотложной медицинской помощи, лабораторных услуг (включая взятие образцов), расширению спектра услуг ПМСП и дневного стационарного/специализированного амбулаторного лечения. Все это имеет большое значение, однако необходимо рассмотреть вопрос о приоритетах и последовательности этих крупных реформ, поскольку для того, чтобы каждая из этих реформ была успешной, необходимо, чтобы она осуществлялась в рамках скоординированного проекта с участием нескольких учреждений. ФОМС и Минздрав могут реально осуществлять по одному проекту за один раз. Имеет смысл отдавать приоритет новым методам оплаты, которые окажут наибольшее влияние на повышение эффективности и/или на расширение охвата и повышение качества услуг в связи с высокоприоритетными неинфекционными заболеваниями, требующими особого внимания. Все изменения в методах оплаты должны быть согласованы с изменениями в моделях оказания услуг, инфраструктуре, оборудовании, обучении и распределении персонала, а также с изменениями в методах управления потоками пациентов.
- e.** Существует риск, который уже прослеживается в бюджете ФОМС на расширение масштабов применения ФОР: некоторые платежные новшества (например, новые платежи за лечение в дневном стационаре или повышение цен на некоторые услуги после анализа диагностических групп и выборочной оценки стоимости ПГГ) финансируются за счет снижения цен на другие услуги. Это приведет к увеличению дефицита финансирования, - если только затронутые поставщики не получают компенсацию за повышение эффективности, - а также может привести к появлению ошибочных стимулов для снижения приоритетности этих услуг (например, если цены на основные услуги ПМСП на основе подушевого финансирования и оплата за

пролеченный случай в стационаре будут сокращены для финансирования новых или более высоких платежей за другие услуги). Для защиты от этого необходимо обеспечить осуществление комплексного процесса пересмотра и корректировки цен, охватывающего все уровни медицинской помощи и все виды услуг. В рамках этого процесса необходимо разработать методологию регулярной коррекции цен на услуги во избежание снижения их стоимости. Хотя реальность такова, что ФОМС не сможет быстро корректировать цены в соответствии с затратами, важно иметь стратегию постепенного сокращения дефицита за счет сочетания мер, которые могут быть использованы в контексте переговоров о ССПБ и составлении годового бюджета.

### **8.5. | Согласование реформы управления государственными финансами с системой финансирования здравоохранения в целях усиления влияния финансирования здравоохранения на его эффективность и качество**

Как уже отмечалось в Разделе 5, одним из недостатков стратегии *Манас* является медленный прогресс реформы управления государственными финансами и ограниченное участие Минфина. На уровне составления национального бюджета в бюджетный процесс не включены методологии, необходимые для учета затрат на выполнение обязательств по ПГГ в условиях изменения демографического спроса и стоимости материальных затрат. Скорее, составление бюджета по-прежнему основывается на фактических расходах за прошлые периоды. На уровне ОЗ оказалось, что сектору здравоохранения очень трудно осуществить реформы в стиле «нового финансового управления», как это предусмотрено в программе *Манас*, без более широкой реформы управления государственными финансами. Кроме того, нормы кадрового обеспечения и трудового законодательства создают систематические антистимулы для ОЗ, мешающие оптимизации штатных должностей и снижающие прозрачность деятельности. Более того, в рамках программы *Манас* не предпринимались попытки реформировать систему управления поставщиков услуг, с тем чтобы предоставить учреждениям большую автономию и возможности для управления ресурсами в пределах пакета ресурсов, получаемых за счет платежей за услуги. Отсутствие реформы системы управления государственными финансами или автономии поставщиков услуг привело к постоянному несоответствию новой системе «Единого плательщика».<sup>a</sup>

#### **Недавние достижения**

Значительный прогресс был достигнут по вопросам управления государственными финансами, затрагивающим ОЗ в 2017-2018 гг., благодаря значительно более активному участию Минфина и финансированию здравоохранения в сочетании с программой реформы управления государственными финансами, которая включает поэтапное внедрение бюджетирования программ. Некоторые (хотя и не все) проблемы финансового

---

<sup>a</sup> Строго говоря, до 2016 года существовало несколько плательщиков, поскольку некоторые медицинские учреждения, предоставляющие индивидуальные медицинские услуги в рамках ПГГ, также получали финансирование из бюджетов Минздрава, городов Бишкек и Ош. Некоторые расходы на медицинские услуги по-прежнему финансируются из бюджета Минздрава и менее крупных необъединенных бюджетов здравоохранения в других секторах, которые финансируют и обеспечивают функционирование медицинских учреждений для своих сотрудников и семей.

управления, затрагивающие ОЗ, теперь могут быть решены путем введения в действие нового закона о бюджете ФОМС. Этот закон обеспечивает потенциальную основу для постепенного повышения финансовой гибкости учреждений с целью накопления полученных денежных средств в течение года, перераспределения бюджетов между статьями расходов и сохранения неизрасходованных средств и запасов в конце года. В случае полной реализации этого подхода появится возможность для расширения стимулов к повышению эффективности. Однако при составлении национального бюджета здравоохранения это привело к непреднамеренному разделению - возникло два параллельных процесса подготовки бюджетов Минздрава и ФОМС. В долгосрочной перспективе после полного внедрения реформа бюджетирования программ может также обеспечить платформу для согласования управления государственными финансами и финансирования здравоохранения без необходимости отдельного закона о бюджете ФОМС и бюджетного процесса.

В настоящее время Минфин проводит межотраслевой обзор системы оплаты труда, в ходе которого анализируются нормы, стимулы и размер оплаты труда. Он работает совместно с Минздравом и ФОМС, анализируя предложения по пересмотру норм кадрового обеспечения, но на момент подготовки настоящего документа все еще ожидал их представления. Минфин хотел бы реформировать перераспределение норм и вакансий с целью улучшения стимулов для повышения эффективности и производительности труда.

#### Направления дальнейших действий

- а. Составление национального бюджета. Необходимо усовершенствовать подход и методологию составления бюджета,** систематически применяя следующие методы: 1) корректировка верхних пределов бюджета с учетом прогнозируемых изменений спроса на услуги ПГГ (например, в связи с ростом численности и старением населения); 2) внесение обоснованных корректировок в прогнозируемые расходы на изменение политики и стратегические приоритеты ГПРЗ 2030 (например, для укрепления ПМСП и расширения сферы охвата ее услуг); и 3) постепенно сокращая дефицит финансирования ГПРЗ. В тех случаях, когда в рамках бюджетного процесса необходимо устанавливать предельные значения ниже уровня, необходимого для внесения таких корректировок, то при составлении бюджета следует учитывать конкретные изменения политики, направленной на экономию средств или мобилизацию доходов, и разрабатывать **реалистичные целевые показатели эффективности**. Совершенствование работы по составлению бюджета должно быть закреплено в соответствующих законодательных актах, методических указаниях и предусматривать укрепление потенциала Минздрава, ФОМС и Минфина.
- б. Финансовое управление на территориальном уровне и уровне ОЗ.** Более гибкое исполнение бюджета на территориальном уровне и на уровне ОЗ возможно в рамках нового закона о ФОМС. Однако вряд ли он будет реализован в полном объеме и принесет потенциальные выгоды, если не будут приняты дополнительные меры. ФОМС, ОЗ и Минздрав в настоящее время осторожно относятся к тому, чтобы отказаться даже от

неэффективного контроля над расходами с разбивкой по источникам, что создает иллюзию финансового контроля, но не отвечает действительности. Например:

- i. Необходимо систематически **проводить обучение и наращивать потенциал** региональных отделений ФОМС и руководства и финансового персонала ОЗ, а также вносить изменения в бухгалтерское программное обеспечение, с тем чтобы укрепить навыки управления бюджетом..
  - ii. Фидуциарные оценки указывают на сохраняющиеся недостатки в финансовом управлении и внутреннем контроле ОЗ. Для их решения потребуются **меры по повышению низких зарплат (даже по стандартам государственного сектора) финансового персонала сектора здравоохранения.**
  - iii. Наряду с повышенной гибкостью по отношению к вводимым данным, необходимы новые методы анализа данных. Следует отметить, что в ФОМС необходимо разработать альтернативные методы **постфактумного мониторинга эффективности финансового управления среди поставщиков услуг**, включая показатели финансового контроля и эффективности использования ресурсов. Некоторые из этих показателей могут быть также отражены в показателях составления бюджета программы ФОМС.
- с.** Оптимизация штатных должностей. Необходимо устранить негативные стимулы, возникающие в связи с применяемыми в настоящее время нормами кадрового обеспечения и трудового законодательства. Сектор здравоохранения потребует координации между Минздравом, Минфином и ФОМС, а также, возможно, и с другими министерствами. Существующие сегодня негативные тенденции будут мешать использованию стимулирующих выплат поставщикам медицинских услуг и не позволят достичь желаемого эффекта с точки зрения эффективности и качества медицинского обслуживания. В настоящее время этот вопрос не рассматривается в ГПРЗ 2030, но он заслуживает более пристального внимания в повестке дня. В рамках пилотного проекта SDC по автономии поставщиков услуг внедряется возможная модель реформы норм кадрового обеспечения и стимулов для персонала, и из этого следует извлечь уроки. Пересмотр Минфином норм кадрового обеспечения и стимулирования персонала, который даст возможность лучше решать эти вопросы, вероятно, потребует технической поддержки по следующим вопросам:
- i. обновление штатных расписаний и норм рабочей нагрузки (в увязке с результатами исследования по генеральному плану);
  - ii. разработка альтернативных стимулов на основе уроков, извлеченных по итогам пилотного проекта SDC;
  - iii. рассмотрение вопроса о том, как координировать и консолидировать многочисленные системы стимулирования персонала, действующие в секторе здравоохранения (небольшие стимулы на основе производительности, выплачиваемые из 20% взносов обязательного медицинского страхования), стимулы ФОР и возможные дополнительные стимулы, возникающие в результате обзора Минфина.

## 8.6. | Стратегическое управление и руководство финансированием здравоохранения

Как отмечалось в Разделе 6, недостатки управления должны быть устранены на различных уровнях - на системном уровне (требующем координации между Минздравом, ФОМС и Минфином), на уровне ФОМС, а также на региональном уровне и в медицинских учреждениях. Необходимо укреплять управленческие связи между учреждениями и уровнями системы.

### Недавний прогресс

Как отмечалось в Разделе 7, руководство ФОМС при поддержке ВОЗ приступило к укреплению процессов управления, находящихся под его контролем. Фонд разработал институциональную стратегию, которая ежегодно обновляется и утверждается его наблюдательным советом и служит основой для стандартизированной отчетности перед советом о ходе работы и результатах. ФОМС предпринял шаги по повышению прозрачности своей закупочной деятельности на основе этой отчетности и путем публикации полученных данных на своем веб-сайте. Фонд также планирует усилить мониторинг и обратную связь с ОЗ в целях укрепления подотчетности поставщиков услуг.

### Направления дальнейших действий

- а.** Настало благоприятное время для оптимизации числа и членского состава комитетов и советов, и получения разъяснений относительно их круга ведения/мандатов. Существует необходимость **в создании совета или комитета высокого уровня для надзора за осуществлением стратегии и ее результатами, и для координации процесса принятия решений по новой стратегии здравоохранения ГПРЗ 2030. Можно было бы рассмотреть вопрос о том, следует ли возложить на этот же совет высокого уровня ответственность за мониторинг показателей программного бюджетирования и подготовку рекомендаций относительно бюджетных ассигнований в рамках бюджетов Минздрава и ФОМС в соответствии со стратегией.** Это было предложено Экспертной группой по ГПРЗ 2030, хотя эту роль мог бы выполнить и существующий бюджетный комитет правительства. Необходимо рассмотреть вопрос о том, как лучше всего вовлечь администрацию Президента в процесс надзора за выполнением рекомендаций по стратегическому распределению бюджетных средств. Кроме того, следует рассмотреть вопрос о роли и форумах для привлечения Парламентского комитета здравоохранения к надзору за осуществлением стратегии. Этот совет/комитет мог бы стать форумом для общей координации рекомендаций по бюджету здравоохранения и для утверждения (или представления рекомендаций правительству) основных политических/стратегических решений, затрагивающих как Минздрав, так и ФОМС.
- б.** Наблюдательный совет ФОМС, членами которого также являются Минздрав, ФОМС и Минфин, будет и впредь являться руководящим органом ФОМС и системы Единого плательщика, - в идеале, с более упорядоченным составом из представителей правительства, отраслевых министерств, администрации Президента и парламентского комитета, и будет отвечать за функции регулирования и управления, связанные с работой ФОМС и финансированием здравоохранения. **Постоянная поддержка стандартных**

**процессов Наблюдательного совета ФОМС (повестки дня, отчеты и т.д.) и наращивание потенциала его членов необходимы**, чтобы помочь сосредоточить внимание Совета на результатах и производительности, а не только на деятельности. Для обеспечения преемственности можно было бы разработать **практические решения проблемы частой смены министров и других членов Совета**, а для новых членов Совета должны быть разработаны стандартные вводные/учебные материалы.

- с. Политика в отношении конфликта интересов** необходима для членов всех комитетов и советов. По возможности, это необходимо рекомендовать администрации Президента для всех общественных консультативных советов. В тех случаях, когда избежать конфликта интересов не представляется возможным, соответствующие министерства должны разработать и принять четкие правила декларирования и регистрации конфликтов на заседаниях совета/комитета, а также процедуры урегулирования ситуаций при возникновении конфликта интересов (например, правила отказа от некоторых обсуждений и решений).
- d.** Существует потребность в создании постоянно действующего, планового форума для официальной координации между Минздравом и ФОМС, а также в разработке согласованных оперативных стандартов реагирования каждого ведомства на запросы информации и получения одобрения от другого ведомства. Также необходимо уточнить роли ФОМС и Минздрава, и разработать официальные процессы сотрудничества по двум направлениям, а именно:
- i. Управление поставщиками медицинских услуг, подотчетных Минздраву. В настоящее время ФОМС официально отвечает за решение проблемы с нарушениями среди поставщиков услуг, хотя у него нет «инструментов собственности», которыми располагает Минздрав и муниципалитеты и которые необходимо задействовать в работе с поставщиками, имеющими хронические проблемы с финансами, кадрами и обеспечением качества.
  - ii. Обеспечение качества/повышение качества. ФОМС играет все более активную роль в мониторинге показателей качества и будет расширять эту роль по мере расширения масштабов ФОР. В отсутствие отдела в Минздраве, отвечающего за политику, связанную с качеством, ФОМС принимает меры по устранению этого пробела. Однако ФОМС не может взять на себя эту ответственность в одиночку; сквозной характер стратегий обеспечения качества означает, что ФОМС не обладает всеми полномочиями и возможностями, необходимыми для достижения прогресса по различным аспектам стратегии повышения качества (таким как клинические навыки и обучение). Министерству здравоохранения необходимо сформировать и укрепить потенциал своих сотрудников, работающих в отделе контроля качества, аккредитации, доказательной медицины, разработки клинических руководств и непрерывного медицинского образования, и сформировать Отдел качества. После того, как Минздрав создаст такой отдел, можно будет начать работу по определению роли этого отдела в поддержке процессов мониторинга и оценки качества для ФОР в координации с ФОМС и его региональными отделениями.

- e. Расширение автономии поставщиков услуг требует разработки механизма управления для увеличения числа автономных поставщиков. Оценка пилотного проекта по обеспечению автономности ОЗ, осуществляемого при поддержке SDC, показала, что автономия может быть реализована в рамках действующего законодательства с соответствующими поправками к нормативным актам. В связи с этим необходима четкая приверженность Минздрава этой политике. Однако другие уроки, извлеченные из оценки, указывают на то, что процесс был сложным и требовал времени для получения выгод в плане эффективности, требовал технических консультаций и подготовки руководителей ОЗ и лучше всего осуществлялся с организациями здравоохранения, изъявившими добровольное желание в нем участвовать. Учитывая масштабность проблемы, расширение автономии поставщиков услуг может быть более эффективно достигнуто в последующие годы ГПРЗ 2030, хотя можно предпринять некоторые дополнительные шаги для подготовки к автономной работе и устранения узких мест в законодательстве.
- f. Необходимо заполнить пробел в институциональной структуре для создания надлежащего режима надзора и подотчетности в целях обеспечения управления автономными поставщиками услуг. В отсутствие четкого нового механизма управления Минздрав и ФОМС с осторожностью относятся к автономности, и эта осторожность лишь усугубляет узкие места, выявленные в пилотном проекте SDC. Учитывая значительные ограничения возможностей Минздрава в области управления и другие приоритеты ГПРЗ 2030 (например, регулирование/обеспечение и повышение качества, принятие функций «основного реципиента» средств Глобального фонда), приоритеты деятельности по надзору и управлению автономными поставщиками услуг могут быть понижены или перенесены на более поздний срок. Необходимо тщательно рассмотреть вопрос о разделении ролей и обязанностей между Минздравом, местными органами власти, ФОМС и Минфином. Хотя Минздрав обладает большинством «рычагов собственности» в отношении поставщиков, на практике потенциал финансового мониторинга и контроля, а также доступ к финансовым данным для большинства учреждений здравоохранения находятся в региональных отделениях ФОМС, и в централизованных системах финансовой информации ФОМС и Минфина. Учитывая нехватку возможностей финансового и других видов мониторинга в системе здравоохранения Кыргызстана, важно избегать дублирования ответственности. В качестве первого шага следовало бы заказать услуги технических консультантов и провести консультации о разработке режима управления для автономных поставщиков медицинских услуг. Кроме того, в Разделе 8.5 рекомендуется разработать системы и практические меры ФОМС для мониторинга финансовых показателей поставщиков в качестве ключевого компонента системы управления для большего числа автономных поставщиков.



## 9. Выводы

Новая стратегия ГПРЗ 2030 предусматривает реализацию смелого и всеобъемлющего комплекса реформ. Повестка дня подразумевает большую нагрузку для Минздрава и ФОМС. Действия ФОМС по финансированию будут необходимы для поддержки компонента стратегии, по предоставлению услуг для достижения целей в отношении качества и доступа к медицинской помощи, а также для определения того, какие действия в отношении лекарственных препаратов и управления в сфере оказания услуг потребуются в поддержку финансирования здравоохранения для достижения целей финансовой защиты, устойчивости и эффективности. В настоящем документе освещаются стратегии и действия, связанные с обоими этими компонентами ГПРЗ. В нем также отмечены один или два недостатка стратегии.

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



# Библиография

- (1) Jakab M. An empirical evaluation of the Kyrgyz health reform: does it work for the poor? PhD Dissertation, Harvard University. Cambridge (MA): Harvard University; 2007.
- (2) Оценка программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996-2005 гг.): Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг. Проект анализа политики здравоохранения «Манас». Документ исследования политики № 30. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2005 г.
- (3) Оценка реформы сектора здравоохранения «Манас» (1996-2005 гг.): Фокус на систему финансирования здравоохранения. Проект анализа политики здравоохранения «Манас». Документ исследования политики № 31. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2005 г.
- (4) Ибраимова А., Акказиева Б., Ибраимов А., Манжиева Э., Речел Б. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Том 13. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2011 г.
- (5) Independent review of Den Soluuk and project in support of mid-term review. Oxford: Oxford Policy Management; 2016.
- (6) Jakab M, Akkazieva B, Habicht J. Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Kyrgyzstan. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018.
- (7) Schneider P, Vogler S. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2016 г.
- (8) Vogler S, Haasis MA, Dedet G, Lam J, Pedersen H. Medicines reimbursement policies in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018.
- (9) Документ исследования политики №79, Бишкек: «Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика». Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2012 г.
- (10) IMF. 2019. Kyrgyz Republic Article IV Consultation. Staff Report. July 2019. IMF Country Report No. 19/208. Washington DC.

- (11) Совместный ежегодный обзор программы «Ден соолук». Резюме совместных ежегодных обзоров за 2015, 2016 и 2017 годы. Правительство Кыргызстана и партнеры в области развития. Бишкек: Правительство Кыргызстана.
- (12) Fiscal space for health in the Kyrgyz Republic. Background report, September 2018. Washington (DC): The World Bank; 2018.
- (13) Kyrgyz health results based financing. Implementation status and results report, 22 November 2018. Washington (DC): The World Bank; 2018 (<http://www.worldbank.org/projects/P120435/kyrgyz-health-results-based-financing?lang=en>, accessed 13 March 2019).
- (14) The impact of the 2011 salary increase on motivation of health workers and allocation of resources in health facilities. Policy Research Paper, No. 84. Bishkek: Health Policy Analysis Centre; 2014.
- (15) Moving from passive to strategic purchasing. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/health\\_financing/topics/purchasing/passive-to-strategic-purchasing/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/passive-to-strategic-purchasing/en/), accessed 13 March 2019).
- (16) Gaál P., Jakab M., Shishkin S. Стратегии, направленные на решение проблемы неформальных платежей в здравоохранении. Глава 12 в публикации: Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Под редакцией Kutzin J., Cashin C., Jakab M. - Копенгаген: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения; 2010 г.
- (17) Issues paper. Second health sector and social protection project (SWAp-2). Washington (DC): The World Bank; 2016.
- (18) Aide memoire. Second health sector support and social protection project implementation support and pre Mid Term Review visit health component: April 2016. Washington (DC): The World Bank; 2016.
- (19) Independent Evaluation Group (IEG) review of the Independent Completion Report of the World Bank second health and social protection in Kyrgyz Republic. Washington (DC): The World Bank; 2016.



## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Северная Македония  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

### Всемирная организация здравоохранения европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел: +45 45 33 70 00    Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

ISBN  
WHOLIS number  
Оригинал: