



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Финансирование здравоохранения в Кыргызстане: препятствия и возможности для принятия мер в связи с COVID-19

Документы по политике
финансирования здравоохранения



Кыргызстан





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ: ПРЕПЯТСТВИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ МЕР В СВЯЗИ С COVID-19

**Документы по политике
финансирования здравоохранения**

Реферат

Кризис, связанный с COVID-19, вновь сделал очевидной настоятельную необходимость в наличии прочных, адекватно финансируемых и устойчивых систем здравоохранения, способных быстро и на справедливой основе реагировать на чрезвычайные ситуации, обеспечивая при этом всеобщую финансовую защиту. В Кыргызстане были приняты важные решения по увеличению государственного финансирования ответных мер системы здравоохранения в связи с COVID-19, включая усиление донорской поддержки. Достаточное государственное финансирование мер в ответ на вспышку COVID-19 требуется для поддержки расширения масштабов и предоставления услуг населению в целом и отдельным гражданам. Данный краткий обзор преследует своей целью предоставление основы для дискуссий между должностными лицами, отвечающими за национальную политику, международными донорскими организациями и другими партнерами по развитию, касающихся повышения эффективности финансирования здравоохранения с целью улучшения ответных мер в связи с COVID-19 в Кыргызстане. В нем освещается то, как проблемы текущей модели финансирования здравоохранения могут препятствовать реализации ответных мер в связи с COVID-19 в стране, а также даются рекомендации по преодолению этих препятствий и повышению общей устойчивости систем здравоохранения, включая готовность к чрезвычайным ситуациям и реагирование на них.

Ключевые слова

HEALTH FINANCING

COVID-19

PRIMARY HEALTHCARE

DONOR FUNDING

Номер документа: WHO/EURO:2021-2604-42360-58655

© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Health financing in Kyrgyzstan: obstacles and opportunities in the response to COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Финансирование здравоохранения в Кыргызстане: препятствия и возможности для принятия мер в связи с COVID-19. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см.

<http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения	v
Резюме	vi
Введение	vii
Общие сведения	1
Расходы на здравоохранение и общие тенденции расходования средств	1
Объединение средств	2
Охват населения и право на льготы	3
Стратегические закупки и плата за медицинское обслуживание	5
Взаимосвязь между ранее существовавшими проблемами финансирования здравоохранения и ответными мерами в связи с COVID-19	9
Низкое и сокращающееся государственное финансирование	9
Объединение средств и финансовый менеджмент	11
Стратегические закупки	12
Слабая финансовая защита и пробелы в политике охвата	14
Полезные уроки и рекомендации	17
Финансирование	17
Охват населения и право на льготы	19
Закупки и оплата	20
Библиография	21



Выражение признательности

Настоящий доклад был составлен Joana Madureira Lima (страновой офис ВОЗ в Кыргызстане), Aigul Sydykova (страновой офис ВОЗ в Кыргызстане), Triin Habicht (Барселонский офис ВОЗ по финансированию систем здравоохранения) и Jens Wilkens (консультантом ВОЗ).

Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане благодарен Министерству здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики за полезные обновления политики и Фонду обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за предоставленные данные. Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане также по достоинству оценивает содействие Saltanat Moldoisaeva из странового офиса ВОЗ в Кыргызстане в толковании документов, регламентирующих оборот лекарственных средств и ценообразование, вклад Christel Vermeersch и Iryna Postolovska, представляющих Всемирный банк, в описание деятельности Всемирного банка в Кыргызской Республике по финансированию здравоохранения. Выражается благодарность Jorg Heukelbach из немецкого государственного банка KfW за оказанную техническую помощь, а также Anne Moulin и Elvira Muratalieva из Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству за предоставление сведений о деятельности по финансированию здравоохранения Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству.

Наконец, Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане хотел бы поблагодарить Nazira Artykova (представителя ВОЗ в Кыргызстане) за ее руководство составлением настоящего документа. Ответственность за любые неточности или неверные толкования несут авторы.

Настоящий документ подготовлен в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве на 2020–2021 гг. между Министерством здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики и Европейским региональным бюро ВОЗ, которое координируется страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане и осуществляется при финансовой поддержке со стороны Европейского союза (ЕС) и Люксембурга в рамках партнерства ЕС–Люксембург–ВОЗ по всеобщему охвату услугами здравоохранения.



Сокращения

АБР	Азиатский банк развития
ВВП	внутренний валовой продукт
ГОБМП	гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДЛО	дополнительное лекарственное обеспечение
МВФ	Международный валютный фонд
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
СИЗ	средства индивидуальной защиты
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования



Резюме

Кризис, связанный с COVID-19, вновь сделал очевидной настоятельную необходимость наличия прочных, адекватно финансируемых и устойчивых систем здравоохранения, способных быстро и на справедливой основе реагировать на чрезвычайные ситуации, обеспечивая при этом всеобщую финансовую защиту. Он продемонстрировал, что во время кризиса бедность усугубляется как напрямую – из-за затрат на лечение заболевания, когда требуются совместные и неформальные платежи, так и косвенно – из-за потери дохода. С бедностью связана и сама болезнь, которая делает порочный круг еще более замкнутым. Поэтому для обеспечения финансовой защиты жизненно необходимо адекватное государственное финансирование первичной, вторичной и третичной помощи.

В Кыргызстане были приняты важные решения по увеличению государственного финансирования ответных мер системы здравоохранения в связи с COVID-19, включая усиление донорской поддержки. Достаточное государственное финансирование мер в ответ на вспышку COVID-19 требуется для поддержки расширения масштабов и предоставления услуг населению в целом и отдельным гражданам страны. Устойчивые инвестиции в первичную медико-санитарную помощь – решающий аспект готовности к пандемии и ответных мер при одновременном обеспечении непрерывности основных услуг, включая отслеживание контактов, профилактику и коммуникацию.

Цель настоящего краткого обзора – предоставить основу для дискуссий между должностными лицами, отвечающими за национальную политику, международными донорскими организациями и другими партнерами по развитию, касающихся повышения эффективности финансирования здравоохранения с целью улучшения ответных мер в связи с COVID-19 в Кыргызстане. В нем освещается то, как проблемы текущей модели финансирования здравоохранения могут препятствовать реализации ответных мер в связи с COVID-19 в стране, а также даются рекомендации по преодолению этих препятствий и повышению общей устойчивости систем здравоохранения, включая готовность к чрезвычайным ситуациям и реагирование на них.



Введение

Первые три случая заболевания COVID-19 были зафиксированы в Кыргызстане 18 марта 2020 г. Четыре дня спустя, 22 марта, Правительство объявило чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения и ввело строгие меры по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции. Программа реагирования в ответ на пандемию COVID-19 временно отодвинула в сторону плановую деятельность системы здравоохранения, переориентировав ее потенциал на борьбу с пандемией.

Меры по борьбе с пандемией принимаются на фоне ранее существовавшего дефицитного финансирования и неэффективности расходования бюджетных средств. Еще до кризиса, связанного с COVID-19, мобилизация внутренних ресурсов на нужды здравоохранения в Кыргызстане неуклонно ослабевала. Государственные расходы на здравоохранение были максимальными в 2012 г. – 4,2% валового внутреннего продукта (ВВП), но к 2018 г. сократились до 2,8% ВВП. Доля государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение с 2011 г. также снижалась. Нарушение торговых связей и ограничение мобильности, вызванные пандемией, привели к ожидаемому дефициту финансирования в размере 500 млн долл. США в государственном бюджете на 2020 г. (7% ВВП). Для восполнения этого пробела Правительство запросило у своих двусторонних и многосторонних партнеров по развитию дополнительную финансовую поддержку.

При нормальных обстоятельствах все мероприятия по сдерживанию распространения инфекционных болезней финансируются Министерством здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики (далее – Министерство здравоохранения). Эпидемиологический фонд Министерства здравоохранения крайне ограничен; 3 февраля 2020 г. он получил 30 млн кыргызских сомов (500 000 долл. США), но эта сумма была быстро израсходована. Дополнительное донорское финансирование для служб общественного здравоохранения также поступает через Министерство здравоохранения, а некоторые доноры оказывают разовую неденежную поддержку, например предоставляя медицинское оборудование и средства индивидуальной защиты (СИЗ), также через Министерство здравоохранения.





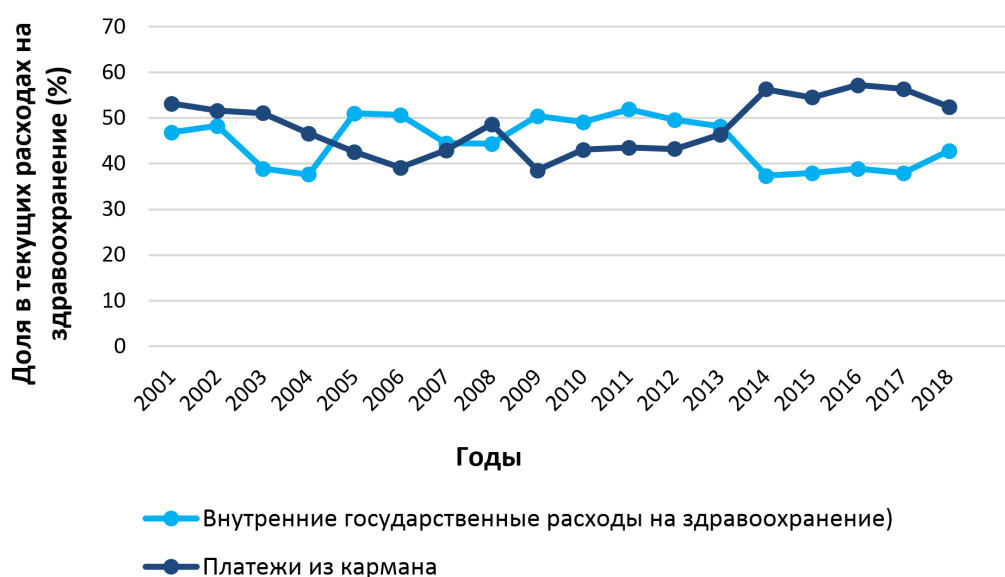
Общие сведения

Расходы на здравоохранение и общие тенденции расходования средств

В Кыргызстане здравоохранение финансируется из трех основных источников – государственного сектора, частных средств и внешних ресурсов. К государственным источникам финансирования относятся средства республиканского бюджета (на основе общих налоговых поступлений) и фонды обязательного медицинского страхования (на основе поступлений от налогов на прибыль). Частные средства в основном вносятся в виде прямых платежей из средств домохозяйств (так называемых платежей из кармана) за первичную, вторичную и третичную помощь, а также фармацевтическую продукцию. Платежи из кармана могут быть официальными (официальная соплата или плата за немедицинские услуги) или неофициальными. Наибольшая доля таких платежей приходится на лекарственные средства для лечения в амбулаторных условиях. Внешнее финансирование подразумевает средства, получаемые от международных организаций и доноров.

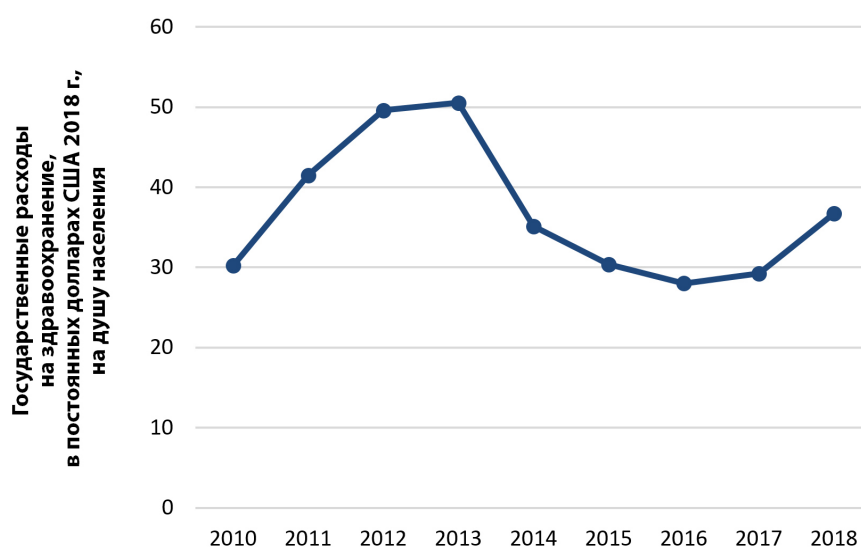
Расходы на здравоохранение за счет внешнего финансирования в процентах от текущих расходов на здравоохранение колебались от максимума 15% в 2003 г. до минимума 4.7% в 2018 г. (1). Еще до кризиса, связанного с COVID-19, мобилизация внутренних ресурсов на нужды здравоохранения в Кыргызстане неуклонно ослабевала. Государственные расходы на здравоохранение были максимальными в 2012 г. – 4,2% валового внутреннего продукта (ВВП), но к 2018 г. сократились до 2,8% ВВП. Доля государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение с 2011 г. также значительно снизилась, с 52% в 2011 г. до 43% в 2018 г. (рис. 1), что привело к снижению реальных государственных расходов на здравоохранение на душу населения (рис. 2).

Рисунок 1. Внутренние государственные расходы на здравоохранение и платежи из кармана в Кыргызстане (2000–2018 гг.)



Источник: ВОЗ (1).

Рисунок 2. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Кыргызстане (2010–2018 гг.)



Полностью достичь целевого ориентира по расходам на сектор здравоохранения в долгосрочной перспективе (2011–2018 гг.) не удалось ни в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден соолук», ни путем общесекторального подхода, в соответствии с которым Правительство должно выделять на здравоохранение 13% государственного бюджета. Согласованный с Правительством и партнерами по развитию целевой ориентир – 13% – был интерпретирован как верхний, а не как нижний предел, о чем свидетельствует тенденция к выравниванию в реальном выражении мобилизации ресурсов из республиканского бюджета, наметившаяся с 2012 г. Этот целевой ориентир использовался до конца 2018 г., когда завершилась программа «Ден соолук». В 2019 г. условия получения поддержки переместились в сторону оплаты за фактический результат. В настоящее время Всемирный банк придерживается принципа использования девяти показателей, ставших основанием для выплат.

Главным фактором сокращения бюджетов здравоохранения является уменьшение ассигнований из государственного бюджета. Взносы медицинского страхования в формировании бюджета здравоохранения играют очень небольшую роль (см. ниже).

Объединение средств

Из республиканского бюджета средства поступают в Министерство здравоохранения, Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и другие министерства и ведомства. Львиная доля (70,5%) поступлений в бюджет ФОМС приходится на республиканский бюджет (2). Эти средства используются для финансирования медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО)

и взносов на обязательное медицинское страхование для некоторых групп населения. Государство делает взносы за детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров, студентов, военнослужащих и ветеранов, которые также имеют право на дополнительные льготы, такие как бесплатные услуги или льготная сооплата. ФОМС также аккумулирует взносы (страховые премии) в Социальный фонд Кыргызской Республики, существующий на средства, собираемые Государственной налоговой службой с работающей части населения, — социальный налог в размере 2% взимается со всех доходов населения и составляет 16% бюджета ФОМС (Управление финансовой политики Министерства здравоохранения Кыргызстана, неопубликованные данные, 2018 г.). Оставшиеся 11% бюджета ФОМС формируются за счет сооплаты, специальных целевых фондов и страховых полисов, которые работники неформального сектора могут приобретать непосредственно в ФОМС.

ФОМС распоряжается 80% государственных расходов в рамках договорных отношений с медицинскими учреждениями на всех уровнях оказания помощи, в соответствии с которыми оплачиваются медицинское обслуживание отдельных лиц, покрываемое ГОБМП или ДЛО. Оно также отвечает за финансирование учреждений специализированной медицинской помощи. Министерство здравоохранения несет ответственность за финансирование дорогостоящих (высокотехнологичных) медицинских услуг, а также медицинское обслуживание всего населения, включая централизованную закупку отдельных фармацевтических препаратов и дорогостоящего медицинского оборудования и иные капитальные вложения. Оно также отвечает за финансирование медицинских учреждений, получающих средства из республиканского бюджета и не предоставляющих медицинские услуги в рамках ГОБМП.

Охват населения и право на льготы

Охват медицинским обслуживанием регламентируется ГОБМП и ДЛО. ГОБМП гарантирует всем гражданам получение бесплатной неотложной помощи, бесплатного базового пакета услуг первичной медико-санитарной помощи (включая ограниченный выбор лекарственных препаратов), бесплатной специализированной помощи на амбулаторной основе по направлению, а также стационарной помощи по направлению и при условии сооплаты. Группы населения с ожидаемыми высокими затратами на медицинское обслуживание освобождаются от совместной оплаты стационарного лечения или имеют право на финансовую скидку. Лица, уплатившие взносы на обязательное медицинское страхование¹ (около 66% населения в 2018 г. (3)), имеют право на получение 61 наименования лекарственных средств для амбулаторного лечения по сниженным ценам в соответствии с ДЛО и на льготную совместную оплату стационарного лечения по ГОБМП. При этом 34% населения, принадлежащие к относительно уязвимым контингентам, имеют доступ только к ГОБМП без права на более низкую сооплату стационарного лечения или без доступа к субсидируемым лекарственным средствам для лечения на амбулаторной основе, покрываемым ДЛО, поскольку такие льготы предусмотрены покрытием обязательным страхованием.

¹ В 2019 г. сбор социального налога из Социального фонда Кыргызской Республики был передан в ведение Государственной налоговой службы, что, как ожидается, должно повысить прозрачность и эффективность сбора налогов.

Хотя взносы играют очень небольшую роль в формировании бюджета здравоохранения, они заслуживают особого внимания; кризис, связанный с COVID-19, вскрыл тот факт, что привязка получения льгот к уплате взносов является неравноправным подходом к финансированию здравоохранения. Сбор взносов на обязательное медицинское страхование был несостоятельным даже до кризиса, что во многом можно объяснить трудностями со сбором взносов в секторе неформальной занятости. Экономический рост в Кыргызстане во многом основывается на интенсивной эксплуатации природных ресурсов страны и не приводит к развитию трудовых ресурсов (4), поэтому в формальном секторе рабочие места не создавались. Наибольший рост занятости произошел в неформальном секторе (по оценкам, около 50% ВВП) – той части трудовых ресурсов, которая не платит взносы в фонды медицинского страхования и, следовательно, не имеет права на получение соответствующих услуг и скидок.

Проблемы с ценообразованием и пробелы финансирования ГОБМП и ДЛО приводят к тому, что пациенты либо не могут удовлетворить свои потребности в медицинском обслуживании, либо вынуждены оплачивать медицинские услуги из собственного кармана. В период 2000–2014 гг. в Кыргызстане существенно выросли платежи из кармана, так что в настоящее время на них приходится более 50% общих расходов на здравоохранение. Платежи из кармана – как доля расходов домохозяйств – сократились в период 2000–2009 гг. в основном из-за спада в трех беднейших квинтилях, но резко выросли в период 2009–2014 гг. для всех квинтилей, подрывая ранее достигнутый прогресс. Деграция финансовой защиты, отмечавшаяся с 2006 г., была обусловлена высокими и растущими платежами из кармана за лекарственные средства, особенно за препараты для амбулаторного лечения и изделия медицинского назначения. Благодаря проведению реформы к 2006 г. именно в этих сферах отмечалось основное сокращение платежей из кармана, хотя они и оставались их крупнейшим источником (6). В квинтилях более обеспеченных слоев населения в городах Бишкек и Ош расходы катастрофически растут из-за увеличения сумм оплаты стоматологической помощи, диагностических тестов и амбулаторной помощи. В госпитальной системе также выросли платежи из кармана за лекарственные препараты, расходные материалы и труд персонала. В период с 2006 по 2013 г. компенсация дефицита финансирования стационарной помощи за счет неформальных платежей увеличилась с 25% до 35% от общих расходов стационаров, которые теоретически должны покрываться за счет ГОБМП (6).

Персистирующая неформальная плата за лечение в условиях стационара является подтверждением дефицита финансирования ГОБМП (5). Она вносит гигантский вклад в платежи из кармана, а ее неформальный характер затрудняет защиту малоимущих домохозяйств.

Стратегические закупки и плата за медицинское обслуживание

Министерством здравоохранения предоставляются услуги общественного здравоохранения и некоторые индивидуальные услуги, финансируемые из республиканского бюджета. В распоряжение ФОМС поступает разница между тарифами на обслуживание и стоимостью предоставленных услуг, что реализуется путем внедрения систем оплаты поставщикам услуг по фактическому результату, причем в данном случае ФОМС выступает в качестве единого плательщика за всю медицинскую помощь, оказываемую на индивидуальном уровне.

Ассигнуемый на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) бюджет ФОМС – в сравнении с госпитальными услугами – не увеличился в степени, достаточной для расширения роли ПМСП. Например, в 2019 г. на долю ПМСП приходилось 35,3% общих расходов, а на госпитальный сектор – 58,3% (6). Диапазон услуг, включенных в ГОБМП, и, следовательно, не подлежащих оплате, относительно узок. Это означает, что незастрахованные пациенты, нуждающиеся в услугах, не включенных в пакет, вынуждены либо оставлять свои потребности неудовлетворенными, либо покрывать стоимость этих услуг из собственного кармана.

Отсутствие систематического использования анализа и фактических данных в качестве основы для прогнозирования факторов спроса и затрат, а также проблемы с ценообразованием и недофинансированием ГОБМП и ДЛО препятствуют эффективным стратегическим закупкам медицинских услуг как для отдельных лиц, так и на популяционном уровне. Подобные пробелы зачастую обуславливают неявное нормирование – установление квот – и неформальные платежи. Незначительный прогресс в использовании контрактов и системы оплаты услуг в стационарах и учреждениях ПМСП замедляет темпы повышения качества, эффективности и улучшения результатов в отношении здоровья.

Однако основным препятствием на пути развития стратегических закупок является избыточная, неэффективная и фрагментированная госпитальная инфраструктура, вследствие чего финансирование стационаров производится вне зависимости от показателей их работы. Иными словами, чрезмерные мощности стационаров мешают организации закупок, направленных на поддержку перехода к модели медицинского обслуживания, основанной на первичной медико-санитарной помощи и ориентированной на амбулаторное лечение. Отсутствует механизм оплаты поставщикам услуг за оказание специализированной помощи на амбулаторной основе или за применение стационарозамещающих технологий («хирургия одного дня»), что, в частности, сильнейшим образом стимулирует госпитализацию пациентов, которых можно было бы лечить на дому или в дневном стационаре². В то же время стационары нередко превышают допустимую численность госпитализированных пациентов, указанное в их договорах, что приводит к увеличению незапланированных расходов

² Исключением является проект, проводившийся при поддержке Детского фонда Организации Объединенных Наций, в рамках которого увеличилось количество дневных стационаров; также была оказана поддержка сопутствующим изменениям в предоставлении услуг, что значительно повлияло на сокращение числа предотвратимых госпитализаций.

ФОМС из-за отсутствия эффективных механизмов контроля объемов медицинской помощи. Оплата госпитальных услуг по пролеченному случаю хотя и позволила сократить неоправданно длительное пребывание в стационаре, в то же время привела к росту госпитализаций и ненужных направлений на госпитализацию из учреждений ПМСП.

Отсутствие связи между базами данных Министерства здравоохранения и ФОМС не позволяет службам отслеживать пациента на его пути от первичной к третичной помощи и обратно. Подобное разобщение лишает возможности проводить любой систематический анализ для контроля объема медицинской помощи, предоставления обратной связи поставщикам услуг или изменения комбинации различных видов стационарной помощи в целях повышения экономической эффективности и решения приоритетных задач здравоохранения (7). Особенности формулы подушевой оплаты, в том числе низкие ставки и неудовлетворительный мониторинг эффективности, препятствовали и расширению роли ПМСП. Однако с 2018 г. ФОМС использовал оплату труда в ПМСП³ по фактическому результату. Систематическая оценка должна помочь в выявлении улучшений, достигнутых с помощью нового метода.

Возможности ДЛО по обеспечению финансовой защиты ограничены из-за низкого уровня выделяемого на эти цели финансирования. Обычно финансирование покрывает менее 50% розничной цены на лекарства; 34% населения вообще не имеют права на ДЛО, а на практике из-за бюджетных ограничений и нормирования на уровне поставщиков его получают лишь часть тех, кому такое право предоставлено. Цены на лекарственные средства и наценки на их розничную продажу не регулируются, что заставляет граждан и государство расходовать больше, чем необходимо.

Государство оплачивает лекарственные средства для лечения в амбулаторных условиях, отпускаемые по рецепту, но такие лекарства составляют лишь небольшую долю на рынке фармацевтической продукции; другие медикаменты можно получить без рецепта. В период 2006–2014 гг. рост расходов домохозяйств на лекарственные средства безрецептурного отпуска для амбулаторного лечения был намного интенсивнее, чем на лекарства, отпускаемые по рецепту. Стоимость лекарственных средств увеличивалась в основном, с одной стороны, из-за отсутствия регулирования оптовых и розничных цен и аптечных наценок, а с другой – вследствие колебаний курсов валют и девальвации на рынке, который сильно зависит от импорта. Помимо изменений в ценах могли произойти изменения в закономерностях потребления, что, вероятно, связано со слабым соблюдением требований к рецептурному отпуску.

Более высокая степень финансовой защиты может быть достигнута за счет увеличения государственного финансирования ПМСП, расширения услуг, предоставляемых в рамках ГОБМП, и перечня лекарственных средств, включенных в ДЛО, а также повышения ценовой доступности препаратов для лечения в условиях стационара, чему отчасти препятствует неэффективность их закупок. Фармацевтический рынок в Кыргызстане является частным и почти полностью зависит от импорта, а национальное производство осуществляется по остаточному принципу (8). Закупка некоторых лекарственных препаратов производится централизованно Министерством здравоохранения. Предварительный анализ закупок, проведенный на данный момент, демонстрирует выгоду для Министерства здравоохранения в отношении цен (9).

³ С 2021 г. доплаты за индикаторы отменены и заменены на повышение на 100% базового оклада семейных врачей.

Стационары закупают лекарственные средства самостоятельно. Попытки централизации госпитального снабжения в прошлом терпели неудачу из-за высоких цен на транспортировку в более отдаленные учреждения. Потенциал централизованных закупок нуждается в тщательном анализе.



Взаимосвязь между ранее существовавшими проблемами финансирования здравоохранения и ответными мерами в связи с COVID-19

Низкое и сокращающееся государственное финансирование

Краткосрочные и среднесрочные воздействия на мобилизацию внутренних ресурсов для сектора здравоохранения

В 2019 г. общий утвержденный бюджет ФОМС составил 15 720,5 млн кыргызских сомов (225 млн долл. США), из которых бюджет на 15 233,6 млн кыргызских сомов (218 млн долл. США (96,9%) был исполнен. Из них 10 739,2 млн кыргызских сомов (154 млн долл. США) (70,5%) поступили из республиканского бюджета и 2320 млн кыргызских сомов (33 млн долл. США (15,2%) – из взносов Социального фонда Кыргызской Республики. Остальная часть сформирована за счет сооплаты и из иных источников (б).

Дефицит финансирования, создавшийся в основном из-за республиканского бюджета и, в меньшей степени, вследствие неуплаты взносов на обязательное медицинское страхование, привел к недофинансированию ФОМС по сравнению с его утвержденным в 2019 г. бюджетом. Это обстоятельство внесло вклад в неспособность адекватно финансировать ГОБМП и ДЛО даже до того, как разразился кризис.

По предварительным данным за первый квартал 2020 г., кризис усугубил бюджетно-налоговую ситуацию в стране. Доходная часть республиканского бюджета снизилась на 10% по сравнению с аналогичным периодом предшествующего года. Почти 80% всех потерь доходов можно отнести на счет потери налога на добавленную стоимость на импорт из стран, не входящих в Евразийский экономический союз, и других налогов на международную торговлю. При этом расходы республиканского бюджета на инвестиции, не связанные с эпидемией, увеличились на 4,9 млрд кыргызских сомов. Сюда входит увеличение расходов на заработную плату в сфере образования и капиталовложения в рамках Программы государственных инвестиций (10).

⁴ Исполнение доходов ФОМС из республиканского бюджета составило 15 234 млн сомов при плане 15 720,5 млн сомов. После того как в середине года ФОМС обратился в парламент с просьбой о внесении поправки в закон о бюджете, постановление парламента обязало Министерство финансов восполнить образовавшийся пробел. Однако из-за позднего перечисления средств (1200 млн сомов) в декабре ФОМС уже был не в состоянии абсорбировать всю сумму, в результате чего 390 млн сомов неизрасходованных средств были возвращены в республиканский бюджет.

В мае 2020 г. Правительство представило в парламент законопроект о внесении изменений в республиканский бюджет на 2020 г. и бюджетный прогноз на 2021–2022 гг. В целом Правительство утвердило бюджет в размере 5692,2 млн сомов (71,4 млн долл. США) на реагирование на чрезвычайную ситуацию, связанную с COVID-19. Дополнительно было выделено 2061,6 млн кыргызских сомов (25,93 млн долл. США) непосредственно на здравоохранение (увеличение на 13% от утвержденного бюджета) (11,12).

Согласно недавнему прогнозу Международного валютного фонда (МВФ) на 2020 г., следует ожидать снижения ВВП на 12%, в то время как, по последним оценкам Азиатского банка развития (АБР), ВВП уменьшится на 5%. В качестве базового сценария в этом анализе влияния на бюджет используется сокращение ВВП на 10% (13).

На финансировании ФОМС отражаются проблемы на рынке труда и новая политика смягчения негативных социальных воздействий кризиса, связанного с COVID-19. По данным Евразийской экономической комиссии, количество безработных в Кыргызстане может увеличиться на 500 000 человек, что составляет около 20% от числа работающих в настоящее время. Ожидается, что одна только потеря занятости приведет к снижению налоговых поступлений на 26% (14).

После начала пандемии COVID-19 Правительство подготовило несколько пакетов мер по борьбе с ее негативными социально-экономическими последствиями, включая предоставление налогоплательщикам возможности отложить уплату налогов на период в один год. Это имеет значение для финансирования здравоохранения (15), поскольку часть бюджета ФОМС будет неизбежно сокращаться по мере снижения собираемости подоходного налога. На фоне снижения доходов республиканского бюджета Государственная налоговая служба дает неоптимистичный прогноз сбора налогов. После увольнений и сокращения доходов граждан сбор страховых взносов ухудшился. За первые четыре месяца 2020 г. задолженность Социального фонда Кыргызской Республики перед ФОМС увеличилась на 183 млн кыргызских сомов, так как из заложенных в бюджет 856,6 млн кыргызских сомов было перечислено только 674 млн кыргызских сомов.

Роль донорского финансирования в покрытии дефицита бюджета здравоохранения

Чтобы покрыть ожидаемый дефицит финансирования в размере 500 млн долл. США, вызванный нарушением торговых связей и ограничением мобильности, Правительство запросило у своих двусторонних и многосторонних партнеров по развитию дополнительное финансирование – прямую бюджетную поддержку МВФ в размере 241,8 млн долл. США, а также 50 млн долл. США от АБР, Всемирного банка, двусторонних доноров и системы Организации Объединенных Наций (10). Ожидаемый приток дополнительной иностранной помощи, эквивалентной 7% ВВП, может полностью компенсировать любые потери внутренних доходов.

Партнеры по развитию на данный момент обязались выделить 45 млн долл. США на поддержку ответных мер сектора здравоохранения в связи с COVID-19, причем преобладающая часть этих средств будет направлена на такие цели, как закупка медицинских устройств, лекарственных средств, обучение персонала и лабораторные службы. Некоторые дотации запланированы на ближайшие 2–3 года. Этот транш превышает первоначальный запрос на 15,8 млн долл. США на 2020 г., сформулированный в плане реагирования на COVID-19 и раннего восстановления (16).

Объединение средств и финансовый менеджмент

По своей конструкции нынешняя система пулов ФОМС пригодна для реагирования на чрезвычайные ситуации. ФОМС наделен полномочиями аккумулировать денежные средства из разных источников, варьирующихся от республиканского бюджета до частных пожертвований, что на законных основаниях могут делать далеко не все ведомства в Кыргызстане. Это означает, что у ФОМС есть правовая возможность объединять средства конкретных бюджетных фондов, которые могут быть использованы для оплаты услуг по лечению случаев COVID-19 и профилактике новой коронавирусной инфекции.

Из 55,2 млн долл. США, потраченных на многосекторальные ответные меры в связи с COVID-19, 16% бюджетных средств было израсходовано непосредственно Министерством здравоохранения, а 38% — прошли через ФОМС (11, 12). В рамках проектов Всемирного банка и АБР была предпринята попытка создать механизмы финансирования стационаров через ФОМС в целях удовлетворения местных потребностей, но, по имеющимся сведениям, эти механизмы не использовались даже после пяти месяцев получения формального финансирования (Всемирный банк, личное сообщение, 2020). Причина подобной ситуации кроется в самой пандемии. Из-за COVID-19 потенциал ФОМС существенно снизился по двум причинам. Во-первых, многие сотрудники выбыли из строя в результате этой инфекции, что привело к нехватке кадровых ресурсов. Во-вторых, кризис изменил привычные каналы связи, а дополнительные требования к отчетности и участию в новых рабочих группах были возложены на сократившееся число сотрудников. Это обстоятельство означало отсутствие возможности освоить новые механизмы финансирования и сопровождающие их административные процедуры, в результате чего дополнительные средства не осваивались через систему единого плательщика, а происходило заключение многочисленных контрактов с лечебно-профилактическими учреждениями. Этот случай преподает урок устойчивого развития: ФОМС с самого начала должен вовлекаться в процессы, связанные с ним, а его потенциал в отношении кадровых ресурсов и логистики нуждается в укреплении, чтобы подготовить систему к будущей вспышке.

Краткосрочные и среднесрочные воздействия на мобилизацию внутренних ресурсов для сектора здравоохранения

Недавнее исследование, проведенное ВОЗ и Центром глобального развития (17), показывает, что обычно основным фактором, способствующим увеличению ассигнований на финансирование здравоохранения, особенно среди стран с низким и средним уровнем дохода, таких как Кыргызстан, является увеличение пакета общих расходов. С учетом влияния кризиса на государственное финансирование, что описано во введении, увеличение общих расходов маловероятно. Следовательно, увеличение ассигнований на здравоохранение может происходить из двух источников.

Первый источник – это увеличение доли расходов на здравоохранение за счет перераспределения средств, изначально выделенных на другие функции. Исследование ВОЗ демонстрирует, что перенаправление средств на здравоохранение – это вопрос

не только политического выбора, но и способности Министерства здравоохранения составлять и согласовывать предложения по распределению бюджетных ассигнований. Например, отказ от целевого ориентира – выделения 13% бюджетных средств на здравоохранение – содействовал, начиная с 2019 г., сокращению государственных расходов на здравоохранение. В краткосрочной перспективе партнеры по развитию могли бы сыграть роль в предоставлении технической помощи в поддержку необходимых подготовительных шагов, а в среднесрочной перспективе – оказать помощь в укреплении потенциала для верстки бюджета и переговоров.

Второй источник предполагает содействие увеличению расходов на здравоохранение путем улучшения бюджетирования. Внедрение более эффективных норм управления государственными финансами за счет обеспечения надежных, своевременных, гибких и стратегических ассигнований на здравоохранение способно расширить бюджетное пространство сектора здравоохранения, особенно если это сопровождается тщательным планированием и исполнением бюджетов здравоохранения Министерством здравоохранения. Текущий обзор государственных расходов, проведенный Всемирным банком, предоставляет возможность и данные для диагностики бюджетного пространства.

В среднесрочной и долгосрочной перспективе варианты увеличения фискального пространства включают технико-экономическое обоснование повышения налогообложения табака и алкоголя в соответствии с «наиболее выгодными» предложениями ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (18).

Стратегические закупки

По аналогии с действиями многих стран ответные меры в связи с пандемией, по крайней мере на начальном этапе, были направлены на укрепление потенциала стационарной помощи. Хотя стационарные услуги при тяжелом течении заболевания COVID-19 должны быть доступны, в ситуациях эпидемий и пандемий службы ПМСП обычно более производительны (рентабельны), чем системы здравоохранения вторичного и третичного уровня, а также более эффективны в реализации мер по повышению устойчивости системы здравоохранения в целом. При хорошем функционировании в условиях пандемии амбулаторно-поликлинические службы ПМСП гарантируют доступность больничных коек для крайне тяжелых случаев заболевания. Однако избыточные мощности стационаров поглощают ресурсы, которые могли бы усилить ответные меры на уровне ПМСП.

Переполненные пациентами больницы во время кризиса, связанного с COVID-19, свидетельствуют не столько о нехватке коечного фонда, сколько о неспособности ПМСП быть на переднем крае принятия ответных мер. Иными словами, сильные службы ПМСП играют жизненно важную роль в тестировании, ведении случаев COVID-19 легкой или средней степени тяжести, отслеживании контактов и принятии мер оповещения и профилактики. В конечном итоге услуги ПМСП замедляют распространение вирусной инфекции и снижают риск перегрузки и возможного коллапса инфраструктуры здравоохранения, особенно стационаров.

Уникальный характер COVID-19 и способность этой инфекции к быстрому распространению требует новых подходов к ведению случаев этого заболевания на уровне ПМСП. С учетом возможностей COVID-19 вызвать перегрузку служб здравоохранения исключительно важно, чтобы функции ПМСП были адаптированы в целях оптимизации использования ограниченных ресурсов. Укрепление потенциала ПМСП может обеспечить более широкий доступ к тестированию и адекватной помощи людям с заболеванием легкой или средней степени тяжести, не нуждающимся в госпитализации. Пациентов с заболеванием легкой или средней степени тяжести следует до выздоровления изолировать по месту жительства или в другом безопасном жилом помещении, и в течение этого периода им необходимо обеспечить возможность общения с работниками здравоохранения на уровне ПМСП. Некоторые страны организовали аутрич-услуги, когда медицинские работники посещают на дому пациентов, находящихся в изоляции, на 5-й или 6-й день болезни – критически важный момент в развитии заболевания – для забора крови на анализ, определения уровня насыщения крови кислородом и выявления тех или иных симптомов, указывающих на возможное скорое и резкое ухудшение состояния пациента. В таком случае больного можно госпитализировать до того, как это произойдет (19). Включение должностных лиц – организаторов здравоохранения – и экспертов в области ПМСП в национальную группу реагирования на пандемию и предоставление специалистам по ПМСП возможности оказывать помощь пациентам с COVID-19 в легкой форме уменьшит нагрузку на стационары, освободив их для работы с более тяжелыми больными COVID-19 и пациентами, нуждающимися в реанимационных вмешательствах.

Хотя благодаря мобилизации дополнительных донорских ресурсов и перенаправлению средств из других секторов были изысканы возможности финансирования многосекторального реагирования на пандемию COVID-19, способность ФОМС усилить роль ПМСП оказалось сильно подорванной, поскольку его ресурсы были истощены оплатой лечения случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией.

Первоначальные ассигнования ФОМС из его фондов страхования от чрезвычайных ситуаций в течение 2020 г. быстро израсходовались на покрытие 4500 случаев COVID-19, и вскоре после этого у ФОМС возник существенный дефицит.

Базовые ставки оплаты за пролеченные случаи COVID-19, приведенные во вставке 1, служат индикатором того давления, которое было оказано на резервные фонды.

Вставка 1. Ставки ФОМС за лечение пациентов с COVID-19

Выплата компенсаций основана на следующих расчетах:

- легкая форма заболевания – 3500 кыргызских сомов;
- заболевание средней тяжести – 10 818 кыргызских сомов;
- тяжелая форма – 70 427 кыргызских сомов;
- крайне тяжелая форма – 132 837 кыргызских сомов.

Ставки включают стоимость лекарственных средств, коммунальных услуг и питания, СИЗ, тестов и зарплаты медицинских работников.

Источник: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (20).

Кроме того, заслуживают упоминания чрезвычайные бюджетные ассигнования учреждений здравоохранения, поскольку медицинские работники тратили средства, выделенные на закупку лекарственных препаратов и другие нужды, на покупку СИЗ и фармацевтической продукции для лечения пациентов с COVID-19.

Помимо оплаты услуг, связанных с лечением COVID-19, ФОМС по-прежнему осуществляет выплаты стационарам по обеспеченным бюджетным статьям, хотя плановые госпитализации не производятся. В условиях пандемии COVID-19 в апреле 2020 г. частота госпитализаций в Кыргызстане снизилась на 40%, что было обусловлено снижением обращаемости и ограничениями доступа в целях уменьшения риска инфицирования. Тем не менее на протяжении апреля ФОМС продолжал финансировать бюджетные статьи, такие как заработная плата, лекарственное обеспечение, питание, процессы дезинфекции и СИЗ. Таким образом, ФОМС сыграл важную роль в поддержании потенциала лечебно-профилактических учреждений и предотвращении истощения их ресурсов как результата сокращения потока заболевших.

ФОМС не только в значительной степени продолжил финансирование учреждений, проводя платежи по статьям бюджета, но также выплачивал дополнительные средства стационарам на лечение пациентов с COVID-19. Заново пересмотренные ставки и общие затраты составляют большие суммы, а ФОМС получил недостаточное дополнительное финансирование. Аналогичным образом медицинские учреждения, включая службы ПСМП, потратили средства, выделенные на закупку лекарственных препаратов и другие расходы, на приобретение СИЗ и медикаментов для лечения пациентов с COVID-19.

Преимущество направления донорских средств через ФОМС – включая пополнение фонда заработной платы – состоит в том, что используются существующие механизмы финансирования, способные отслеживать платежи от пула средств до выплаты по пролеченному случаю заболевания, что повышает прозрачность. Важно привести в соответствие системы отчетности Министерства здравоохранения и ФОМС, чтобы исключить дублирование и избыточную административную нагрузку на поставщиков услуг. Министерство здравоохранения и ФОМС должны иметь доступ к данным, которые им необходимы для выполнения своих функций, и располагать возможностью предоставлять отчетность, удовлетворяющую требованиям Министерства финансов и партнеров по развитию и соответствующую стандартам публичной отчетности.

Слабая финансовая защита и пробелы в политике охвата

Резкий рост безработицы и увеличение числа возвращающихся в страну мигрантов, вызванные пандемией, оставили многих людей без медицинской страховки. Неплатежеспособность отразится и на оплате страховых взносов, что приведет к отмене льгот на сооплату стационарного лечения и отдельных лекарственных препаратов. Пандемия вынудила вернуться в Кыргызстан и многих трудовых мигрантов, не имеющих права на льготную сооплату.

Охват при этом не изменился (в том смысле, что услуги в рамках ГОБМП остались прежними), и Правительство предоставляет медицинское обслуживание в связи с COVID-19 бесплатно. Несмотря на это, пандемия выявила слабые места в финансовой защите, предоставляемой системой здравоохранения в Кыргызстане: например, даже до кризиса платежи из кармана за лекарственные средства для лечения в амбулаторных условиях были чрезмерными. Вполне вероятно, что пандемия усугубит ситуацию с фармацевтическим обеспечением, так как дополнительных инвестиций в эту сферу не предвидится.

Расширение ГОБМП должно быть сосредоточено на приоритетных услугах, отражающих бремя болезней, включая связанные с равноправным доступом факторы, которые способствуют сосредоточению внимания на медицинском обслуживании, призванном удовлетворять потребности. В процессе отбора следует использовать такие критерии, как ресурсоэффективность, приоритетность уязвимых групп населения (например, лиц без гражданства, трудовых мигрантов и сельского населения) и защита от финансовых рисков. Это позволит расширить всеобщий охват высокоприоритетными услугами, исключив платежи из кармана и одновременно увеличив обязательную предоплату по прогрессивной шкале с объединением средств.

Полезные уроки и рекомендации

Кризис, связанный с COVID-19, вновь сделал очевидной настоятельную необходимость прочных, адекватно финансируемых систем здравоохранения, способных быстро и на справедливой основе реагировать на чрезвычайные ситуации, обеспечивая при этом всеобщую финансовую защиту. Он продемонстрировал, что во время кризиса бедность усугубляется как напрямую – из-за затрат на лечение заболевания, когда требуются совместные и неформальные платежи, так и косвенно – из-за потери дохода. Поэтому для обеспечения финансовой защиты жизненно необходимо адекватное государственное финансирование первичной, вторичной и третичной помощи.

В Кыргызстане приняты важные решения по увеличению государственного финансирования ответных мер системы здравоохранения в связи с COVID-19, включая усиление донорской поддержки. Достаточное государственное финансирование мер в ответ на вспышку COVID-19 требуется для поддержки расширения масштабов и предоставления услуг населению в целом и отдельным гражданам страны. Устойчивые инвестиции в ПМСП – ключевой аспект готовности к пандемии и ответных мер при одновременном обеспечении непрерывности в оказании основных услуг.

Даны следующие рекомендации на краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективу.

Финансирование

Увеличить объем средств для обеспечения адекватного общего уровня государственного финансирования услуг здравоохранения на популяционном и индивидуальном уровне

Повысить уровень согласованности финансовых потоков для решения текущих проблем, связанных с аккумуляцией донорского финансирования параллельно с контрактами ФОМС

Более эффективные нормы управления государственными финансами могут внедряться за счет обеспечения надежных, своевременных, гибких и стратегических ассигнований на здравоохранение, что способно расширить бюджетное пространство сектора здравоохранения, особенно если внедрение сопровождается тщательным планированием и исполнением бюджетов здравоохранения Министерством здравоохранения.

К этой категории относятся следующие меры: совершенствование политики охвата в целях гарантий того, что все люди могут получать необходимую медицинскую помощь, не испытывая при этом финансовых трудностей; повышение уровня согласованности финансовых потоков для решения текущих проблем, даже если

донорское финансирование поступает параллельно с контрактами ФОМС; создание и финансирование статьи программного бюджета ФОМС для восстановления его – на сегодняшний день – исчерпанного чрезвычайного фонда. ФОМС должен быть в состоянии продолжить оплату лечения текущих и прогнозируемых случаев при возникновении последующих волн пандемии (эти средства должны быть добавлены к уже утвержденному бюджету ФОМС, сверстанному без учета расходов, понесенных во время кризиса COVID-19).

Увеличить финансирование услуг ПМСП для отражения возросших функций ПМСП в борьбе с пандемией при обеспечении непрерывности оказания других основных услуг

Сюда относится увеличение государственного финансирования услуг здравоохранения на популяционном и индивидуальном уровне. Ресурсы можно было бы мобилизовать за счет перенаправления средств в учреждения первичной медико-санитарной помощи при условии оказания ими услуг вторичного и третичного уровней для удовлетворения потребности в скрининге, тестировании, лечении случаев заболевания легкой и средней степени тяжести на уровне ПМСП, но с учетом необходимости поддержания предоставления других базовых услуг.

Дополнить увеличенное финансирование укреплением потенциала медицинских работников ПМСП и обеспечением безопасных условий труда для работников переднего края, включая предоставление СИЗ

Донорское финансирование также следует направлять через систему единого плательщика в объеме, достаточном для финансирования первичного звена здравоохранения и расширения охвата услугами ПМСП.

Адекватно финансировать службы ПМСП для выполнения диспетчерской функции в условиях пандемии COVID-19 и для предоставления основных услуг

Этот раздел включает финансирование отделений ПМСП для оптимизации существующей сети поставщиков услуг ПМСП и выбора наиболее подходящих способов создания центров тестирования с учетом таких вариантов, как выделение мест для палаток или создание мобильных бригад, что позволяет проводить тестирование на дому людей с ограниченными возможностями передвижения. Иногда, чтобы уменьшить потребность людей в использовании общественного транспорта, приходится организовывать транспортировку к поставщикам услуг ПМСП или в центры тестирования. ПМСП также следует подключить к организации и предоставлению услуг пациентам с заболеванием легкой или средней степени тяжести недавно созданными – в связи с возникшей необходимостью – медицинскими и немедицинскими учреждениями (такими как временные приюты и гостиницы). Предоставление ПМСП возможности выполнять диспетчерские функции также требует оказания помощи отделениям в организации скрининга всех пациентов, прибывающих в любое учреждение, следуя рекомендациям из самых последних руководств по ведению COVID-19 с использованием определений случаев, отслеживанием контактов и проведением вспомогательных информационных,

образовательных и коммуникационных кампаний. На уровне ПМСП следует разделить потоки пациентов, обращающихся по поводу COVID-19 и за обычным медицинским обслуживанием, посредством цифровых технологий, таких как сортировка по телефону и видеоконсультирование. Службы ПМСП должны координировать свою работу с подразделениями неотложной помощи, обслуживающими население вне лечебно-профилактических учреждений (скорая медицинская помощь, телефоны доверия для предоставления неотложной поддержки и информации, экстренная транспортировка пациентов), а также с социальными службами и системой общественного здравоохранения, отвечающей за наиболее уязвимые контингенты населения.

Охват населения и право на льготы

Устранить финансовые препятствия к диагностике и лечению случаев COVID-19

Имеется в виду адекватное финансирование закупок лекарственных средств для стационарного лечения в целях предотвращения нормирования и последующих неофициальных платежей.

Адекватно финансировать четко определенный перечень льгот в рамках ГОБМП и ДЛО и разобщить права на льготы и уплату взносов

Ясно, что существует разрыв между всеобщим правом на ГОБМП де юре и всеобщим доступом к качественным услугам де-факто. В целях устранения данного несоответствия и сокращения неформальных платежей важно лучше определить, какие услуги должны быть доступны в государственных учреждениях, и сделать эту информацию достоянием общественности.

После принятия подобных мер появится база для расширения полностью финансируемых услуг в рамках ГОБМП, что снизит зависимость от обслуживания, покрываемого обязательным медицинским страхованием, и проложит путь к разобщению прав на льготы и уплаты взносов.

Планировать расширение ГОБМП с сосредоточением на приоритетных услугах

Эти услуги должны отражать бремя болезней, в том числе – показатели равноправного доступа. В процессе отбора следует использовать такие критерии, как рентабельность, приоритетность уязвимых групп населения (например, лиц без гражданства, трудовых мигрантов и сельского населения) и защита от финансовых рисков. Это позволит расширить всеобщий охват высокоприоритетными услугами, исключив платежи из кармана и одновременно увеличив обязательную предоплату по прогрессивной шкале с объединением средств.

Расширить основания для регистрации в неформальных секторах экономики, чтобы дать людям без документов возможность воспользоваться ГОБМП

Закупочная деятельность

Укрепить потенциал ФОМС для повышения эффективности его деятельности в качестве стратегического закупщика

К этой категории относится совершенствование и оптимизация информационных систем, поддерживающих принятие решений, и улучшение систем отчетности для повышения прозрачности решений о закупках.

Упростить системы государственных закупок и процедуры таможенного оформления импортируемых лекарственных средств и медицинских технологий

Улучшить регулирование государственных закупок, что позволит стране в полной мере извлечь выгоду из сотрудничества с международными торговыми платформами.

Провести анализ преимуществ централизованных закупок (включая анализ механизмов оценки потребностей лечебно-профилактических учреждений в лекарственных средствах для стационарного лечения)

Библиография⁵

1. WHO Global Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>).
2. Утвержденный бюджет. Фонд обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2020 (<http://foms.kg/page/utverzdennyj-budzet>)
3. Отчет о деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики за 2018 г. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2019 (<http://foms.kg/page/reports>).
4. International Development Association project appraisal document on a proposed International Development Association grant in the amount of US\$ 6.075 million and a proposed International Development Association credit in the amount of US\$ 6.075 million in crisis response window resources to the Kyrgyz Republic for an emergency Covid-19 project April 2, 2020. Washington (DC): World Bank; 2020 (Report No. PAD3815; <http://documents1.worldbank.org/curated/en/9911111585949024204/pdf/Kyrgyz-Republic-Emergency-COVID-19-Response-Project.pdf>).
5. Can people afford to pay for health care in Kyrgyzstan? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329444>).
6. Отчет о деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики за 2019 г. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2020 (<http://foms.kg/page/reports>).
7. Управление финансированием здравоохранения и стратегическими закупками услуг в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/governance-of-health-financing-and-strategic-purchasing-of-services-in-kyrgyzstan-2019>).
8. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-reform-in-kyrgyzstan-2016>).
9. Analysis of hospital medicines and health products procurement in Kyrgyzstan 2017/2018. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
10. COVID-19 in the Kyrgyz Republic: socio-economic impact assessment and policy response. Manila: Asian Development Bank; 2020 (<https://www.adb.org/documents/covid-19-kyrgyz-republic-socioeconomic-vulnerability-impact>).

⁵ Все веб-ссылки представлены по состоянию на 20 мая 2021 г.

11. Kyrgyz Republic public expenditure review. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/country/kyrgyzrepublic/publication/kyrgyz-republic-public-expenditure-review-2015#:~:text=%22%20The%20key%20conclusion%20of%20the,to%20social%20and%20economic%20development>).
12. Расходы республиканского бюджета на предупреждение коронавируса на 2020 год. Бишкек: Министерство финансов Кыргызской Республики; 2020 (<http://minfin.kg/ru/novosti/byudzheta/raskhody-respublikanskogo-byudzheta-na-preduprezhd>).
13. COVID-19 in the Kyrgyz Republic: socioeconomic and vulnerability impact assessment and policy response. Manila: Asian Development Bank and United Nations ADB and United Nations Development Programme; 2020 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNDP-ADB%20SEIA_11%20August%202020%20Eng.pdf).
14. Number of unemployed in Kyrgyzstan may increase by 500,000 people: EEC. In: AKIpress [website]. Bishkek: AKIpress News Agency; 2001–2021 (https://akipress.com/news:641758:Number_of_unemployed_in_Kyrgyzstan_may_increase_by_500,000_people__EEC/).
15. Кассовый план. Фонд обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2020 (<http://foms.kg/page/kassplan>).
16. Распоряжение Правительства Кыргызской Республики от 29 мая 2020 года № 194-р. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики; 2020 (<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ky-kp/218195/10?cl=ru-ru&mode=tekst>).
17. Barroy H, Gupta S. From overall fiscal space to budgetary space for health: connecting public financial management to resource mobilization in the era of COVID-19. Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (CGD Policy Paper 185; <https://www.cgdev.org/publication/overall-fiscal-space-budgetary-space-health-connecting-public-financial-management>).
18. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259464>).
19. Усиление мер реагирования систем здравоохранения на COVID-19: техническое руководство No 5: адаптация первичной медико-санитарной помощи для повышения эффективности ответных мер в связи с COVID-19 (17 июня 2020 г.)¹. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333029>).
20. Размер оплаты за госпитализацию пациентов для лечения коронавирусной инфекции. Бишкек: Министерство здравоохранения и социального развития Кыргызской республики; 2020 (<http://www.med.kg/ru/novosti/1885-razmer-oplaty-za-gospitalizatsiyu-patsientov-dlya-lecheniya-koronavirusnoj-infektsii.html>).

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
Веб-сайт: www.euro.who.int