



117

Божена Цукровска, Яцек Цукровски

*Реформа организации
и финансирования системы
здравоохранения в Кыргызстане*

Варшава, ноябрь 1997 г.

Материалы, публикуемые в настоящей серии, имеют рабочий характер и могут быть включены в будущие издания. Авторы высказывают свои собственные мнения и взгляды, которые не обязательно совпадают с точкой зрения Фонда CASE.

Данная работа подготовлена в рамках проекта «Поддержка экономической трансформации в странах бывшего СССР», финансируемого **Фондом им. Стефана Батория**, Варшава, Польша и **Open Society Institute**, Нью-Йорк, США.

Редактор русского издания *Петр Козаржевский*

© CASE — Центр социально-экономических исследований, Варшава 1997 г.

ISBN 83-7178-041-9

Издатель:

CASE — Центр социально-экономических исследований
Польша, 00-585 Warszawa, ul. Bagatela 14

тел.: (48-22) 628-09-12, 629-43-83

факс: (48-22) 628-65-81

e-mail: case@case.com.pl

Содержание

1. ВВЕДЕНИЕ	5
2. ОБЗОР ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ.....	6
2.1. Общая характеристика прежней системы здравоохранения.....	6
2.2. Финансирование системы здравоохранения в Кыргызстане	6
2.3. Использование ресурсов сектора здравоохранения.....	8
2.4. Состояние здоровья населения.....	9
3. КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ.....	10
3.1. Общая характеристика	10
3.2. Национальная программа реформирования здравоохранения «Манас».....	11
3.3. Проект Всемирного банка по реформированию системы здравоохранения. Общая характеристика проекта.....	14
4. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И КАССЫ ЗДОРОВЬЯ.....	18
4.1. Юридические основы	18
4.2. Принципы организации обязательного медицинского страхования и Касс здоровья	19
4.3. Внедрение обязательного медицинского страхования и Касс здоровья на территории Кыргызской Республики	20
5. ВЫВОДЫ.....	22
Таблицы	26
Библиография	31

1. Введение¹

С обретением Кыргызстаном независимости экономика страны оказалась в тяжелой ситуации, что резко отразилось на социальной сфере, в том числе и на здравоохранении. В условиях переориентации экономики республики на рынок резко уменьшилось бюджетное финансирование сектора охраны здоровья, что привело к ухудшению качества оказываемой медицинской помощи и, в итоге, к ухудшению здоровья населения. Такая ситуация привела к необходимости проведения реформы отрасли, целями которой являлись улучшение эффективности использования финансовых средств и общая реорганизация существующей системы охраны здоровья для повышения качества предоставляемых медицинских услуг. Следовательно, наиболее важное направление реформ — это разработка и внедрение новой системы финансирования здравоохранения, включающей в себя новые источники финансирования и более совершенные механизмы распределения средств.

Реформирование системы здравоохранения в Кыргызской Республике началось еще в 1992 г. Однако внедрение реформ сопровождалось многочисленными проблемами, связанными с общеизвестным фактом, что в настоящее время не существует единая модель, описывающая оптимальную структуру системы здравоохранения (очевидно, что в такой ситуации не существует также единый общепризнанный набор рекомендаций, касающихся процесса трансформации системы охраны здоровья в переходных экономиках). Поэтому система здравоохранения в Кыргызстане реформируется относительно медленно, но, необходимо отметить, уже сегодня наблюдаются первые результаты реформ.

В данной работе рассмотрены главные направления реформы системы здравоохранения в Кыргызской Республике и первые результаты внедрения системы обязательного медицинского страхования и организации касс здоровья. Во второй главе характеризуется существующая система здравоохранения в республике. Третья глава посвящена Национальной программе реформы здравоохранения «Манас» и проекту реформы охраны здоровья в Кыргызской Республике, разработанного экспертами Всемирного банка (ВБ). В четвертой главе рассматривается функционирование системы обязательного медицинского страхования в первой половине 1997 г.

¹ Данный анализ подготовлен по согласованию с Министерством финансов и Национальным банком Кыргызской Республики в рамках проекта «Поддержка экономической трансформации в странах бывшего СССР», осуществляемого Центром социально-экономических исследований CASE (Варшава, Польша). Он является продолжением работы, проведенной членами экспертной группы CASE в Кыргызстане, прежде всего — анализом социальной политики и сферы социального обслуживания в Кыргызской Республике, подготовленных Иреной Топиньской (*Расходы на содержание социальной сферы в Кыргызстане в 1994-1995 гг.*, «Исследования и анализ», № 92, CASE, Варшава, 1996; *Социальные расходы в Кыргызстане*, в: *Кыргызстан — экономические реформы в 1996 г.*, под ред. М. Маркевич, «Исследования и анализ», № 112, CASE, Варшава, 1997).

2. Обзор текущей ситуации

2.1. Общая характеристика прежней системы здравоохранения

В первые годы независимости система здравоохранения Кыргызской Республики представляла собой типичную, базирующуюся на централизованном планировании, модель, унаследованную от бывшей советской системы охраны здоровья населения. Наиболее характерными чертами этой системы являлись:

- государственная собственность всех медицинских учреждений;
- бесплатность медицинского обслуживания;
- общедоступность медицинской помощи;
- относительно равномерное распределение ресурсов здравоохранения;
- принцип распределения финансовых ресурсов в соответствии с показателями мощности лечебных учреждений: количеством коек, медицинского персонала и т. д. (качество предоставляемых услуг, а также количество пациентов при распределении ресурсов не учитывалось);
- интегрированная, иерархическая структура фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), центров здоровья, поликлиник и других локальных, региональных и республиканских учреждений;
- относительно большое количество специализированных медицинских учреждений.

Необходимо отметить, что, несомненно, эта система являлась хорошей в смысле гарантированности доступа к медицинским услугам и обеспечения относительно равномерного распределения ресурсов здравоохранения. Если не учитывать количества затрачиваемых средств, можно сказать, что она успешно предоставляла некоторые виды профилактической медицинской помощи и до недавнего времени давала относительно (т. е. по сравнению с другими азиатскими странами) хорошие результаты (основные характеристики систем здравоохранения в некоторых странах приведены в таблице 1). Однако в новой экономической ситуации (после распада Советского Союза) из-за ограниченности ресурсов функционирование системы здравоохранения стало весьма неудовлетворительным, и недостатки системы, как с клинической, так и с экономической точки зрения, привели лишь к очень небольшим положительным сдвигам в общем состоянии здоровья населения, а по некоторым показателям даже привели к его ухудшению.

2.2. Финансирование системы здравоохранения в Кыргызстане

Здравоохранение в независимом Кыргызстане финансируется в основном из средств государственного бюджета. Государственные ассигнования выделяются здравоохранению посредством сложной системы разделения налоговых поступлений между различными уровнями государственной власти и трансфертов на финансирование медицинских учреждений через республиканский и местные бюджеты здравоохранения.² Как уже отмечалось, государственные затра-

² В целом примерно 75-80% бюджетных средств поступает из местных бюджетов [9].

ты, начиная с 1990 г., значительно сократились. Как показано в таблице 2, в 1990 г. расходы на содержание системы здравоохранения составили около 4,2% ВВП и за время независимости Кыргызской Республики постепенно уменьшались до около 2,6% ВВП в 1993 г. [12]. Необходимо отметить, что хотя сокращение затрат на здравоохранение выглядит не столь драматично, когда сравниваются доли ВВП разных лет, реальное сокращение уровня финансирования государственного здравоохранения гораздо более значительно, чем показывают эти цифры. Учитывая, что величина реального ВВП сильно сократилась (в 1993 г. более чем на 30% по сравнению с 1990 г., а в 1994 на около 50%, см. таблицу 2), реальная величина расходов на здравоохранение упала с 4,2 % ВВП в 1990 г. до около 1,74% от ВВП 1990 г. в 1993 г. и до уровня, не превышающего 2% (от ВВП 1990 г.) в последующие годы.

Учитывая демографическую ситуацию (т. е. рост численности населения),³ картина становится еще более мрачной. Подушевые затраты на здравоохранение в Кыргызской Республике в 1990 г. составили около 156 долларов США (см. таблицу 1), а затем стали сильно падать и составили 37 долларов в 1993 г. [11] и около 10 долларов в 1996 г.⁴

Следует обратить внимание, что уменьшение бюджетных расходов на здравоохранение в девяностые годы было в некоторой степени компенсировано возрастающей иностранной помощью. По данным Министерства здравоохранения, за период с 1992 г. по настоящее время сектору здравоохранения оказано внешнеэкономической помощи на общую сумму более 50 млн. долларов США, в том числе в виде кредитов более 30,6 млн. долларов, грантов — 14,5 млн. долларов и гуманитарной помощи — 6,5 млн. долларов [2]. По данным иностранных организаций, величина этой помощи даже больше (например, только организация ДАНИДА⁵ утверждает, что финансирует около 50% общих расходов больниц в Кыргызской Республике [8]).

Платные медицинские услуги не нашли пока что в Кыргызстане широкого распространения. Однако, как показывают исследования семейных бюджетов, средние медицинские расходы на одного члена семьи возросли с 0,07 сома в 1990 г. до 11,96 сома в 1994 г. (см. таблицу 3). Данные Министерства здравоохранения подтверждают, что в 1994 г. 69% населения внесли частичный вклад в оплату своего амбулаторного лечения, а 86% частично оплатили стационарное лечение (в основном медикаменты) [2].

Однако даже если общая сумма расходов (государственных и частных) на 20-30% выше государственных расходов на здравоохранение, она остается очень небольшой (для сравнения величина расходов на здравоохранение в Турции, где показатели эффективности здравоохранения не являются самыми лучшими, составляет свыше 4% ВВП, см. таблицу 1)⁶. С другой стороны, необходимо отметить, что хотя сектор здравоохранения в Кыргызской Республике в настоящее

³ В период 1990-1996 гг. численность населения Кыргызстана возросла с 4389,5 тыс. до 4574,1 тыс. человек [4], [5].

⁴ Расчеты проводились с учетом среднего обменного курса сома к доллару США в рассматриваемые годы.

⁵ Агентство развития при правительстве Голландии.

⁶ В высокоразвитых странах (ОЭСР) величина расходов на здравоохранение в среднем составляет около 8% ВВП (75% — это государственные расходы, см. [4]); в Чехии расходы на здравоохранение составляют около 7% ВВП (в 1995 г.) [13], в Польше — около 5% ВВП [9].

время сильно недоинвестирован, доля бюджета, направляемая ежегодно на финансирование расходов на здравоохранение, довольно большая (около 14% бюджетных расходов 1996 г. и 12,9% в 1997 г. [6]).

2.3. Использование ресурсов сектора здравоохранения

Существующая в Кыргызской Республике система здравоохранения характеризуется сильной ориентацией на больничное лечение и больничное обслуживание. Следует обратить внимание, что хотя величина расходов бюджета на здравоохранение существенно уменьшалась, начиная с 1990 г. никаких серьезных изменений в организационной структуре здравоохранения в Кыргызстане не произошло (см. таблицу 4).

Некоторые источники говорят о существенном уменьшении соотношения количества врачей к общей численности населения (см., например, [8], [9]). Однако данные за период 1990-1996 гг. показывают лишь незначительное уменьшение этого показателя, особенно в начале девяностых годов (это может быть связано с оттоком из республики русскоязычного населения). Количество врачей на 10000 населения составило в 1996 г. 34,3 (см. таблицу 4). Следует отметить, что значение этого показателя существенно выше, чем в среднем в развитых европейских странах (членов Организации по экономическому сотрудничеству и развитию — ОЭСР), где он составляет 25,0 врачей на 10000 населения (см. таблицу 1) [3], [12]⁷. В менее развитых странах количество врачей на 10000 населения гораздо ниже, чем в Кыргызстане (в Турции, например, в настоящее время имеется только 9,0 врачей на 10000 жителей, см. таблицу 1, [3]). Нам кажется, что более существенным явлением, чем изменение количества врачей, является значительное уменьшение количества среднего медицинского персонала — особенно медсестер (см. таблицу 4). Необходимо отметить, что в Кыргызстане, также как и в других бывших социалистических странах, отношение количества врачей, работающих в больницах к общей численности врачей по западным стандартам слишком большое [12]. Следует также обратить внимание, что количество больниц в девяностые годы сильно возросло, но в то же самое время количество больничных коек уменьшилось (таблица 4). В 1996 г. в Кыргызской Республике было в среднем 88,3 больничные койки на 10000 населения (в среднем в странах ОЭСР этот показатель составляет 84, в менее развитых странах гораздо меньше: в Турции, например — около 24, см. таблицу 1). Показатели использования больничных коек за период существования независимого Кыргызстана почти не изменились (в 1994 г. средняя длительность пребывания в больнице составила 15,4 дня, см. таблицу 4). Значение этого показателя по сравнению с высокоразвитыми странами довольно большое (средняя длительность пребывания в больнице в странах ОЭСР составила 14,4 дня [12]). Очевидно, что в такой обстановке в Кыргызской Республике самая большая доля расходов на здравоохранение направляется на содержание больниц и больничное лечение (в 1994 г., например, 75,3% всех средств, предназначенных на финансирование здравоохранения было израсходовано на содержание

⁷ Приведенное число соответствует ситуации в 1992-1994 г., однако учитывая, что значение этого показателя является относительно стабильным, можно предполагать, что оно осталось таким же и в последующие годы.

больниц и больничное лечение пациентов, см. таблицу 5). Следует отметить, что в 1993-94 гг. количество учреждений первичной медицинско-санитарной помощи (амбулаторий и поликлиник) значительно возросло, но начиная с 1994 г. стало уменьшаться (таблица 4).

Проведенный выше анализ медицинской базы Кыргызстана и ее использования показывает, что несмотря на сильное сокращение финансовых средств, произошедшее в девяностые годы, количественная база сектора здравоохранения не изменилась, зато сильно устарела. Судя по всему, удержание относительно хороших количественных показателей при резком ограничении бюджетных средств стало возможным только за счет притока средств из-за рубежа (кредитов и гуманитарной помощи). Кроме поддержки медицинской базы, многочисленные целевые программы иностранной помощи в области здравоохранения помогли также улучшить некоторые показатели здоровья населения.

2.4. Состояние здоровья населения

Основными индикаторами эффективности системы здравоохранения являются показатели здоровья населения (см. таблицу 6). Как показывают данные, главные показатели — общая продолжительность жизни и общий уровень смертности — в девяностые годы существенно ухудшились. В 1994 г. общий уровень смертности населения достиг своего пика (829,6 на 10 тыс. населения), а затем стал снижаться.⁸ При этом существенное улучшение большинства показателей пришлось на 1996 г.

Так, например, показатель материнской смертности в годах 1992-1996 снизился на 17,5% (с 70,1 до 57,8 на 100 тыс. населения), а показатель младенческой смертности упал на около 20% (с 31,9 до 25,9 на 100 тыс. населения).⁹

Как уже отмечалось, улучшение перечисленных показателей в большой степени произошло вследствие реализации целевых программ медицинской помощи, финансируемых иностранными организациями. Среди организаций, оказавших весомую помощь, следует отметить такие организации как ДАНИДА, Красный Крест, ВОЗ, ООН (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ПРООН) и многие другие. Так например, в снижении показателей младенческой смертности немаловажную роль сыграла помощь ЮНИСЕФ, которая с конца 1993 г. по настоящее время финансирует программу по борьбе с острыми респираторными инфекциями и диарейными заболеваниями у детей раннего возраста. В результате этой программы смертность детей первого года жизни от диарейных заболеваний сократилась на 34%, т. е. с 12,4% в 1992 г. до 8,2% в 1996 г. [2]. Другой важный индикатор здоровья населения — показатель материнской смертности — снизился в результате действия программы по планированию семьи, финансируемой Фондом народонаселения ООН (ЮНФТА).

Необходимо обратить внимание, что довольно часто иностранная помощь является выборочной (т. е. направленной на улучшение некоторых показателей) и не учитывает особенностей системы здравоохранения в целом. В последнее время (в 1996 г.) наблюдается рост заболеваемости населения республики по

⁸ Следует отметить, что в этот период существенных колебаний в демографической структуре населения не наблюдалось.

⁹ См. [2].

ряду тяжелых болезней (см. [10]). Например, по сравнению с 1995 г. число больных туберкулезом увеличилось на 46%, количество заболеваний коклюшем увеличилось в 1,7 раза, а сифилисом — в 2,1 раза.

Приведенные данные подтверждают, что целевые программы помощи не могут решить всех проблем системы здравоохранения, для этого необходима комплексная программа координации иностранной помощи и системная реформы сектора здравоохранения.

3. Концепции реформ здравоохранения в Кыргызстане

3.1. Общая характеристика

Как было отмечено в предыдущей главе, после получения независимости состояние системы здравоохранения (а особенно ее финансирование) значительно ухудшилось. Сложившаяся кризисная ситуация привела к необходимости реформирования системы здравоохранения с целью улучшения здоровья населения, за счет повышения эффективности и качества медицинского обслуживания. Первые попытки изменения существующей ситуации предпринимались уже в 1992 г. В начале 1992 г. Министерство здравоохранения Кыргызстана выступило с рядом законодательных инициатив в сфере охраны здоровья, в результате чего Жогорку Кенешом (парламентом) Кыргызской Республики был принят пакет законов, в том числе Закон «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан», целью которого было введение обязательного и добровольного медицинского страхования и организация Касс здоровья. Считалось, что введение обязательного медицинского страхования граждан позволит сохранить доступность и улучшить качество оказания медицинских услуг, а также добиться притока дополнительных финансовых средств при сокращающейся доли бюджетного финансирования. Однако, из-за появления других концепций реформ, организация обязательного медицинского страхования многократно откладывалась и окончательно (указом Президента Кыргызской Республики от 22 ноября 1996 г. «О мерах по введению обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике») была введена в действие с 1 января 1997 г. Так как организация обязательного медицинского страхования и Касс здоровья является в настоящее время почти единственным реально действующим результатом реформ сектора здравоохранения в Кыргызской Республике, в следующей главе она рассмотрена более детально.

В 1994 г. в результате подписания Меморандума о взаимопонимании между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была начата разработка Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас». Главной задачей этой программы была подготовка «мастер-плана» реформы здравоохранения и усиление управленческого потенциала ключевой группы кыргызских специалистов для помощи в его подготовке и реализации. Главные направления реформ, предложенные в программе «Манас», рассмотрены ниже (см. раздел 3.2).

Более детальный план реформ системы здравоохранения в Кыргызстане, выполнение которого является частью реализации программы «Манас», был разработан экспертами Всемирного банка (ВБ). Главные цели Проекта ВБ по реформированию системы здравоохранения в Кыргызской Республике рассмотрены в разделе 3.3.

3.2. Национальная программа реформирования здравоохранения «Манас»

Соглашение, охватывающее всю работу, проводимую по программе «Манас», было подписано 22 сентября 1994 г. между Министерством здравоохранения Кыргызстана, Программой развития ООН (ПРООН) и ВОЗ. Программа определяет общую концепцию совершенствования здравоохранения и предусматривает, что основными принципами национальной модели реформы здравоохранения в Кыргызской Республике будут:

- улучшение состояния здоровья населения;
- обеспечение «справедливости» здравоохранения (нацелена на сокращение и устранение различий в показателях здоровья в различных регионах республики и между городским и сельским населением);
- гарантированный доступ населения к медицинским услугам;
- эффективное использование ресурсов;
- обеспечение высокого качества здравоохранения;
- уважение и защита прав пациентов.

Следовательно, основной целью проекта является сохранение и усиление основных положительных черт бывшей системы, а именно — общедоступности медицинской помощи с относительно равномерным распределением ресурсов здравоохранения. Считается, что реформа будет проводиться на базе существующей структуры системы здравоохранения с сохранением ведущей роли Министерства здравоохранения.

Программа «Манас» определяет приоритеты политики охраны здоровья на ближайшее годы, включающие в себя здоровье матери и ребенка, контроль туберкулеза, контроль БПП, профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, охрану окружающей среды и т. д.¹⁰ В частности, предусматривается, что к 2000 г. должны быть достигнуты следующие цели: сокращение детской смертности на 25%, сокращение смертности детей до 5 лет на 1/3, материнской смертности на 25%, сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 25%, заболеваемости туберкулезом на 10% и заболеваемости БПП на 50%. В области организации здравоохранения приоритет отдается усилению первичного здравоохранения и рационализации услуг.¹¹ В силу ограниченности ресурсов будут определены приоритетные медицинские услуги («гарантированный пакет услуг»), которые будут доступны за счет публичного финансирования. Услуги, не включенные в пакет, будут оплачиваться из средств обязательного или добровольного медицинского страхования.

¹⁰ Перечисленные приоритеты Программы «Манас» совпадают с основными приоритетами Государственной программы «Здоровая нация».

¹¹ Концепция усиления первичной медицинско-санитарной помощи совпадает с проектом реформ, предложенным Всемирным банком (см. раздел 3.3).

Планируется, что программа «Манас» будет состоять из трех этапов: краткосрочного (1996-1997 гг.), среднесрочного (1998-2000 гг.) и долгосрочного (2000-2006 гг.), причем выполнение программы будет сопровождаться финансовой поддержкой Международной ассоциации развития и других организаций-доноров. Программа в общих чертах характеризует основные цели, способы реорганизации медицинской инфраструктуры, источники финансирования и способы распределения средств на каждом этапе. Ниже приведены общие положения программы (для всех этапов) в области реорганизации системы охраны здоровья, финансирования здравоохранения и распределения ресурсов.

3.2.1. Реорганизация здравоохранения

Основной целью реорганизации здравоохранения является изменение существующей системы охраны здоровья путем:¹²

- создания сильной медицинской инфраструктуры для первичной медицинско-санитарной помощи на базе существующей системы;
- обеспечения притока медицинского персонала для первичной медицинской помощи;
- обучения врачей первичной медицинско-санитарной помощи;
- сокращения количества больниц;
- уменьшения отношения количества больничных коек к численности населения.

Предполагается, что немаловажным шагом на пути реформирования системы здравоохранения будет введение контрактов между поставщиком (врачом и медицинским учреждением) и покупателем медицинских услуг (пациентом и кассой здоровья).

3.2.2. Источники финансирования системы здравоохранения

Программа «Манас» предусматривает следующие основные источники финансирования системы здравоохранения:

- государственный бюджет (общие и адресные налоги);
- оплата потребителей медицинских услуг;
- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- трансферты из Социального фонда.

Считается, что государственный бюджет будет основным источником финансирования здравоохранения в краткосрочной и среднесрочной перспективе (до 2000 г.). Предполагается, что источником дополнительных¹³ средств будут адресные налоги на потребление продуктов, имеющих пагубное воздействие на здоровье (например, сигареты и алкоголь).

В соответствии с программой, финансовые ресурсы здравоохранения могут дополняться средствами за оплату медицинских услуг пациентами. В краткосрочном и среднесрочном периоде (до 2000 г.) планируется разработать систему оплаты услуг потребителями. Пациентами будут оплачиваться лекарственные препараты (см. таблицу 7), консультации в амбулаторных учреждениях (оплата

¹² Перечисленные цели должны быть достигнуты в результате осуществления проекта реформ Всемирного банка, являющегося составной частью программы «Манас».

¹³ Эти средства будут направлены на создание дополнительных ресурсов, а не будут формировать часть бюджета, ассигнуемого на здравоохранение.

за первичную консультацию)¹⁴ и госпитальные услуги (будет введена фиксированная оплата за каждый день пребывания в стационаре; максимальная длительность пребывания, за которое будет взиматься оплата — 15 дней). При этом в программе справедливо подчеркивается [2, с. 80], что не стоит возлагать больших надежд на этот способ поиска средств.

Предполагается, что обязательное медицинское страхование будет оплачивать медицинские услуги застрахованных лиц, входящие в так называемую базовую программу услуг. Дополнительный набор услуг будет оплачиваться за счет добровольного медицинского страхования. Однако в программе подчеркивается, что не следует ожидать, что величина средств от обязательного и добровольного страхования до 2000 г. будет значительной.

Программа предусматривает возможность перенаправления на поддержку приоритетных медицинских услуг средств, используемых Социальным фондом на оплату больничных листов и санаторное лечение.¹⁵ Разработчики программы ожидают, что сумма перенаправленных средств будет составлять около 15-20% доходов Социального фонда. Однако данные Социального фонда за 1995 и 1996 г. показывают, что доля средств, направляемых на пособия по нетрудоспособности (оплату больничных листов) и путевки в санаторий, дома отдыха и санатории-профилактории, не является такой большой.¹⁶

Подводя итоги, можно сказать, что основным источником финансирования здравоохранения останется государственный бюджет. Следовательно, учитывая постоянные проблемы бюджета, можно прийти к выводу, что программа (в неявном виде) предусматривает дальнейшее использование помощи международных донорских организаций.

3.2.3. Распределение ресурсов в системе здравоохранения

В соответствии с концепцией реорганизации системы здравоохранения (в сторону усиления первичной медицинско-санитарной помощи), основные средства будут ассигнованы на поддержку приоритетных медицинских учреждений. Причем предлагается новая система распределения финансовых ресурсов по областям с учетом наиболее важных факторов, таких как:

- объем медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения;
- стандартизованные показатели смертности по каждой области;
- пропорция населения, проживающего в условиях высокогорья.

Следует отметить, что больничные учреждения будут финансироваться на основе количества «пролеченных» случаев (т. е. предварительно определенная сумма будет выплачиваться по каждому обращению или истории болезни), по-

¹⁴ Оплата в 5 сомов будет взиматься с пациентов из малообеспеченных районов с жителей высокогорных районов. Оплата в 10 сомов установлена для всех остальных категорий пациентов, не пользующихся дополнительными льготами (в настоящее время около 70% населения должно быть освобождено от оплаты).

¹⁵ Предлагается увеличение до 9 дней срока оплаты работодателем пребывания работника на больничном листе (в настоящее время работодатель оплачивает лишь первые 3 дня).

¹⁶ По данным Социального фонда, в 1996 г., например, расходы на оплату пособий по временной нетрудоспособности составили 55 млн. сомов, путевки в санатории и дома отдыха — 20 млн. сомов, путевки в санатории-профилактории — 7 млн. сомов. Доля этих расходов в доходах Социального фонда составила лишь около 3,6%.

ликлиники — в соответствии с разработанным тарификатором, а группы первичной помощи (см. раздел 3.3) будут финансироваться подушевно.¹⁷ Считается, что цены медицинских услуг будут определены в итоге эксперимента, проводимого в Иссык-Кульской области¹⁸, а также эксперимента, проведение которого планируется в городе Бишкек и Чуйской области (см. раздел 3.3). Финансирование медицинских учреждений, имеющих контракты с Кассами здоровья, будет дополняться из средств системы медицинского страхования.

Следует подчеркнуть, что для обеспечения распределения финансовых ресурсов в соответствии с приоритетами программы, предусматривается усиление роли Министерства здравоохранения в ассигновании средств (предлагается разработать механизм координации между Минздравом и областными администрациями, в соответствии с которым Министерство здравоохранения должно одобрять бюджеты областей, следя за тем, чтобы фонды осваивались в соответствии с намеченными приоритетами).¹⁹

3.3. Проект Всемирного банка по реформированию системы здравоохранения. Общая характеристика проекта

Проект, финансируемый Всемирным банком, рассчитан на 4,5 года (с 1997 г. по 2001 г.) и направлен на укрепление первичного здравоохранения.²⁰ Считается, что более эффективные (с экономической и медицинской точки зрения) методы первичного амбулаторного лечения, внедренные в течение выполнения проекта, будут движущей силой дальнейшей реорганизации системы здравоохранения Кыргызстана, которая, по мнению экспертов ВБ, является слишком специализированной (т. е. основанной на специализированном стационарном лечении). Главные компоненты проекта ВБ следующие:²¹

- первичная медико-санитарная помощь;
- реабилитация лечебно-профилактических учреждений;
- изменение методов финансирования медицинского обслуживания;
- управление в области лекарственных средств.

Акцент в проекте делается на реорганизацию системы первичной помощи путем формирования групп семейных врачей со свободной регистрацией населения, а также на реформирование системы финансирования. Ожидается, что успешная реализация программы сократит спрос на госпитальные медицинские услуги (т. е. совершенствование первичной помощи приведет к тому, что многие больницы станут ненужными), что в конечном итоге приведет к изменению

¹⁷ В настоящее время финансирование медицинских учреждений основано на количестве коек и регистрации количества посещений.

¹⁸ Основной целью эксперимента является выработка и проверка новых методов финансирования медучреждений. Первые результаты ожидаются в конце 1997 г.

¹⁹ В 1995-1996 гг. большинство средств на здравоохранение поступало непосредственно из местных бюджетов [9], причем Министерством здравоохранения финансировались только республиканские медучреждения [8].

²⁰ Первичное здравоохранение охватывает службу гигиены окружающей среды, профилактические и оздоровительные медицинские услуги для групп населения, профилактические и оздоровительные медицинские услуги на индивидуальном уровне, лечебную помощь на первичном уровне.

²¹ Более детально основные компоненты проекта и их финансирование рассмотрены во второй части данной главы.

структуры здравоохранения в стране (слиянию специализированных медицинских отделений и учреждений, сокращению количества медицинских работников больниц, уменьшению количества медучреждений и больничных коек, развитию первичного и амбулаторного медицинского обслуживания). Предполагается, что в результате введения новых методов распределения средств направляемых на здравоохранение, финансирование медицинских услуг будет отделено от предоставления услуг. Платательщик будет фокусироваться на оплате медицинской помощи (будет покупать услуги), а поставщик медицинских услуг (лечебно-профилактическое учреждение, или врач) будет концентрироваться на предоставлении наиболее оптимального набора услуг. Основные положения проекта будут проверяться в действии в пилотном проекте, который будет проводится в Бишкеке и в Чуйской области.

3.3.1. Структура и содержание пилотного проекта

Основной целью пилотного проекта является разработка и проверка новых организационных форм медицинского обслуживания (групп семейных врачей) и соответствующих методов финансирования системы здравоохранения. В проекте предусмотрена комплексная реорганизация первичной медико-санитарной помощи на базе внедрения в практику предоставления первичных услуг новой организационной единицы — группы семейных врачей, состоящей из терапевта, педиатра и акушера-гинеколога.²² Для обслуживания населения города Бишкек и Чуйской области (около 1,6 млн. человек) будет сформировано 300 групп семейных врачей (1 группа на 5300 человек).²³ Финансирование созданных групп будет происходить с помощью финансового посредника, который будет объединять все финансовые средства (средства государственного бюджета, областного, муниципального и районного уровня).²⁴ Причем деньги будут распределяться по «подушевному» принципу.²⁵ Каждая группа семейных врачей будет рассматриваться как независимая финансовая единица (бесприбыльное предприятие) с собственным бюджетом и банковским счетом. Ожидается, что в итоге эксперимента будет выработана оценка эффективности предлагаемой системы (организационных форм и способов финансирования), а также будет создана основа для внедрения новой системы здравоохранения, основанной на первичной медицинской помощи.

²² Вместо семейного врача (одного) в проекте вводится группа семейных врачей (трех), так как в настоящий момент в Кыргызстане остро не хватает врачей общего профиля.

²³ Следует отметить, что в результате запланированных реформ количество обученных семейных врачей в Кыргызской Республике должно составить 12 000 (количество врачей всех специальностей в 1996 г. составило 15 452).

²⁴ Следует обратить внимание, что проект ВБ не затрагивает возможности создания касс здоровья.

²⁵ Принцип «подушевого» финансирования означает выделение «поставщику» (учреждению или врачу) определенного объема средств за предоставление определенных медицинских услуг одному пациенту.

3.3.2. Источники средств, направляемых на финансирование системы здравоохранения

В соответствии с проектом реформ, предложенных ВБ, основными источниками средств, направляемых на финансирование системы здравоохранения, будут:

- государственный бюджет Кыргызской Республики;
- кредит, предоставленный ВБ;
- гуманитарная помощь и трансферты от международных организаций-доноров.

Необходимо отметить, что проект не учитывает возможностей создания новых источников финансирования сектора здравоохранения, таких как, например, налог на работодателя (или организация обязательного медицинского страхования). Основные средства на здравоохранение будут направляться из бюджета (довольно грубый расчет показывает, что кредит ВБ величиной в 18,5 млн. долларов США на 4,5 года составит около 10% средств, направленных бюджетом)²⁶. По условиям проекта правительство гарантирует, что бюджетные ресурсы, предназначенные на финансирование сектора здравоохранения, в течение выполнения проекта будут не ниже реальной величины средств, направленных на здравоохранение в 1994 г. Причем распределение бюджетных средств должно происходить в соответствии с приоритетами проекта (см. ниже).

Учитывается, что значительную роль при финансировании реформ здравоохранения будут играть международные организации (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ, Программа CARES, Правительство Германии (KFW), и т. д.). Однако точное количество средств, направляемых этими организациями, в проекте не указывается.

3.3.3. Распределение финансовых средств в системе здравоохранения

Предполагается, что финансовые средства будут распределяться посредством центрального Фонда здоровья,²⁷ в который будут делаться вклады органами государственного, областного, муниципального и районного уровня. Медицинские учреждения, не участвующие в бишкекско-чуйском эксперименте, будут финансироваться в соответствии с приоритетами проекта Всемирного банка. Это означает, что основные финансовые средства будут направляться на финансирование первичной медицинско-санитарной помощи. Как следует ожидать, это приведет к сокращению количества больниц и к необходимости переквалификации медицинского персонала (на первичную медицинско-санитарную помощь).

В области финансирования лекарственных средств проект предусматривает усиление контроля Министерства здравоохранения посредством финансирования закупок в соответствии с ранее разработанным перечнем «наиболее широко применяемых основных лекарственных средств» (согласованным с МАР и ВОЗ). Следовательно, только лекарства, включенные в этот перечень, будут допущены для закупок государственными учреждениями здравоохранения и для выдачи специально определенным группам амбулаторных больных бесплатно или по

²⁶ Финансирование консультантов ВБ по реализации проекта будет производиться отдельно.

²⁷ В соответствии с проектом, Фонд здоровья должен быть создан до 31 декабря 1997 г.

субсидируемым ценам. Закупка лекарственных средств, не включенных в подготовленный перечень, будет производиться за счет частного финансирования. Ожидается, что такое решение уменьшит потери, связанные с недисциплинированным и экономически нецелесообразным расходованием государственных средств на закупку медикаментов. Как показывает опыт последних лет, часто закупались дорогие фирменные лекарства вместо более дешевых, но терапевтически эквивалентных базовых препаратов. Более того, предусматривается внедрение новых (менее дорогостоящих) стандартных схем лечения некоторых заболеваний, соответствующих ограниченному набору лекарств, включенных в перечень.

Средства, предоставленные кредитом Всемирного банка (18,5 млн. долларов США), будут использованы следующим образом.

1. Первичная медико-санитарная помощь (4 млн. долларов, т. е. 21% кредита). Основной объем средств будет предназначен на обучение медицинского персонала и приобретение необходимого оборудования для лечебных учреждений первичного уровня.

2. Реабилитация лечебно-профилактических учреждений (2,3 млн. долларов, 11% кредита). Основной объем средств будет предназначен на улучшение 30 амбулаторных центров, на реорганизацию 30 сельских больниц в амбулаторные поликлиники с небольшим числом коек и на закупку основного медицинского оборудования для отремонтированных учреждений.

3. Изменение методов финансирования медицинского обслуживания (4,4 млн. долларов, 22% кредита). Основной объем средств будет предназначен на поддержку пилотного эксперимента в Бишкеке и в Чуйской области: приспособление помещений для групп семейных врачей; закупку компьютерного оборудования; подготовку и внедрение компьютерных и бухгалтерских систем, позволяющих финансовому посреднику отслеживать данные по зарегистрированным пациентам; обучение специалистов и менеджеров по внедрению новых систем.

4. Управление в области лекарственных средств (8,3 млн. долларов, 41% кредита). Основной объем средств будет предназначен на приобретение медикаментов в соответствии с перечнем основных лекарственных средств (около 8 млн. долларов), обучение работников Управления по стандартизации и контролю за качеством лекарственных средств и медицинского оборудования,²⁸ а также на печать и распространение перечня основных лекарственных средств.

Необходимо отметить, что реализация перечисленных выше компонентов проекта будет в значительной мере поддерживаться средствами международных организаций-доноров.

3.3.4. Управление и реализация проекта

За реализацию и управление проектом отвечает Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Причем координацией работ над проектом занимаются организованные Минздравом Совет проекта (общие вопросы стратегии и тактики осуществления проекта), Технический координационный комитет

²⁸ «Управление по стандартизации и контролю за качеством лекарственных средств и медицинского оборудования» — центральная организация по регулированию в области лекарственных средств, создана при Минздраве в 1993 г.

(вопросы, связанные непосредственно с содержательной стороной реализации проекта) и Отдел координации проекта (оказание специализированных услуг).

Как уже отмечалось, проект рассчитан на 4,5 года (1997-2001 гг.).²⁹ Необходимо обратить внимание, что начало проекта (вступление кредита в силу) было обусловлено выполнением ряда подготовительных организационных работ и необходимостью внесения изменений в существующие законодательство (например, принятие закона «О лекарственных средствах»). Более того, следует иметь в виду, что реализация проекта обусловлена принятием законодательных актов, позволяющих сформировать группы первичной медицинской помощи в качестве неприбыльных организаций. Разработка соответствующих положений Правительства Кыргызской Республики (например, «О центрах первичной медико-санитарной помощи» и «О врачах общей практики, семейном враче») была запланирована на первый квартал 1997 г., но и в настоящее время еще не выполнена (ожидается, что эти постановления будут приняты в четвертом квартале 1997 г.). Следовательно в настоящее время рано ожидать первых практических результатов реформ, предложенных экспертами ВБ, а, следовательно, и их оценки.

4. Обязательное медицинское страхование и Кассы здоровья

4.1. Юридические основы

Обязательное страхование граждан и Кассы здоровья являются первым результатом реформы системы здравоохранения в Кыргызстане. Однако следует иметь в виду, что введение медицинского страхования (дополнительного, внебюджетного источника финансирования медицинского обслуживания) является не целью реформы, а лишь инструментом ее осуществления.

Юридической основой медицинского страхования в Кыргызской Республике является Закон от 3 июля 1992 г. «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан». В соответствии с этим законом медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольным. Причем организация страхования граждан осуществляется страховыми медицинскими учреждениями — Кассами здоровья, создаваемыми по административно-территориальному признаку.

Основной целью введения медицинского страхования являлось создание дополнительных источников финансирования лечебно-профилактических учреждений, защита прав пациентов и обеспечение права свободного выбора врача и медучреждения. Однако реализация закона долго не осуществлялась, хотя на протяжении нескольких лет проводилась работа по созданию условий для его внедрения. В январе 1996 г. Парламент принял решение о введении обязатель-

²⁹ Детальный график выполнения проекта приводится в [11], с. 273-292.

ного медицинского страхования с 1 января 1997 г.³⁰ поэтапно по мере готовности регионов. В течение 1996 г. появились дальнейшие акты по подготовке введения медицинского страхования,³¹ а в 1997 г. были приняты два постановления Правительства Кыргызской Республики.³²

4.2. Принципы организации обязательного медицинского страхования и Касс здоровья

В соответствии с вышеуказанными законодательными актами, обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и реализуется республиканской и территориальными Кассами здоровья. Финансовые средства Касс здоровья аккумулируются за счет:

– страховых взносов от работодателей (в том числе от бюджетных организаций) за работающие контингенты в размере двух процентов от фонда оплаты труда (следует отметить, что первоначально, в 1992 г., величина взносов работодателей на обязательное медицинское страхование была установлена в размере 6% от фонда оплаты труда);

– средств, перечисляемых Социальным фондом за пенсионеров и официально зарегистрированных безработных в размере 1,5% минимальной заработной платы.

Следовательно, страхователями работающего населения являются юридические лица (предприятия, организации, учреждения и иные хозяйственные субъекты независимо от форм собственности и видов деятельности) и физические лица, нанимающие граждан по трудовым договорам (контрактам), а также международные организации, осуществляющие свою деятельность на территории Кыргызской Республики.

Следует обратить внимание, что в постановлениях Правительства Кыргызской Республики от 14 января 1997 г. № 18 «О вопросах введения обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике» и от 16 июля 1997 г. № 418 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» при рассмотрении источников финансирования Касс здоровья не упоминается нетрудоспособное, неработающее население (дети, школьники, студенты и т. д.), страховые взносы за которых, в соответствии с Законом от 3 июля 1992 г. «О медицинском страховании граждан в Республике Кыргызстан», должны оплачиваться из местных бюджетов. Величина страховых взносов для этой группы населения (составляющей более 40% всего населения) в настоящее время еще не определена.

³⁰ См. Постановление Законодательного собрания Жогорку Кенеш Кыргызской Республики от 16 января 1996 г. № 298-1 «О внесении изменений в постановление Жогорку Кенеша Кыргызской Республики «О порядке введения в действие Закона Кыргызской Республики “О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике”».

³¹ См. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 16 сентября 1996 г. № 429 «О координационном совете при Правительстве Кыргызской Республики по введению обязательного медицинского страхования» и Указ Президента Кыргызской Республики «О мерах по введению обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике» от 22 ноября 1996 г.

³² См. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 14 января 1997 г. № 18 «О вопросах введения обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике» и Постановление Правительства Кыргызской Республики от 16 июля 1997 г. № 418 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике».

Функции сбора страховых отчислений по обязательному медицинскому страхованию переданы Социальному фонду, который обладает соответствующей базой, необходимой для сбора взносов, причем суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование аккумулируются в этом фонде на отдельном субсчете. Из Социального фонда взносы передаются в Республиканскую кассу, а затем 77% средств направляются в областные Кассы здоровья, 20% предназначается на формирование нормированного страхового запаса³³ и 3% — на содержание аппарата и административные расходы Республиканской кассы здоровья. Из средств территориальных Касс здоровья финансируются лечебно-профилактические учреждения, имеющие договоры на представление медицинских услуг по базовой программе обязательного медицинского страхования (см. ниже), причем договоры заключаются только с медицинскими учреждениями (в долгосрочной перспективе: с врачами, занимающимися частной практикой), прошедшими лицензирование и аккредитацию в Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам. В рамках базовой программы гарантируется стационарная и первичная медико-санитарная помощь в медицинских учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Однако необходимо отметить, что только в долгосрочном плане объединенная группа Министерства здравоохранения и Республиканской кассы здоровья определит, разработает и просчитает стоимость гарантированного пакета услуг, который будет обеспечиваться для всего населения, и дополнительного пакета медицинских услуг для населения, застрахованного по программе обязательного медицинского страхования. В краткосрочном плане Кассы здоровья будут лишь производить доплаты за больничные услуги, предоставляемые застрахованному населению.

4.3. Внедрение обязательного медицинского страхования и Касс здоровья на территории Кыргызской Республики

В 1997 г. в республике началось создание системы обязательного медицинского страхования. В начале была создана Республиканская касса здоровья при Правительстве Кыргызской Республики (основной исполнительный орган системы обязательного медицинского страхования) и региональные Кассы здоровья.

Текущее положение и работа Касс здоровья обусловлены очень ограниченными доходами фонда обязательного медицинского страхования. По проекту бюджета обязательного медицинского страхования на 1997 г. планировалось поступление 164 млн. сомов взносов (94 млн. сомов от работодателей, 60 млн. сомов за пенсионеров, и 10 млн. сомов за зарегистрированных безработных)³⁴. В среднем ожидалось, что величина взносов на одного работающего составит

³³ Создание резервного фонда обязательного медицинского страхования необходимо для страхования от риска неустойчивой экономической ситуации и обеспечения экономической стабильности системы.

³⁴ Данные Социального фонда.

98,94 сома в год, а на одного пенсионера и зарегистрированного безработного — 108,94 сома в год (см. таблицу 8).

Необходимо отметить, что даже при стопроцентном сборе взносов эти средства покрывают не более 17,2% необходимой величины.³⁵ Финансовые проблемы Касс здоровья усугубляются тем, что в бюджете на 1997 г. не были предусмотрены средства на обязательное медицинское страхование бюджетных организаций, что сократило бюджет обязательного медицинского страхования на около 27 млн. сомов. Более того, как уже отмечалось, нетрудоспособное, неработающее население пока что не включено в систему (взносы не оплачиваются).

С учетом опыта других стран (Казахстана и России) реальный сбор взносов в 1997 г. прогнозировался на уровне около 50% от планируемого (т. е. около 81,708 млн. сомов)³⁶. Однако фактический сбор взносов в первом квартале 1997 г. составил лишь 7,8 млн. сомов, а во всем первом полугодии — около 17,3 млн. сомов (т. е. около 21% прогнозируемого уровня и около 10% запланированного).

Несмотря на незначительный уровень собранных средств, Кассы здоровья начали работу. 30 июля 1997 г. был подписан первый договор с медицинским учреждением (Шестой городской больницей в Бишкеке). До конца 1997 г. планируется заключить еще 11 договоров с больничными учреждениями страны.³⁷ Причем предполагается, что в краткосрочный период связанные договорами больницы будут получать финансовые средства из соответствующей территориальной Кассы за каждого «пролеченного» застрахованного пациента. На основе прогнозируемого уровня сборов страховых взносов был определен объем средств, предназначенных на финансирование больниц (62,915 млн. сомов)³⁸. Путем деления этой суммы на прогнозируемое число «пролеченных» застрахованных пациентов (557,558 тыс.) была получена средняя сумма доплаты за один «пролеченный» случай — 113 сомов. На долгосрочный период планируется введение более сложной формулы расчета сумм оплаты с учетом сложности «пролеченного» случая и уровня стационара. В соответствии с этой методикой, за каждого «пролеченного» застрахованного пациента стационар получит дополнительную сумму (СВ), рассчитанную по формуле:

$$СВ = БС \times К_3 \times К_{УС}$$

где

БС — базовая ставка финансирования стационарной помощи,

К₃ — коэффициент затратоемкости по клинико-затратам,

К_{УС} — коэффициент уровня стационара.

³⁵ В настоящее время средняя стоимость одного «пролеченного» случая составляет: в стационаре — 638 сомов, в амбулаторно-поликлинических условиях — 112 сомов. Следовательно, для обеспечения медицинской помощи населению в полном объеме по обязательному медицинскому страхованию необходимо 482,1 млн. сомов на финансирование больниц и 417,4 млн. сомов на финансирование амбулаторно-поликлинической службы.

³⁶ Данные Республиканской кассы здоровья.

³⁷ В краткосрочном плане (1997-1998 гг.) договоры будут заключаться только с больницами.

³⁸ По отчислению из прогнозируемой суммы сборов (81,708 млн. сомов) 20% на формирование нормированного страхового запаса и 3% на административные расходы, прогнозируемые средства на финансирование больниц составят лишь 62,915 млн. сомов.

Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с существующим законодательством, больницам, работающим в системе обязательного медицинского страхования, будет сохранено бюджетное финансирование в полном объеме.³⁹

Предполагается, что Кассы здоровья постепенно охватят медицинским страхованием все население республики. Следует ожидать, что в 1998 г. количество застрахованных увеличится на работников бюджетной сферы. Это, несомненно, увеличит бюджет Касс здоровья (см. таблицу 8) и увеличит количество населения, охваченного системой обязательного медицинского страхования. Учитывая, что величина расходов бюджета на здравоохранение в 1997 г. составила 836,4 млн. сомов, планируемая на 1998 г. величина бюджета обязательного медицинского страхования составит около 20% государственных расходов на здравоохранение. Эти средства, по всей видимости, не решат проблем охраны здоровья в Кыргызской Республике, однако в какой то степени повысят качество предоставляемых медицинских услуг.

5. Выводы

Тяжелая экономическая ситуация независимого Кыргызстана и связанные с ней ограничения возможности финансирования унаследованной от Советского Союза развитой системы здравоохранения привели к необходимости проведения глубокой реформы сектора охраны здоровья. Уже в первые годы существования республики стало ясно, что бюджет не в состоянии удержать финансирование здравоохранения на прежнем уровне. В итоге стало неизбежным изменение структуры системы здравоохранения и методов ее финансирования.

Первые законодательные акты, необходимые для проведения реформы, появились уже в 1992 г. Однако до конца 1996 г. не было видно никаких реальных результатов как в области изменения структуры системы, так во внедрении новых методов ее финансирования.

В настоящее время, как и в прошлом, медицинские услуги предоставляются, прежде всего, стационарными специализированными медицинскими учреждениями (больницами). Количество больниц в период с 1992-1996 гг. не только не сократилось, но даже увеличилось. Усиление первичной медицинско-санитарной помощи, введение и обучение семейных врачей, а также организация частных медицинских услуг все еще находится на стадии проектов.⁴⁰ Немногие внедренные в жизнь изменения (такие как, например, создание национального перечня основных жизненно важных лекарственных препаратов) были направлены на повышение эффективности медицинского обслуживания в рамках существующей системы. Более того, большая часть полученной иностранной помощи была направлена на поддержку существующих дорогостоящих структур

³⁹ См. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 16 июля 1997 г. № 418 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике».

⁴⁰ Завершение работ над проектом Закона «О платной медицинской помощи», проектами постановлений Правительства Кыргызской Республики «О платной медицинской помощи в Кыргызской Республике», «О гарантированном объеме медицинских услуг» и проектами положений «О центрах первичной медико-санитарной помощи», «О врачах общей практики, семейном враче» (запланированное на первый квартал 1997 г.) ожидается только в конце 1997 г.

(больничного медицинского обслуживания). Следует отметить, что в то же время проект реформы системы здравоохранения, разработанный экспертами Всемирного банка, являющийся составной частью Национальной программы реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас», предусматривает принципиальное изменение структуры (т. е. реорганизацию системы охраны здоровья с усилением роли первичной медико-санитарной помощи и внедрение групп семейных врачей). Учитывая основные положения проекта и намерение Министерства здравоохранения продолжать реформы в этом направлении, следовало бы ожидать обратного процесса (т. е. не увеличения, а уменьшения количества больничных учреждений).

Принимая во внимание современное состояние сектора охраны здоровья, нужно отдавать себе отчет в том, что содержание системы здравоохранения, основанной на больничном медицинском обслуживании не под силу молодому кыргызскому государству. Следовательно, необходимо настойчиво внедрять менее дорогостоящие и более эффективные формы медобслуживания, базирующиеся на первичной медицинской помощи, концепции семейных врачей, свободном выборе врачей и частном медицинском обслуживании.

Кроме реорганизации системы здравоохранения, другим основным направлением реформы является изменение существующей системы финансирования сектора охраны здоровья (изменение методов распределения средств в системе здравоохранения и привлечение новых источников финансирования медицинских учреждений). Несмотря на то, что введение обязательного медицинского страхования было одобрено уже в 1992 г., следует отметить, что до конца 1996 г. никаких действий в этом направлении не наблюдалось. Принятая в 1992 г. концепция введения обязательного медицинского страхования граждан в Кыргызской Республике в качестве дополнительного источника финансирования здравоохранения была отложена и после ряда существенных модификаций введена в действие только с 1 января 1997 г. Это свидетельствует о неуверенности и эволюции концепции реформы финансирования системы охраны здоровья в Кыргызстане в ходе ее выполнения. Весьма вероятно, что это связано с сильным влиянием иностранных экспертов, международных организаций и местных групп интересов. Нынешние обязательные страховые взносы (2% от фонда заработной платы), с одной стороны, рассматриваются работодателями как форма дополнительного налогообложения (что несомненно замедляет развитие производства), а с другой стороны — в очень незначительной степени улучшает финансовую ситуацию системы здравоохранения. В общем, задачей Касс здоровья является прежде всего передача в сектор здравоохранения средств, собранных Социальным фондом от работодателей или выделенных из бюджета (т. е. взносов, оплачиваемых за пенсионеров, официально зарегистрированных безработных, учащихся и т. д.).⁴¹ Следовательно, в существующей форме Кассы здоровья больше напоминают внебюджетный фонд, чем настоящую страховую организацию. Учитывая опыт соседних стран (в частности, России), свидетельствующий о повсеместном неэффективном распределении средств местными кассами здоровья, мы считаем, что следовало бы сосредоточиться на разработке и совершенствовании концепции более централизованного распределения финансовых

⁴¹ В настоящее время не ожидается поступлений взносов, оплачиваемых частными лицами (см. таблицу 8).

средств в системе здравоохранения, предложенной Всемирным банком. Более централизованная структура позволит усилить контроль за распределением средств налогоплательщиков и увеличить эффективность использования финансовых ресурсов.

Следует обратить внимание, что в проекте Всемирного банка, который предполагается внедрять в ближайшие годы, обязательное страхование граждан и Кассы здоровья не упоминаются (в проекте предлагается создание финансового посредника, который будет распределять все средства, направленные на здравоохранение). Необходимо подчеркнуть, что введенное с 1 января 1997 г. обязательное медицинское страхование, а также факт существования Касс здоровья приведут к необходимости корректировки концепции реформы (сочетание двух концепций распределения финансовых средств). В итоге следует ожидать, что новая система финансирования здравоохранения будет некоторым компромиссом между разными концепциями реформирования.⁴² В условиях сильно ограниченного государственного бюджета, когда сектор здравоохранения должен бороться (убеждать о необходимости финансовой поддержки реформы) за свою долю бюджетных средств со многими другими, часто необходимыми, экономическими программами развития (такими, как совершенствование коммуникаций, модернизация транспортных путей, перестройка сектора образования и т. д.), неуверенность и частые изменения концепции реформы неизбежно приводят к недостаточному финансированию и замедлению процесса трансформации.

Ярким примером этого является факт введения обязательного медицинского страхования с 1 января 1997 г. без выделения средств из бюджета на обязательное медицинское страхование бюджетных организаций. Необходимо отметить, что особенно в момент введения медицинского страхования с особой остротой встает вопрос оплаты взносов на обязательное медицинское страхование за работников бюджетных организаций. Если государство не уверено в целесообразности реформы и не находит возможности выплачивать страховые взносы, то трудно ожидать от предприятий, что они будут в надлежащей степени выполнять свои обязательства по выплате страховых отчислений. Более того, сокращение величины страховых взносов от работодателей до 2% от фонда оплаты труда (первоначально, в 1992 г., величина взносов работодателей на обязательное медицинское страхование была установлена в размере 6%) и средств, перечисляемых Социальным фондом за пенсионеров и официально зарегистрированных безработных (в размере 1,5% минимальной заработной платы, что также является компромиссом между реальными возможностями предприятий и бюджета, обусловленными экономической ситуацией в стране и требованиями системы медстрахования), неизбежно приведет к недостаточному финансированию дополнительных медицинских услуг Кассами здоровья, что в конечном итоге может привести к провалу всей концепции обязательного медицинского страхования.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что опыт иностранных государств показывает, что в настоящее время не существует единой оптимальной схемы организации сектора здравоохранения и системы его финансирования.

⁴² Ярким примером такого компромисса является создаваемая в настоящее время совместная информационная система Министерства здравоохранения и касс здоровья [7].

Однако, учитывая опыт других стран, необходимо четко определить единую концепцию реформы (внедрение принципов конкуренции в секторе медобслуживания, создание системы семейных врачей, введение возможности свободного выбора врачей, приватизация медицинских учреждений и т. д.), а затем уверенно внедрять ее в жизнь. Неуверенность и компромиссные решения, во-первых, замедляют реформу, а во-вторых — могут привести к половинчатым решениям, вобравшим в себя не самые лучшие черты исходных конкурирующих концепций.

Таблицы

Таблица 1

Основные показатели эффективности системы здравоохранения в Кыргызстане, Турции (т. е. относительно развитой азиатской стране) и странах-членах Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР) (т. е. в развитых европейских странах)

	Кыргызская Республика	Турция	ОЭСР
Расходы на здравоохранение, доля в ВВП (%)	4,2	4,1	8,1
Подушевые затраты на здравоохранение	156	156	1374
Врачи (на 1000 населения)	3,1*	0,9	2,5
Больничные койки (на 1000 населения)	11,9	2,4	8,4
Младенческая смертность (на 1000 живых)	30,0	56,5	9,4
Общий уровень рождаемости (на 1000 населения)	29,3	29,0	14,0
Общий уровень смертности (на 1000 населения)	6,9	7,8	9,2
Ожидаемая продолжительность жизни для мужчин	64,2	64,1	72,9
Ожидаемая продолжительность жизни для женщин	72,6	68,4	79,2

Для Кыргызской Республики приведены данные за 1990 г., для остальных стран — данные за 1992 г. Однако следует иметь в виду, что ситуация здравоохранения в Кыргызстане сильно ухудшилась после 1990 г.

* Врачи всех специальностей без зубных врачей.

Источник: [3], [4], [8], [10].

Таблица 2

Уровень государственного финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике в 1990-1996 гг.

	1990	1993	1994	1995	1996
Реальный ВВП (в % от уровня 1990 г.)	100	67,1	53,6	50,7	53,5
Отношение расходов на здравоохранение в ВВП (в %)	4,2	2,6	3,48*	3,88	3,28
Реальная величина расходов на здравоохранение (в % от 1990 ВВП)	4,2	1,74	1,8	1,97	1,75

* По данным Всемирного банка, значение этого показателя равно 3,9% [11].

Источник: [1], [4], [5], расчеты авторов.

Таблица 3

Средние медицинские расходы семейного бюджета на одного члена семьи в 1990-1994 гг.

	1990		1991		1992		1993		1994	
	сом	%*	сом	%*	сом	%*	сом	%*	сом	%*
Расходы	0,07	1,18	0,07	0,70	0,56	0,89	4,95	0,92	11,96	1,38

* В % на члена семьи.

Источник: [3].

Таблица 4

Использование ресурсов здравоохранения в Кыргызской Республике
в 1990-1996 гг.

	1990	1992	1993	1994	1995	1996
Численность врачей всех специальностей						
всего	16097	15597	14887	14674	15003	15711
на 10 000 человек населения*	36,7	34,9	33,6	33,0	33,2	34,3
Численность среднего медицинского персонала						
всего	46049	44127	42862	41939	42376	41437
на 10 000 человек населения	104,9	98,7	96,7	94,1	93,9	90,6
Число больничных учреждений	307	341	347	353	349	349
Число больничных коек						
всего	52575	54172	49230	44082	40690	40404
на 10 000 человек населения	119,8	121,2	111,1	99,1	90,2	88,3
Средняя длительность пребывания в больнице (дней)	14,9	15,3	15,3	15,4	–	–
Число амбулаторно-поликлинических учреждений	567	613	633	641	604	601
Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий**	562	559	500	505	509	524
Число коек для беременных женщин	5257	5335	4801	4473	4216	4504
Число фельдшерско-акушерских пунктов	939	904	860	848	865	866

* В общую численность врачей включены зубные врачи, численность которых в 1995 г. составила 234, а в 1996 г. — 259 человек.

** В том числе 215 в 1995 г. (211 в 1996 г.) лечебно-профилактических учреждений, имеющих в своем составе женские консультации, и 260 в 1995 г. (296 в 1996 г.) детских поликлиник.

Источник: [5, с. 70], [11, с. 71], [12].

Таблица 5

Распределение бюджета на здравоохранение по видам медицинских учреждений
в 1994 г.

Вид медицинского учреждения	% от общего бюджета на здравоохранение
Больницы	75,3
Поликлиники	8,2
Фельдшерско-акушерские пункты	1,5
Прочие	15,0

Источник: [3, с. 9].

Таблица 6
Основные показатели здоровья населения

	1990	1992	1993	1994	1995	1996
Ожидаемая продолжительность жизни (в годах)	68,5	68,3	67,3	66,0	66,0	66,0
Общий уровень смертности (на 100 тыс. населения)	695,8	715,8	770,0	829,6	817,7	755,3
Число детей, умерших в возрасте до 1 года (на 1000 родившихся)	30,0	31,5	31,9	29,1	28,1	25,9*

* Соответствующий показатель в странах ОЭСР составил 8,8 [12].

Источник: [4], [5], [10].

Таблица 7
Оплата за лекарственные средства, отпускаемые по рецепту*

Стоимость лекарственного препарата (в сомах)	Оплата
0-20	100%
20-50	20 сомов + 75% от стоимости свыше 20 сомов
50-100	20 сомов + 75% от стоимости свыше 20 сомов + 50% стоимости свыше 50 сомов
свыше 100	20 сомов + 75% от стоимости свыше 20 сомов + 50% стоимости свыше 50 сомов + 25% свыше 100 сомов

* Считается, что около 70% населения будет освобождено от оплаты за лекарственные средства.

Источник: [8].

Таблица 8

Проект бюджета медицинского страхования на 1998 г.

	Утверждено в бюджете на 1997 год (млн. сом.)	Проект бюджета на 1998 год (млн. сом.)
ДОХОДЫ		
Переходящие страховые взносы		5,0
Поступление страховых взносов от работодателей	94,0	100,4
Из фонда социального страхования	60,0	73,0
Из фонда занятости	10,0	13,6
Всего доходов	164,0	192,0
РАСХОДЫ		
Медицинское страхование:		
пенсионеров (539 тыс. человек)	60,0	73,0
безработных (100 тыс. человек)	10,0	13,5
работающих (950 тыс. человек)	94,0	105,4
Всего расходов	164,0	192,0
ДЕФИЦИТ	0,0	0,0

Источник: Социальный фонд Кыргызской Республики.

Библиография

1. *Годовой отчет НБКР за 1996 г.*, Национальный банк Кыргызской Республики, Бишкек, май 1997.
2. Касиев Н. *Преодолевая трудности*, «Манас, Вестник здравоохранения», № 1, апрель 1997.
3. *Кыргызская Республика. Отчет об экспертной оценке*, Проект по реформированию системы здравоохранения, Документ Всемирного банка, Отчет № 15181 КГ, Отдел социальных ресурсов, Департамент III, Региональное управление стран Европы и Центральной Азии, Всемирный банк, 22 апреля 1996.
4. *Кыргызстан в цифрах 1995*, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Бишкек, 1996.
5. *Кыргызстан в цифрах 1996*, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Бишкек, 1997.
6. Маркевич М., Могилевский Р., Цукровски Я. *Государственные расходы Кыргызской Республики: перспективы на 1997-2000 гг.*, «Исследования и анализ», № 108, CASE, Варшава 1997.
7. Мейманалиев Т. С. *Концепция реформы здравоохранения в контексте взаимодействия Министерства здравоохранения и Республиканской кассы здоровья*, «Манас, Вестник здравоохранения», № 1, апрель 1997.
8. *Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006)*, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, 1996.
9. Топиньска И. *Расходы на содержание социальной сферы в Кыргызстане в 1994-1995 гг.*, «Исследования и анализ», № 92, CASE, Варшава, 1996.
10. *Уровень жизни населения Кыргызской Республики*, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Бишкек, 1996.
11. Шайбер Д. *Документ по политике Всемирного банка*, Всемирный банк, март 1995.
12. Klugman, J., Schieber, G. *A Survey of Health Reform in Central Asia*, «World Bank Technical Paper», No. 344, Social Challenges of Transition Series. The World Bank, Washington, D.C., 1996.
13. Uldrichova V. *Current Problems in the Financing of the Czech Public Health System*, «Studies and Analyses», No. 83, CASE, Warsaw 1996.