

УДК 614.2

## **РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, ДОСТИЖЕНИЯ И УРОКИ.**

*М.Т. Калиев*

*Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской республике, г. Бишкек, Кыргызская республика*

## **DEVELOPMENT OF SINGLE PAYER HEALTHCARE IN THE KYRGYZ REPUBLIC, ACHIEVEMENTS AND LESSONS.**

*М.Т. Kaliev*

*Mandatory Health Insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic*

Кыргызская республика была одной из союзных республик СССР. Обретение независимости республики, связанное с распадом союзной державы, привело к значительным политическим, экономическим и социальным изменениям в республике. Резко сократился ВВП страны, с 1992 по 1995 года на 50 %, отмечен значительный рост инфляции, который только к 1995-1997 гг. начал снижать темпы. Это привело к ухудшению социальных условий. На фоне общего спада экономики также снизилась доля ВВП на здравоохранение, которая в 90-е годы колебалась от 2,6 до 3,9% от ВВП.

Страна унаследовала пяти уровневую систему финансирования поставщиков медицинских услуг (республиканский, областной, городской, районный и сельский), это усугубляло фрагментацию системы здравоохранения, неравенство в здоровье и оказании услуг, низкую доступность медицинской помощи. При крайне низком уровне финансирования сектора здравоохранения в силу исторически сложившихся обстоятельств подавляющая часть (75%) ресурсов направлялась на больничный сектор в ущерб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (10%).

В 1992 году был принят Закон «О медицинском страховании граждан Республики Кыргызстан», что создало основы бюджетно-страховой модели здравоохранения. Согласно данному Закону, работодатели должны были отчислять не менее 6% от фонда оплаты труда на медицинское страхование работающих граждан. Но стремительное обвальное нарастание безработицы из-за остановки работы крупных промышленных предприятий, которое произошло в 1993-1995 гг. не позволило приступить к осуществлению закона (1). В связи с этим, практическое внедрение ОМС началось с 1 января 1997 года. В значительной степени этому способствовала разработка и внедрение Национальной программы реформы системы здравоохранения КР «МАНАС» (1996 -2005 гг.), а в последующем – программы «МАНАС Таалими» (2006-2011 гг.) и программы «Ден-соолук» (2012-2016 гг.). Одной из главных целей данных программ было признано создание системы Единого плательщика в здравоохранении КР. Таким образом, внедрение системы ОМС в КР преследовало решение актуальных задач: привлечь дополнительные источники финансирования здравоохранения, разделить сектор здравоохранения на плательщика и поставщиков медицинских услуг, разработать новые методы оплаты медицинских услуг, повысить доступность медицинских услуг, особенно для социально уязвимых категорий населения, повысить эффективность и качество медицинских услуг.

**Методы исследования.** Проведен анализ развития системы здравоохранения, нормативно-правовых актов, регулирующих финансирование и управление здравоохранения, отраслевых документов, приказов, распоряжений, отчетов, результатов исследований и баз данных.

**Результаты исследования.** Развитие системы Единого плательщика в КР, разделено на 4 основных этапа. Первый этап определен как организационный, второй – становления, третий – расширения охвата ЕП, четвертый – развитие бюджетной автономии. Первый этап охватывает 1996 -2000 гг. связан с созданием ФОМС в республике, внедрение новых структур и финансовых потоков, договорных отношений между плательщиком и поставщиками медицинских услуг, переход организаций здравоохранения от постатейного финансирования к новым методам оплаты услуг, формирование ролей и взаимодействия с финансовыми институтами республики. Второй этап становления связан с реформами в финансово-бюджетной системе и сокращением фрагментации потоков финансирования, поэтапным переходом на двух уровневую систему финансирования (областной и республиканский уровни, интеграция средств местных и районных бюджетов), перехода ряда функций от областных и районных финансовых подразделений министерства финансов в ФОМС, разработка и внедрение Программы государственных гарантий , сооплаты населения при получении медицинских услуг, укрепление ФОМС как финансового института. Третий этап связан с расширением охвата системы Единого плательщика, вовлечением новых организаций здравоохранения в новую финансовую систему, таких как организаций противотуберкулезной помощи, специализированных учреждений онкологической, психиатрической. кардиохирургической помощи, перевода местного бюджета г. Бишкек на республиканский уровень и формирование единого аккумулированного пула на национальном уровне, исключение промежуточных уровней в системе финансирования (исключены областные уровни финансирования), внедрение новых подходов в финансировании, таких как финансирование основанное на результат, продолжение развития системы КЗГ, контроля качества медицинских услуг. Объем бюджета с 19,7 млн. \$ в 2000 году вырос до 215 млн. \$ в 2018 году в системе ЕП. Четвертый этап связан с реализацией в стране нового бюджетного кодекса в соответствии с которым бюджет ФОМС выделен в самостоятельную бюджетную систему, управление которым возложено на Министерство здравоохранения и ФОМС. В 2017 году впервые утвержден бюджет ФОМС в виде Закона о Бюджете ФОМС на 2018 г, и прогнозе 2019-20гг. В стране действуют единые нормативы подушевого финансирования ПМСП, стационарных случаев, нормативы скорой помощи, льготного лекарственного пакета увеличен объем средств, направленных на ПМСП (в 2018 году составил 33%), и другие. Доля ВВП на здравоохранение в 2000 году составляла 4,4% в 2006- 7,5%, в 2010- 7,1%, а в 2015 - 8,2% (WHO 2018, Global Health Expenditure database). Доля государственных расходов на здравоохранение в 2018 году составила 10,8% от общегосударственных расходов страны.

**Выводы.** Кыргызская республика одна из первых в Центральной Азии, более 20 лет назад, создала систему обязательного медицинского страхования, которая продолжив развитие финансовой системы способствовало созданию системы ЕП в стране. Определены 4 этапа развития системы ЕП, каждая из которых отражает историческую стадию трансформации финансовой модели здравоохранения. Внедрение ЕП позволило повысить эффективность системы здравоохранения, устранить несправедливость в региональной диспропорции, сократить больничный сектор, увеличить ориентацию на ПМСП.