



**Асизбаев Р.Э.**

**ОСНОВНЫЕ  
НАПРАВЛЕНИЯ  
МОДЕРНИЗАЦИИ  
СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

*Мақалада Кыргыз Республикасындагы денсаулық сақтау саласы жүйесін жаңашаландырудың негізгі бағыттары, оларды жетілдіру және іске асыру жолдары қарастырылады.*

*The main directions of improving the system of health service of Kirghizia are considered in this article.*

Стратегической целью политики государства в сфере здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения путем создания отзывчивой, эффективной, комплексной, интегрированной системы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения.

Эта цель включает следующие компоненты:

1. Повышение реальной доступности медицинской помощи для широких слоев населения: создание правовых, экономических и организационных условий для предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и запросам населения, современному уровню медицинской науки и технологии, а также ресурсам, располагаемым государством и гражданами.

Достижение этой цели предполагает:

- обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства;

- развитие механизмов координации деятельности всех звеньев системы управления здравоохранением на основе введения комплексного *индикативного планирования* в здравоохранении и пересмотра механизмов управления страховыми фондами.

При планировании здравоохранения как отрасли социальной сферы необходимо учитывать следующие данные:

1. Половозрастную структуру населения, являющуюся одним из основных факторов, определяющих уровень заболеваемости населения.

2. Географические особенности территории и уровень доступности медицинской помощи.

3. Уровень заболеваемости, определяемый, кроме половозрастного состава, экологическими, социально-эконо-



мическими и иными условиями.

4. Уровень и структуру обращаемости населения за медицинской помощью во все типы учреждений независимо от форм собственности и организационно-правовой структуры, в том числе госпитализации в стационары.

5. Структуру и мощность амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, их развитие.

6. Существующие тенденции в совершенствовании организации медицинской помощи (реорганизация первичной медико-социальной помощи на принципах врача общей практики, развитие альтернативных форм стационарного медицинского обслуживания, реорганизация скорой и неотложной медицинской помощи).

7. Организационную структуру и совершенствование управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях.

8. Дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и медицинского ухода.

9. Внедрение современных технологий профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной работы.

10. Финансовые затраты на лечение больных в других ЛПУ по сравнению с затратами на лечение в данном ЛПУ.

*Механизм координации деятельности системы управления здравоохранением.*

В условиях социального государства и широких прав, предоставленных органам местного самоуправления, назрела необходимость формирования системы индикативного планирования как средства восстановления единства политики в области здравоохранения. Внедряемый на государственном уровне механизм разработки ежегодных программ государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью, должен получить развитие в системе перспективного комплексного индикативного планирования.

Ключевой задачей индикативного планирования должно стать определение структурных преобразований, необходимых для повышения эффективности использования ресурсного потенциала отрасли. Кроме того, необходимо планировать ожидаемые последствия для населения и медицинских работников, связанные с возможным закрытием части мощностей медицинских учреждений и изменением структуры оказания медицинской помощи. Для этого потребуются планы организационных преобразований, переобучения кадров, материально-технического переоснащения медицинских организаций, а также план информационного сопровождения реформы.

Планирование должно быть направлено на выявление зон неэффективности в системе оказания медицинской помощи и определение рациональных потоков пациентов между медицинскими организациями разной ведомственной подчиненности и разных территорий.

В нормативном акте необходимо установить состав программ и планов, которые должны разрабатываться на каждом уровне управления здравоохранением. Повышению управляемости системой охраны здоровья будет способствовать создание новых координационных структур на государственном и региональном уровнях. Следует повысить полномочия Минздрава КР как на государственном, так и на региональном уровнях в вопросах лицензирования и регулирования медицинской деятельности на всей территории страны, обеспечения вертикали управления в части организации медицинской помощи при социально-значимых видах заболеваний. Создание постоянно действующих комиссий для разработки и совершенствования методик планирования, ценообразования, оценки эффективности использования ресурсов. Следует установить в нормативном документе ясные принципы формирования таких органов, включая порядок представительства в них различных интересов.



*Модернизация системы финансирования здравоохранения и социального страхования.*

Необходимо осуществить переход на подушевой принцип финансирования здравоохранения. Подушевой принцип финансирования должен охватывать все стадии движения финансовых средств отрасли: формирование, распределение и расходование.

Реализация подушевого принципа на стадии формирования финансовых ресурсов здравоохранения предусматривает утверждение на уровнях государственных органов власти, местного самоуправления подушевых нормативов финансирования здравоохранения. Процедуры определения и утверждения подушевых нормативов должны быть установлены Правительством КР. Бюджетные средства и средства ФОМС должны распределяться внутри регионов в зависимости от показателей потребности в медицинской помощи для реализации программы государственных гарантий, а не в зависимости от ресурсных показателей сети медицинских организаций (числа коек, мощности поликлиник и т. п.).

Органы здравоохранения должны получить возможность широкого маневрирования кадровыми, материальными и финансовыми ресурсами, а также применения более рациональных форм организации медицинской помощи без риска уменьшения общей суммы финансирования.

Достижению сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и их финансового обеспечения будет способствовать реструктуризация здравоохранения, реализация мер по повышению прозрачности и рациональности использования бюджетных и страховых средств в системе здравоохранения, а также опережающее увеличение размеров бюджетного финансирования здравоохранения. Эти меры обеспечат формальное равенство бюджетных расходов и средств ФОМС стоимости программы государственных гарантий.

Финансовые нормативы, используемые в настоящее время для расчетов стоимости программы государственных гарантий, не учитывают расходов, необходимых для осуществления намеченной широкомасштабной реструктуризации здравоохранения, занижают затраты, необходимые на медикаменты, а также фиксируют существующий относительно низкий уровень заработной платы медицинских работников, которые в реальности получают часть доходов за счет теневых платежей пациентов. Кроме того, стоимость программы государственных гарантий рассчитывалась на основе плановых объемов медицинской помощи, исходя из предпосылки, что оплачиваться будут именно объемы помощи, а не содержание медицинских организаций. На практике же бюджетные средства расходуются преимущественно на содержание медицинских организаций. Это означает, что средств на обеспечение заложенных в программе объемов понадобится больше на величину затрат на содержание тех учреждений, мощности которых не задействованы полностью на оказание планируемых объемов медицинской помощи.

Одним из средств нахождения баланса между обязательствами и финансовыми возможностями государства и населения является развитие форм добровольного медицинского страхования, не только дополняющих, но и включающих медицинскую помощь, предусматриваемую программой ФОМС. Это предполагает внесение в законодательство о медицинском страховании изменений, допускающих:

включение в программы добровольного медицинского страхования медицинских услуг и лекарственного обеспечения, установленных программами ФОМС;

использование средств ФОМС для частичного возмещения страховых взносов страхователей по программам добровольного медицинского страхования, включающих медицинские услуги и лекарственное обеспечение, установленные программами



ФОМС; зачет части взносов на добровольное страхование в качестве взносов на ФОМС должен осуществляться на основе единой методики расчета тарифов на медицинские услуги и цен на лекарственное обеспечение, включаемых в программы обязательного и добровольного медицинского страхования; внедрение этой практики должно происходить в тесной увязке с мерами по расширению спектра организационно-правовых форм медицинских организаций.

Методы оплаты медицинской помощи необходимо подчинить задаче стимулирования процесса реструктуризации здравоохранения. Это предполагает постепенный переход от оплаты фактических объемов медицинской помощи к оплате планируемых объемов отдельных видов медицинской помощи, определяемых на основе заказа медицинским организациям. Размещение этого заказа должно осуществляться страховщиком на основе показателей программы государственных гарантий и согласованного с медицинскими организациями плана предоставления медицинской помощи застрахованным.

Важнейшее отличие этого подхода от действующего сегодня принципа оплаты фактически оказанной медицинской помощи состоит в следующем: прежде чем оплатить медицинскую помощь, страховщик совместно с органом исполнительной власти должен спланировать наиболее рациональные варианты ее оказания, предусматривая сокращение необоснованных госпитализаций, перемещение части помощи на амбулаторный этап, более эффективное использование ресурсов здравоохранения. Только на такой основе можно преодолеть практику искусственной поддержки огромного и нерационально используемого коечного фонда, закрыть ненужные мощности и обеспечить их более эффективное использование. Планирование должно стать частью рыночного процесса отбора наиболее эффективных звеньев оказания медицинской помощи.

Необходимо также постепенно переходить на принцип селективных договорных отношений - заключать договора не со всеми медицинскими организациями, а только с теми, которые способны обеспечить более высокие показатели качества медицинской помощи и заложенные в программу государственных гарантий целевые показатели эффективности использования ресурсов. Это предполагает конкурсное размещение заказа на оказание плановых объемов медицинской помощи. При таком подходе страховщики должны согласовывать с каждой медицинской организацией заказываемые параметры деятельности, а на определенном этапе и уровень ставок оплаты медицинской помощи, основываясь при этом на действующей системе тарифов.

Разработать и внедрить процедуру планирования обеспечения служб здравоохранения современным дорогостоящим оборудованием; увязать планы оснащения государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений с медико-организационной схемой оказания медицинской помощи; разработать стандарты оснащения различных типов медицинских организаций и больничных коек.

Следует также ввести механизм согласования решений об инвестициях в здравоохранение (строительство новых объектов здравоохранения и приобретение дорогостоящего оборудования) за счет средств республиканского бюджета и муниципальных бюджетов с вышестоящими органами исполнительной власти. Этот механизм должен быть увязан с механизмом межрегионального выравнивания финансовой обеспеченности системы ОМС.

Для усиления государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных учреждениях необходимо ввести регулирование объемов бесплатной медицинской помощи и порядка предоставления платной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Эта задача является тактически первоочередной для повышения доступ-



ности медицинской помощи для населения. Практически она сводится к ограничению происходящего сегодня бесконтрольного замещения бесплатной медицинской помощи платной.

Для решения этой задачи необходимо ввести в действие механизм финансово обеспеченных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи для каждой государственного и муниципального учреждения. Последние имеют право оказывать платные услуги и самостоятельно определять объем этих услуг, но при условии выполнения финансово обеспеченного заказа на оказание бесплатной помощи.

Необходимо создать условия для постепенного сокращения масштабов теневого рынка медицинских услуг, включая изменения в порядке налогообложения доходов физических лиц. Целесообразно предусмотреть в налоговом законодательстве изъятие личных расходов на медицинскую помощь из налогооблагаемой базы исчисления подоходных налогов. Эта мера повысит заинтересованность граждан в документальном подтверждении затрат на медицинскую помощь и тем самым позволит вывести часть средств из теневого оборота.

Выведение из системы государственного финансирования финансово необеспеченных мощностей государственных и муниципальных медицинских учреждений позволит использовать все оставшиеся в общественной системе здравоохранения мощности главным образом для оказания бесплатной медицинской помощи с использованием механизма соплатежей населения. В конечном итоге оказание платных услуг должно быть перемещено преимущественно в частные медицинские организации.