

Реформы социальной защиты здравоохранения и финансирования здравоохранения в странах СНГ

Обмен знаниями и региональные перспективы

На платформе Zoom
16 марта 2022 года
10:00 - 11:30
по времени Женева

Спикеры обменяются опытом страны, ключевыми достижениями и прогрессом на пути к социальной защите и финансированию системы здравоохранения

Нигяр Байрамова
Азербайджан

Максут Кульжанов
Казахстан

Клара Оскомбаева
Кыргызстан

R4H SOCIAL HEALTH PROTECTION NETWORK

World Health Organization
International Labour Organization

Вопросы от ответы спикеров из вебинара №1 в СНГ

Реформы социальной защиты в области здравоохранения и финансирования здравоохранения в странах СНГ с участием спикеров из стран: Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан

Вопрос 1 (Джозеф Кутцин), вопрос для всех спикеров:

В 2010 г. мы обобщили основные уроки реформ финансирования здравоохранения за первые 20 лет после распада СССР. Отчет можно бесплатно загрузить на английском и русском языках здесь: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2010/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition-2010>

*Произошли ли критические изменения в направлениях реформ с тех времени (с 2010 года, со времен бюджетного финансирования)? Например, начаты ли **активные, стратегические закупки** национальным фондом медицинского страхования, даже там, где, как в Кыргызстане и Молдове, он финансируется в основном за счет общих налоговых поступлений?*

*Итак, каковы **основные изменения за последние 10 лет** в расширении возможностей более **эффективно приобретать услуги** агентствами медицинского страхования? Адекватно ли используются достижения в области информационных технологий?*

ОТВЕТ спикера из Азербайджана, **Нигяр Байрамова**, Заместитель Председателя Правления Государственного Агентства Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики:

Мы только начали внедрять стратегические закупки, сейчас мы собираем аналитические данные чтобы провести оценку потребностей системы и будем внедрять стратегические закупки.

Достижения в области ИТ – было сделано очень много, в период пандемии в особенности, когда весь мир перешел на онлайн режим, большинство услуг было оцифровано. Сейчас все данные пациентов находятся в электронном формате. Мы не пользуемся бумажной документацией. Все услуги здравоохранения, которые оказываются посредством ОМС, они оказываются электронно. Также экспертиза медицинских организаций тоже проходит онлайн в виде электронных реестров – то есть в конце каждого месяца наши эксперты-медики (Фонда страхования) проверяют все электронно.

ОТВЕТ из Казахстана – **Гульжан Шайхыбекова**, Директор департамента координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения РК:

В Казахстане произошел 1) уход от принципа освоения бюджета любой ценой по бюджетным процедурам; 2) начато использование показателей результативности при размещении объемов услуг среди поставщиков медицинских услуг; 3) внедрена автоматизация закупа и размещения услуг на 70%, автоматизация мониторинга качества медицинских услуг на 50%, автоматизация оплаты на 90%.

Первый пункт (уход от освоения бюджета) как раз у нас решен в части казначейских процедур. Есть проблемы по администрированию двух пакетов услуг из двух источников (пакет гарантированной бесплатной медицинской помощи и пакет страховых услуг для застрахованных).

Кроме того, в настоящее время рассматривается вопрос децентрализации бюджета Фонда социального медицинского страхования.

ОТВЕТ спикера из Кыргызстана, **Клара Оскомбаева**, Первый Заместитель Председателя Фонда Обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики:

То, что мы десять лет назад закладывали – договорные отношения строили с организациями и точно определяли точный объем услуг, который будем у них закупать.

Мы на том уровне пока и остались. В последние два года мы интенсивно занимаемся совершенствованием ИТ систем, после этого нам это позволит лучше подготовиться.

Дополнительно (ответ выслан письменно после вебинара): за последние 10 лет базовый пакет медицинских услуг на амбулаторном уровне в рамках Программы госгарантий для всего приписанного населения с целью ВОУЗ расширился по приоритетным для страны заболеваниям, так были включены: определение холестерина крови, гликированного гемоглобина в крови для больных СД, анализ мочи на бактериурию (женщинам в первом триместре беременности). Дополнен перечень льготных лекарственных средств на амбулаторном уровне: Метформин для больных СД, гипотензивный препарат Бисопролол для всех пациентов с ГБ независимо от статуса застрахованности.

Вопрос 2 (Джозеф Кутцин), вопрос для Азербайджана:

*Финансирование страхования из государственного бюджета, как это описано в Азербайджане, полностью соответствует глобальным тенденциям в плане отделения гарантированного права от статуса занятости (если мы считаем, что «гарантированное право» на страховое покрытие проистекает из того, что человек является человеком, а не из того, что он является работником как таковым). Похоже, что трансферты (например, для туберкулезной службы) являются средством уменьшения фрагментации, возникающей из-за **вертикальных программ**.*

*Сталкивались ли вы с **сопротивлением** со стороны этих программ (например, служба по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и т. д.) в связи с решением **направить часть своих бюджетов в Фонд** вместо того, чтобы финансировать их услуги (и объекты) отдельно?*

ОТВЕТ спикера из Азербайджана **Нигяр Байрамова**, Заместитель Председателя Правления Государственного Агентства Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики:

Мы сталкивались с некоторым сопротивлением от Министерства Финансов, которые хотели нас финансировать только за счет страховых взносов за каждого гражданина. Пока что, в первые годы внедрения мы оставляем программы с отдельным бюджетом (вертикальные программы) – для нас это отдельные финансы, то есть дополнительное финансирование. Иначе если мы включим эти программы в наш страховой пакет, нужно будет менять законодательство, повышать страховой взнос, который платит

государство – это все не гарантировано, поэтому пока для Фонда страхования пока выгодно иметь отдельные бюджетные ассигнования в этом направлении.

Вопрос 3 (Жанар Бозжигит), вопрос для Азербайджана:

*Включает ли медицинская страховка **бесплатные лекарства** в вашей стране?*

ОТВЕТ спикера из Азербайджана, **Нигяр Байрамова**, Заместитель Председателя Правления Государственного Агентства Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики:

Бесплатное страхование (с обеспечением лекарств) у нас пока обеспечивается только на стационарном уровне в больницах. На амбулаторном уровне то есть на основании выписывания рецепта пока что медицинская страховка не предоставляет такую услугу. Но мы представили Правительству новый пакет услуг, в котором для начала мы включили некоторые лекарства, которые будут обеспечиваться на амбулаторном уровне бесплатно. Как будет подтверждён этот пакет услуг, они будут оказываться и бесплатные лекарства будут предоставляться через обязательное медицинское страхование.

Вопрос 4 (Анар Токтабаянова), вопрос для Азербайджана:

Что означает объединение мелких организаций здравоохранения с более крупными?

ОТВЕТ спикера из Азербайджана, **Нигяр Байрамова**, Заместитель Председателя Правления Государственного Агентства Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики:

Например, у нас страна поделена на районы, и были некоторые районы, в которых была центральная районная больница и диагностический центр в одном районе. Мы их объединили, чтобы было легче управлять – как для того, чтобы их было легче финансировать, так и для того, чтобы поток населения проходит именно через районную больницу. Иначе была фрагментация, каждый врач диагностического центра имел своего пациента. Объединение мелких организаций произошло, чтобы, как я уже сказала, поток граждан направлялся в одну больницу и оттуда при необходимости направлялся далее, а также для облегчения вопросов управления – одна работа по бухгалтерии, кадровой работе и другим разделам.

Вопрос 5 (Ariuntuya T), вопрос для Азербайджана:

Как дополнительные доходы, взимаемые с продажи табака/алкоголя/газа, распределяются внутри системы здравоохранения в Азербайджане?

ОТВЕТ спикера из Азербайджана, **Нигяр Байрамова**, Заместитель Председателя Правления Государственного Агентства Обязательного Медицинского Страхования Азербайджанской Республики:

Кроме взносов за обязательное медицинское страхование существуют дополнительные источники формирования средств обязательного медицинского страхования. Это дополнительные доходы, взимаемые с продажи табачных изделий, алкогольных и энергетических напитков, бензина, дизельного топлива и сжиженного газа. Данные средства всецело направляются на расходы обязательного медицинского страхования. Целенаправленных распределений указанных средств внутри системы здравоохранения не имеется.

Вопрос 6 (Джозеф Кутцин), вопрос для Казахстана:

Казахстан был одной из первых стран СНГ, которая ввела обязательное медицинское страхование еще в 1996 году. Но оно было отменено после 1998 года, и одной из причин этого было то, что разные источники финансирования не были согласованы. Хотя доходы, полученные от взносов работодателей и работников, увеличили доходы на здравоохранение примерно на 0,5% ВВП, правительства областей сократили прежнее финансирование здравоохранения примерно на 1,5% ВВП, что привело к сокращению государственных расходов на здравоохранение примерно на 1% ВВП.

Что касается этой второй волны реформы медицинского страхования, как Казахстан координирует эти различные источники доходов, чтобы у вас не возникла та же проблема?

ОТВЕТ: **Болат Токежанов**, Экс-Председатель Правления НАО «Фонд социального медицинского страхования»:

В 1996 году – в тот период была полная децентрализация бюджетных ресурсов в системе бюджетирования Казахстана. В тот период здравоохранение практически управлялось на районном уровне. Соответственно, каждый аким района

(администрация района) перечислял средства из районного бюджета в Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС).

И начиная с 2005 года, как уже отметил в своем выступлении Максут Каримович Кульжанов, произошла централизация на областном уровне.

А начиная с 2017 года у нас произошла полная централизация бюджетных средств на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи на уровне Министерства здравоохранения.

С учетом концепции медицинского страхования, было предусмотрено, что на неработающее население – для льготных категорий, это порядка свыше 11,5 миллионов человек (из 19 миллионов населения в стране), куда вошли дети, пенсионеры, беременные и другие категории, согласно Закона о медицинском страховании, за них взносы вносит Министерство финансов централизованно. Соответственно, эти средства поступают трансфертом из Министерства финансов на счета Министерства здравоохранения, далее Министерство здравоохранения эти средства направляет уже в Фонд социального медицинского страхования. Тем самым, исходя из численности населения, сам Фонд распределяет эти ресурсы.

Вопрос 7 (Шерзодбек Инаков), вопрос для Казахстана:

*Имеются ли проблемы с **листами ожидания** пациентов для получения мед.услуг в рамках ОМС в Казахстане? Как страна справляется с листами ожидания?*

ОТВЕТ: Гульжан Шайхыбекова, Директор департамента координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения РК:

Да, у нас были очень большие проблемы, и эти проблемы на сегодня сохраняются с листами ожидания. Но какие меры мы приняли, чтобы сократить ожидание пациентов для получения услуг?

Во-первых, при мониторинге и экспертизе качества медицинских услуг, мы предусмотрели такой дефект, как ожидание оказания консультативно-диагностической помощи более 10 дней. Таким образом мы установили стандарт для организаций амбулаторного уровня, чтобы он обеспечили в десяти-дневный срок получение этих услуг.

Какими механизмами пользовались в Казахстане? Мы увеличили количество соисполнителей (субподрядные организации); расширили круг поставщиков, в том числе за счет частного сектора. Если в 2017 году поставщиков из частного сектора было 17%, то сегодня ровно половина поставщиков являются частными субъектами. Мы подключили их. Кроме того, расширили участие стационаров в оказании амбулаторных услуг. Им тоже было установлено требования участвовать в качестве соисполнителя (субподрядчика) – я сейчас говорю об амбулаторном уровне. Также большая программа идет в регионах для материально-технического обеспечения – в основном это для дорогостоящих услуг – МРТ, КТ и генетические исследования. Значительно выросла материально-техническая оснащенность, тем не менее остается эта проблема. На сегодня несколько регионов остаются в зоне высокого листа ожидания для потребителей – пока этот вопрос актуальный.

Касательно стационарных услуг – там тоже у нас высокие сроки ожидания: более 30 дней ожидает порядка 38% пациентов, госпитализируемых на плановой основе. Что мы делаем? Мы расширяем по наиболее востребованным профилям объемы медицинских услуг.

Вопрос 8 (Джозеф Кутцин), вопрос для Кыргызстана:

Очень приятно видеть и слышать Клару! Кыргызстан добился очень многого благодаря реформе системы единого плательщика (**Single Payer reform**), которая показала, как сделать различные источники финансирования явно взаимодополняющими, полагаясь в основном на общие доходы, учитывая характер экономики, но предоставляя средства для оплаты результатов, а не затрат из этих доходов. Одним из сдерживающих факторов в прошлом было то, что правила управления государственным финансированием (**public financial management**) в стране оставались несколько жесткими с точки зрения формирования бюджетов на основе затрат, а также степени контроля на основе затрат над руководителями государственных медицинских учреждений. Стали ли правила УГФ и реформы финансирования здравоохранения более «взаимоподдерживающими» в последние годы? Это очень важный вопрос реформы финансирования здравоохранения для стран всего мира, поэтому было бы приятно услышать о прогрессе Кыргызстана в решении этого вопроса.

ОТВЕТ: **Клара Оскомбаева**, Первый Заместитель Председателя Фонда Обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики:

Создание системы Единого плательщика позволило аккумулировать средства республиканского бюджета и обязательного медицинского страхования в Фонде ОМС и создать единый канал финансирования поставщиков медицинских услуг. При этом финансирование поставщиков проводится на безстатейной основе. Поставщики медицинских услуг теперь самостоятельно распределяют свой бюджет по направлениям. Однако отчетность поставщиков медицинских услуг по использованию финансовых ресурсов предоставляется в разрезе направлений расходов.

Вопрос 9 (Джозеф Кутцин), вопрос для Кыргызстана:

*Большинство экономистов считают, что даже если взносы на заработную плату не взимаются с работников в явном виде, они все равно переходят на них в виде более низкого роста заработной платы. В Кыргызстане взнос на здоровье небольшой, но он является частью общих социальных взносов (например, пенсия, пособие по безработице и т. д.). Есть ли доказательства того, как это **могло или не могло повлиять на рост заработной платы?***

ОТВЕТ: **Клара Оскомбаева**, Первый Заместитель Председателя Фонда Обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики:

К сожалению, страховые взносы никак не повлияли на рост заработной платы, поскольку объем медицинских услуг и размер предоставляемых льгот не зависит от объёма страховых платежей.