

**ИЗУЧЕНИЕ ОПЫТА
РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ИССЫК - КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ,
КЫРГЫЗСТАН**

**1994-1997
Каракол, Кыргызстан**

Подготовлено
Джорджем Пурвисом III, MBA,

Принято Программой Здрав*Реформ*:
AID/ENI/HR/HR

Контракт ЮСАИД No. CCN-0004-C-00-4023-00
Руководимый Абт Ассоуисейтс Инк.
офисы в: Бетезде, Мариленд, США
Москве, Россия; Алматы, Казакстан; Киеве, Украина

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ	1
1. ВВЕДЕНИЕ И ЦЕЛИ	2
2.0 ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ: РЕФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	3
2.1 ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА	4
2.2 ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ ПО ИССЫК - КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. КАРАКОЛ	5
3.0 ОПИСАНИЕ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	6
3.1 КОНЦЕПЦИЯ И СТРАТЕГИЯ	6
3.1.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	7
3.1.2 НОВЫЕ ФИНАНСОВЫЕ СИСТЕМЫ	9
3.1.2.1 СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРОВ	9
3.1.2.2 СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛУГ	11
3.1.2.3. СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ГСВ	11
3.1.3 ФОНД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	13
3.1.4 АККУМУЛИРОВАНИЕ ФОНДОВ	14
3.1.5 ДРУГИЕ СУБКОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ	14
4.0 ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ	15
4.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ	15
4.1.1 ВВЕДЕНИЕ ГСВ	15
4.1.2 РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ	16
4.1.3 ОПЕРАТИВНЫЕ ВОПРОСЫ	17
4.2 ВНЕДРЕНИЕ РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	18
4.2.1 ПРОБЛЕМЫ ФОНДОДЕРЖАНИЯ	18

4.2.2 ФИНАНСИРОВАНИЕ СТАЦИОНАРОВ ЗА ПРОЛЕЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ	21
4.2.3 ТАРИФИКАТОР АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛУГ	27
4.2.4. ДРУГИЕ КОМПОНЕНТЫ И СУБКОМПОНЕНТЫ	31
4.3 ВНЕДРЕНИЕ ФОНДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	31
5.0 РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ	32
5.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ	32
5.1.1 РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	34
5.2 ДОСТИЖЕНИЯ РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	36
5.2.1 ФОНДОДЕРЖАТЕЛЬСТВО	36
5.2.2 СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ПО ПРОЛЕЧЕННЫМ СЛУЧАЯМ	37
5.2.3 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ТАРИФИКАТОР	38
5.3 РЕЗУЛЬТАТЫ ФОНДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	39
6.0 ДИСКУССИЯ	40
6.1 НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ	41
6.3 СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ	44
7. ССЫЛКИ	46
8. ПРИЛОЖЕНИЯ	47
ПРИЛОЖЕНИЕ А	47
ПРИЛОЖЕНИЕ Б: Клинические группы Иссык-Кульской области	50
ПРИЛОЖЕНИЕ В: Диагностические группы/веса	51
ПРИЛОЖЕНИЕ Г: КОНЦЕПЦИИ ПРОЕКТА СИСТЕМЫ СТАЦИОНАРОВ И СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	53
СХЕМА 1: СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЙ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ 1995-2000	56
СХЕМА 2: СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЯ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В КАРАКОЛЕ	57
СХЕМА 3. МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КАРАКОЛА	58

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ

В марте 1994 года Министерство Здравоохранения Кыргызстана запросило у Американского Агенства по Международному Развитию техническую помощь по проблеме введения в Иссык-Кульской области в качестве эксперимента медицинского страхования. Демонстрационная модель была спроектирована программой *ЗдравРеформа* в содружестве с местными партнерами. Законодательная основа для эксперимента была заложена уже в середине 1995 года. Проект реформ состоял из трех основных компонентов: (1) реструктуризация системы предоставления медицинской помощи; (2) введение новых систем оплаты, основанных на материальном стимулировании; и (3) создание Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС), в который из всех районов, городов и областей будут направляться фонды на здравоохранение и объединяться в Фонд Областного Отдела Здравоохранения (ООЗ).

Основной целью данного компонента реструктуризации было сокращение больничного сектора и перемещение ресурсов на усовершенствованную систему первичной медицинской помощи. К концу 1995 года 9.2% коечного фонда было ликвидировано. Компонент первичной медицинской помощи требовал расчленения отделений поликлиник на отдельные группы врачей семейной практики (ГВСП), которые в свою очередь включали педиатра, терапевта, гинеколога, нескольких патронажных медсестер и руководителя практики. ГВСП формировались как независимые организации с собственной финансовой и клинической информационными системами, контролируемые руководителем практики. Впервые пациентам предоставили право свободного выбора врача первичной медицинской помощи. К началу 1996 года ООЗ принял решение о распространении модели ГВСП еще на три района в придачу к базовому району и предоставил полное финансирование 80 ГВСП. В середине 1996 года в Караколе, а позднее и в остальных частях области была проведена рекламно-приписная кампания, целью которой было просветить население на предмет ГВСП и убедить его приписаться к какой-либо семейной практике по своему выбору. Для переподготовки терапевтов во врачей семейной практики был организован Показательный Учебно-Методический Центр.

Реформы систем оплаты для больниц включали разработку системы оплаты на основе нозологической классификации, для поликлиник-тарифов на платные услуги, а для ГВСП - подушной системы финансирования. Система классификации пациентов для производства оплаты по нозологическому признаку включает 55 клиничко-статистических групп, составленных по тому же принципу, что и отделения лечебных учреждений,

с учетом, а иногда и без учета отделения реанимации. Какой бы способ оплаты не применялся, сумма бюджета должна оставаться неизменной, и достигается это путем использования системы относительного взвешивания для каждой отдельной группы с учетом ожидаемого бюджета на последующий год. В большинстве базовых учреждений для программного обеспечения новых систем оплаты была разработана простая система бухгалтерского учета. В ООЗ/ФОМС для ввода данных и оплаты счетов больниц была разработана и система обработки клинической информации.

Для того, чтобы сформировать и разработать тарифы на платные услуги по амбулаторно-поликлиническому и лабораторно-аналитическому специальному профилю, была создана специальная комиссия, состоящая из местных специалистов. Список включает 225 разновидностей поликлинических приемов / посещений врача и различных процедур. При разработке механизма частичного фондодержательства для ГВСП проявились отдельные сложности; тем не менее были успешно исполнены основные расчеты подушной ставки и предприняты шаги к их первоначальной реализации на практике.

1. ВВЕДЕНИЕ И ЦЕЛИ

Это исследование по изучению реформ финансирования в здравоохранении, проводимые в настоящее время в Иссык-Кульской Кыргызстана. Материал для данного проекта был впервые разработан и внедрен в Кыргызстане, хотя многие из методов уже использовались программой *ЗдравРеформ* в других странах СНГ. Предполагается, что этот отчет станет информативной справкой для персонала Министерства Здравоохранения и других руководителей здравоохранения и политических лидеров по реформе финансирования здравоохранения. Исследование ставило следующие цели:

- **Документально подтвердить опыт политиков и руководителей здравоохранения по внедрению реформ финансирования различных ЛПУ и всей системы оказания медицинской помощи;**
- **Представить понимание принципов, концепций и методов проведения финансовой реформы ответственным лицам, которые должны стремиться к поддержанию качества оказания медицинских услуг и одновременному снижению затрат по их оказанию;**
- **Поделиться с коллегами опытом и знаниями, полученными от руководителей здравоохранения Кыргызстана и других стран СНГ относительно возможностей и сдерживающих факторов реформы финансирования системы здравоохранения на уровне районов и участков;**
- **Обеспечить руководителей здравоохранения стран СНГ практическим руководством по разработке и совершенствованию реформы финансирования системы здравоохранения, взяв за основу ограниченность ресурсов в период больших экономических и политических изменений.**

Данный отчет не претендует на истину в последней инстанции относительно реформы финансирования здравоохранения в Кыргызстане, а скорее является попыткой осознания принципов, концепций, методов, ограничений и возможностей, существующих при практическом проведении реформы здравоохранения.

Исследование делится опытом других руководителей здравоохранения стран СНГ и подытоживает успехи и накопленный опыт для развития и внедрении реформы финансирования систем здравоохранения. Мы надеемся, что это исследование будет полезным для руководителей всех уровней в их деятельности по проведению реформы здравоохранения.

В рамках по ходу текста даны инструкции и советы, практическая информация. Здесь приводятся новые понятия, с которыми читатель может быть незнаком, а также готовит его к информации следующего раздела.

2.0 ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ: РЕФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Система здравоохранения Кыргызстана переживает переход от старой советской модели, основанной на централизованном планировании с жесткой командно-административной структурой, к более децентрализованной модели на уровне областей и районов, и большей автономией на местах. Некоторые области проводят эксперимент по формированию бюджета, исходя из подушевого норматива и большей автономии в принятии решений, что дает местному руководству больше свободы при распределении и использовании фондов. Пока все эти эксперименты находятся на стадии разработки, предполагается, что эта работа приведет к большим изменениям в управлении и деятельности системы оказания медицинской помощи. Вот некоторые из предполагаемых изменений:

- **улучшение оказания первичной медико-санитарной помощи населению;**
- **снижение направлений к узким специалистам;**
- **снижение частоты госпитализации и объема вспомогательных услуг;**
- **снижение средней продолжительности нахождения в стационаре;**
- **повышение удовлетворенности медицинскими услугами;**
- **повышение затратоэффективности всей системы здравоохранения;**

Данные изменения в конечном итоге окажут огромное воздействие на каждый сегмент системы здравоохранения. В то же время, вследствие серьезных экономических перемен в Кыргызстане, происходит сокращение всей системы здравоохранения. Здесь не хватает оборудования, медицинского инструментария, медикаментов, лабораторных реактивов, рентгеновской пленки и как результат этого, снижение качества и эффективности медицинских услуг, а также снижение уровня использования поликлиник, стационаров и коечных фондов.

В то время как происходят все эти перемены, подчас драматические и даже катастрофические, они дают шанс руководителям и учреждениям, отвечающим за здоровье населения Кыргызстана. Основной целью этого исследования является обеспечить управляющих здравоохранением информацией о новых методах финансирования медицинских услуг и происходящими в связи с этим изменениями в системе оказания медицинской помощи, которая используется в Кыргызстане и других странах СНГ, а также с целью обмена опытом по этим вопросам.

В то время как в центре внимания данного исследования находится реформа финансирования, необходимо описать и документально зафиксировать реформы системы здравоохранения в целом, так как все происходящие изменения взаимосвязаны. Таким образом, в данной работе всесторонне обсуждается реформа здравоохранения в Иссык-Кульской области.

ПРИМЕЧАНИЕ: Начиная со следующего раздела, обсуждаются соответствующие вопросы экономики, демографии, здравоохранения, с которыми в настоящее время сталкивается Кыргызстаном и Иссык-Кульская область и которые оказывают влияние на попытки реформирования методов финансирования и оказания медицинской помощи.

2.1 ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

В 1991 Кыргызстан стал независимым государством, вступая в переходный, к рыночной экономике, период. Развал централизованной плановой экономики СССР привел к драматическому спаду в экономике. В период с 1990 по 1994 гг. внутренний валовый продукт (ВВП) снизился почти на 50%. Спад экономики привел к финансовому кризису в секторе здравоохранения. Так как здравоохранение было полностью зависимым от государственного финансирования, а государство имело все меньше и меньше ресурсов, это привело к резкому снижению ресурсов, выделяемых на сектор здравоохранения. Процент ВВП на здравоохранение снизился примерно с 6% до 2-3%, а реальные затраты на здравоохранение снизились на 40%.

Структурные проблемы Кыргызской системы здравоохранения схожи с проблемами многих других стран СНГ. Существует непомерно развитый госпитальный сектор с огромным количеством стационаров и коек. Сектор потребляет 70% всех ресурсов здравоохранения, оставляя лишь незначительную часть фондов на финансирование первичной медико-санитарной помощи. Структурно, больничный сектор характеризуется наличием большого количества специализированных стационаров с отдельными больницами для взрослых, детей, женщин, больных, страдающих туберкулезом, психиатрическими, онкологическими, дерматовенерологическими заболеваниями. Лечение в стационарах осуществляется неэффективно с длительным пребыванием на больничной койке, в среднем, около двух недель, с высокой частотой госпитализации. Так как стационары финансируются по количеству коек и частоте их использования коек, у них есть стимул для повышения уровня госпитализации и срока пребывания пациентов в стационаре.

Сектора первичной помощи вносит свой вклад в неэффективность всей системы посредством высокой частоты направлений пациентов в стационары. Уровень госпитализации составляет примерно 20-25 на 100, что намного выше (в 2-4 раза) чем в развитых странах. Неэффективность сектора первичной

помощи только отчасти является результатом недостаточного финансирования. Так как до тех пор пока поликлиники финансируются по количеству посещений, нет стимулов для диагностики и лечения пациентов на уровне первичного звена; и как следствие, большая часть пациентов направляется в поликлиники и стационары. Даже если бы врачи хотели диагностировать и лечить больше пациентов на уровне первичного звена, их возможности ограничены нехваткой оборудования, недостаточной подготовкой и клиническими инструкциями, поощряющими направления.

В итоге, эта система чрезмерно бюрократична и не отвечает нуждам пациентов. Пациенты не имеют права выбора врача в поликлинике или стационаре. Одним из результатов стало то, что пациенты, не имея свободного выбора врача, оказались в стороне от процесса оказания им медицинской помощи. Кроме того, финансирование не обеспечивало стимулов для установления разумных взаимоотношений врач-пациент, а также повышения качества медицинских услуг.

В марте 1994 года Министерство Здравоохранения Кыргызстана обратилось в Американское Агентство по Международному Развитию с просьбой помочь в проведении демонстрационного проекта по медицинскому страхованию в Иссык-Кульской области. Показательный проект по реформированию здравоохранения Иссык-Кульской области явился результатом совместных усилий Правительства Кыргызстана и Программы ЗдравРеформ. Для проведения демонстрационного проекта в июне 1994 Программа ЗдравРеформ и Министерство Здравоохранения Кыргызстана направили в Иссык-Кульскую область рабочую группу. Проект включает реорганизацию системы оказания медицинской помощи, введение новых методов финансирования и создание новых источников финансирования, которые смогут реализовать новые методы финансирования.

2.2 ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ ПО ИССЫК - КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. КАРАКОЛ

Иссык-Кульская область находится на северо-востоке Кыргызстана, вокруг знаменитого озера Иссык-Куль. Площадь области составляет примерно 43.5 тыс. кв. км. В область входит пять сельских районов (Аксуйский, Джетыюгузский, Тюпский, Тонский и Иссык-Кульский), два небольших города и областной центр - г. Караколь. Население области составляет примерно 447,000 человек (1996). В области находятся следующие ЛПУ:

- 28 стационаров и поликлиник
- 4 диспансера
- 3 санатория
- 110 ГСВ
- 8 стоматологических поликлиник
- 8 СЭС

Караколь - это центр Иссык-Кульской области, расположенный на берегу одноименного озера. В нем располагаются 10 крупных медицинских учреждения, включая областную больницу, городские больницу и поликлинику, детскую больницу и поликлинику, роддом и поликлинику, а также онкологический, туберкулезный, дерматовенерологический и психиатрический диспансеры.

ПРИМЕЧАНИЕ: Приложения Г и Рисунок 4 дают информацию о типах и расположении ЛПУ в г. Караколе.

Смертности в Иссык - Кульской области (1991-1994) имеет следующую структуру:

- 20% Травмы и отравления
- 21% Сердечно - сосудистые заболевания
- 14% Неврологические и психиатрические заболевания
- 15% Инфекционные заболевания
- 4% Материнская и младенческая смертность
- 7% Рак
- 11% Хронические заболевания
- 8% Врожденные аномалии

Бюджет здравоохранения области в 1996 году составлял примерно 47 млн. сомов (US\$ 2.4 млн. @ 17 сомов/1\$), что обеспечивало в области подушевой норматив равный примерно 81 сом на 447,000 населения. Около 36 млн. сомов должно было быть направлено в Фонд ОМС. Для финансирования стационаров бюджет предусматривал 27.6 млн. сомов, примерно 8.5 млн. сомов было предусмотрено на финансирование поликлиник и групп семейных врачей.

ПРИМЕЧАНИЕ: Как обсуждается в следующем разделе, новые системы финансирования должны были быть объединены с основными изменениями в системе первичной помощи, включая организацию Групп Семейных Врачей (ГСВ) и Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС).

3.0 ОПИСАНИЕ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 КОНЦЕПЦИЯ И СТРАТЕГИЯ

Одной из целей демонстрационного проекта было одновременное решение проблем недостаточного финансирования и неэффективности сектора здравоохранения. Это осуществлялось посредством разработки определенных стратегий, направленных на эффективное использование бюджетных ресурсов и, вопросы неэффективности Областного Департамента Здравоохранения

(ОДЗ), путем разработки программ, оказывающих влияние на основные области системы здравоохранения. Существуют три основных компонента проекта реформы:

- 1) реорганизация системы оказания медицинской помощи;
- 2) введение новой системы финансирования, основанной на стимулах;
- 3) создание фонда медицинского страхования.

Каждый из этих компонентов детально обсуждается в следующих разделах. Компоненты являются самостоятельными элементами реформы, хотя результаты и опыт приходят от взаимодействия этих трех компонентов. Для того, чтобы понять проблемы реформы здравоохранения, необходимо также понять подкомпоненты и изменения, происходящие в системе оказания медицинской помощи. Далее обсуждаются подкомпоненты, связанные с изменениями в трех основных компонентах.

ПРИМЕЧАНИЕ: В следующем разделе обсуждаются основные концепции и принципы по каждому из основных компонентов реформы системы здравоохранения. В разделах 4, 5, 6 обсуждаются вопросы внедрения, проблемы, сдерживающие факторы, а также успехи, неудачи, результаты, выводы и опыт, накопленный при проведении реформы финансирования.

3.1.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основной целью проекта реформы здравоохранения было сокращение госпитального сектора и перераспределение ограниченных ресурсов на совершенствование системы оказания первичной медико - санитарной помощи. Структура новой системы первичной помощи предусматривает создание новой структуры первичной помощи, которая будет более затратноэффективной и снизит необходимость в дорогостоящей госпитализации.

Переход к более эффективной первичной помощи требует реорганизации существующей системы поликлиник, которая делится на детские, взрослые и гинекологические. В поликлиниках работают участковые врачи (терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи) и узкие специалисты. Так как дети, взрослые и женщины получают услуги первичной помощи в разных учреждениях, врачи не имеют условий для оказания услуг первичной помощи всей семье. Новая система первичной помощи основывается на организации Групп Семейных Врачей (ГСВ) состоящих из педиатра, терапевта, гинеколога, нескольких медсестер и менеджера. Реорганизация требует отказа от участкового принципа работы врачей и возможности организации в новые ГСВ.

ПРИМЕЧАНИЕ: Те читатели, что не знакомы с различными уровнями системы оказания медицинской помощи, могут обращаться к их описанию в Приложение Г/Рисунок 1.

ГСВ будут центральным звеном для перехода к системе оказания первичной помощи на основе семейных амбулаторий. Три типа семейных врачей получают интенсивную подготовку от специалистов из области, института усовершенствования врачей и иностранных специалистов по семейной медицине и первичной помощи. ГСВ будут обеспечиваться базовым оборудованием, что позволит им повысить клинические возможности для эффективной диагностики и лечения пациентов эффективно на уровне первичного звена.

Новая система ГСВ будет распространяться по всей области так, чтобы подразделения первичной помощи не концентрировались в поликлиниках, а располагались повсеместно в городских и сельских районах. Поликлиники станут центрами диагностики и специализированными клиниками. ГСВ будут работать как независимые подразделения, способствуя децентрализации сектора здравоохранения. Для выполнения этой задачи были отобраны врачи и создана Ассоциация ГСВ, представляющая интересы ГСВ и занимающаяся подготовкой семейных врачей. Для ГСВ были разработаны финансовые и клинические информационные системы. Для управления этими системами были приняты на работу менеджеры, которые совместно с врачами ГСВ принимают решения по распределению ресурсов и пакету услуг, оказываемых ГСВ.

При старой системе здравоохранения пациенты были прикреплены к участковым врачам поликлиник. Сейчас пациенты имеют возможность выбрать своего врача и ГСВ. Для подготовки населения к новой системе и выбору семейного врача и ГСВ, а также с целью поддержки интенсивной маркетинговой и приписной кампании и ведения емких оперативных мероприятий по приписке, в Иссык - Кульской области около 350,000 (80%) населения были приписаны к 81 ГСВ.

Всеобъемлющая реформа сектора первичной медицинской помощи создала новую структуру оказания услуг для начала процесса сдвига помощи от госпитального сектора к более затратоэффективному уровню, первичной медико - санитарной помощи. ГСВ будет в состоянии повысить свои клинико-диагностические и лечебные возможности, что приведет к потенциальному снижению направлений в поликлиники и частоты госпитализации.

Реформа госпитального сектора здравоохранения требовала двухэтапной стратегии:

1) Первый этап - сокращение излишних мощностей посредством введения плана рационализации существующих ЛПУ. Это означает, что отдельные учреждения, такие как некоторые из городских больниц, диспансеров и

поликлиник будут закрываться, а другие больницы будут расширяться и совершенствоваться. Сэкономленные от закрытия ЛПУ средства могут использоваться на финансирование оставшихся стационаров и совершенствование оказания услуг первичной медицинской помощи.

2) Вторым большим этапом реформы является введение новой системы финансирования, которая поощряла бы ГСВ, поликлиники и стационары за более высокую эффективность оказания медицинских услуг.

3.1.2 НОВЫЕ ФИНАНСОВЫЕ СИСТЕМЫ

Для того чтобы получить положительные результаты от реорганизации системы оказания медицинской помощи, необходимо ввести новые методы финансирования ГСВ, поликлиник и стационаров. Перемены касаются следующие три области:

- 1. Разработка системы финансирования стационаров за пролеченный случай;**
- 2. Разработка тарификатора амбулаторно-поликлинических услуг;**
- 3. Разработка системы подушевого финансирования ГСВ.**

Поскольку эти три новых метода финансирования взаимосвязаны, мы обсудим отдельно каждый из них.

ПРИМЕЧАНИЕ: Приложение Д в разделе приложений представляет диаграмму, демонстрирующую взаимосвязь между различными организациями, ФОМС и ОДЗ.

3.1.2.1 СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРОВ

Существующая система постатейного бюджетного финансирования не способствует стимулированию эффективной работы. Стационары финансируются, исходя из количества коек, их занятости койки или койко - дней, а также исторически сложившихся затрат по различным статьям. Если они сократят койки, их загруженность, койко - дни, то как результат, бюджет стационаров сократится. Идеей новой системы финансирования стационара является оплата фиксированной суммой за каждый прием, каждый отдельный клинический случай. Такой тип известен как система финансирования за пролеченный случай.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Система финансирования за пролеченный случай определяется как метод оплаты, по которому финансирование стационаров основывается на системе классификации различных типов заболеваний. Все клинические диагнозы и клинические отделения

объединяются в отдельные группы по сходным типам госпитализаций после чего, больницы финансируются по средней стоимости пролеченного заболевания.

Что касается стационарной помощи, по новой системе, стационары будут финансироваться за пролеченный случай. При финансировании за пролеченный случай будет определяться фиксированная сумма по каждой клинической категории, основанная на средних затратах. В идеале, в условиях развивающейся конкуренции ГСВ будут иметь право направлять своих пациентов в любую больницу.

По новой системе у больниц будет стимул для снижения продолжительности нахождения в стационаре и более эффективного распределения ресурсов. Обеспечивая одно финансирование за пролеченный случай, стационары освободятся от ограничений системы постатейного бюджетного финансирования, одновременно повышая необходимость самостоятельности в управлении и принятии решений относительно набора оказываемых услуг. Кроме того, ГСВ получат право направлять своих пациентов в любой стационар, и тем самым, подобрать лучшее качество и цены предоставляемых услуг. Это потенциально повысит конкуренцию между стационарами, которые попытаются привлечь больше пациентов, направляемых из ГСВ, посредством совершенствования качества и цен на оказываемые услуги. Один из наиболее существенных недостатков системы финансирования за пролеченный случай - это то, что она дает больницам стимул для привлечения и лечения как можно большего числа клинических случаев, даже если они не подлежат госпитализации. Для эффективного преодоления этого недостатка должны быть разработаны дополнительные механизмы, например, финансовые взыскания за неадекватную госпитализацию.

При новой системе финансирования стационаров, к руководителям больниц будут предъявляться требования по ведению работы стационара больше как бизнеса с акцентом на доходы и затрат, а не только распределение бюджета. Они должны будут соотносить оперативные затраты стационаров с доходом, полученным от различных типов и сложности заболеваний. Если какие-то клинические отделения убыточны, то руководителям необходимо принимать решения по повышению их эффективности.

Новая система финансирования стационара будет направлена на преодоление неэффективности в работе госпитального сектора. Это создаст сильный стимул к снижению продолжительности нахождения в стационаре и позволит больницам повысить эффективность использования ресурсов, посредством лучшего соотношения затрат к доходам. Конкуренция между больницами за качество и стоимость оказываемых услуг станет более важным для ГСВ, которые будут направлять туда своих пациентов.

3.1.2.2 СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛУГ

В отношении амбулаторно-поликлинической помощи, по новой системе финансирования, они будут оплачиваться по тарификатору амбулаторно-поликлинических услуг.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Тарификатор определяется как свод цен, полученных при разработке шкалы относительной стоимости, основанной на использовании ресурсов и приведенной к статьям исторических затрат (включая оперативные и капитальные). Цены относятся, в основном, к платным услугам или стоимости отдельных услуг (консультация, лаборатория, рентген, физиотерапия и т.д.). Например, на оказание услуги, имеющей условную стоимость 2,0 используется ресурсов в два раза больше, чем на оказание услуги со стоимостью 1,0.

Относительная стоимость конвертируется в цены, исходя из количества ресурсов, распределенных на амбулаторно-поликлиническую помощь. ГСВ получают свободный выбор специалистов и лабораторий. Например, ГСВ смогут направлять своих пациентов в больницу или поликлинику на гастроскопию. Если им нужна консультация кардиолога, то они смогут направить пациента к любому кардиологу, включая кардиологов стационара.

3.1.2.3. СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ГСВ

Новая система финансирования ГСВ предполагает снижение необходимости в госпитализации и перераспределение ресурсов в сектор первичной помощи. Вместо старого постатейного финансирования, каждая ГСВ будет получать финансирование по подушевому нормативу.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Подушевое финансирование определяется как установленная фиксированная сумма за период времени (обычно месяц или год) на покрытие расходов по оказанию всех медицинских услуг для каждого члена семьи, приписанного к семейной амбулатории в данный период времени. Существует много методов подушевого финансирования, включая частичное и полное подушевое финансирование.

Основное изменение при этом типе системы финансирования - это разбивка существующей структуры участков, при которой население прикреплено к определенным врачам или поликлиникам. Количество пациентов приписанных к ГСВ определяется их свободным выбором при приведении открытой приписной компании в данной области, в рамках максимально позволенного количества для прикрепления к ГСВ.

Открытая приписная компания первоначально будет проводится каждые шесть месяцев, а после того, когда система стабилизируется, ежегодно. По концепции “фондодержания учреждений первичной медицинской помощи” ГСВ будут получать финансирование по подушевому нормативу (имеющиеся в наличии средства поделенные на общую численность населения) для приписанного им население и, из этих денег они будут оказывать услуги первичной медицинской помощи и оплачивать амбулаторно-поликлинические и стационарные услуги.

Иссык-Кульская демонстрационный проект в настоящее время занимается определением подушевых нормативов. Один из аспектов процесса является сбор базы данных по больницам, поликлиническим специальностям, диагностическим тестам и клиническим информационным системам ГСВ. Эти данные помогут в разработке адекватных корректировок (на пол и возраст) к подушевым нормативам.

В то время как долговременной целью является переход на систему полного подушевого финансирования (риск по оказанию всей медицинской помощи концентрируется в ГСВ) это возможно произойдет через какой-то период времени. Частичное же фондодержание, при котором выделяется подушевое финансирование ГСВ на покрытие затрат по эффективной диагностике и лечению пациентов, является более реальной возможностью. Здесь необходимо отметить очень важный организационный вопрос. С одной стороны, частичное фондодержание дает большой стимул для поддержания и даже повышения уже высокого уровня госпитализации, поскольку оно не делает ГСВ ответственными за стационарные расходы. С другой стороны, ГСВ - это новые подразделения, не имеющие опыта в ведении бизнеса и предупреждении риска полного подушевого финансирования. В Иссык - Кульской области стратегией предусмотрено, чтобы результаты реорганизации, развитие инфраструктуры (финансовой, управленческой и клинической информации и компьютерных систем) и разработка финансовой системы основывались на эмпирических данных и постоянно оказывали влияние на принятие решений, относительно полного или частичного фондодержания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Полное фондодержание первичной помощи - это процесс создания специального фонда на отдельных банковских счетах ГСВ, средства которого распределяются между ГСВ, исходя из численности прикрепленного населения, и используется для обеспечения первичной помощи, а также оплаты поликлинических и стационарных услуг.

Чем больше диагностических и лечебных услуг ГСВ могут предоставить, тем меньше им понадобится дополнительных услуг и средств из своего подушевого финансирования. Неиспользованные фонды могут быть пущены на развитие семейных амбулаторий. Система фондодержания даст ГСВ стимулы для оказывать лечение по большему спектру заболеваний, направляемых до не

давнего времени на лечение в стационар, и госпитализировать пациентов только в случае необходимости. Это сократит частоту госпитализации и приведет к увеличению фондов, находящихся в распоряжении сектора первичной помощи. Недостатком этой системы является то, что у ГСВ появятся стимулы не направлять пациентов в другие подразделения, даже когда это обоснованно клинически. Как и в случае с госпитализацией, должен быть разработан механизм оценки адекватности направлений.

3.1.3 ФОНД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Основной концепцией при организации фонда медицинского страхования, была необходимость создания нового финансового посредника и механизма финансирования для реализации реформ в системе финансирования здравоохранения. Введение новой системы финансирования требует создания организационной структуры для финансирования здравоохранения. Контроль за использованием средств перейдет от Министерства финансов в новую организацию при Министерстве здравоохранения, Фонд медицинского страхования. Эта организация будет отвечать за работу и контроль новой системы финансирования.

ПРИМЕЧАНИЕ: Организационная структура Фонда медицинского страхования показана в Приложение Д.

Новая финансовая система требует, чтобы все фонды здравоохранения аккумулировались у одного финансового посредника. Это означает, что фонды районов, городов и области объединяются в единый фонд медицинского страхования. Этот единый фонд делится на отдельные пулы для стационаров, поликлиник и учреждений первичной помощи. Общий фонд установит базовые ставки для системы финансирования стационаров, фактор конверсии тарификатора амбулаторно-поликлинических услуг и, подушевые нормативы для фондодержания учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Фонд медицинского страхования также нуждается в новой финансовой, клинической информации и системе подачи счетов. Данные по каждой госпитализации, как и все направления из учреждений первичной медико-санитарной помощи должны аккуратно вноситься в компьютерную базу данных. Для обработки информации по новой финансовой системе необходимо установить компьютерную сеть. Создание новой инфраструктуры представляет собой важнейший момент проведения реформ с переходом от бюджетного финансирования к методам основанным на выполненной работе, клинической информации и системе подачи счетов, что соответственно повышает необходимость данных. Компьютеризация желательна из-за огромного количества данных, хотя если необходимо, система может управляться и в ручную.

В заключении, Фонд медицинского страхования станет организацией, ответственной за внедрение медицинского страхования в области. Нужно отметить, что медицинское страхование в этом контексте, четко определено как увеличение и диверсификация источников финансирования здравоохранения. Фонд социального страхования, который уже собирает целевой налог с заработной платы на социальное страхование, будет собирать дополнительный налог с фонда заработной платы. и переводить собранные деньги в Кассу здоровья (ФОМС).

3.1.4 АККУМУЛИРОВАНИЕ ФОНДОВ

В бывшем Советском Союзе национальные, областные, городские и районные правительства финансировали и управляли лечебных учреждениями, находящиеся в их ведении. Для того, чтобы внедрить методов финансирования лечебных учреждений, основанные на стимулах, разрешить медучреждениям направлять пациентов в любые ЛПУ и предоставить населению право свободного выбора лечебного учреждения, все бюджетные средства из различных госуовней должны быть аккумулированы в единый фонд. После аккумулирования фондов, как только единый фонд будет покрывать расходы всех лечебных учреждений, обслуживающих население, могут быть введены новые методы финансирования ЛПУ.

Аккумуляирование фондов из разных административных источников также является важным вопросом для реорганизации сектора здравоохранения. По мере роста понимания, что в здравоохранении существуют излишние мощности в виде лечебных учреждений, коек и персонала, поэтому становится важным проведение реорганизации системы с тем, чтобы национальные, областные или городские ЛПУ не дублировали предоставляемые услуги. В целях построения стройной системы, в которой население может получать услуги любого ЛПУ, фонды всех административных источников должны быть аккумулированы.

В Иссык-Кульской области все средства, за исключением районных, аккумулярованы в единый фонд. Причиной этому как структурные и оперативные механизмы, так и серьезная нехватки средств на селе. В то время, когда запускается новая системы финансирования с аккумулярованием областных и городских фондов, Облздрав/ФОМС и Здрав*Реформ* работают над проблемой аккумулярования районных фондов.

3.1.5 ДРУГИЕ СУБКОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

Сущность реформы финансирования и продолжительность данного не дает возможности рассмотреть разнообразные субкомпонентов проекта. Тем не менее, необходимо упомянуть, что значительные время и ресурсы были потрачены на контроль качества, бухгалтерский и управленческий учет,

информационные системы, компьютеризацию, поставку оборудования, лекарственные средства, подготовку менеджеров ГСВ, маркетинговую и приписные компании, клиническое обучение, а также лицензирование и аккредитацию ЛПУ. Интересующая читателей информация по этим пунктам, может быть получена из других публикаций *ЗдравРеформ*.

4.0 ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ

Внедрение трех основных компонентов реформы здравоохранения началось в 1995 году и все еще продолжается. Предусмотрено, что многие из этих изменений займут 3-5 лет до полной реализации. При поддержке Всемирного Банка процесс внедрения проекта находится также на начальных стадиях и ведется в других областях Киргизстана.

ПРИМЕЧАНИЕ: В этом разделе представлено исследование, которое проясняет процесс внедрения реформ здравоохранения в Кыргызстане. Поскольку данное исследование фокусируется на реформах финансирования, большая часть дискуссии касается финансовых вопросах. Тем не менее, для того, чтобы понять влияние перемен, происходящих в системах финансирования и оказании медицинской помощи, мы также рассмотрели вопросы внедрения других компонентов процесса реформ.

4.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ

4.1.1 ВВЕДЕНИЕ ГСВ

Выбор создания Групп Семейных Врачей был произведен по ряду факторов. При существующих в Кыргызстане экономических условиях важно как можно быстрее и с меньшими затратами разработать более эффективную систему первичной медицинской помощи. Попытки переподготовки специалистов поликлиник в семейных врачей за короткий курс обучения в других странах Центральной Азии, предпринятые в начале 1990-х годов, были малоуспешными. Без реорганизации поликлиник просто не было организационной структуры для поддержки и развития семейных врачей. В целом, дешевле обеспечить помещения, основное клиническое оборудование, средства на оперативны расходы и, оказать поддержку небольшим группам, а не отдельным врачам.

Некоторые из особенностей модели Группы Семейных Врачей в том, что врачи имеют свободный выбор ГСВ и врачей, с которыми они хотели бы работать (этому способствуют регулярные конференции семейных практиков посредством Ассоциации Групп Семейных Врачей); овладение смежными специализациями; более высокий уровень клинической самостоятельности и административной независимости по сравнению с существующей

поликлинической структурой; постоянство в работе с пациентом и его семьей; деловой подход к разработке систем ведения бизнеса и введение менеджеров ГСВ.

Целью формирования ГСВ было желание вывести ГСВ из поликлинической системы и приблизить их ближе к пациентам. Теперь нет необходимости взрослым, детям и женщинам совершать большие перезды в лечебные учреждения, расположенные в разных районах для получения помощи, все услуги первичной медико - санитарной помощи находятся в одном месте и оказываются одним ЛПУ. Число ГСВ должно быть достаточным для того, чтобы у пациентов был свободный выбор. Возможность выбора ГСВ пациентом имеет первостепенное значение для создания тесной взаимосвязи между врачом и пациентом и, обеспечивает высокое качество первичной помощи.

Роль поликлиники изменится после оттока врачей первичной помощи в ГСВ. Поликлиника станет центром диагностики и узких специалистов, куда будут направляться пациенты. Существует необходимость высококачественных специализированных и параклинических услуг. Этим поликлиники, посредством развития эффективной тарифной системы платных услуг, будет необходимо со временем повысить и совершенствовать свои возможности.

После формирования групп семейных врачей, должно быть выбрано место их расположения. Предпочтение должно отдаваться местам, находящимся вне поликлиник. Квартиры жилых домов, другие здания, в ведении органов здравоохранения, как например, центры здоровья или секции стационара с отдельным входом. После определения месторасположения ГСВ, необходимо провести все необходимые обустройства, позволяющие ГСВ работать самостоятельно. ГСВ должны быть обеспечены набором основного медицинского оборудования. И наконец, для того, чтобы стать хорошими семейными практиками, врачи должны пройти интенсивную подготовку,.

4.1.2 РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ

Как уже обсуждалось, сущность советской системы здравоохранения привела к возникновению большого числа недостаточно используемых больниц, поликлиник и диспансеров. С сокращением финансирования медицинских услуг, когда вся система пришла в упадок, назрела необходимость сокращения коечного фонда и продолжительности пребывания пациентов в стационаре. Местное руководство и проект *ЗдравРеформ* пришли к согласию о "рационализации" числа и типов лечебных учреждений, существующих в системе оказания медицинской помощи. Процесс рационализации решает две проблемы, требования Облздрава по сокращению мощности госпитального сектора, а также необходимости высвобождения средств, которые могли бы использоваться для расширения и улучшения деятельности и программ первичной медико - санитарной помощи. Деятельность в этом направлении была начата Облздравом в начале 1996 года при поддержке проекта *ЗдравРеформ* с помощью международных консультантов, которые

исследовали все лечебных учреждений. Процесс прошел удачно и в результате, была получена единовременная и долгосрочная экономия средств. (см. раздел Выводы и Результаты).

4.1.3 ОПЕРАТИВНЫЕ ВОПРОСЫ

Процесс отбора, организации, образования и внедрения ГСВ был не из легких. Было необходимо определить группы врачей первичной помощи, заинтересованных и способных переквалифицироваться во врачей общей практики, тех кто хотели работать совместно в отдельных подразделениях или переоборудованных поликлиниках. Необходимо было определить брать ли помещение в аренду либо покупать, где найти средства на ремонт и новое помещение. Важным вопросом представлялись средства на закупку нового инструментария и оборудования. И наконец, было необходимо в разумный период времени переподготовить врачей общей практики из специалистов; приобретение новых навыков требует времени, пока врач и пациент почувствуют себя уверенно в условиях новой системы оказания медицинской помощи. В то время как концепцией очень заинтересовались, это была новая идея, которую нужно было апробировать в реальных условиях для того, чтобы все могли убедиться в ее жизнеспособности.

Существующая система оказания помощи в Кыргызстане и других странах СНГ ориентирована на “специалиста” и изменение ориентации на врача “общей практики” расценивалось специалистами как неэффективное и непроизводительное изменение в системе оказания помощи. При старой советской системе поощрялась специализированная помощь и вся система строилась на направлениях с уровня первичной медико-санитарной помощи в поликлинику или стационар. Специалисты стационаров считались лучшими в системе, врачи поликлиник были следующими после первых и на нижнем уровне этого спектра находились врачи первичной медико-санитарной помощи (терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи). Перемены, в которых больше внимания уделяется первичной помощи не очень привлекательно для специалистов поликлиник и стационаров.

Врачи узких специальностей задавали много вопросов по разным аспектам концепции и внедрения ГСВ, а также, что за этим стоит. Как уже говорилось, существующая система оказания медицинской помощи в Кыргызстане и других страна СНГ была ориентирована на специалистов. Советская система поощрала узкую специализацию и была основана на направлениях в поликлиники и стационары врачами первичной помощи. Врачи стационаров считались лучшими в этой системе, за ними шли врачи поликлиник. Врачи первичной помощи (терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи) находились на нижней ступени медицинской иерархии. Врачи стационаров и поликлиник не рассматривали ориентацию на более всеохватывающую первичную помощь как более экономный и эффективный подход к системе оказания медицинской помощи. Более того, специалисты, которые привыкли получать основную часть ограниченных ресурсов здравоохранения были озадачены тем

вниманием, переподготовкой и ресурсами, выделяемые на организацию и работу ГСВ.

В итоге, специалистам стало ясно, что с организацией ГСВ в будущем сократится количество направлений от врачей первичного звена. Это неминуемо будет означать сокращение ресурсов и меньшая потребность в специализированной помощи, что угрожало их положению.

Врачи общей практики находились на нижней ступени медицинской иерархии и в начале неохотно брали на себя риск по введению изменений. Они также были обеспокоены недостаточным опытом в ведении бизнеса. Общей практики были также сомнения по вопросам ведения бизнеса. Через некоторое время они начали осознавать, что имеют достаточные способности для расширения своих клинических навыков, а пациенты становятся более удовлетворенными новой системой. Они также стали оценивать и деловую сторону их работы, особенно, с помощью менеджеров.

К сожалению, экономическая ситуация все еще тяжелая, многие ощутимые финансовые выгоды остаются не явными. Эти перемены было не просто принять и стоило немалых усилий со стороны Областного департамента здравоохранения убедить все заинтересованные стороны в конечной выгоде.

4.2 ВНЕДРЕНИЕ РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИМЕЧАНИЕ: В этом разделе представлены основные моменты реформы финансирования здравоохранения. Как уже отмечалось, невозможно охарактеризовать финансовую реформу без обсуждения других перемен в системе оказания медицинской помощи. Эта глава разделена на три основные категории финансовой реформы: фондодержание, финансирование стационаров за пролеченный случай и тарификатор амбулаторно-поликлинических услуг.

4.2.1 ПРОБЛЕМЫ ФОНДОДЕРЖАНИЯ

Концепция фондодержания является одним из ключевых моментов успешной реализации системы фонда медицинского страхования. Важно, чтобы держатель фондов имел достаточные оперативные возможности и контроль для оказания влияния на элементы реформы, которые взаимодействуют с финансовой системой. Иссык-Кульский демонстрационный проект приложил значительные усилия и время на решение организационных вопросов фондодержания. Представленная здесь дискуссия содержит много вопросов, которые больше обсуждались на местном, а в настоящее время и на республиканском уровнях, руководители которых пришли к мнению, что фондодержание, построенное на гибкой системе единого плательщика является лучшим решением. Так как решения по этим вопросам имеют

сильную политическую окраску, каждое государство должно обсудить и выбрать для себя, какая система является наилучшей для его народа. Это не означает, что такая система является лучшим методом. Существуют явные преимущества и недостатки, которые обсуждается ниже.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Единый плательщик, в данном случае, когда фонд медицинского страхования является частью финансового управления при Министерстве Здравоохранения и Областном департаменте здравоохранения. Это называется системой единого плательщика, так как для всех медицинских учреждений существует один плательщик.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Система мультиплательщика, в данном случае, это образование новой организации на республиканском и областном уровнях, которая будет отвечать за сбор нового налога с зарплаты и платить больницам и поликлиникам за медицинскую помощь, оказанную определенным группам населения, таким как работающие и, в некоторых случаях, члены их семей. Облздрав будет отвечать за финансирование ЛПУ по неохваченным группам населения, как например, дети, безработные и особые группы незанятого населения. В дополнении, Облздрав будет отвечать за финансирование специализированных ЛПУ таких как диспансеры. Это система мультиплательщика, так как в ней существуют две организации, оплачивающие медицинскую помощь: Областной департамент здравоохранения и фонд медицинского страхования.

Правительство Кыргызстана планирует ввести медицинское страхование, начиная с 1997 года. Первичной целью является получение дополнительных средств в сектор здравоохранения за счет введения нового налога с фонда заработной платы работодателей. Фундаментальным здесь был вопрос, потребует ли введение нового налога с заработной платы организации новой структуры, независимой от Министерства здравоохранения. Здесь существуют два варианта внедрения медицинского страхования - это система единого плательщика и система мультиплательщика (несколько источников). Как уже отмечалось, в каждой из систем имеются явные преимущества и недостатки.

Первоначально в Иссык-Кульской области намечалось создать фонд обязательного медицинского страхования, независимый от Облздрави, но создание независимого фонда привело бы к политическому конфликту между фондом и Облздравом. Было ясно, что этот конфликт подавит процесс реформ по реорганизации системы оказания медицинской помощи посредством реорганизации поликлиник в ГСВ. Формирование групп семейных врачей требовало активной поддержки Облздрави и не было бы столь эффективным при существовании независимого фонда. Система единого плательщика позволяет более эффективно внедрять новую систему финансирования стационаров и ГСВ. К тому же, существование двух

самостоятельных организаций повысило бы административные расходы в стране, которая находится на пороге экономического кризиса. В итоге, Министерство здравоохранения приняло решение об объединении Фонда медицинского страхования с Облздравом (см. Приложение Д). Кроме того, это один из компонентов финансирования лечебных учреждений по условиям предоставления займа Всемирного Банка.

В Иссык-Кульском демонстрационном проекте была проведена масштабная реорганизация системы оказания медицинской помощи. Одной из принципиальных реформ была реорганизация поликлиник в группы семейных врачей. В дополнении, реализация новой системы финансирования стационаров и групп семейных врачей проводилась бы более эффективно при существовании системы единого плательщика.

Предыдущие разделы описывали принципы перераспределения ресурсов от затратоемкого стационарного сектора к затратоэффективному первичному сектору и создания ГСВ. Стоял вопрос, как изменить систему финансирования таким образом, чтобы стимулировать ГСВ лечить большее число заболеваний и снизить количество направлений в стационары и к специалистам? Существующая система финансирования основана на количестве посещений, у поставщиков медуслуг нет стимулом сократить число направлений.

Решение по фондодержанию ГСВ, где последние отвечали бы за "приобретение" стационарных и амбулаторно-поликлинических услуг. Они получают бюджетное финансирование на основе подушевого норматива (фиксированная сумма на пациента, сроком на один месяц) за количество приписанных к их амбулатории пациентов. Количество населения в прикрепленного к амбулатории определяется по ежегодной приписной кампании, на которой население получает право свободного выбора приписаться к одной из ГСВ, являющейся поставщиком услуг первичной медико-санитарной помощи. Подушевой норматив включает три компонента: 1) первичная медпомощь; 2) амбулаторно-поликлинические услуги; 3) стационарная помощь. Каждый компонент основывается на текущих затратах по данным категориям.

ГСВ дается самостоятельность при выборе поставщиков всех услуг. У них есть право направления к любым специалисту, лаборатории, стационару. Например, ГСВ может направить своего пациента в стационар или поликлинику на гастроскопию. Если им понадобится консультация кардиолога, они могут направить пациента к любому кардиологу, включая кардиолога стационара. Если им необходимо сделать анализ крови, они могут направить пациента в любую лабораторию поликлиники или стационара. При фондодержании деньги следуют за пациентом, поэтому специалисты поликлиник и стационары восстанавливают затраты на основе их направлений из ГСВ.

В случае с амбулаторно-поликлиническими услугами и диагностическими тестами, ГСВ оплачивает их по тарификатору. Когда ГСВ направляет пациента в поликлинику, то сумма оплачивается из средств на счете

фондодержания. В случае со стационарной помощью, ГСВ платят исходя из системы финансирования за пролеченный случай. При финансировании за пролеченный случай существует фиксированная сумма по каждой клинической категории. При поступлении пациента в стационар выставленный диагноз определяет клиническую категорию, которая в свою очередь определяет финансирование. ГСВ оплачивает все случаи госпитализации прикрепленного к нему населения со своего счета фондодержателя.

Система фондодержания приводит в соответствие финансовые стимулы и новую организацию ГСВ, которые в настоящее время являются финансовым центром системы здравоохранения, определяя использование амбулаторно-поликлинических и стационарных услуг. У ГСВ есть стимулы сократить число направлений, так как деньги которые они сэкономят могут быть использованы на развитие амбулатории. В заключении, целью фондодержания является обеспечение финансовых стимулов, необходимых для перераспределения фондов от госпитального сектора в сектор первичной медико-санитарной помощи. Если ГСВ будут совершенствовать свои клинические способности и сократят направления, то результатом будет перераспределение финансовых ресурсов в первичную медицинскую помощь.

4.2.2 ФИНАНСИРОВАНИЕ СТАЦИОНАРОВ ЗА ПРОЛЕЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ

Как уже отмечалось, в Кыргызстане на стационарную помощь выделяется 70-80 процентов ресурсов здравоохранения. Для решения этой проблемы новые методы финансирования необходимы как для стационарной, так и для первичной помощи. Ныне действующая система финансирования больниц в Кыргызстане - это система постатейного бюджетного финансирования, при которой стационарам ежегодно распределяются фиксированные постатейные бюджеты. Бюджет жестко разделен на отдельные статьи. Поскольку бюджетная система стационара распределяет средства, основываясь на производственно-ресурсных показатели (такие как количество коек), это предполагает прямой финансовый стимул повышать и поддерживать существующие мощности. Результатом этого является система оказания медицинской помощи с большим количеством стационаров и огромным коечным фондом. В целом, эта система финансирования стационаров не дает стимулов к повышению эффективности, а постатейный метод мешает более гибкому использованию ресурсов.

Система финансирования стационаров, ориентированная на рыночные отношения и используемая во многих странах, обеспечивает финансирование за определенные производственно-результативные показатели (такие как, один выписанный пациент или один случай, например, нормальные роды). Эти финансовые системы усиливают связь между видом, уровнем и качеством услуг предоставляемых одному пациенту и количеством возмещенных финансовых затрат стационара. Было показано, что экономическая

эффективность всей системы оказания помощи в условиях рынка повышается поскольку больницы реагируют на стимулы пролечивать больных за короткий период, а также переориентировать пациентов с не острыми заболеваниями в учреждениях первичной помощи.

Системы финансирования стационаров за пролеченный случай обеспечивает равное финансирование по средней стоимости за пролеченного пациента в эффективном стационаре. Эти системы Подразумевается, что эффективный стационар получает прибыль (доходы превышают расходы) в одних случаях и, дефицит (затрат превышают доходы) в других случаях. Эта система не предполагает, чтобы финансирование покрывает все затраты на лечение пациента. Финансирование основанное на средних затратах является оптимальным, так как разнообразие требований пациентов настолько широко и технология оказания медицинской помощи меняется так быстро, что любые попытки сопоставить оплату с лечением, проводимым для каждого пациента было бы непродуктивным.

Новые средние затраты по системе финансирования стационара за пролеченный случай позволяют конкурировать за более справедливой основе, так как по стабильным расценкам финансируются ясно определенные случаи. Как только системы начнут внедряться, у лечебных учреждений появится возможность планировать свои услуги, повысить мощность эффективных отделений и сократить или закрыть отделения, в которых средние затраты выше уровня финансирования. Руководителям лечебных учреждений одновременно не будут даны полномочия и компетенция к снижению затрат, в противном случае стимулирование эффективности будет бесполезным. Финансирование стационара за пролеченный случай предполагает, что руководители отдельных стационаров будут контролировать принятие решений о приеме и увольнении сотрудников, о начислении заработной платы, закупке медикаментов, материально - техническом обеспечении и других пунктах, необходимых для стационара.

Иссык-Кульский демонстрационный проект спроектировал, разработал и занимается внедрением системы финансирования стационара за пролеченный случай. Проект, разработка и внедрение этой системы -довольно сложная задача и данная работа не в силах описать все необходимые этапы работы. Здесь представлено лишь краткое описание системы, ключевые подкомпонентов и компонентов. (Более подробная информация содержится в публикациях программы *ЗдравРеформ*, которые перечислены в библиографическом приложении данного отчета.

Далее представлены ключевые компоненты системы финансирования стационаров за пролеченный случай:

4.2.2.1 Схема разработки системы финансирования стационаров

Разработка системы финансирования стационара - процесс длительный, требующий концептуального плана. Первым этапом является определение затрат на единицу. В случае со стационаром, единица услуг - это стоимость одного пролеченного больного или стоимость одного койко - дня. Вторым шагом является установление клинических групп или методология классификации различных типов услуг, которые предоставляются стационаром. Пересечение этих этапов - точка, в которой затраты распределяются на клинические группы. После того как затраты распределены за клиническими группами, может вводиться финансовая система.

4.2.2.2 Формы данных

Определение затрат на один случай и распределение затрат по клиническим группам требует данных, которые не существуют на данный момент в Кыргызстане. Например, для того, чтобы перераспределить затраты лаборатории на кардиологическое отделение, которое пользуется услугами лаборатории для лечения своих пациентов, должно быть определено число лабораторных тестов, сделанных для каждого клинического отделения. Специализированные формы данных позволят собирать данные для всего стационара и каждого отделения. База данных используется для их ввода и имеет ту же структуру как и форма, что позволяет без осложнений вводить и анализировать данные.

4.2.2.3 Бухгалтерский учет

Бухгалтерский учет - это инструмент управления, который используется для установления финансовых ставок и позволяет ЛПУ оценивать структуру своих затрат для совершенствования процесса принятия решений и более углубленного анализа. В то время как необходимо разработать руководство по бухгалтерскому учету, для разработки простого анализа подстчета затрат используются следующие этапы:

1. Определение административных, параклинических и клинические отделения, которые заносятся в первую колонку на каждой линии.
2. Введение из базы данных информации, собранной в специальных формах.
3. Определени прямых затрат, таких как зарплата каждого отделения.
4. Распределение непрямых затрат каждого отделения, например, на коммунальные услуги.
5. Определение общие затраты каждого отделения (сумма прямых и непрямых затрат).
6. Определение статистических данные, используемых для распределения затрат каждого административного или параклинического отделения. Например, затраты прачечной

распределяются на основе койко-дней, а затраты лаборатории - по количеству анализов.

7. Распределение затрат административного и параклинических отделений на клинические, используя статистические данные.
8. Анализ затрат каждого клинического отделения на пролеченный случай и затраты на койко-день.

4.2.2.4 Диагностическая информация

Отчетные формы предоставляемые Министерству здравоохранения содержат основные данные по стандартным категориям кода МКБ-9 или типу заболевания. Данные должны быть включены в компьютерный анализ, который позволит оценить типы заболеваний, количество случаев и продолжительность нахождения в стационаре. Анализ диагностической информации затем, будут использоваться для разработке метода классификации случаев или клинических групп.

4.2.2.5 Система классификации пациентов

Система финансирования стационаров по пролеченным случаям требует классификации пациентов по группам, которые представляют различные типы и сложность заболеваний. Для разработки клинико-затратных групп необходимо придерживаться двух принципов. Первый, типы заболеваний, формирующие одну группу, должны быть сопоставимы. Они должны иметь смысл с точки зрения врача. Например, если даже затраты на лечение гепатита и инфаркта миокарда одинаковы, то не имеет смысла помещать эти заболевания в одну группу. Второй, группы должны быть гомогенными с точки зрения использования ресурсов. Это означает, что случаи, включенные в одну клинико-затратную группу, не должны слишком широко расходиться по затратам. Если случаи в одной группе будут широко варьировать по затратам, то стационар будет поставлен в рискованные условия и у него появятся стимулы недолечивать тяжелых больных. В качестве стратегии выбрать хорошо отлаженную, но простую систему финансирования и затем, используя процесс предоставления счетов, собрать данные необходимые для усовершенствования и улучшения системы. Каракольские клинические группы состоят из 55 категорий. Они содержат 27 классификаций больных, пролеченных без использования услуг отделения интенсивной терапии и 27 классификаций с использованием услуг, а также одну классификацию пациентов, пролеченных в только отделении интенсивной терапии.

4.2.2.6 Удельные коэффициенты затратно-емкости

Для финансирования стационара за каждый пролеченный случай использовалась формула— удельный коэффициент затратно-емкости умножался на базовую ставку. Этот коэффициент показывает разницу между затратами различных клинических групп или типов пролеченных случаев. Например, коэффициент кишечного инфекционного заболевания детей равен 0.850, а

случай неонатальной патологии – 2.3. Это означает, что за каждый пролеченный неонатальный случай больница получит финансирование в три раза большее чем за случай кишечной инфекции. Когда новая система финансирования начнет работать, то средний весовой коэффициент всех случаев будет равен 1.0. Процесс расчета весовых коэффициентов представлен в таблице Приложения 5. Он содержит суммирование затрат общего количества случаев по каждой клинической группе в стационаре. Затем определяются средние затраты по каждой клинической группе. В заключении, средние затраты на случай по каждой клинической группе делятся на усредненные затраты по всем случаям, определив таким образом, удельный коэффициент затратно-емкости для каждой клинической группы. Базовая ставка - это показатель средних затрат по всем пролеченным случаям в стационаре. Основное преимущество разделения удельных коэффициентов затратно-емкости по каждой клиничко -затратной группы от базовой ставки в том, что базовая ставка может быть установлена исходя из различных бюджетных уровней, что является важным при неопределенности бюджета.

4.2.2.7 Моделирование

Моделирование влияние новой системы финансирования на больницы является очень важным элементом для разработки системы финансирования стационаров. Моделирование демонстрирует как старую так и новую системы финансирования. Соотношение финансирования к затратам (соотношение финансирования при новой системе по отношению к таковому при старой системе) показывает, прибыльна или убыточна для стационаров новая система финансирования. ОДЗ/ФОМС использует соотношение финансирования к затратам для оценки влияния новой системы финансирования на госпитальный сектор. Каждый стационар использует это соотношение как для всего стационара, так и для каждого отделения для планирования перемен в работе стационара для приведения ее в соответствие с новой системой финансирования.

4.2.2.8 Клинические группы в Караколе

Когда процесс разработки системы финансирования стационара был завершен, результатом явилось образование в Караколе 55 клинических групп с удельными коэффициентами затратно-емкости.

4.2.2.9 Предоставление стационарных счетов

Введение новой системы финансирования требует от стационаров предоставления счетов за услуги, которые они оказывают. Эти счета содержат данные, необходимые для Облздраву и ФОМС для оплаты стационаров за оказанные услуги. Счет не включает сумму, которую нужно оплатить, вместо этого ФОМС вводит счета в свою компьютеризованную информационную систему для стационаров и система определяет сумму к оплате. В дополнение к финансированию стационаров, компьютерная система позволяет ФОМС

проводить контроль качества, анализировать медицинскую статистику по использованию услуг стационаров населением и совершенствовать систему их финансирования.

4.2.2.10 Направления в стационар и процесс предоставления счетов

В дополнение к предоставлению стационаром счетов, очень важными являются оперативный порядок предоставления счетов и ход документации. В приложении 6 показано как счета движутся от ГСВ при направлении в стационар, а затем идут в ОДЗ/ФОМС для оплаты за пролеченный случай.

4.2.2.11 Коды лечебных учреждений

Компьютеризованная система предоставления счетов стационара требует наличия различных аспектов системы предоставления счетов. Один из них - это код лечебного учреждения. Больницы предоставляют свои счета, используя код своего ЛПУ, а ОДЗ/ФОМС вводят счета, финансируют стационар и анализируют предоставляемые им услуги, используя тот же код ЛПУ. Важно, чтобы всеобщая система кодировки лечебных учреждений была представлена для всех медицинских учреждений. Нумерация систем кодов должна также позволять идентифицировать тип учреждения. В Караколе система кодировки представлена шестизначными кодами ЛПУ, первые две цифры кода -- это административные единицы, такие как район или город, вторые две цифры - тип ЛПУ и последние две - это индивидуальный идентификационный номер медицинского учреждения.

4.2.2.12 Коды хирургических процедур

Один из способов выделения типов медицинских услуг, оказанных пациенту - это была или нет проведена хирургическая операция. Для этого необходимы коды хирургических процедур. Во все мире существуют различные типы кодировки хирургических процедур. Большинство из них очень сложные, содержат тысячи кодов хирургических процедур. В Караколе была разработана простая система кодировки, состоящая из 370 кодов. Число кодов хирургических процедур мобильно и в будущем может быть увеличено и пересмотрено.

4.2.2.13 Клиническая база данных стационаров

Больничные счета вводятся операторами ОДЗ/ФОМС в клиническую базу данных стационаров. Клиническая база данных была разработана, установлена и апробирована в ФОМС. Она является частью компьютерной сети, состоящей из различных типов программ, отражающими различные аспекты реформ здравоохранения. Экран ввода позволяет оператору вводить больничные счета в базу данных, которая затем оценивается ОДЗ/ФОМС для различных целей.

4.2.2.14 Отчеты системы финансирования стационаров

После введения больничной счета, компьютерная система использует диагнозы и другие коды для группировки пролеченных случаев в одну из 55 клинических групп. Публикуются отчеты, которые используются для финансирования стационаров и обеспечения ФОМС и самого стационара информацией о предоставленных медицинских услугах. Несколько отчетов было уже разработано и будет разрабатываться по мере роста базы данных и информационных требований ОДЗ/ФОМС и стационаров.

4.2.2.15 Анализ системы финансирования стационаров

Система предоставления счетов необходима для функционирования новой системы финансирования. Она может включать дополнительные административные расходы, которые могут быть минимальными и вследствие проводимой компьютеризации, со временем снизиться. Основное преимущество системы предоставления счетов -- это большое количество ценной информации, которую ОДЗ/ФОМС и стационары могут использовать для совершенствования принятия решений и управления ресурсами. Аналитические способности ФОМС будет со временем увеличиваться и в дополнение к оперативным обязанностям, повысится их роль в принятии политических решений.

В заключении читатель отметит, что разработка системы финансирования стационаров по пролеченным случаям является сложной задачей, которая, тем не менее, может иметь значительные результаты. Возможность финансирования стационара по типам пролеченных случаев вместо койко-дней может оказать значительную помощь в разработке стимулов для снижения продолжительности нахождения в стационаре и снижения общих затрат на госпитализацию.

ПРИМЕЧАНИЕ: В следующем разделе представлен Иссык - Кульский метод разработки тарификатора амбулаторно-поликлинических услуг. После стационаров, поликлиники являются основными потребителями ресурсов здравоохранения. Очень важно найти метод оценки затрат на услуги специалистов и параклинических служб. Хотя данная работа представляет только один из множества методов, он доказал свою эффективность при разработке стимулов для поликлиник по снижению затрат.

4.2.3 ТАРИФИКАТОР АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛУГ

Существующие бюджеты поликлиник базируются на количестве персонала и оперативной мощности, что создает стимул для повышения количества направлений от врачей первичной помощи к специалистам. Врачи получают

зарплату и не проявляют личной инициативы для снижения затрат, часто выступая в роли безразличных диспетчеров по оказанию вспомогательных услуг и направления пациентов на стационарное лечение, еще больше повышая затраты стационаров.

Внедрение системы фондодержания для Групп семейных врачей (ГСВ) требует новой системы оплаты амбулаторных визитов к специалистам и диагностических тестов. ГСВ будут получать подушевое финансирование на каждое приписанное лицо и семью. Они будут оказывать первичные медицинские услуги приписанному к ним населению, а также покупать другие амбулаторно-поликлинические услуги и стационарную помощь для своих пациентов. Эта новая система подушевого финансирования обеспечит заинтересованность ГСВ в эффективной диагностике и лечении в условиях своего подразделения и снизит число направлений в поликлиники и стационары для оказания дополнительных услуг, а в случае необоснованности направлений будут штрафовать.

Новые условия требуют новых механизмов финансирования для оплаты амбулаторно-поликлинических услуг. Иссык-Кульским проектом была разработана и внедряется тарифная система оплаты амбулаторно-поликлинических услуг. Тарификатор амбулаторных визитов к специалистам и диагностических тестов устанавливает цены для поликлинических услуг оказываемых пациентам, направляемым из семейных амбулаторий. Поликлиника предоставляет счета и возмещает свои затраты за оказанные услуги из областного управления здравоохранения, ФОМС, либо прямо из ГСВ. Группы семейных врачей будут иметь возможность направлять своих пациентов в любую поликлинику для оказания услуг. Тарификатор содержит максимальный объем амбулаторно-поликлинических услуг что, позволяет ГСВ оговаривать в контрактах специфический объем услуг, предоставляемый поликлиникой.

Разработка тарификационной системы оплаты также является сложной задачей, хотя и менее сложной чем система оплаты за пролеченный случай в стационарах. Следующий раздел рассматривает проект и разработку этого метода. Лицам, заинтересованным в деталях следует обратиться в проект *ЗдравРеформ*.

Для разработки тарификатора амбулаторных визитов к специалистам и диагностических тестов была сформирована комиссия, состоящая из четырех местных экономистов и поликлинических экспертов. При планировании методики и хода разработки тарификатора комиссия работала совместно с экспертами проекта *ЗдравРеформ*.

СОВЕТ: Необходимо отметить, что оперативная стратегия по созданию местного органа для разработки и внедрения различных аспектов реформ является важнейшим вопросом для долговременной стабильной работы - местные эксперты будут обучаться и продолжать работать над реформами в дальнейшем.

4.2.3.1 Формы данных

В отношении системы оплаты стационаров, для подсчета затрат на оказанные амбулаторные визиты и процедуры необходимы данные, которые не доступны в настоящее время. Еще одна проблема существует в поликлиниках. Если в стационарах существуют четкие подразделения, такие как терапия или кардиология, то для определения затрат в поликлиниках потребуется гипотетическая разбивка на отделения которая будет использоваться для распределения затрат. Комиссия определила такие отделения и включила их в формы данных. Специализированные формы позволяют собирать необходимые данные. База данных, используемая для ввода данных построена по тому же принципу, что и форма. Это позволяет легко вводить и анализировать данные.

4.2.3.2 Расчет удельных коэффициентов затратоемкости (весов) тарификатора

- Первым шагом при расчете удельных коэффициентов затратоемкости (весов) тарификатора является определение амбулаторных визитов к специалистам и диагностических тестов, которые включены в список тарификатора. Члены комиссии исходили из собственного опыта и профессионального мнения врачей, бухгалтеров и экономистов.
- Второй шаг - это распределение затрат на каждую процедуру. Это было выполнено путем суммирования прямых затрат на каждую процедуру, подсчитанные путем анализа необходимого рабочего времени и оборудования, и не прямых затрат.
- Третий шаг - это определение средних затрат (или цены) на каждую процедуру путем подсчета средневзвешенных затрат во всей поликлинике (взвешенные по объему процедур в каждой поликлинике).
-

4.2.3.3 Исходный материал удельных коэффициентов затратоемкости в Караколе

Следующий шаг после расчета средневзвешенных затрат на каждую процедуру по всем поликлиникам - конвертация средних затрат в единицы относительной стоимости. Для этого необходимо выбрать одну из процедур в

качестве базовой, в отношении которой будут оцениваться остальные процедуры. Такой базовой процедурой стал амбулаторный визит к терапевту, а его относительная стоимость была взята за 1.00. Единицы относительной стоимости для остальных процедур подсчитывались посредством деления средних затрат каждой процедуры на средние затраты амбулаторного визита к терапевту.

4.2.3.4 Счета по тарификатору амбулаторных визитов к специалистам и диагностических тестов

Внедрение нового амбулаторно-поликлинического тарификатора требует от поликлиники предоставления счетов за предоставляемые услуги. Счета содержат данные, необходимые ОДЗ/ФОМС для оплаты поликлинических услуг. Счет не включает сумму к оплате. Вместо этого, ОДЗ/ФОМС вводит этот счет в компьютерную информационную систему, которая и определяет сумму к оплате. В дополнение, компьютерная система позволяет названным учреждениям оценивать качество оказываемых услуг, анализировать статистические данные по потреблению населением амбулаторно-поликлинических услуг, а также обновлять тарификатор. Существует два вида счетов - один для амбулаторных визитов к специалистам, а другой для амбулаторных диагностических тестов.

4.2.3.5 Направления на амбулаторное обследование и счета

Важным является оперативный порядок предоставления счетов и движение документации. Счета поступают от ГСВ в виде направлений в поликлиники, а затем от поликлиник в ОДЗ/ФОМС для оплаты амбулаторно-поликлинической процедуры.

4.2.3.6 База данных амбулаторно-поликлинических услуг

Операторы ОДЗ/ФОМС разработали, установили и проверили базу данных. Она является частью компьютерной сети состоящей из различных типов программ, отрабатывающих различные аспекты реформ здравоохранения. Экран ввода данных позволяет оператору вводить амбулаторно-поликлинические счета в базу данных, информация которой оценивается областным управлением здравоохранения/ФОМС для различных целей.

В целом тарификатор - это один из методов разработки системы оплаты амбулаторно-поликлинических услуг семейными врачебными амбулаториями. Такой метод оплаты подтвердил свою эффективность в плане снижения затрат (с развитием конкуренции среди лечебных учреждений), хотя и требует значительных усилий по организации и управлению, доказал свою экономичность на более длительный период.

4.2.4. ДРУГИЕ КОМПОНЕНТЫ И СУБКОМПОНЕНТЫ

Существует множество других компонентов новых систем оплаты, необходимых для развития Иссык-Кульского демонстрационного проекта. В данной работе они должны быть упомянуты, поскольку детальное их обсуждение не предусмотрено. Области, потребляющие большую часть времени и ресурсов - это информационные системы (ИС), которые включают компьютеризацию, сбор данных, их хранение, извлечение и отчетность. Другой важной областью являются системы бухгалтерского и управленческого учета. Страховой тип системы здравоохранения оперирует большим потоком данных и информации, и если она используется для принятия решений, очень важно, чтобы информация была точной и своевременной. Сложность старой советской системы была в том, что огромный поток данных и информации не отличался точностью и своевременностью, и не анализировал потребление и затраты для оценки распределения ресурсов.

4.3 ВНЕДРЕНИЕ ФОНДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Самым большим препятствием для реформ здравоохранения как в Казахстане, так и в Кыргызстане является институциональная структура для внедрения всеобъемлющих реформ здравоохранения. Модель проведения реформ, в частности, медицинского страхования была взята из России и внедрена в законы о медицинском страховании в Средней Азии. Модель включает в себя помимо Министерства здравоохранения, создание нового уже упомянутого ведомства, Фонда обязательного медицинского страхования. Проблемы, возникшие как в России, так и в Казахстане были таковыми, что разделение полномочий между Минздравом и Фондом медицинского страхования (ФМС) создавало путаницу, конфликт и дублирование административных затрат, а также большие методические трудности по проведению реорганизации системы медицинского обслуживания и систем оплаты новых медицинских учреждений.

Программа ЗдравРеформ была убеждена, что функции покупки медицинских программ и услуг (государственные учреждения и/или ФМС) и обеспечения медицинских услуг (медицинские учреждения) должны быть разделены для развития конкуренции, децентрализации и автономии в секторе здравоохранения. Тем не менее, функции покупателя медицинских услуг (определение пакета услуг, распределение ресурсов, создание новых видов оплаты лечебных учреждений) не следует разделять между двумя разными учреждениями. Опыт показывает, что это приводит к организационному конфликту, повышению административных затрат, а также неспособности проведения реорганизации системы оказания медицинской помощи и изменения методов оплаты медицинских учреждений. Изменение же

клинической практики часто тяжело отражается на реформах здравоохранения.

Первоначально при проведении проекта в Иссык-Кульской области Республиканского Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) не существовало (теперь положение меняется). Впоследствии Правительство Кыргызстана, которое запросило этот проект, создало отдельный ФОМС. Как показано в Разделе 5 данной работы, техническая помощь оказываемая программой ЗдравРеформ и работа, проведенная областным руководством по реформам здравоохранения в 1995 году была направлена на создание, развитие и усиление ФОМС. Очень много времени было затрачено на урегулирование отношений между Областным управлением здравоохранения и ФОМС. Со временем этот конфликт и путаница помешали проведению всеобъемлющих реформ здравоохранения.

Осенью 1996 г. проектом была создана новая структура, способствующая проведению реформ. ФОМС стал отдельным подразделением в структуре Облздрави. Это позволило создать институциональные мощности, необходимые для реорганизации системы здравоохранения, управления системой счетов и другими аспектами новой системы оплаты медицинских учреждений. При этом, ФОМС находился при Облздраве, что позволило избежать конфликтов и роста административных затрат, присущего созданию нового государственного учреждения. После его организации работа по реформе здравоохранения начала идти намного быстрее. Обсуждение и принятие окончательного решения по организационной структуре является одним из основных препятствий замедляющих внедрение ФОМС и соответствующих реформ оплаты лечебных учреждений, а также реорганизацию системы здравоохранения. Такая структура существует только в Иссык-Кульской области. ЗдравРеформ планировал использовать результаты Иссык-Кульской области для начала политического диалога о развитии национальной системы медицинского страхования на республиканском уровне.

5.0 РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

5.1 РЕОРГАНИЗАЦИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ

ПРИМЕЧАНИЕ: Данный раздел отражает реальные результаты проекта к началу 1997 г. Поскольку проект все еще находится на стадии внедрения, многое еще предстоит сделать, хотя многое уже сделано.

Реорганизация системы оказания медицинской помощи, в частности, создание более эффективной первичной медицинской помощи является самой значительной частью проекта, которой уделяется большое внимание.

- Начав в конце 1994 г. в Караколе Облздравом были созданы четыре ГСВ. В начале 1995 г. была проведена начальная клиническая и управленческая оценка сектора первичной медицинской помощи, а также разработан план технической помощи и подготовки. В середине 1995 г. было достигнуто соглашение с местным руководством о придании ГСВ статуса самостоятельных подразделений и введении для пациентов свободного выбора первичного медицинского учреждения. Была также создана Ассоциация Групп семейных врачей, состоящая из 35 врачей из 12 новых ГСВ; завершен предварительный план клинического и финансового управления ГСВ; финансирующая организация, не занятая в проекте (Корпус милосердия) утвердила грант на сумму 15000 долларов США шестнадцати новым ГСВ для закупки необходимого клинического оборудования.
- В конце 1995 г. ГСВ начали заполнять формы клинической информационной системы, была создана база данных; ЮСАИД утвердил грант ЗдравРеформ на сумму 24500 долларов США Ассоциации Групп семейных врачей на закупку основного клинического оборудования и текущего обновления его в 16 ГСВ; Были проведены первые курсы по семейной врачебной практике для 28 врачей.
- В начале 1996 г. Была проведена всеобъемлющая оценка всех ГСВ в целях обновления информации по штатному расписанию, расположению, инвентаризации оборудования и подготовки; Министерство финансов выделило 1,34 миллиона сомов на зарплату и оперативные затраты ГСВ; Облздрав решил расширить деятельность по развитию ГСВ еще на три района от первоначально запланированной области, для полного охвата которой потребуются 80 ГСВ. В Иссык-Кульской области было всего организовано и функционировало 24 ГСВ завершена поставка и обновление их клинического оборудования. Еще 57 ГСВ было организовано в 5 районах области, общее число ГСВ в области, таким образом, выросло до 81. Существующие ГСВ способны охватить первичной медицинской помощью все население области в 396150 человек.
- В середине 1996 г. была утверждена должность менеджера ГСВ, 15 человек было принято и подготовлено на эту должность. Это позволило одному менеджеру охватывать 2-3 ГСВ и обеспечивать для них бизнес планы, подготовку бюджетов, информационную систему, бухгалтерский учет и другие аспекты управления, обеспечивающие эффективную работу.
- В середине 1996 г. в Караколе, а позднее и во всей области были проведены приписка и маркетинговая кампания, при этом население получило право свободного выбора своего семейного врача. Систему приписки населения в сельских районах было необходимо

модифицировать вследствие недостаточного числа ГСВ в сельских районах, кампания тем не менее прошла успешно, положив начало конкуренции между ГСВ.

- В середине 1996 г. семейный врач из США начал 4-х месячную подготовку на рабочем месте врачей ГСВ в Караколе; были организованы новые ГСВ в городах Чолпон-Ата, Былыкчи, Тюп, а также селах Жеты-Огузского района; Был проведен второй цикл клинической подготовки семейных врачей, направленный на повышение клинических навыков, а также овладение смежными навыками, необходимыми для работы семейного врача; Был проведен выборочный анализ амбулаторных карт ГСВ для получения исходных данных по направлениям, нагрузке, лабораторным анализам и процедурам в ГСВ, а также выявления путей совершенствования форм амбулаторных записей и ведения документации врачами ГСВ.
- В конце 1996 г. был создан модельный центр подготовки специалистов ГСВ, внедрены в практику системы управления контроля качества и использования ресурсов; были также внедрены механизмы исследования удовлетворенности населения медицинским обслуживанием и потребностей в нем, направленные как на усовершенствование оказываемых услуг, так и на информированность пациентов.

5.1.1 РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Как уже отмечалось, одной из фундаментальных проблем системы здравоохранения в Кыргызстане было доминирование госпитального сектора, в который направлялось 70-80% ресурсов здравоохранения. Сектор характеризовался излишней специализацией, очень большим количеством больниц, большим числом коек, а также высокими частотой госпитализации и длительностью пребывания. Стратегией Иссык-Кульского проекта предусматривалось решение вопросов по излишней мощности госпитального сектора посредством рационализации и внедрения новой, основанной на стимулах, системы финансирования. Для уменьшения излишней мощности госпитального сектора, был разработан план рационализации, включающий объединение и закрытие больниц. Целью было объединить диспансеры с существующими больницами и закрыть убыточные учреждения, такие как небольшие сельские больницы.

- В середине 1995 г. был разработан пакет предварительных рекомендаций, а в конце 1995 г. План первой фазы рационализации была завершена и представлена в Облздрав. Облздрав начал рационализацию больниц и санаториев, сэкономив при этом 1,62 млн. сомов (4,2% от реального бюджета здравоохранения 35,7 млн. сомов в 1994 г. или 3,1% от бюджета 52 млн. сомов, одобренного на 1995 г.). К

концу года больничные койки были сокращены с 4175 до 3880, то есть на 9,2%. Были закрыты следующие учреждения:

- Каракольская Городская больница
Неотложная помощь перемещена в СЭС
- Каракольский психонаркологический диспансер
Психонаркологический санаторий, Тюпский район
Психонаркологический службы сконцентрированы в одном из учреждений Тюпского района
- Каракольский тубдиспансер
Тубдиспансер Иссык-Кульского района
Туберкулезные службы сконцентрированы в одном из санаториев Иссык-Кульского района
- Санаторий Аксу, Аксуйский район
- Санаторий Маяк, Тюпский район

5.2 ДОСТИЖЕНИЯ РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.2.1 ФОНДОДЕРЖАТЕЛЬСТВО

ПРИМЕЧАНИЕ: В то время как реорганизация системы здравоохранения требовала огромного количества времени и усилий проекта, область реформы финансирования обеспечивает наиболее интересные возможности для перемен. Способность развития и внедрения поощрений медицинских учреждений за снижение затрат, улучшение качества и контроль за использованием ресурсов являлось самой захватывающей частью проекта. В этом разделе обсуждаются результаты реформы финансирования лечебных учреждений.

В Разделе 4.2.1 говорится, что система фондодержания явилась самой неоднозначной частью проекта. Тем не менее, в области развития и внедрения системы фондодержания были значительные достижения, как то:

- В начале 1995 г. была разработана принципиальная структура для новой системы финансирования медицинских учреждений, включая систему фондодержания ГСВ, тарификатор амбулаторных визитов к специалистам и лабораторных тестов, а также система оплаты больницам по пролеченным случаям. Два ключевых работника Минздрава и Минфина прошли в Великобритании курс подготовки по системе фондодержания врачей общей практики.
- В середине 1995 г. были рассчитаны предварительные ставки подушевого финансирования (83 сома) для населения Иссык-Кульской области; был внедрен четырех-фазный план и разработаны новые системы финансирования. В фазу II ГСВ с приписанным населением

получают подушевое финансирование на покрытие расходов по оказанию первичной помощи, а ГСВ не имеющие приписанного населения будут продолжать получать зарплату. Были разработаны электронные таблицы и методика расчета на компьютере.

- В конце 1996 года был начат план по отработке движения средств, бухгалтерского учета, и других разработанных финансовых систем и внедрение плана экспериментального фондодержания.

5.2.2 СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ПО ПРОЛЕЧЕННЫМ СЛУЧАЯМ

Разработка плана абсолютно новой системы финансирования больниц предоставляла значительные возможности для проекта. В области же внедрения систем оплаты больниц по пролеченным случаям было достигнуто следующее:

- В начале 1995 г. была разработана база данных для ввода и анализа данных необходимых для создания новой системы финансирования больниц; были определены и распределены в медицинские учреждения экспериментальной области (Каракол, Тюп, Жеты-Огузский район) элементы данных и формы их сбора.
- В середине 1995 г. была проведена работа по сбору и вводу данных в систему финансирования больниц в медицинских учреждениях экспериментальной области; для двадцати больниц области была завершена система подсчета затрат, необходимая для разработки системы финансирования больниц; Стандартная методика, включающая стандартную статистику распределения затрат была разработана и использована в 7 административных отделениях, 13 параклинических отделениях и 20 клинических отделениях; Для медицинских учреждений экспериментальной области была спроектирована и разработана система финансирования по пролеченным случаям; анализ клинических данных и затрат привел к определению 55 клинических групп и коэффициентов относительной затратноемкости. Для определения клинических групп, разработки коэффициентов относительной затратноемкости (затраты каждой клинической группы относительно группы, взятой за 1,00) и моделирования влияния новой системы финансирования больниц анализ проводился на основе учета затрат и анализа клинических данных (МКБ-9); Начался сбор данных для внедрения новой системы финансирования больниц во всей области (Балыкчи, Иссык-Куль, Тюп).
- В начале 1996 г. была разработана и установлена в Облздраве/ ФОМС клиническая информационная система по вводу и оплате больничных счетов; Система сбора и введения данных для системы финансирования больниц была завершена в г. Балыкчи и двух районах.

- Для 12 больниц в г. Балыкчи и двух районах был проведен полный учет затрат; Для 18 ключевых работников медицинских учреждений (бухгалтеров, экономистов и заместителей главных врачей) был проведен курс подготовки по новой системе финансирования больниц; Для отработки системы до полного ее внедрения была начато введение новой системы на “бумаге” в г. Каракол и трех районах. Больничные счета, разработанные и одобренные Облздравом/ФОМС были отпечатаны и распределены больницам; Были определены процесс пересмотра базовых ставок больниц с 1994 по 1996 гг., а также фонды для финансирования стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, рассчитаны ставки подушевого финансирования и разработаны рабочие таблицы, которые были представлены для доработки в Облздрав/ФОМС; была завершена работа по внедрению новой системы финансирования больниц в г. Балыкчи и двух районах, в результате которой была продемонстрирована ее относительная стабильность; Для 8 ключевых работников медицинских учреждений (бухгалтеров и экономистов) из г. Балыкчи и двух районов был проведен тренинг по новой системе финансирования больниц; Облздравом/ФОМС была завершена работа по доработке клинической информационной системы для подготовки больничных счетов, окончательный вариант которой был установлен и для работы с ней было подготовлено четверо служащих; формы больничных счетов были представлены Облздраву/ФОМС.
- В конце 1996 г. программа “Классификатор случаев” (компьютерная программа по классификации различных типов заболеваний на специфические группы) и система отчетности больниц была завершена с 4000 больничных счетов, введенными и предварительно проанализированными по новой системе оплаты.

5.2.3 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ТАРИФИКАТОР

Перемены в финансировании поликлиник и амбулаторных услуг представляло особые трудности для проекта. Тем не менее, в работе над тарификатором амбулаторно-поликлинических услуг было достигнуто следующее:

- В начале 1996 г. для разработки тарификатора амбулаторных визитов к специалистам и лабораторных тестов была сформирована комиссия, состоящая из четырех местных экспертов; Комиссия и персонал Абт Ассоушиейтс разработали предварительный список, содержащий примерно 225 амбулаторных визитов и процедур; были разработаны и распределены во все 32 поликлиники области формы сбора данных информации по учету затрат; была завершена работа над руководством по разработке амбулаторно-поликлинического тарификатора.

- В середине 1996 г. Комиссией и персоналом Абт Ассоушиейтс была завершена работа над тарификатором; две формы амбулаторно-поликлинических счетов были завершены и распределены лечебным учреждениям для начала работы с ними. Одна форма для амбулаторных визитов к специалистам, в вторая - для амбулаторных лабораторных анализов. В конце 1996 г. В целях введения поликлинических счетов, определения финансирования и анализа оказываемых услуг была разработана, проверена и установлена в Облздраве/ФОМС амбулаторно-поликлиническая информационная система.

5.3 РЕЗУЛЬТАТЫ ФОНДА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Институциональная структура (управление) реформ здравоохранения является важнейшим элементом всех аспектов реформ, поскольку она является основной структурой, ответственной за внедрение. Ниже перечислены некоторые достижения проекта в этой области:

- В начале 1995 г. пять официальных лиц прошли подготовку по вопросам медицинского страхования; Корпус милосердия выделил ФОМС грант в размере 15 тыс. долларов США на покупку компьютеров и установку компьютерной сети в областной и городской больницах. Прошла иногурация Иссык-Кульского ФОМС; Организованы четыре рабочие группы, а также завершен проект порядка работы и политики ФОМС; Был сформирован Совет директоров ФОМС.
- В середине 1995 г. после анализа существующей законодательной и нормативной структуры в целях создания единой законодательной базы для Иссык-Кульской демонстрации, были написаны проекты президентского указа и постановления правительства, позволяющие аккумулирование фондов, изменение бюджетной системы для введения новой системы финансирования, а также использование высвободившихся от рационализации средства на нужды здравоохранения; Был назначен новый руководитель ФОМС. К концу 1995 г. во избежание потенциального организационного конфликта между двумя учреждениями Фонд был введен в структуру Облздрава.
- В начале 1996 г. Национальное правительство издало указ, узаконивший Иссык-Кульский демонстрационный проект и многие финансовые изменения, необходимые для реформы финансирования. Первого апреля Минздрав официально подтвердил начало работы ФОМС. Облздрав разрешил ввести новые методы финансирования ГСВ и больниц наряду со старыми; Фонд социального страхования неоднозначно согласился на выделение 1,2% налогов Фонду ОМС; Были завершены и утверждены штатное расписание и организационная схема Облздрава/ФОМС. Были созданы новые отделы и должности для

заместителя директора Фонда, компьютерного отдела, специалиста по финансированию лечебных учреждений и отдела контроля качества медицинских услуг, на которые были приняты работники. Для координации перевода 1,2 % средств из Фонда социального страхования, при нем была утверждена должность работника ФОМС, которая остается вакантной до принятия решения на республиканском уровне относительно вида, уровня и порядка сбора налога на медицинское страхование; Облздрав утвердил схемы движения фондов, дав разрешение на их аккумуляцию; компьютерный отдел ФОМС начал введение данных. ЗдравРеформ начал постоянный тренинг для персонала Облздрава/ФОМС по вводу данных; Для содействия в принятии решений по приоритетным направлениям здравоохранения и планировании пакета услуг Облздравом/ФОМС был проведен так называемый анализ “бремени заболевания”.

- В середине 1996 г. руководство Иссык-Кульской области издало чрезвычайно важный указ, который закрепил следующие положения: аккумуляция всех фондов здравоохранения из районов, города и области; утверждение руководящего совета Фонда, определяющего его политику и осуществляющего контроль; Исключение ФОМС из лимитирующих положений Казначейства; Оговорка, что Облфинуправление выплатит долг медицинских учреждений; и ежемесячный перевод средств Облздраву/ФОМС. Указ также утвердил переходный план, включающий работу системы фондодержания. В конце 1996 г. программа ЗдравРеформ получила компьютеры на сумму 80 тыс. долларов США для оборудования Облздрава/ФОМС и лечебных учреждений.

6.0 ДИСКУССИЯ

<p>Примечание: В этом разделе даны общие выводы, основные заключения и уроки, а также дискуссия по отдельным вопросам и направлениям деятельности проекта в следующем году.</p>
--

В основе Иссык-Кульского проекта реформы здравоохранения было создание новой системы оказания медицинской помощи основанной на более эффективной (экономичной) первично помощи. Фундаментальной переменной явилось создание подразделений первичной медицинской помощи, Групп семейных врачей (ГСВ). Система фондодержания первичной помощи, амбулаторно-поликлинический тарификатор и система финансирования больниц по пролеченным случаям были созданы для развития стимулов у каждого из секторов с целью совершенствования эффективности и экономичности оказания медицинской помощи.

Система фондодержания была создана как стимул для лечения пациентов в условиях учреждений первичной медицинской помощи. Новый метод оплаты

дает ГСВ право направлять своих пациентов в любые стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения, а также право распоряжаться средствами по своему усмотрению. При новой системе средства будут следовать за пациентом. Новая система финансирования больниц создает стимул для лечения пациентов более эффективно, с меньшей продолжительностью пребывания в стационаре. Новый фонд страхования здоровья был образован для управления новыми системами финансирования. Фонд страхования здоровья является частью Областного управления здравоохранения и занимается кумуляцией фондов по всем административным подразделениям.

6.1 НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ

Опыт Иссык-Кульского демонстрационного проекта показал, что основная часть реформы здравоохранения может быть проведена в разумно короткий период времени при условии, что ясно поставлены цели (стимулы) реформы, а участники заинтересованы в ее проведении.

Стратегия демонстрационного проекта:

Опыт показал, что стратегия демонстрационного проекта имела высокий риск, хотя и высокий потенциал для успеха. В случае Иссык-Кульской области она была успешной потому, что пользовалась поддержкой и приверженностью республиканских и областных органов власти реформе здравоохранения. Ключевой фигурой здесь является начальник Областного управления здравоохранения (Облздрава), который воспринимал реформы как дело личной важности, имел желание и возможность проводить их перед лицом местной и республиканской оппозиции. (Предыдущий параграф взят из аналитического отчета ЮСАИД).

Опыт Кыргызстана показал, что все компоненты реформы взаимосвязаны и изменения одного из них должны координироваться с изменениями в других секторах. Реформа системы финансирования могла быть осуществлена только после начала реформы системы медицинского обслуживания и образования ГСВ, что обеспечивало условия для более эффективного здравоохранения. Новая система финансирования обеспечивающая стимулы для медицинских учреждений, могла работать эффективно только при условии создания и функционирования нового фискального посредника (ФОМС) для отслеживания всех перемен и регулирования потока средств в соответствующий сектор. Сильное и приверженное участие Облздрава, а также комбинация Облздрава и ФОМС в единый орган, осуществляющий управление и контроль всех медицинских учреждений области были чрезвычайно важными для успеха проекта.

Необходимость диверсификации взаимоотношений с партнерами

Очень важным является установление взаимоотношений с партнерами как на местном, так и на республиканском уровнях. Причиной этому являются сильные традиции централизованного контроля и иерархического лидерства в частности, в Средней Азии и в общем, в бывшем Советском Союзе. Местные руководители не участвовали в процессе принятия решений, а все политические изменения спускались из центра, почти не давая местным лидерам возможности каких-либо нововведений в процесс внедрения политики. Эти исторически сложившиеся условия требуют, чтобы ЗдравРеформ работал эффективно сверху-вниз. Руководители республиканского уровня могут сорвать усилия местных органов власти, усматривая их как угрозу собственному положению. (Взято из аналитического отчета ЮСАИД).

Иссык-Кульская кампания свободного потребительского выбора - залог успеха

Интервью, взятые в Караколе в ходе приписки населения (20-25 мая 1996 г.) выявили серьезность восприятия потребителями возможности выбора семейной врачебной амбулатории. Они внимательно читали информационные листы о врачах в каждой ГСВ и до приписки, советовались с членами своих семей. Один из работников пункта приписки в детской поликлинике сказал, что никогда еще не видел столько заинтересованных в медицинских услугах людей. “С внедрением ГСВ произойдет изменение мышления. Не только врачи, но и сами пациенты будут улучшать здоровье людей.”

Врачи также восприняли создание ГСВ как революционный шаг в процессе реформы здравоохранения. Один врач из поселка Сантараи Тюпского района сказал, что с организацией ГСВ врачи “почувствуют большую ответственность за пациентов. Прежде мы обращали больше внимания на пациентов с хронической патологией, а теперь отвечаем за всех пациентов.” Врач также выразил удовлетворенность тем, что менеджеры и медсестры ГСВ будут также отвечать за бухгалтерский учет и госпитализацию своих пациентов, высвобождая тем самым для врачей больше времени, которое они могут потратить на нужды пациентов. В п. Сантараи в первый день кампании было приписано 93% населения. Терапевт, работающий здесь, посоветовал своим коллегам не пугаться думать по новому и преодолевать трудности усердно и настойчиво работая. (Разделы, отмеченные курсивом, взяты из аналитического отчета ЮСАИД).

Очень важно понять, что введение медицинского страхования обеспечит здравоохранению только ограниченные ресурсы. Опыт Российской Федерации и Казахстана уже показал, что доходы, в первую очередь от нового налога на зарплату, будут ограничены. Более того, финансирование не улучшится, если за счет этого налога правительство уменьшит бюджетное финансирование, ситуация, сложившаяся в Российской Федерации. Вывод таков, что медицинское страхование хотя и может улучшить финансирование, его не будет достаточно; понадобится сильная политика здравоохранения, способная

мобилизовать дополнительные ресурсы посредством частного финансирования.

Основной пакет медицинских услуг, обеспечиваемый посредством государственного финансирования, в конечном итоге, должен будет сократиться и соответствовать имеющимся в наличии ресурсам. Услуги, вне основного пакет должны оплачиваться пациентами. На услуги из основного пакета должны быть установлены минимальные тарифы. Большая часть средств от платных услуг должна оставаться в лечебном учреждении. Мировой опыт показал, что программа платных услуг успешна лишь в случае, если учреждение, оказывающее платные услуги оставляет себе большую часть полученных средств для улучшения качества оказываемых услуг. Население намерено пользоваться платными услугами только в случае значительного их улучшения, как например, доступности лекарственных препаратов. Эти вопросы все еще обсуждаются и понадобится время, чтобы принять решение и разработать рекомендации для осуществления перемен.

Существующая законодательная база не позволяет решать вопросы введения нового налога на зарплату, сокращения основного пакета услуг или введения новой системы платных услуг. Все эти вопросы необходимо решить в ближайшем будущем. Уже создана организационная структура для введения нового налога с зарплаты на медицинское страхование. Необходимо решить вопрос минимального пакета услуг и платных услуг.

6.2 Достижения не смотря на недостаток средств

Все реформы, описанные в данном опыте работы, произошли не смотря на тот факт, что на тот момент фонды еще не прошли через счета Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС). Очень важно то, что для того, чтобы спроектировать и внедрить реформы, а также изменить отношение к ним, необходимо время, таким образом было доказано, что информационные системы, призванные поддерживать такие методы финансирования как оплата по числу пролеченных случаев а также оплата за каждую оказанную амбулаторную услугу, оказались выполнимыми и стоящими того, чтобы внедрять рационализацию еще до того, как фонды начнут реально проходить через счета ФОМС.

Многие из этих реформ будут полезными не зависимо от того, какие именно решения будут приниматься относительно медицинского страхования. Например, расширение автономии управления больницами и ГСВ - это переломный момент в проведении реформ, так как это позволяет руководителям наиболее гибко и рентабельно перераспределять как трудовые, так и нетрудовые ресурсы, т.е. то, что необходимо делать при любом развитии сценария пьесы под названием "Финансирование"

6.3 СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

Как упоминалось выше, многие из новых методов финансирования, реорганизация системы здравоохранения с акцентом на первичный сектор, организация ГСВ, развитие ФОМС и рационализация лечебных учреждений и услуг, находятся на стадии внедрения и далеки от завершения. Реформа здравоохранения находится в процессе постоянных перемен. Многие уже было выполнено, но еще больше предстоит сделать. Вот некоторые из предстоящих планов по различным компонентам демонстрационного проекта:

- Будущие планы относительно формирования ГСВ будут сфокусированы на:
 1. Развитию структуры и хода оценки деятельности врачей ГСВ, определении новых врачей ГСВ и конкуренции при выборе и найме врачей и вспомогательного персонала ГСВ;
 2. Лицензирование и аккредитация врачей ГСВ;
 3. Система повышения квалификации для врачей ГСВ.
- Запланированные шаги по развитию Групп семейных врачей включают создание и внедрение следующего ряда подсистем в каждом ГСВ:
 1. Окончательная разработка и внедрение системы управленческого учета для каждого ГСВ;
 2. Внедрение в ГСВ медицинской информационной системы для мониторинга частоты выдачи направлений, госпитализаций, работы врачей, а также разработка бизнес планов и определение приоритетных направлений в работе;
 3. Стратегическое и бюджетное планирование роста с включением реалистического прогноза доходов и расходов на три года.
- Необходима дальнейшая рационализация госпитальных и поликлинических услуг. Определены следующие приоритеты для будущей рационализации
 1. Реорганизация в ГСВ или закрытие большинства СУБов (сельских участковых больниц);
 2. Слияние диспансеров с существующей сетью больничных учреждений. Будет осуществляться план по объединению онкологического и кожно-венерического диспансеров с областной больницей в качестве самостоятельных отделений;
 3. Объединение областной детской больницы и роддома в одно

учреждение. План предусматривает создание на базе двух учреждений Центр здоровья матери и ребенка.

Новая система финансирования больниц будет обеспечивать стимул для дальнейшей консолидации и реорганизации больниц. Как только ГСВ будет разрешено направлять своих пациентов в любую больницу, это создаст условия для конкуренции в госпитальном секторе, в частности, между центральными районными и областной больницей. Эти учреждения получат стимул для повышения эффективности (снижения затрат), так как будут финансироваться по пролеченным случаям. Больницам будет необходимо провести внутреннюю реорганизацию, направленную на снижение затрат за счет поступлений от снижения количества госпитализаций в системе здравоохранения.

В завершении можно сделать вывод, что Иссык-Кульский демонстрационный проект проходит успешно, хотя и не все предложенные изменения были введены на момент проведения данного изучения. Опыт СНГ и других стран показал, что реальное проведение реформы здравоохранения процесс трудный и занимает гораздо больше запланированного времени. Тем не менее, для улучшения системы оказания медицинских услуг и здоровья населения необходимо прорабатывать новые идеи, а население должно принимать на себя больше ответственности за здоровье, как свое, так и окружающих.

Авторы данной работы надеются, что информация, содержащаяся в документе будет использована для расширения знаний читателей в данной области. Еще более важным является возможность использования читателями этих знаний для совершенствования ими своих систем здравоохранения и здоровья тех пациентов, которым они призваны служить.

7. ССЫЛКИ

Buxbaum, R.C., Trip Report, Issyk-Kul Oblast, Kyrgyz Republic, April 1995.

Carter, Grace, Design of a Case-Based Hospital Payment System in Karakol, Kyrgyzstan, September 1995.

Gass, J., Cost Centers and Step-Down Cost Allocation, Karakol, Kyrgyzstan, February 1995.

Hauslohner, P., Technical Report: The Prospects of U.S. Private Direct Investment in the Pharmaceutical and Medical Device Industries of Kazakstan, Uzbekistan, and Kyrgyzstan: Finding and Recommendations for a Two Week Visit, July 1994.

Haycock, J., Assignment Report, Health Financing Kyrgyzstan, July 1994.

Health Care Finance and Service Delivery Reform Program, Country Action Plan, Kyrgyzstan, Draft, Revised 4/95.

Hildebrand, S. L., and Telyukov, A. V., Technical Assistance in Developing Step-Down Unit Costing Methodology and Software Support, Karakol, Kyrgyzstan, September 1994.

Langenbrunner, J., Aide Memoire, World Bank Human Resources and Social Safety Net Mission to Kyrgyzstan, September 1992.

Langenbrunner, J., Financial Management Reforms, Kyrgyzstan, Draft (9-3-95)

Langenbrunner, J., Technical Report: Technical Assistance for Health Insurance Demonstration in Kyrgyzstan, July 1994.

Millslagel, Dean., Justification for APTK's as the primary organizational structure for the development of a primary health care system in Issyk-Kul Oblast Pilot Area

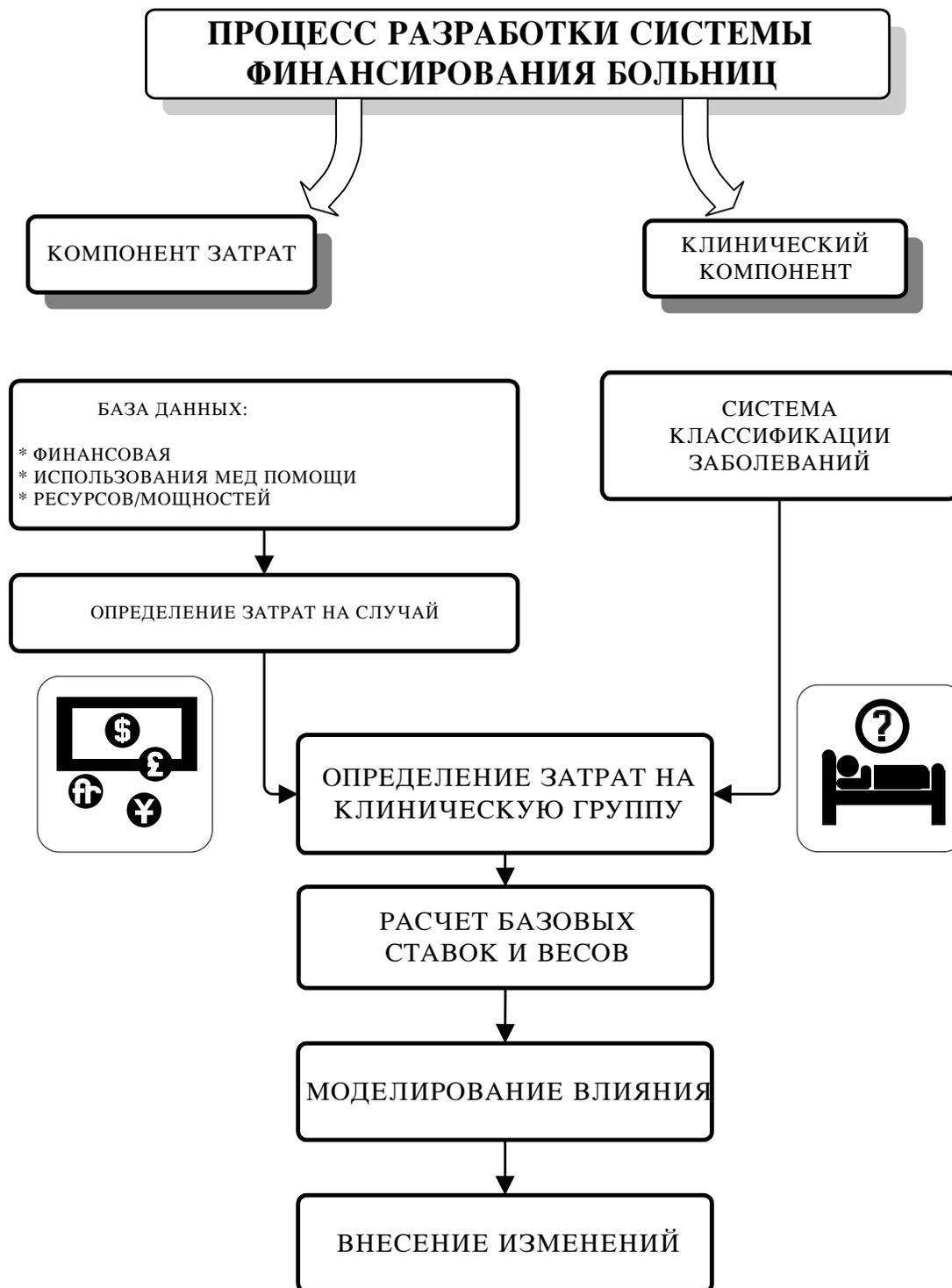
Monserud, S., Trip Report, Health Facility Planning, Kyrgyzstan Issyk-Kul Intensive Demonstration Site, April 1995.

Telyukov, A. V., Research Report: The Flow-of-Funds Analysis in a Perspective of Mandatory Health Insurance: The Case of Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan, 5/95.

Tutor Hart, J. and M., Present State & Future Needs of Primary Care in Kazakstan & Kyrgyzstan, 1995.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А



ПРИЛОЖЕНИЕ Б: Клинические группы Иссык-Кульской области

##	КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ
0	НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ
1	ХИРУРГИЯ
2	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (001-009)
3	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ (001-009)
4	ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ (070)
5	ГЕПАТИТ У ВЗРОСЛЫХ (070)
6	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ
7	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ
8	ТЕРАПИЯ
9	ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ (820-829)
10	ПЕРЕЛОМЫ У ВЗРОСЛЫХ (820-829)
11	ПРОЧИЕ ТРАВМЫ
12	УРОЛОГИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ
13	УРОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ
14	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ
15	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ
16	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ
17	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ
18	ГИПЕРТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ (401-404)
19	ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
20	ПРОЧИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
21	НЕВРОЛОГИЯ
22	ПЕДИАТРИЯ
23	ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
24	РОДЫ
25	ГИНЕКОЛОГИЯ
26	ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
27	ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
28	ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР
200	НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ
201	<i>ХИРУРГИЯ + ИТ (интенсивная терапия)</i>
202	<i>КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (001-009) + ИТ</i>
203	<i>КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ (001-009) + ИТ</i>
204	<i>ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ (070) + ИТ</i>
205	<i>ГЕПАТИТ У ВЗРОСЛЫХ (070) + ИТ</i>
206	<i>ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ + ИТ</i>
207	<i>ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ + ИТ</i>
208	<i>ТЕРАПИЯ + ИТ</i>
209	<i>ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ (820-829) + ИТ</i>
210	<i>ПЕРЕЛОМЫ У ВЗРОСЛЫХ (820-829) + ИТ</i>
211	<i>ПРОЧИЕ ТРАВМЫ + ИТ</i>
212	<i>УРОЛОГИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ + ИТ</i>
213	<i>УРОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ</i>
214	<i>ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ + ИТ</i>
215	<i>ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ</i>
216	<i>ОФТАЛЬМОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ + ИТ</i>
217	<i>ОФТАЛЬМОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ</i>
218	<i>ГИПЕРТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ (401-404) + ИТ</i>
219	<i>ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ + ИТ</i>
220	<i>ПРОЧИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ + ИТ</i>
221	<i>НЕВРОЛОГИЯ + ИТ</i>

222	ПЕДИАТРИЯ + ИТ
224	РОДЫ + ИТ
225	ГИНЕКОЛОГИЯ + ИТ
227	ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ + ИТ

ПРИЛОЖЕНИЕ В: Диагностические группы/веса

##	КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ	Веса
0	НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ	1.0000
1	ХИРУРГИЯ	1.0585
2	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (001-009)	0.8498
3	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ (001-009)	0.6674
4	ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ (070)	1.2455
5	ГЕПАТИТ У ВЗРОСЛЫХ (070)	1.6301
6	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ	1.3278
7	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ	1.1287
8	ТЕРАПИЯ	1.1111
9	ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ (820-829)	1.1216
10	ПЕРЕЛОМЫ У ВЗРОСЛЫХ (820-829)	1.3218
11	ПРОЧИЕ ТРАВМЫ	0.9307
12	УРОЛОГИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ	0.9544
13	УРОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ	0.8236
14	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ	0.8987
15	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ	0.7834
16	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ	1.1847
17	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ	1.0209
18	ГИПЕРТОНΙΑ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ (401-404)	0.8802
19	ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	1.0706
20	ПРОЧИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	1.0307
21	НЕВРОЛОГИЯ	1.0991
22	ПЕДИАТРИЯ	1.0700
23	ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ	1.7611
24	РОДЫ	0.7218
25	ГИНЕКОЛОГИЯ	0.6917
26	ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	2.3235
27	ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	0.8349
28	ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР	0.9000
200	НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ	2.7611
201	ХИРУРГИЯ + ИТ (интенсивная терапия)	2.8196
202	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (001-009) + ИТ	2.6109
203	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ (001-009) + ИТ	2.4285
204	ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ (070) + ИТ	3.0066
205	ГЕПАТИТ У ВЗРОСЛЫХ (070) + ИТ	3.3912
206	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ + ИТ	3.0889
207	ПРОЧИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ + ИТ	2.8898
208	ТЕРАПИЯ + ИТ	2.8722
209	ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ (820-829) + ИТ	2.8827
210	ПЕРЕЛОМЫ У ВЗРОСЛЫХ (820-829) + ИТ	3.0829
211	ПРОЧИЕ ТРАВМЫ + ИТ	2.6918
212	УРОЛОГИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ + ИТ	2.7155
213	УРОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ	2.5847
214	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ + ИТ	2.6598
215	ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ	2.5445
216	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ С ХИРУРГИЕЙ + ИТ	2.9458
217	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ БЕЗ ХИРУРГИИ + ИТ	2.7820

218	<i>ГИПЕРТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ (401-404) + ИТ</i>	2.6413
219	<i>ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ + ИТ</i>	2.8317
220	<i>ПРОЧИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ + ИТ</i>	2.7918
221	<i>НЕВРОЛОГИЯ + ИТ</i>	2.8602
222	<i>ПЕДИАТРИЯ + ИТ</i>	2.8311
224	<i>РОДЫ + ИТ</i>	2.4829
225	<i>ГИНЕКОЛОГИЯ + ИТ</i>	2.4528
227	<i>ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ + ИТ</i>	2.5960

ПРИЛОЖЕНИЕ Г: КОНЦЕПЦИИ ПРОЕКТА СИСТЕМЫ СТАЦИОНАРОВ И СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ниже приведена концептуальная презентация уровней и этапов системы оказания медицинской помощи. Презентация имеет целью дать читателю понимание вопросов, типов учреждений, уровней оказания медицинской помощи и систем выдачи направлений на стационарное лечение и диагностическое обследование, а также понимание выводов и рекомендаций, данных в следующих разделах. Система выдачи направлений в Караколе, Иссык-Кульская область используется как пример, дающий читателю представление о типах вовлеченных сюда медицинских учреждений.

А. Население и уровни медицинской помощи

Услуги, оказываемые больницами, являются лишь частью здравоохранения и системы оказания медицинских услуг. На Рис.1 наглядно показаны взаимоотношения населения и уровней оказания помощи /здравоохранения.

Б. Определение уровней медпомощи

В отношении отдельных видов оказания помощи, мы можем выделить следующие уровни:

1. Первичная охрана здоровья (ПОЗ)

“ПОЗ является в основном превентивной и базируется на практических, научных и социально-приемлемых методах и руководствах, доступных индивидуумам и семьям сообщества посредством их всеобщего участия и, по стоимости, которую это сообщество и государство может себе позволить на данной стадии его развития, в духе самостоятельности и самоопределения. ПОЗ составляет неотъемлемую часть и основной объект внимания общего социального и экономического развития сообщества. Она находится на самом первом уровне национальной системы здравоохранения, с которой сталкиваются индивидуумы, семья и сообщество, неся медицинскую помощь как можно ближе к местам проживания и работы людей.” “Провозглашенная в Алма-Ате на конференции ВОЗ в 1978 г., ПОЗ апеллирует к философии, согласно которой медицинская помощь должна быть доступной, адекватной и приемлемой. ПОЗ как политика охватывает все стратегии и направления

государственных программ по здравоохранению на республиканском, местном и общественном уровнях для того, чтобы люди могли проявлять активность и самостоятельность, участвуя в борьбе за улучшение здоровья.” Это в основном превентивная помощь, государственные программы по здравоохранению, иммунизация и контроль за водоснабжением и водными стоками. В СНГ это понятие обычно путают с Первичной медицинской помощью.

2. Первичная медицинская помощь (ПМП)

Базовая или общая медицинская помощь, необходимая пациенту для лечения более простых или общих заболеваний. Медицинское учреждение первичной помощи обычно предполагает постоянную ответственность за поддержку здоровья пациента, направляет его во вторичные и третичные учреждения медицинской помощи, а также координирует медицинскую помощь по всем аспектам здоровья пациента. Первичную медицинскую помощь наиболее часто связывают с одним врачом или врачебной амбулаторией, хотя все чаще такие службы появляются в стационарах и других учреждениях. (Примером этого вида медицинской помощи могут служить педиатрия, акушерство и гинекология, терапия, семейная и общественная медицина, а также медицинские услуги.) В СНГ это понятие часто путают с Первичной охраной здоровья.

3. Вторичная медицинская помощь

Услуги, оказываемые специалистами, такими как кардиологи и урологи, то есть теми кто не сталкиваются с пациентами в первую очередь. Пациенты обычно направляются учреждениями первичной медицинской помощи или в редких случаях, обращаются сами. Под эту категорию попадает существенная часть общественных госпитальных услуг. (Примерами этого вида медицинской помощи в условиях стационара могут являться общая хирургия, офтальмология, ортопедия, неврология, кардиология, гематология и психиатрия).

4. Третичная медицинская помощь

Услуги, оказываемые узкими специалистами, такими как онкологи и нейрохирурги, какие часто требуют специальных технологий и оснащения, как например, кардиокатетеризация или радиационная терапия. Клинические больницы, специализированные больницы и медицинские центры являются такими учреждениями третичной медицинской помощи. (Примерами: онкология, высокий риск акушерской патологии, неонатология, кардиоторакальная хирургия, пластическая хирургия, детская хирургия, генетик, гемофилия).

В. Система направлений на госпитализацию

Для того, чтобы понять роль больниц в системе здравоохранения и оказания медицинской помощи важно отразить документально и визуально откуда поступают пациенты и как они попадают в больницы. Далее на Рис. 2 приводится пример системы направлений на госпитализацию, а на Рис. 3, пример того, откуда поступают пациенты и как им следует выбирать правильное место для лечения в системе оказания медицинской помощи. Также представлены примеры типичной системы направлений на госпитализацию и сеть направлений в учреждения первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Мы использовали Каракол в качестве иллюстрации, как эта система может функционировать в идеальных условиях, когда снабжение, медикаменты, оборудование и врачи одинаково доступны всем элементам системы, что само по себе маловероятно, но представлена как идеальная модель функционирования системы направлений на стационарное лечение. В завершении, на Рис. 4 мы представили карту г. Каракол, которая дает читателю понимание насколько близко к друг другу и где точно расположены медицинские учреждения.

**СХЕМА 1: СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЙ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ 1995-
2000**

**СХЕМА 2: СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЦ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В
КАРАКОЈЕ**

СХЕМА 3. МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КАРАКОЛА

