

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Обязательное медицинское страхование - это вид социальной защиты, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение, при наступлении страхового случая, гарантии оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах Программы государственных гарантий.

Введение обязательного медицинского страхования в критический период – в конце 90 – х, когда расходы на здравоохранение снизились с 3,7% в 1991 году до 1,9% в 1999 году по отношению к ВВП, позволило частично поддержать учреждения здравоохранения, предотвратить обвальное падение уровня финансирования медицинских учреждений.

Развитие ОМС осуществлялось в рамках общей реформы здравоохранения, для отработывались республики более прогрессивные методы финансирования по результатам деятельности учреждений здравоохранения.

В 1999 – 2000 годах с увеличением доли средств ОМС, более широким охватом населения и учреждений здравоохранения системой ОМС, стало ощущаться противоречие финансовых стимулов, заложенных в оплате медицинских услуг по ОМС (по конечному результату) и на основе постатейного бюджетного финансирования (в зависимости от мощности и штатов), используемое в системе здравоохранения. Назрела необходимость перехода к единым правилам оплаты за медицинские услуги.

В связи с продолжающимся ухудшением финансирования сектора здравоохранения, из-за сокращения государственных расходов на здравоохранение не только в структуре ВВП, но и в структуре общих государственных расходов, а также не достаточное финансирование льгот для населения в области здравоохранения, с 2001 года была разработана и введена Программа государственных гарантий. Программа государственных гарантий является государственным социальным стандартом в области здравоохранения, определяющим объем медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно или на льготных условиях за счет средств бюджета и ОМС. Параллельно с введением Программы государственных гарантий введена сооплата населением за некоторые виды медицинской помощи, призванная заменить неофициальные поборы и платежи, захлестнувшие здравоохранение.

Ежегодно под эту программу выделяется практически 70-75% от всех расходов на здравоохранения. Значительное увеличение бюджета здравоохранения в последние годы позволило расширить объемы и виды медицинской и профилактической помощи, предоставляемых населению бесплатно по Программе государственных гарантий. Так, с 2006 года согласно Программы государственных гарантий медицинская помощь детям в возрасте до 5 лет, женщинам в периоды беременности, родов и послеродовом периоде, пенсионерам в возрасте 75 лет и старше предоставляется бесплатно. Сегодня медицинская помощь в государственных организациях здравоохранения, работающих по договорам с ФОМС, детям до 6 лет и пенсионерам в возрасте 70 лет и старше предоставляется без внесения сооплаты. Для остальных пенсионеров сооплата при лечении в стационаре установлена на минимальном уровне в 330 – 430 сомов. Застрахованные граждане получают дополнительный пакет услуг ПМСП без оплаты, а при госпитализации в стационар оплачивают сооплату среднего уровня в размере 840 – 1190 сом. Медицинские услуги для незастрахованной категории населения предоставляются при внесении сооплаты в полном объеме.

В 2023 году каждый второй пациент в стационарах был пролечен бесплатно в соответствии с льготами по диагнозу или по социальным показаниям: 68% от общего количества пролеченных случаев составляет льготная категория населения, из них 23% по медицинским показаниям, 45% по социальным льготам.

В системе здравоохранения республики для введения рыночных механизмов разделены функции: поставщиков медицинских услуг и плательщика – покупателя медицинских услуг. Фонд ОМС выступает в качестве Плательщика или покупателя медицинских услуг. Минздрав выступает в роли поставщика медицинских услуг, являясь учредителем всех организаций здравоохранения.

С введением системы Единого плательщика в финансировании здравоохранения в 2003 году, за Фондом ОМС законодательно закреплены функции Единого плательщика, что позволило создать новую финансовую и организационную структуру в кыргызской системе здравоохранения, которая способствует более эффективному и более справедливому использованию средств. Аккумулируя бюджетные средства здравоохранения на национальном уровне, достигнуто равномерное и справедливое распределение средств между учреждениями здравоохранения независимо от экономического состояния района или города. Реформа сектора здравоохранения неразрывно связана с изменением принципов финансирования учреждений здравоохранения, переходом от финансирования структуры к финансированию результатов деятельности. За счет аккумуляции средств здравоохранения на национальном уровне с 2006 года, к 2016 году Фонду ОМС удалось выровнять нормативы финансирования организаций здравоохранения по всем регионам.

Одной из основных целей реформирования здравоохранения является переориентация сектора на усиление роли экономически эффективного первичного звена здравоохранения и оптимизацию расходов больничной службы. Если в 2006 году на первичное здравоохранение направлялось менее 23% всех средств, то в 2022 году – уже около 40 %.

Одной из главных задач Фонда ОМС является контроль качества медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, осуществляемый путем проведения на постоянной основе экспертизы качества услуг, а также изучением удовлетворенности пациентов полученными услугами, которое проводится путем анкетирования пациентов, а также при получении предложений и жалоб пациентов, поступающих по «телефонам доверия», работающим в Фонде ОМС и его территориальных управлениях. Фондом ОМС ежегодно проводится экспертиза качества более 60,0 тыс. случаев предоставления медицинской помощи на стационарном и амбулаторном уровнях.

Проводимый на постоянной основе контроль качества медицинской помощи привел к определенным результатам. Уровень соблюдения стандартов при наблюдении, обследовании, лечении детей до 1 года в 2022-2023 г.г. составляет 65%. На хорошем уровне осуществляется профилактика развития внутриутробной патологии, уровень назначения препаратов йодида калия беременным женщинам составляет в среднем по данным справочника ЦЭЗ 2022 года 93,4%. Заболеваемость железодефицитной анемией детей до 5 лет сократилась на 25% за последние 5 лет (2017 год 3111 на 100 тыс. населения, 2022 год 2326).

В целях повышения эффективности использования имеющихся ресурсов, переориентации здравоохранения на первичный уровень, пристальное внимание уделяется качеству предоставления услуг по ряду заболеваний, поддающихся лечению на первичном уровне. Так, одним из примеров, давших положительные результаты внедрения в клиническую практику стандартных схем лечения и мониторинга качества ведения пациентов на уровне ПМСП является устойчивое сокращение показателя заболеваемости на 100 тыс населения за последние 5 лет по поводу язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки с 170 в 2017 году до 49,6 (сокращение на 30%). Показатель заболеваемости Гипертонической болезнью снизился в 2 раза (с 4030,6 на 100 тыс. населения в 2017 году до 2223,8 в 2022 году). Заболеваемость Туберкулезом также имеет тенденцию к снижению: с 263,5 в 2017 году до 117,8 на 100 тыс. населения в 2022 году (сокращение на 45%).

Отличительной особенностью Фонда ОМС является то, что Фонд не просто оплачивает медицинские услуги на основании заключенных договоров, а проводит оценку качества предоставляемых услуг, анализирует эффективность использования ресурсов в общем контексте реформы здравоохранения республики.

Комплексная оценка качества медицинской помощи, где кроме оценки медицинской помощи оценивается еще и обеспеченность лекарственными средствами, готовность к оказанию неотложной помощи, удовлетворенность пациентов, была внедрена Фондом ОМС в 2018 году. Уровень соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам в организациях ПМСП увеличился с 41% в 2018 году до 62% в 2023 году. В том числе, улучшились показатели готовности оказания неотложной помощи (обеспеченности ЛС, навыков сотрудников ГСВ/ФАП) на уровне ГСВ/ФАП с 37% до 67%. Отмечается улучшение практики наблюдения и лечения пациентов с ГБ с 38% в 2018 году до 62% в 2023 году. В стационарах республики соответствие качества мед.помощи нормативным документам увеличилось с 64% в 2018 году до 68% в 2023 году. В разрезе категорий наименьшая оценка в категории “Внутрибольничная система обеспечения качества” 53% из возможных 100%. Можно отметить прямую зависимость оценки в данной категории с качеством медицинских услуг: в стационарах где работа по обеспечению качества проводится в соответствии с нормативными документами, общий индекс качества прямо пропорционально увеличивается.

В рамках оптимизации противотуберкулезной службы внедрена система оплаты за пролеченный случай с учетом КЗГ, направленная на улучшение качества и безопасности лечения больных туберкулезом, сокращение продолжительности и снижение уровня необоснованных госпитализаций. В результате отмечается снижение в 4 раза количество не туберкулезных случаев госпитализации, в два раза сократилось количество ТБ случаев в стране.

На уровне ПМСП в дополнение к подушевому финансированию с ноября месяца 2017 года Фонд ОМС проводит выплаты медицинским работникам ПМСП за успешное завершение лечения туберкулеза на амбулаторном уровне. Сегодня новый механизм финансирования за успешное завершение лечения туберкулеза на амбулаторном уровне внедрен практически во всех регионах республики.

Фонд ОМС обеспечивает реализацию бюджетного программного гемодиализа больным с хронической почечной недостаточностью (далее – ХПН) пятой стадии. Заключены договора на предоставление услуг гемодиализа с 38 организациями здравоохранения, в том числе с 35 частными медицинскими центрами и 3 государственными организациями здравоохранения. На сегодняшний день очереди нуждающихся больных в бюджетном гемодиализе нет. В реестре базы данных «Гемодиализ» на 2024 год состоит 2608 больных с ХПН 5 стадии. За 2023 год предоставлено 355,1 тыс. сеансов гемодиализа на сумму 2 237,4 млн сомов.

Система финансирования стационарной помощи основывается на оплате за каждый пролеченный случай с учетом коэффициента клинико-затратных групп (КЗГ), учитывающий сложность и затратно-емкость каждого заболевания. Оплата за пролеченный случай, основанная на КЗГ, направлена на перераспределение ресурсов в сектор первичной медико-санитарной помощи, повышение качества стационарных услуг, более эффективное использование финансовых ресурсов, усиление автономии организаций здравоохранения в управлении собственными ресурсами и обеспечению доступности услуг здравоохранения для населения. На сегодняшний день все организации здравоохранения перешли на финансирование по новой модели КЗГ. Если ранее при расчете оплаты пролеченного случая использовались данные только основного диагноза, то сегодня при оплате за пролеченный случай учитываются диагноз осложнения, нахождение в отделении реанимации и использование соответствующей реанимационной аппаратуры, мед. мероприятия

новорожденным с малым весом, затратность хирургических операций и т.д. Все это позволяет создать справедливую и прозрачную систему оплаты услуг стационарной помощи.

С целью повышения возможности оказания медицинских услуг на первичном уровне, улучшения экономической доступности к лекарственным средствам застрахованных граждан с 2000 года на всей территории республики поэтапно введена Дополнительная программа лекарственного обеспечения застрахованных граждан на первичном уровне. К 2003 году Дополнительная программа ОМС была поэтапно внедрена на всей территории республики. Застрахованные граждане приобретают лекарственные средства по рецептам врачей и оплачивают только часть стоимости лекарственных средств, остальную часть аптечным учреждениям возмещает Фонд ОМС. Уровень возмещения стоимости лекарственных средств, в среднем составляет 50%. Ежегодно выписывается более 1,5 млн рецептов, на возмещение которых расходуется до 500 млн. сомов. Кроме того, ежегодно на обеспечение лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, в рамках Программы государственных гарантий направляется 70,0 - 75,0 млн. сомов.

Введение данной программы позволило не только акцентировать усилия врачей на лечение больных на амбулаторном уровне, но также является хорошим примером активного партнерства государственного и частного секторов на договорной основе. Широкое вовлечение частных поставщиков позволило расширить аптечную сеть, участвующую в реализации программы на договорной основе. В связи с чем, для экономической доступности на амбулаторном уровне в рамках льготного лекарственного обеспечения в Справочнике ДП ОМС и ПГГ имеются препараты для лечения язвенной болезни, бронхиальной астмы, эпилепсии, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и др.

Дополнительная программа ОМС способствовала развитию аптечной сети в сельских районах. Так, например, за последние 5 лет число фармацевтических поставщиков, участвующих в реализации Дополнительной программы ОМС, увеличилось со 167 (634 аптек и аптечных пунктов на 1.01.2005г.) до 182 (275 аптек и 827 аптечных пунктов на 1.01.2024г.). При этом увеличилось число населенных пунктов (сел), где нет аптек со 167 до 176.

Одной из приоритетных задач Фонда ОМС является защита прав граждан Кыргызской Республики в области охраны здоровья. В целях улучшения доступности и качества оказания медико-санитарной помощи населению и усиления создания действенных механизмов защиты прав пациентов Фондом ОМС на постоянной основе проводится работа с обращениями и жалобами граждан.

Работа с населением основана на формировании новых подходов – переходе от пассивной передачи информации и знаний к партнерским взаимоотношениям, определении приоритетов, ориентированных на решение проблем как общества в целом, так и отдельных сообществ, групп населения, каждого человека. В своей деятельности Фонд ОМС руководствуется принципами уважения и защиты прав пациентов, отзывчивости, ориентации на потребности и нужды населения. Основные ценности Фонда ОМС – это отзывчивость к нуждам людей и уважение достоинства человека.

В целях сокращения бюрократических процедур, обеспечения прозрачности, повышения информированности, защиты прав пациентов в Фонде ОМС и его территориальных управлениях работают «Горячая линия 113». Работа «Горячей линии» включает в себя рассмотрение и анализ обращений граждан, жалоб пациентов на качество оказания медицинской и лекарственной помощи, разбор рассматриваемого случая с медицинскими работниками, принимавшими участие в лечении больного, условий их предоставления, выявление причин, приведших к нарушению прав пациента. Жалобы от населения рассматриваются объективно, уделяется особое внимание нуждам участников ВОВ,

ветеранов труда, пенсионеров, малообеспеченных слоев населения, исключая волокиту и бюрократизм, не допуская повторного обращения. Звонок на телефон Горячей линии бесплатно.

За 2022 год в Фонд ОМС поступило всего 20086 обращение граждан, из них на Горячую линию ФОМС 113 поступило –18350 обращений, по ТУ ФОМС устных обращений – 161, письменных – 555, посещений в общественной приёмной – 613, электронных - 342, через сайт в режиме on-line – 65.

По результатам рассмотрения жалоб были приняты следующие меры: объявлены предупреждения в 10 случаях, замечания в 7 случаях; выговора в 9 случаях, лишены материального поощрения в 1 случае, проведены разборы на комиссии по этике в 32 случаях, понижен в должности 1 медицинский работник, принято к сведению руководителей организаций здравоохранения в 7 случаях.

В 2023 году в Фонд ОМС поступило всего 28679 обращений граждан, из них на Горячую линию ФОМС 113 поступило –26420 обращений, по ТУ ФОМС устных обращений – 346, письменных – 744, посещений в общественной приёмной – 692, электронных - 381, через сайт в режиме on-line – 96.

По результатам рассмотрения жалоб были приняты следующие меры: объявлены замечания в 22 случаях; выговора в 14 случаях, лишены материального поощрения в 2 случаях, проведены разборы на комиссии по этике в 59 случаях, освобождены от должности – 8 медицинских работников, принято к сведению руководителей организаций здравоохранения в 13 случаях.

За январь-март 2024 года поступило 7351 обращения граждан, в т.ч. 6933 по телефону Горячей линии, 129 в территориальных отделениях Фонда ОМС, 26 в письменной форме, 2 по электронной почте и 289 в общественных приемных.

По результатам проведенных разборов со стороны руководителей ОЗ были приняты следующие меры: 4 замечаний, 8 предупреждений, 3 выговора, 1 увольнение, также проведены разъяснительные работы среди коллективов, соответствующих ОЗ.

По всем видам обращений заявителям даны консультации по телефону и письменные ответы, а также оказаны содействия в получении консультации врачей - специалистов, госпитализации в стационары и др.

Для увеличения участия пациентов в лечении проводится информационно-образовательная работа с населением по вопросам прав пациентов при получении медицинских услуг путем проведения встреч, круглых столов с НПО, пенсионерами, распространения среди населения, НПО **буклетов**, брошюр, организаций стендов в организациях здравоохранения по программам ОМС и ПГТ и активным сотрудничеством со СМИ.

За 2022 год проведены всего 812 встреч с общественностью, из них с населением – 327, с медицинскими работниками – 469, с рядом неправительственных организаций и сельскими комитетами здоровья – 16. Было выступлений по республиканскому и местному телевидению – 78, по радио – 35, в прессе – 49.

За 2023 г. были организованы и проведены всего 1189 встреч с общественностью, в т.ч. с населением –595, с медицинскими работниками – 563, с НПО/СКЗ - 31. Было выступлений по республиканскому и местному телевидению – 142, по радио – 54, в прессе – 63.

Кроме этого, в сентябре 2023 года сотрудниками Фонда ОМС были проведены акции под девизами «Застрахованным быть выгодно» и «Забота о здоровье» по г.Бишкек и всем областям республики среди населения, в том числе с торговцами рынков о преимуществах застрахованных граждан и Полисе ОМС.

Руководители Фонда ОМС и периоды их работы:

Калиева Бейшекан Алмалиевна, 1996-1998 гг.
Абдраимов Тургунаалы Дуйшеналиевич, 1998-2000 гг.
Мамбетов Касымбек Бейшенович, 2000-2001 гг.
Ибраимова Айнура Султановна, 2001-2008 гг.
Элебесов Болотбек Дердешович, 2008-2009 гг.
Абдуллаева Уктомхан Авазовна, 2009-2010 гг.
Балтабаев Ташполот Балтабаевич, 2010 г.
Шакирова Гульмира Абидиновна., 2012-2015 гг.
Калиев Марат Темирбекович, 2010-2011, 2015 - 2019гг.
Боромбаева Эльнура Кочконовна, 2019 - 2021гг.
Жуманазаров Артур Беренбекович, 2021 - 2022гг.
Муканов Азамат Кенешевич, 2022 - по настоящее время