**Приложение 1**

Утверждено приказом Фонда ОМС при ПКР

от 29 января 2019 г. №24

**Стратегия развития Фонда ОМС**

**при Правительстве Кыргызской Республики**

**на 2019-2022 годы**

**СОКРАЩЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| БГМС | Базовое государственное медицинское страхование |
| БДК | Базовые диагностические категории |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГСВ | Группа семейных врачей |
| ДП ОМС | Дополнительная программа обязательного медицинского страхования |
| КЗГ | Клинико-затратные группы |
| КР | Кыргызская Республика |
| КСФ | Клинико-статистическая форма |
| ЛС | Лекарственные средства |
| МКБ | Международная классификация болезней |
| МЗ КР | Министерство здравоохранения Кыргызской Республики |
| НИЗ | Неинфекционные заболевания |
| НПА | Нормативные правовые документы |
| ОЗ | Организация здравоохранения |
| ОКП | Отделение краткосрочного пребывания |
| ОЭМП | Отделения экстренной медицинской помощи |
| ПГГ | Программа государственных гарантий |
| ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| ПТБ | Противотуберкулезная больница |
| ПС | Пролеченный случай |
| СМП | Скорая медицинская помощь |
| ССЗ | Сердечно-сосудистые заболевания |
| ТБ | Территориальная больница |
| ТУ ФОМС | Территориальное управление Фонда ОМС |
| Фонд ОМС | Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики |
| ФОР | Финансирование, ориентированное на результат |
| ЦА ФОМС | Центральный аппарат Фонда ОМС |
| ЦОВП | Центр общеврачебной практики |
| ЦСМ | Центр семейной медицины |

**Стратегия развития Фонда ОМС**

**при Правительстве Кыргызской Республики на 2019-2022 годы**

1. **Стратегический анализ.**
	1. **Политические тенденции.**

Вопросы охраны и укрепления здоровья населения являются ключевыми приоритетами государственной политики Кыргызской Республики.

Кыргызстан остается социально ориентированным государством. Ежегодно из бюджета выделяются значительные средства на содержание социальной сферы.

В сфере социального развития за последние годы произошли последовательные изменения, позволившие улучшить состояние социальной защищенности населения, повысить уровень жизни и внедрить новые стандарты оказания услуг. Международные финансовые институты перестали считать Кыргызстан бедной страной. За пять лет крайняя бедность сократилась в 4,5 раза[[1]](#footnote-1).

Проводимая в республике реформа здравоохранения в рамках программы государственных гарантий позволила снизить финансовое бремя для населения и улучшить доступность к услугам здравоохранения социально уязвимых групп населения[[2]](#footnote-2).

В Национальной стратегии развития Кыргызской Республики до 2040 года вопросы укрепления здоровья населения и развития здравоохранения являются приоритетными направлениями.

Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» основана на программно-целевом подходе финансирования и модернизации системы предоставления услуг здравоохранения.

В рамках исполнения данной Программы Министерством здравоохранения Кыргызская Республика и Фондом ОМС стоят определённые задачи по совершенствованию механизмов оплаты деятельности организаций здравоохранения на ПМСП с учетом расширенных задач и функций, демографических показателей и ориентированных на достижение результатов и улучшение качества услуг, механизмов финансирования услуг общественного здравоохранения, пакетов профилактических услуг на популяционном уровне.

Внедрение электронной медицинской карты пациента на уровне ПМСП, интегрированной во все уровни оказания медицинской помощи, для комплексного ведения пациента и предоставления интегрированных услуг

* 1. **Экономические тенденции**

Главной целью экономической политики страны является сохранение макроэкономической стабильности и обеспечение положительной динамики экономического роста во всех секторах экономики для выхода на устойчивые темпы экономического роста[[3]](#footnote-3).

За последние несколько лет в экономической жизни страны произошли важные изменения, заложившие основы успешного будущего развития.

По итогам 2017 года экономический рост составил 104,6 %, объем ВВП сложился в сумме 521,0 млрд сомов. Без учета предприятий по разработке месторождения Кумтор, темп реального роста ВВП составил 104,7 %.

Экономический рост обеспечен всеми отраслями экономики, в том числе: в сельском хозяйстве объемы реально возросли на 2,2 %, строительстве – на 7,1 %, сфере услуг – на 2,6 %. Основным драйвером экономического роста стала промышленная отрасль, вклад которой в ВВП составил 1,9 процентных пункта, с темпом реального роста в 10,3 %, за счет роста производства основных металлов, высоких показателей добычи металлургических руд, увеличения производства электроэнергии, ее передачи и распределения.

Доля расходов на социальный сектор остается неизменной и составляет более 50% всех расходов государственного бюджета.

**Таблица 1. Ключевые макроэкономические показатели на 2017-2020 гг.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017 г.****факт** | **2018 г.****факт** | **2019г. прогноз** | **2020г. прогноз** |
| **утв.**пПКР от 13.06.17г. № 368 | **уточн.** пПКР от 23.08.18г. №393 | Откл.(+/-) | **утв.**пПКР от 13.06.17г. № 368 | **уточн.** пПКР от 23.08.18г. №393 | Откл.(+/-) |
| Номинальный ВВП, млн.сом. | 530475,7 | 557113,3 | 589873,1 | 604707,2 | 14834,1 | 648480,1 | 667078,8 | 18598,7 |
| Реальный ВВП, % | 4,6 | 3,5 | 4,8 | 4,0 | -0,8 | 5,2 | 4,4 | -0,8 |
| Инфляция, (в % к декабрю предыдущего года) | 103,7 | 100,5 | 105,1 | 104,7 | -0,4 | 104,5 | 105,4 | 0,9 |

Главными целями финансирования из государственного бюджета сектора здравоохранения на 2019 год являются обеспечение всех жителей страны устойчивым доступом к услугам системы здравоохранения, снижение финансовой нагрузки в случае заболевания, повышение эффективности и уровня качества системы здравоохранения, а также стремление сделать ее более ориентированной на пациентов и более прозрачной. Общая сумма составляет 1 466,2 млн сомов.

В секторе здравоохранения реализуются следующие проекты:

- «Борьба с туберкулезом V» (155,4 млн сомов) – предусматривает приобретение противотуберкулезных лекарств, технического и нетехнического медицинского оборудования, лабораторного оснащения, расходных материалов, а также создание системы управления качеством в Национальной референс-лаборатории и финансирование строительных работ в учреждениях для лечения туберкулеза и оплаты консультационных услуг;

- «Создание национальной системы экстренной медицины II» (7,4 млн сомов) – средства будут направлены на строительство и оснащение медицинским и немедицинским оборудованием интегрированного отделения экстренной медицины в Джалал-Абадской областной больнице, на оказание консультационных услуг и обучения, направленных на повышение медицинской квалификации;

- «Охрана материнства и детства IV-V» (159,4 млн сомов) – направлены на улучшение медицинской помощи беременным и новорожденным. Программа также направлена на снижение уровня детской смертности и улучшение материнского здоровья. В рамках Программы предусматривается создание Перинатального центра республиканского уровня на территории Национального центра охраны материнства и детства в городе Бишкек; приобретение медицинского оборудования; оказание технической поддержки Министерству здравоохранения Кыргызской Республики при разработке и внедрении системы перевозки новорожденных детей; внедрение системы направления на лечение;

- «Строительство нового корпуса для городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (г. Бишкек)» и «Строительство и оснащение нейрохирургического центра Национального госпиталя» (1 143 млн сомов). Проект «Строительство нового корпуса для городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек» направлен на повышение качества оказания медико-санитарной помощи больным детям с хирургической патологией с рождения до 16-17 лет в масштабе всей страны, путем организации современной, круглосуточной неотложной специализированной качественной медицинской помощи на уровне передовых стран.

Целью проекта «Строительство и оснащение нейрохирургического центра Национального госпиталя» является строительство нейрохирургического центра, оснащенного всем современным комплексом лечебно-диагностического оборудования, где будет оказываться высокоспециализированная экстренная и плановая помощь больным нейрохирургического профиля, а также проводиться подготовка высококвалифицированных специалистов.

* 1. **Социальные и демографические тенденции.**

Среднегодовая численность постоянного населения республики по состоянию на 01.01.2017 г. составила 6 074 900 человек (2015 г. – 5 957 300, рост на 117,6 тыс. чел.).

 В возрастной структуре населения 36,4% составляют дети и подростки (0-17 лет), 60,3% - лица трудоспособного возраста, 6,8% - лица старше трудоспособного возраста. Согласно демографическому прогнозу подготовленного при поддержке ЮНФПА, к 2050 году наблюдается тенденция к старению населения, что является новым вызовом для дальнейшего развития системы здравоохранения.

Население Кыргызстана постепенно приближается к порогу старости: на начало 2017 года в возрастах 65 лет и старше находились 275,2 тыс., или 4,5% кыргызстанцев, что значительно ниже показателя других стран. По прогнозу ООН, примерно к 2030 году число пожилых людей в стране почти удвоится, что потребует дополнительных усилий для обеспечения достойной старости.

В настоящее время соотношение численности населения в трудоспособном и нетрудоспособных возрастах меняется таким образом, что коэффициент демографической нагрузки (отношение численности населения моложе, а также старше трудоспособного возрастов на 1000 населения в трудоспособном возрасте) увеличивается, и на конец 2016 года составил 692 человека.

В Кыргызстане, как и в других странах мира, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре общей смертности населения, составляя более половины всех случаев ежегодных смертей[[4]](#footnote-4).

Рисунок 1. **Структура причин смертности населения Кыргызской Республики, 2017 год**

С 2012 года отмечается стабилизация показателя смертности населения от ССЗ из расчета на 100 тысяч населения с тенденцией к постоянному его снижению. В этом плане нельзя не отметить положительную роль реализации Национальной программы реформы здравоохранения «Ден-Соолук» (2012-2017 гг.), Государственной программы контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике (2013-2020 гг.). Реализация заложенных в этих программах мероприятий осуществляется в двух направлениях:

* на популяционном уровне с разработкой и внедрением эффективных профилактических мероприятий с активным участием населения, сообществ, местных властей и неправительственных организаций и воспитанием культуры здоровья
* на уровне системы предоставления услуг – повышение потенциала медицинских работников, разработка и внедрение эффективных методов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Экспертиза предоставляемых медицинских услуг пациентам с ССЗ направлена на определение соответствия качества медицинских услуг утвержденным клиническим руководствам и протоколам. Также пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют доступ к льготной лекарственной программе.

Кыргызстан остается социально ориентированным государством. Ежегодно из бюджета выделяются значительные средства на содержание социальной сферы.

В сфере социального развития за последние годы произошли последовательные изменения, позволившие улучшить состояние социальной защищенности населения, повысить уровень жизни и внедрить новые стандарты оказания услуг. Международные финансовые институты перестали считать Кыргызстан бедной страной. За пять лет крайняя бедность сократилась в 4,5 раза[[5]](#footnote-5).

Проводимая в республике реформа здравоохранения в рамках программы государственных гарантий позволила снизить финансовое бремя для населения и улучшить доступность к услугам здравоохранения социально уязвимых групп населения[[6]](#footnote-6).

Важнейшим показателем, характеризующим состояние жизненного уровня населения и рынка труда, является заработная плата. Размер реальной заработной платы в 2016 году по сравнению с 2012 годом увеличился в 1,1 раза, при росте среднемесячной номинальной заработной платы за этот период почти в 1,4 раза.

**1.3 Технологические тенденции.**

В Кыргызской Республике более 90% населения имеют возможность доступа в интернет, практически каждый взрослый житель страны имеет мобильную связь. Государственные органы начали предоставлять свои услуги в электронном формате на портале Государственных услуг. Также развиваются электронные платежные системы, многие информационные системы переходят в онлайн режимы. Организации здравоохранения для автоматизации своих задач создают собственные информационные системы.

Утверждена Стратегия электронного здравоохранения на 2015-2020 годы. Реализация электронного здравоохранения должна обеспечить создание эффективной, доступной, открытой и устойчивой системы здравоохранения, центральное место в которой займет ранняя диагностика, эффективная система лечения, ориентированной на пациентов[[7]](#footnote-7).

Введена единая электронная персонифицированная базы данных застрахованных граждан по обязательному медицинскому страхованию. Ежемесячно актуализируются данные в единой персонифицированной базе Фонда ОМС с учетом данных Социального фонда, Министерства труда и социального развития и Государственной регистрационной службы Кыргызской Республики.

В 2017 году утверждена общенациональная программа цифровой трансформации страны «Таза Коом», которая охватывает все сферы жизнедеятельности страны. Данная Программа станет эффективным инструментом для искоренения коррупции в государственном секторе путем минимизации влияния человеческого фактора через автоматизацию административных процессов и процедур, а также предоставление цифровых государственных услуг.

1. **Оценка сектора здравоохранения.**
	1. **Приоритетные направления здравоохранения.**

Одними из основных приоритетных направлений Программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» является охрана здоровья матери и ребенка, профилактика и борьба с НИЗ, совершенствование финансирования ПМСП, механизм оплаты по результатам, оптимизация больничной системы, улучшение доступности к лекарственным средствам.

**Усиление первичной медико-санитарной помощи**

В настоящее время первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) населению республикиоказывают 64 Центра семейной медицины (ЦСМ), 28 Центров общеврачебной практики (ЦОВП), в которых функционирует 696 групп семейных врачей (ГСВ), 17 самостоятельных юридических ГСВ и 1030 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). В районе обслуживания ФАП проживает 26% населения республики. Скорую медицинскую помощь населению оказывают 2 станции и 128 отделений в организациях здравоохранения.

ПМСП слабо ориентирована на профилактическую деятельность и отмечается недостаточно эффективный охват населения услугами по заболеваниям, подлежащих контролю на первичном уровне, прежде всего НИЗ.

Пациенты с неинфекционными заболеваниями, по которым отмечается высокая смертность и инвалидизация населения в стране не выявляются на уровне ПМСП, по причине низкой обращаемости населения и отсутствия заинтересованности ПМСП выявлять и контролировать эти состояния.

Слабая материально-техническая оснащенность, устаревшая инфраструктура, ограниченная доступность технологий здравоохранения на уровне ПМСП не позволяют обеспечивать обслуживаемое население комплексными, качественными медицинскими услугами.

Необходимо отметить, что программы льготного лекарственного обеспечения пациентов на амбулаторном уровне не обеспечивают их полной финансовой защиты, не соответствуют потребностям населения, с учетом бремени заболеваемости.

Имеет место проблема слабой обеспеченности организаций ПМСП информационными технологиями и системами, что снижает эффективность функционирования ПМСП, в охвате населения необходимыми услугами по охране и укреплению здоровья.

Недостаточная обеспеченность необходимыми кадрами, где семейные врачи составляют только 13% от общего количества врачей ПМСП и 70%-80% из них являются лицами пенсионного и предпенсионного возраста наряду с высокой текучестью кадров, подрывает устойчивость вклада в обучение персонала. Ситуация усугубляется отсутствием однозначных стимулов, ориентированных на достижение определенных результатов.

В 2018 году Фонд ОМС внедрил финансирование по стимулирующим выплатам за результаты оценки деятельности организаций здравоохранения на основе результатов Оценочных карт.

С октября 2018 года Правительством КР повышена заработная плата семейным врачам/ врачам общей практики и медицинским сестрам на уровне ПМСП. Семейным врачам/ врачам общей практики внедрена система стимулирующих выплат по результатам 9 индикаторов по приоритетным направлениям системы здравоохранения. Медицинским сестрам заработная плата повышена на 15-30% от базового оклада.

С 2017 года в рамках реализации Плана действий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017-2026 годы проводится внедрение амбулаторного лечения больных туберкулезом. Противотуберкулезные услуги постепенно интегрируются в ПМСП. В пилотном режиме отрабатываются новые механизмы финансирования за успешное завершенный случай лечения туберкулезного пациента на амбулаторном уровне в Чуйской, Таласской областях, в Кара-суйскрм районе Ошской области и в Сузакском и бБзар-Коргонском районе Джалал-Абадской области.

## Ключевые проблемы

Разработка обновленной высококачественной системы первичной медико-санитарной помощи является определяющим элементом программы. Она будет основана на комплексном подходе для удовлетворения потребностей населения и будет включать исполнение следующих задач:

* + 1. Переориентирование ПМСП на профилактические услуги, раннее выявление заболеваний и ведения/управления случаями заболеваний в соответствии со стандартами качества и другими обязательствами государства в области права на доступ к услугам здравоохранения;
		2. Развитие взаимодействия и координации между ПМСП и организациями вторичного и третичного уровня для обеспечения интегрированного, комплексного и пациент-ориентированного подхода в предоставлении услуг;
		3. Обеспечение всеобщего охвата услугами ПМСП с ориентиром на улучшение показателей здоровья и принципы справедливого, равного доступа для всего населения;
		4. Укрепление и повышение кадрового потенциала для оказания квалифицированных услуг ПМСП через финансирование стимулирующих выплат по результатам оценки по Оценочной карте и выполнению индикаторов работы семейных врачей.

**Усовершенствование и оптимизация стационарной помощи**

Сеть стационаров вторичного и третичного уровней включает много небольших и однопрофильных учреждений, что является неэффективным с точки зрения управления, ресурсного обеспечения и предоставления качественных услуг.

С целью оптимизации некоторых специализированных служб в системе здравоохранения были разработаны мастер-планы. Однако, они не были реализованы в силу фрагментарного рассмотрения без учета общей системы предоставления услуг.

Некоторые стационары неэффективно используют дорогостоящее оборудование из-за отсутствия обученных специалистов, другие со слабой материально-технической базой не способны обеспечивать население необходимыми услугами.

Наблюдается отсутствие эффективного менеджмента на уровне организаций вторичного и третичного уровней, по причине недостаточных знаний и навыков действующих руководителей по эффективному управлению, нечетких полномочий и прав для принятия решений.

## Ключевые задачи

Стационары являются важной частью системы здравоохранения, в будущем мы ожидаем увидеть изменения в следующих ключевых задачах:

1. Оптимизация и создание рациональной и эффективной стационарной сети организаций здравоохранения, способной обеспечить население качественными, своевременными, комплексными и интегрированными медицинскими услугами.

2. Улучшение качества медицинских услуг в больничной системе через модернизацию инфраструктуры, внедрение современных подходов эффективного управления.

3. Повышение роли организаций третичного уровня в оказании населению высокотехнологических услуг на принципах равноправного доступа, проведении методических и научных разработок, основанных на принципах доказательной медицины, оказании методической помощи организациям здравоохранения первичного и вторичного уровней здравоохранения.

4. Разработка комплекса мер по безопасности организаций здравоохранения при чрезвычайных ситуациях.

**Развитие скорой медицинской помощи**

Служба скорой медицинской помощи в КР не соответствуют современным стандартам с точки зрения своих прямых функций и задач (своевременность, качество и эффективность квалифицированной медицинской неотложной помощи) и не отвечают нуждам и потребностям населения.

В большинстве случаев служба СМП осуществляет транспортировку пациентов до ближайшей организации здравоохранения и не способна в полной мере оказать квалифицированную медицинскую помощь для населения при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Имеет место низкая техническая оснащенность, проблемы недостаточного потенциала и компетенции службы СМП. Часто служба СМП сталкивается с отсутствием оборудования для оказания неотложной помощи, и ограничениями для транспортировки пациентов для своевременной доставки в специализированные учреждения.

Существующая система службы для оказания СМП, включающая региональные организации в виде отделений для оказания экстренной медицинской помощи, зачастую не гарантируют оказание качественной медицинской помощи, проведение необходимых лабораторно – диагностических процедур в полном объеме.

Разработано и начата апробация программного обеспечения по учету услуг неотложной экстренной консультативной помощи (сан. авиации) по результатам которого будет проведена оптимизация данной службы.

## Ключевые задачи

Необходимы кардинальные изменения в службе скорой медицинской помощи для эффективного функционирования и обеспечения населения гарантированными услугами, независимо от места проживания и уровня дохода. Учитывая высокую смертность и инвалидность от ССЗ, и приоритет этой проблемы в рамках Программы особенно важно организовать обеспечение своевременной и эффективной скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме, инсультах и перинатальной помощи. Для того чтобы гарантировать получение населением качественных и эффективных услуг скорой медицинской помощи ожидаются исполнение следующих ключевых задач:

1. Модернизация службы скорой медицинской помощи с целью повышения качества и эффективности услуг на принципах справедливого, равного доступа для всего населения.

2. Обеспечение быстрого и эффективного реагирования службы скорой медицинской помощи, в том числе при дорожно-транспортных происшествиях, техногенных авариях и катастрофах, чрезвычайных ситуациях для оказания своевременных, квалифицированных медицинских услуг.

3. Повышение потенциала специалистов службы скорой медицинской помощи для оказания своевременных и качественных услуг.

4. Совершенствование системы финансирования службы СМП, в том числе отделений экстренной консультативной медицинской помощи (сан. авиации)

**Лекарственные средства**

Процессы реформирования, проводимые в области лекарственного обеспечения за последние более чем 20 лет, привели к наличию развитой аптечной сети и широкого ассортимента лекарств. Изменившаяся экономическая ситуация и развитие инфраструктуры лекарственного рынка существенно поменяли его функционирование. При этом в предыдущих программах развития здравоохранения «Манас», «Манас таалими» и «Ден соолук» в области управления лекарственными средствами (ЛС) снижение цен и расходов на ЛС никогда не являлось явным приоритетом и фокусом.

Политика ценообразования и снижения расходов на ЛС особенно важна для Кыргызстана, учитывая влияние закупок лекарственных средств на наличные выплаты из кармана домохозяйств и на уровень финансовой защиты. На сегодняшний, выплаты на ЛС являются наиболее высокими из всех расходов, связанных со здравоохранением, в виде общих выплат из кармана домохозяйств на душу населения.

Расходы из карманов населения на здравоохранение, в том числе на лекарства растут быстрее бюджетов домохозяйств, при этом самое большое бремя ложится на беднейший квинтиль. Средняя доля платежей из карманов от бюджетов домохозяйств, на самом деле, снижалась до запуска Программы «Ден соолук» и продолжала снижаться в первые годы ее реализации. Однако, эта динамика полностью поменялась в течение последних пяти лет и выросла до уровня, превышающего исходный уровень 2006 года так же, как и уровень 2003 года.

Финансовое бремя населения, покупающего ЛС, выросло для всех квинтилей (за исключением второй наиболее богатой группы, для которой оно осталось таким же), при этом квинтили с наименьшим доходом несут самое высокое бремя расходов, оплачиваемых из карманов, в доле от бюджета домохозяйств.

Средняя сумма платежей, оплачиваемых из карманов за лекарства, резко возросла за период с 2006 по 2014 и увеличилась в более чем три раза (от 619 сомов до 2187 сомов). При этом доля пациентов, которым приходилось покупать ЛС осталась на том же уровне, 51-53%.

Не рациональное использование лекарственных средств, при увеличивающихся расходах из личных карманов на лекарственные препараты существенно увеличились в последние годы, особенно для бедных. Лекарства в основном приобретаются без рецепта врачей. Процент людей, которые подтвердили покупку хотя бы одного прописанного врачом лекарства за последние 30 дней, вырос с 6.6% в 2006 году до 10% в 2014 году, с незначительным спадом до 5.9% в 2009 году.

Степень покупок непрописанных врачом лекарств намного выше, но при этом сохраняется та же динамика роста: в 2014 году одна четверть населения покупала непрописанные лекарства, это выше чем 21.8% в 2006 году с незначительным спадом до 20.2% в 2009 году. Средняя сумма расходов на прописанные врачом лекарства выросла почти втрое за период с 2006 по 2014 годы (с 228 до 638 сом); и выросла более, чем в 7 раз за непрописанные лекарства, то есть которые приобретались пациентами самостоятельно, без назначения врача.

Очевидно, что расходы населения на лекарства растут, как за счет повышения цен, так и за счет высокого потребления лекарств. Это связано как с ненадлежащей практикой назначений врачами, так и увеличивающимися масштабами самолечения среди населения из-за недостатка информации о рациональном использовании ЛС и безрецептурной продажей ЛС, в том числе антибактериальных.

Эти факторы создают безальтернативную информационную среду для неэтичного маркетинга, а наличие материальных вознаграждений для врачей со стороны фармацевтических компаний мотивируют их назначать излишнее количество дорогих лекарств.

Имеющиеся льготные программы по лекарственному обеспечению (ЛППГГ и ДП ОМС) уже не несут существенного снижение финансового бремени населения по расходам на лекарства. Во-первых, из-за постоянного роста цен на ЛС и отсутствия в стране контроля за ценами на ЛС, растет со-оплата населения за возмещаемые ЛС. Во-вторых, снижение сооплаты пациентом на ЛС за счет использования более дешевых генерических ЛС встречает сопротивление из-за присутствия на рынке генерических ЛС с низкой клинической эффективностью. В то же время высокая цена на ЛС не является гарантией качества, но такое убеждение позволяет фармацевтическим компаниям продвигать дорогие генерические ЛС под торговыми названиями.

Контроль за ценами на ЛС отсутствует как на уровне государственных закупок, так и в розничной продаже, и на уровне производителей.Кроме того, как следствие отсутствия системы ценового регулирования, сведения о ценах являются ограниченными для всех уровней, в том числе для населения.

Бесконтрольное и излишнее потребление ЛС приводит к двум нежелательным последствиям для системы и политики в сфере общественного здравоохранения: возможные финансовые риски, особенно для уязвимых групп и распространение болезней, связанных с антимикробной резистентностью.

Вышеуказанные проблемы являются следствием низкого регуляторного барьера. Проблемы национального регуляторного механизма детально указаны в Государственной программе развития сферы обращения лекарственных средств на 2016-2020 годы.

## Ключевые задачи

1. Улучшить регулирование и управление обращением лекарственных средств, изделий медицинского назначения путем укрепления функций и деятельности регуляторного органа в области лекарственного обращения, руководствуясь принципами прозрачности и надлежащего управления и их использования во всем фармацевтическом секторе, а также предусмотрев непрерывную поддержку для усиления деятельности регуляторного органа в области лекарственного обращения.
2. Создать систему регулирования цен на жизненно-важные лекарственные средства, медицинские изделия с целью снижения выплат из карманов на лекарства
3. Повысить эффективность государственного отбора, закупок и использования лекарственных средств и изделий медицинского назначения и улучшить управление лекарственными средствами в организациях здравоохранения
4. Улучшить практику назначения лекарственных средств медицинскими специалистами и снизить необоснованное потребление лекарств населением, а также использования медицинских изделий.
5. Улучшить механизмы льготных программ по лекарственному обеспечению в части отбора лекарственных средств с учетом потребности населения.
	1. **Первичная медико-санитарная помощь.**

Первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) населению республики оказывают 64 Центра семейной медицины (ЦСМ), 28 Центров общеврачебной практики (ЦОВП), в которых функционирует 696 групп семейных врачей (ГСВ), 17 самостоятельных юридических ГСВ и 1030 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). В районе обслуживания ФАП проживает 26% населения республики. Скорую медицинскую помощь населению оказывают 2 станции и 128 отделений в организациях здравоохранения.

Перед системой здравоохранения остро стоит проблема обеспечения отдаленных регионов страны врачебными кадрами, особенно семейными врачами. Семейные врачи составляют лишь 12% от общего числа врачебных кадров в стране. Укомплектованность семейными врачами снижалась за последние 10 лет и составила 53% от потребности. 79% семейных врачей, работающих в сельской местности, пред- или пенсионного возраста. Поднимаются вопросы повышения уровня профессиональной компетенции кадров здравоохранения, особенно руководителей на всех уровнях системы здравоохранения.

Низкая обеспеченность медицинскими кадрами негативно влияет на результаты деятельности системы здравоохранения. Это подтверждено международными исследованиями, такая же зависимость показателей здравоохранения от уровня обеспеченности кадрами прослеживается и в нашей республике.

Наряду с этим отмечается хорошая укомплектованность специалистами со средним медицинским образованием. Процент укомплектованности ПМСП сестринским персоналом составляет 96,5%. В сельских, отдаленных регионах отмечается переизбыток специалистов со средним медицинским образованием.

Во исполнение распоряжение Правительства Кыргызской Республики № 9-р от 17 января 2017 года с целью стимулирования эффективности и качества ПМСП через апробацию механизма финансирования, ориентированного на результат Фондом ОМС проводится финансирование пилотных ОЗ ПМСП.

Финансирование, ориентированное на результат за успешное завершение лечения туберкулеза на уровне ПМСП осуществляется в Чуйской области с ноября 2017 г., в Таласской области и Кара-Суйском районе Ошской области - с 1 февраля 2018 г., в Сузакском и Базар-Коргонском районах Джалал-Абадской области - с 1 июля 2018 г.

В 2018 году осуществлено финансирование за 1667 случаев завершенного лечения ТБ на амбулаторном уровне на общую **сумму 24 660,0 тыс. сомов.** Из них за чувствительный ТБ выплачено 15348,0 тыс. сом (1279 случаев), за лекарственноустойчивый ТБ- 9312,0 тыс.сом (388 случаев).

В 2019 г. планируется дальнейшее распространение финансирования, за успешное завершение туберкулеза на амбулаторном уровне в другие регионы.

* 1. **Стационарная медицинская помощь.**

**Необоснованные госпитализации.**

Одним из направлений экспертизы качества медицинской помощи Фонда ОМС является выявление случаев необоснованной госпитализации и необоснованных направлений пациентов для стационарного лечения. Количество выявляемых экспертами Фонда ОМС необоснованных госпитализаций с 2012 года сохраняется на одном и том же уровне, и составляет в среднем 5,9% от общего количества проэкспертированных случаев.

В целях улучшения качества медицинской помощи населению на стационарном и первичном уровнях здравоохранения, снижения количества необоснованных госпитализаций и оптимизации финансовых расходов системы здравоохранения в 2016 году разработан и утвержден перечень заболеваний, подлежащих лечению на уровне ПМСП. Однако данный приказ в силу разных причин не получил должного и надлежащего исполнения в стране.

В 2018 г. уровень необоснованных госпитализаций по базе данных «Пролеченный случай» в соответствии с утвержденным перечнем составил 7% (2017 г – 8%).

Рисунок 2. **Уровень необоснованных госпитализаций, 2012-2018 гг. (%)**

**Отделения краткосрочного пребывания.**

С целью оптимизации предоставления стационарной помощи детям, не нуждающимся в длительной госпитализации, эффективного использования средств государственного бюджета с 2015 года внедрен метод финансирования случаев краткосрочной госпитализации детей в стационары (до 24-х часов).

В настоящее время в 77 организациях здравоохранения, предоставляющих стационарную помощь детям, открыты 720 коек однодневного пребывания детей (ОКП).

В отделениях/койках кратковременного/однодневного пребывания в 2018 г. пролечено 35981 больных (в 2017 г. -28398), что на 26,7% больше в сравнении с 2017 г.

Рисунок 3. **Динамика пролеченного случая в ОКП2017-2018 г.г.**

С внедрением ОКП было достигнуто своевременное оказание медицинской помощи (сокращение времени с момента поступления пациента до первого вмешательства, круглосуточная доступность к основным лабораторным услугам, улучшение обеспечения необходимым оборудованием (91%) и медикаментами (65%))[[8]](#footnote-8)

 Наряду с вышеуказанными достижениями существует ряд проблем:

* отсутствие преемственности с первичным уровнем здравоохранения;
* отсутствие четких критериев госпитализации для разных уровней оказания медицинской помощи;
* отсутствие клинических протоколов/стандартов по хирургическим нозологиям и инструментов оценки качества оказания хирургической помощи;
* несовершенство системы оплаты пролеченных случаев в данных отделениях (существующая система оплаты не стимулирует стационары);
* открытие ОКП не привело к ожидаемому снижению уровня госпитализаций в стационарах, что, связано с отсутствием доверия населения к ПМСП с одной стороны (все обращаются в стационар по любому поводу и без направления) и с существующим финансированием ОКП с другой стороны (стационары заинтересованы продержать больного более одного дня и получить более высокую оплату за пролеченный случай);

 более мелкие стационары (некоторые ТБ и ЦОВП) не стремятся госпитализировать в ОКП из-за сложившегося стереотипа мышления о практике оказания стационарной медицинской помощи и, возможно, низкого уровня знаний по оказанию неотложной медицинской помощи детям.

По результатам экспертизы качества предоставления услуг в ОКП в 2018 г. среди госпитализированных в ОКП 95% составили дети до 5 лет, из них каждый второй ребенок - до 1 года. По типу госпитализации 84,3% составили экстренные госпитализации, при этом более 70% госпитализированных детей поступили в стационар без направления, минуя ПМСП. По результатам экспертизы лишь 4,8% детям, госпитализированным в ОКП была оказана догоспитальная медицинская помощь.

Министерством здравоохранения в настоящее время инициируется необходимость создания подобных отделений для женщин с акушерско-гинекологической патологией, а также для другой категории взрослого населения при проведении малых оперативных вмешательств и при некоторых терапевтических состояниях и заболеваниях.

**Специализированная медицинская помощь.**

В 2016 году в систему Единого плательщика вошли 11 специализированных организаций здравоохранения, предоставляющих психиатрическую, кардиохирургическую, онкологическую и гематологическую медицинскую помощь. В целях улучшения доступности дорогостоящей специализированной медицинской помощи для населения в специализированных организациях здравоохранения проводится пилотирование модели базового государственного медицинского страхования (БГМС). Определены объем, виды и условия предоставления специализированной медицинской помощи, а также [временный](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215649#unknown) порядок финансирования.

В настоящее время требуется пересмотреть все группы бенефициаров по предоставлению высокоспециализированной медицинской помощи с целью сокращения льготных категорий с акцентом на обеспечение финансовой защиты малообеспеченных и уязвимых групп населения. Отмечается несвоевременное финансирование кардиохирургической службы через Фонд высоких технологий. Кроме того, в психиатрической службе необходимо решить вопросы социального характера, которые «легли на плечи медицинских работников». Кроме того, необходимо осуществить интеграцию программы БГМС в Программу государственных гарантий.

В настоящее время Министерством здравоохранения при поддержке Всемирного банка нанята команда экспертов для проведения анализа деятельности психиатрической службы, в том числе вопросов финансирования центров психического здоровья, и предложений по оптимизации психиатрической службы.

**Клинико-затратные группы.**

Первые клинико-затратные группы (КЗГ) утверждены в 1997 году как инструмент финансирования стационарной помощи. С 1999 года проведено 4 пересмотра КЗГ.

Имеющаяся система оплаты за пролеченные случаи на основе КЗГ на сегодняшний день недостаточна и требует совершенствования. Фонд ОМС использует КЗГ в процессе бюджетного планирования, однако объемы контрактов по КЗГ не определяются. Оплата по КЗГ осуществляется только по основному диагнозу без учета имеющихся осложнений и сопутствующих заболеваний. Кроме того, хирургические КЗГ разработаны в соответствии с Классификатором хирургических операций на основе МКБ-9, в связи с чем сумма оплаты пролеченных случаев не соответствуют фактическим расходам больниц.

При разработке методологии расчета взвешенных затрат КЗГ и их группировки необходимо учитывать возможные изменения в области здравоохранения (изменение технологий здравоохранения, клинических руководств, улучшение качества данных о затратах и т.д.)[[9]](#footnote-9). Однако отмечается недостаточный потенциал и отсутствие достаточного опыта сотрудников Фонда ОМС по разработке КЗГ. Требуется повышение потенциала сотрудников для удовлетворения минимальных требований к модернизации и развитию системы КЗГ. В дополнение к человеческим ресурсам имеется потребность в разработке IT-решений для облегчения управления системой КЗГ.

В 2018 г. создана межведомственная рабочая группа по пересмотру КЗГ, которая при методологической помощи консультантов ВОЗ начала подготовительные мероприятия по расчету клинико-затратных групп. В настоящее время ведется работа по анализу однородности диагностических категорий с участием практикующих врачей.

**Стратегические закупки медицинских услуг**

Ежегодно Фонд ОМС заключает договора с поставщиками на предоставление медицинских, профилактических и фармацевтических услуг по реализуемым программам. Однако действующая система договорных отношений не отражает реальные потребности населения в услугах на основе объективных критериев заболеваемости населения, демографических тенденций, развития экономики и технологий здравоохранения.

С целью повышения экономической эффективности, улучшения доступа к высококачественным и безопасным услугам при имеющихся финансовых ресурсах имеется необходимость в переходе с пассивных закупок на активные закупки. Требуется создание гибкой и отзывчивой системы здравоохранения, которая будет эффективно удовлетворять потребности населения в качественных и безопасных медицинских услугах при имеющихся финансовых возможностях.

С целью улучшения доступности и качества медицинских услуг, оптимизации финансовых средств в системе Единого плательщика, в соответствии с приказом Фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонда ОМС) от 30 декабря 2017 г. № 364 «О реализации пилотного проекта «Стратегические закупки стационарных медицинских услуг» в Джалал-Абадской и Таласской областях с 1 января 2018 г. начато внедрение элементов стратегических закупок медицинских услуг в общепрофильных стационарах.

Основной целью пилотного проекта является реализация первых шагов внедрения стратегических закупок медицинских услуг в сфере здравоохранения Кыргызской Республики, а именно совершенствование договорного процесса через:

- планирование объема и клинической структуры пролеченных случаев с вовлечением в этот процесс ОЗ (формирование обратной связи);

- формирование единого подхода к методологии прогнозирования и анализа объема ПС по структуре (по базовым диагностическим категориям) со стороны ТУ ФОМС, ОЗ;

- обучение специалистов Фонда ОМС, ТУ ФОМС, руководителей и сотрудников организаций здравоохранения клиническому анализу и планированию объемов пролеченного случая, в соответствии с базовыми диагностическими категориями, учетом ресурсов ОЗ, демографических данных и др.

- предоставление более четкого содержания и предмета договора между ТУ ФОМС и ОЗ для повышения плановой и стимулирующей функции договоров.

В течение 2018 г Фондом ОМС разработаны и утверждены методические документы по внедрению стратегических закупок медицинских услуг, ежеквартальное приложение к типовому договору на предоставление стационарной медицинской помощи по объему пролеченных случаев. Проведено 10 обучающих семинаров и рабочих совещаний для специалистов ТУ ФОМС и ОЗ по основам стратегических закупок, методологии прогноза и анализа объема, структуры ПС, оказана методическая помощь в проведении анализа.

ТУ ФОМС провели обучающие семинары и рабочие совещания по внедрению элементов стратегических закупок медицинских услуг в 26 стационарах пилотных областей для директоров ОЗ, заместителей, заведующих отделениями, врачей и специалистов медико-информационного отдела.

 **Ключевые проблемы:**

- нет заинтересованности и понимания со стороны ОЗ в проведении анализа пролеченного случая. Поэтому для стимулирования ОЗ в оценку качества по Оценочной карте в 2018 году включен критерий «Проведение ежеквартального анализа исполнения плана ПС»;

- между поставщиками услуг и ТУ ФОМС существует значительный разрыв в понимании смысла предпринятых инициатив. Очень мало понимания принципов стратегической закупки медицинских услуг на стороне поставщика. Обучающие семинары и встречи, которые были организованы для поставщиков специалистами ТУ ФОМС при внедрении, не предоставили необходимых знаний и понимания среди поставщиков. Не все руководители ОЗ проводят мониторинг запланированного ежеквартального плана пролеченного случая. Внутри ОЗ не проводились какие-либо самостоятельные мероприятия по обучению и приобретению навыков анализа пролеченных случаев. Очевидно, что необходимо уделять больше внимания созданию потенциала поставщиков, чтобы обеспечить ожидаемый результат и формирование обратной связи, а также большее проведение обучающих семинаров.

Несмотря на вышеперечисленные проблемы, опыт 12 месяцев показывает положительный эффект – специалисты ТУ ФОМС в большей мере, руководители и специалисты стационаров в меньшей мере начали планомерную работу по анализу и прогнозированию объема и структуры пролеченных случаев. Значительно улучшились навыки специалистов ТУ ФОМС по выявлению неправильного заполнения и ввода КСФ, что приводит к улучшению качества данных БД ПС и правильному прогнозированию.

Данный этап внедрения первых элементов анализа и планирования ПС планируется распространить в 2019 году на все регионы Республики, в результате чего повысится уровень знаний и потенциал специалистов как ТУ ФОМС, так и руководителей, медицинских работников для дальнейшего перехода на стратегические закупки медицинских услуг

* 1. **Финансирование на основе результатов.**

С 2014 года введены механизмы стимулирования организаций здравоохранения за улучшение качества оказываемой медицинской помощи по конечному результату в пилотных организациях здравоохранения, предоставляющих стационарную помощь (проект ФОР). Первоначально в пилотном проекте участвовали больницы и ЦОВП районного уровня, в каждой из них качество медицинского обслуживания оценивалось ежеквартально.

С июля 2018 г Фонд ОМС совместно с Министерством здравоохранения распространил данный опыт применения стимулирующих выплат по результатам оценки качества предоставления медицинских услуг по Оценочной карте на все организации ПМСП, на областные, городские стационары и родильные дома. Финансирование по стимулирующим выплатам вышеуказанным организациям здравоохранения осуществлялось за счет проекта Всемирного Банка и за счет средств бюджета ФОМС.

В 2018 г. проведена оценка качества предоставления медицинских услуг с использованием Оценочныхкарт в 110 организациях здравоохранения, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, в том числе в 8 ОЗ ПМСП Иссык-Кульской области, работающих по проекту “Автономия организаций здравоохранения”.

**Табл. 1 Результаты оценки качества предоставления медицинских услуг в ОЗ ПМСП** *(за исключением ОЗ ПМСП, участвующих в проекте “Автономия организаций здравоохранения”)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование региона** | **АУП (max 100 бал)** | **%** | **ГСВ** **(max 870 бал)** | **%** | **ФАП (max130 бал)** | **%** |
| г. Бишкек | 53 | 53 | 623 | 62,3 |  |  |
| Джалал-Абадская обл. | 15 | 15 | 356 | 40,9 | 59 | 45,4 |
| Чуйская обл. | 35 | 35 | 427 | 49,1 | 43 | 33,1 |
| Ошская обл. | 39 | 39 | 498 | 57,2 | 72 | 55,4 |
| Иссык-Кульская обл. | 26 | 26 | 386 | 44,4 | 82 | 63,1 |
| Баткенская обл. | 17 | 17 | 322 | 37,0 | 40 | 30,8 |
| Нарынская обл. | 39 | 39 | 425 | 48,9 | 70 | 53,8 |
| Таласская обл. | 16 | 16 | 390 | 44,8 | 63 | 48,5 |
| **Республика** | **30** | **30** | **428** | **9,2** | **61** | **46,9** |

**Качество деятельности ГСВ** оценивается по 6 категориям:

1. Самооценка и управление ресурсами в ГСВ

2. Качество работы с детьми до 5 лет

3. Качество антенатальной помощи

4. Качество работы по гипертонической болезни

5. Качество услуг по туберкулезу

6. Качество деятельности ФАП

Максимальное количество балов по оценочной карте ГСВ – 1000 баллов.

По вышеуказанным категориям оценочной карты наибольший процент соответствия критериям качества отмечается в категории – «Качество услуг детям до 5 лет» (55,6%), наименьшее – в категории «Качество услуг пациентам с туберкулезом» (34,8%).

 Рисунок 4. **Результаты оценки качества деятельности ГСВ (%) по регионам**

В 2018 г в 82 стационарах различного уровня (центры общеврачебной практики, территориальные, городские, областные больницы, родильные дома) проведена оценка качества медицинских услуг с использованием Оценочной карты. Оценочная карта стационаров состоит из 8 категорий оценки качества медицинской помощи:

- Категория 1: Управление, Гигиена, Инфекционный контроль.

- Категория 2: Обучение, Усиление потенциала, Библиотека.

- Категория 3: Опрос Удовлетворенности пациентов.

- Категория 4: Внутрибольничная система обеспечения качества.

- Категория 5: Качество услуг в отделениях хирургического/ гинекологического профиля.

- Категория 6: Качество услуг в родильном отделении.

- Категория 7: Качество услуг новорожденным и детям.

- Категория 8: Качество услуг в отделениях терапевтического профиля.

Максимальное количество баллов - 1000.

В целом по республике средний балл в стационарах составил 597 баллов, что соответствует 59,7%. По категориям Оценочной карты наибольший процент соответствия критериям качества отмечается в категории – удовлетворенность пациентов (90,9%) и наименьший процент отмечается в категории – обучение, повышение потенциала (58%).

* 1. **Льготное лекарственное обеспечение.**

Введение льготного лекарственного обеспечения было направлено на улучшение качества медицинского обслуживания населения на первичном уровне, смещение акцента со стационарного на первичный уровень в лечении больных преимущественно с хроническими формами заболеваний.

Рисунок 5. **Количество выписанных льготных рецептов застрахованной категории населения, 2013–2017 гг. (тыс. рецептов)**

Принцип работы ДП ОМС обеспечивает физическую и экономическую доступность лекарственных средств. Отмечается ежегодное увеличение бюджета льготного лекарственного обеспечения за счет пересмотра и увеличения подушевого норматива.

Рисунок 4. **Размеры подушевого норматива на льготное лекарственное обеспечение (сом/чел)**

За последние три года отмечается постоянный рост суммы возмещения за реализованные лекарственные средства для лечения 5-ти льготных категорий больных. Выписка рецептов на лекарственные средства по генерическим наименованиям составляет 85%. Сеть аптечных учреждений, участвующих в реализации лекарственных средств на льготных условиях, составляет более 200 аптек и 800 аптечных пунктов.

С увеличением объема финансирования на льготное лекарственное обеспечение выписка льготных рецептов увеличилась незначительно. В то же время наблюдается рост суммы возмещения соответственно и оплаты пациента, это связано с тем что цены на лекарственные средства с каждым годом растут. Например, средняя стоимость лекарственного средства по 1 рецепту в 2000 году составляла 87 сомов, а в 2017 году - 479 сомов, что связано с отсутствием ценорегулирования на лекарственные средства.

Необходимо отметить, что с принятием нового закона в августе 2017г. «Об обращении лекарственных средств» в стране начались первые шаги в этом направлении и в данный момент работает рабочая группа по разработке Положения по ценорегулированию и, в первую очередь, это коснется ЛС по льготным программам.

Наряду с проблемой постоянного увеличения стоимости лекарственных средств, имеется проблема несоответствия существующего программного обеспечения по льготному лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне (ДП ОМС и лекарственный пакет ПГГ) современным требованиям и потребностям. Имеющееся программное обеспечение и увеличение объема обрабатываемых рецептов для оплаты приводит к многочисленным техническим ошибкам в базе данных, увеличению срока обработки рецептов и задержкам платежей аптекам. В связи с этим требуется проведение модернизациии информациооной системы лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне (ДП ОМС и лекарственный пакет ПГГ), включающую разработку нового программного обеспечения, пересмотр Справочника лекарственных средств, обучение специалистов и разработку системы «Электронный рецепт» на уровне ПМСП. В настоящее время для решения этого вопроса разработано техническое задание по информационной системе «Электронный рецепт». Пилотирование данной инфосистемы планируется начать в 2019 г. в Иссык-кульской области на уровне ПМСП.

Рисунок 8. **Количество фармацевтических поставщиков, аптек, аптечных учреждений, работающих по договору с Фондом ОМС**

Обеспеченность аптечными учреждениями в городах республики проблем не составляет, но в то же время в сельских местностях за последние 2 года отмечается тенденция к увеличению количества населенных пунктов, где нет аптек и даже аптечных пунктов, это связано (по данным ТУФОМС) отсутствием фармацевтических работников (также и врачей в ГСВ), другая причина отсутствие заинтересованности фармпоставщиков.

Для определения уровня доступности населения к льготным лекарственным средствам, был проведен мониторинг аптек и аптечных пунктов (Нарынская, Жалалабадская, Баткенская и Чуйская области), где были выявлены низкий ассортимент лекарственных средств из Справочника по ДП ОМС и ПГГ, имело место реализация в аптеках продуктов питания, товаров народного потребления (постановления Правительства КР от 05.01.11.№2 «Об утверждении порядка выписывания рецептов на ЛС и об их отпуске в КР»), отсутствовала информация для населения о работе аптек по льготным программам, нарушения при заполнении рецептов аптечными учреждениями и.т.д.

* 1. **Качество медицинских услуг.**

Фонд ОМС осуществляет контроль качества оказания медицинских услуг в рамках заключенных договоров с организациями здравоохранения путем проведения экспертизы качества предоставляемых медицинских услуг в соответствии с утвержденными клиническими протоколами и мониторинга исполнения индикаторов договоров в специализированных, в противотуберкулезных стационарах и организациях здравоохранения третичного уровня. На сегодняшний день существующая практика проведения экспертизы качества и договорной процесс требуют пересмотра.

Для достижения целевых показателей в соответствии с приоритетами здравоохранения должны меняться подходы Фонда ОМС.

В связи с вышеизложенным с 2018 г внедрена в деятельность Фонда ОМС система материального поощрения организаций здравоохранения за улучшение клинических процессов и результатов работы, обеспечение безопасности пациентов и удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием[[10]](#footnote-10). Начато внедрение оценки деятельности организаций здравоохранения с использованием Оценочной карты, по результатам которых проводятся стимулирующие выплаты организациям здравоохранения.

Данная методика оценки качества проводится в территориальных, областных, городских общепрофильных стационарах и родильных домах (всего в 82 стационарах), а также для организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (110 ОЗ ПМСП).

Оценка проводится по балльной системе, обязательным условием является проведение ежеквартальной самооценки организациями здравоохранения. На стационарном уровне Оценочная карта включает категории управления, гигиены и инфекционного контроля, качество предоставляемых услуг женщинам в период беременности и родов, новорожденным и детям до 5 лет, качество предоставления услуг в отделениях хирургического и терапевтического профилей, определение знаний и практических навыков медицинских работников, а также изучение удовлетворенности пациентов. Оценочная карта ПМСП включает приоритетные направлениям здравоохранения - охрана здоровья матери и ребенка, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез, изучение удовлетворенности пациентов, а также качество управления и определение знаний и навыков медицинского персонала по неотложным состояниям.

* 1. **Информированность населения и удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг.**

Для повышения информированности населения об их правах при получении медицинских услуг Фондом ОМС и его территориальными управлениями систематически организовываются и проводятся встречи с населением, медицинскими работниками и неправительственными организациями. Для привлечения и усиления роли местного самоуправления в охране здоровья населения, Фонд ОМС продолжит проведение расширенных межсекторальных информационных кампаний с сельскими комитетами здоровья, госкомиссией по делам религии - казияты, муфтияты, айыл окмоту, мэрии и т.д.).

Для повышения уровня правовой грамотности среди молодежи, а также во исполнение плана мероприятий по реализации Концепции повышения правовой культуры населения Фонд ОМС проводит информационно-разъяснительную работу среди учащихся старших классов общеобразовательных учреждений, а также студентов ВУЗов. Учитывая активность населения в социальных сетях, Фонд ОМС активизирует информационную работу в социальных сетях (инстаграмм, фэйсбук).

Табл. 2 **Информационная деятельность Фонда ОМС, 2014 – 2017 гг.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2014 г. | 2015 г. | 2016 г. | 2017 г. |
| Всего встреч, из них: | 1703 | 1800 | 1807 | 1920 |
| с населением | 915 | 915 | 989 | 994 |
| с мед.работниками | 688 | 777 | 718 | 800 |
| с НПО | 100 | 108 | 100 | 126 |
| Выступления по ТВ | 91 | 105 | 110 | 111 |
| Выступления по радио | 57 | 78 | 80 | 79 |
| Публикации в период.изданиях | 111 | 106 | 104 | 109 |

Также с целью повышения информированности населения по реализуемым национальным программам в системе здравоохранения функционирует сайт и электронная почта Фонда ОМС. Для оперативного реагирования на интересующиеся вопросы в режиме on-line граждане при наличии доступа в интернет могут получить быстрые ответы по программе Jivosite.

Для обеспечения защиты прав граждан при получении медицинских услуг с 2000 года работают «телефоны-доверия». Основным достижением в 2017 году в части модернизации коммуникационных возможностей для своевременного оказания консультативной помощи или решения возникших ситуаций при получении медицинских услуг является внедрение единой по республике «Горячей линии 113». Обращения по «Горячей линии» для всех абонентов республики принимаются на бесплатной основе.

С увеличением количества обращений на Горячую линию 113 с целью оперативного реагирования на устные обращения граждан, назрела необходимость внедрения нового программного обеспечения. Кроме того, появится возможность осуществлять прием пропущенных звонков путем активации команды «Дозвон», а также проведение более глубокого анализа поступивших обращений, сроков исполнения, выявления уровня жалоб на ОЗ, принятых мер.

Рисунок 9. **Динамика обращений граждан по «телефону доверия» и через сайт Фонда ОМС, 2014 –2017 гг.**

Одним из значимых индикаторов оценки качества оказания медицинских услуг является изучение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг проводимое Фондом ОМС на постоянной основе. В настоящее время внедрено программное обеспечение «Анкетирование», работающее в реальном времени. За 6 мес. 2018 г. **опрошено 1262 человек на уровне ПМСП** (2017 г – 2858 чел.) и **575 человек на стационарном уровне** (2017 г. – 2167)..

По данным анкетирования, на амбулаторном уровне отмечается неудовлетворенность качеством медицинской помощи при наблюдении и лечении, не выписывание льготных рецептов при наличии статуса застрахованности, а также наличие неформальных платежей медицинским работникам (оплата за открытие амбулаторной карты, осмотр врача, посещение врача на дом и другие).

Рисунок 10. **Причины неудовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг**



Со второго полугодия 2018 г. внедрено изучение осведомленности и удовлетворенности по оценочной карте, по результатам которой проводятся стимулирующие выплаты организациям здравоохранения.

* 1. **Информационные системы.**

На конец 2018 года основу информационной системы ФОМС составляют 8 баз данных: пролеченные случаи, экспертиза качества, индикаторы договоров, полисы ОМС, льготный гемодиализ, телефон доверия, застрахованные лица, льготные рецепты. Первые 5 баз данных работают в онлайн режиме, остальные офлайн. К базе данных по пролеченным случаям подключены 138 стационаров, база по льготным рецептам установлена в 113 организациях первичной помощи и более 80 аптечных учреждений, по льготному гемодиализу работают 14 частных медицинских центров, остальные базы данных используются в центральном аппарате и территориальных учреждениях ФОМС.

Базы данных являются инструментом сбора и хранения информации, для анализа данные выгружаются в сводные таблицы Excel или распечатываются утвержденные отчетные формы. Польза от баз данных заключается в автоматизации и облегчении основных направлений деятельности ФОМС: финансирование, управление качеством мед. услуг, защита прав пациентов. В то же время в каждой базе данных имеются текущие вызовы или проблемные вопросы, которые возникают вследствие изменений и появления новых требований к базам данных.

Например, ***по пролеченным случаям*** виды стационарной помощи реализованы в отдельных базах, по стационарам общего профиля и противотуберкулезным стационаром одна база данных, по БГМС, ОКП и ОЭМП другая база данных, что определяет необходимость сопровождения двух баз данных. Также по пролеченным случаям отмечается недостаточная оперативность в получении пользователями сводных таблиц для анализа, вследствие необходимости ежемесячного ручного формирования и рассылки по электронной почте в территориальные управления и далее в стационары.

Главной проблемой базы данных ***по льготным рецептам*** является то, что она офлайн и платформа базы данных давно устарела, не позволяет вносить какие-либо существенные изменения. Технический момент системы льготного лекарственного обеспечения тормозит развитие и оптимизацию системы в целом, например, изменений правил выписки и отпуска лекарств по льготным рецептам, увеличения финансов, направляемых в данную программу.

База ***по полисам ОМС*** также нуждается в существенной модификации с учетом необходимости перевода процесса выдачи полисов ОМС в электронный формат, предоставления возможности гражданам купить полис на портале госуслуг или через сайт ФОМС. Кроме технических моментов, сама система страхования незастрахованных граждан через полисы нуждается в пересмотре, т.к. за последние годы система расширилась выдачей бесплатных полисов беременным, продажей полисов для иностранцев, сокращением времени, необходимой для начала действия полисов во всех организациях здравоохранения, изменением сроков действия полисов для беженцев и сотрудников правоохранительных органов. Каждое из перечисленных изменений вносились не путем изменения действующих нормативных документов, а путем создания новых документов, отражающих только данное изменение.

Процесс управления качеством медицинских услуг в системе Единого плательщика автоматизирован базой данных ***экспертиза качества,***в которой ведется учет более 17 актов экспертиз, автоматически формируются 15 видов отчетов. В настоящее время методология управления качества мед. услуг претерпевает изменения, постепенно от актов экспертиз переходит на оценочные карты. В связи с чем база данных должна полностью обновиться, должны быть разработаны формы ввода нескольких видов оценочных карт, разработаны необходимые отчеты и возможность автоматического формирования сводных таблиц Excel для анализа, доступные для всех уровней системы ОМС (центральный, ТУ, уровень ОЗ). В настоящее время затруднена обработка оценочных карт осуществляется вручную врачами-экспертами ТУ ФОМС, с помощью Excel или калькулятора высчитываются общие баллы, которые в свою очередь тормозит финансирование ОЗ и не исключает возможность механических погрешностей.

База данных ***по*** ***льготному гемодиализу***обеспечивает учет медицинских карт и протоколов сеансов гемодиализа в 14 частных медицинских центрах, формирование счет-реестров. В последнее время пользователям требуется новые функции базы, такие как учет лабораторных анализов и автоматическое формирование ежемесячных эпикризов гемодиализных пациентов.

Учет обращений граждан в Call-центр ФОМС ведется в базе данных ***по телефону доверия***, которая работает в офлайн режиме с 2008 года. В связи с реорганизацией службы горячей линии (телефона доверия) ФОМС и объединением диспетчеров всех ТУ ФОМС в единый Call-центр ФОМС, требуется разработать новую базу данных по учету обращений граждан, с функциями ожидания и перенаправления телефонных вызовов, открытием карточки звонящего с историей его предыдущих звонков и т.д., т.е. требуются новая информационная система, предназначенная для Call-центров.

База данных ***по застрахованным лицам***содержит данные более 7 млн. граждан*,* в то время как по официальным статистическим данных население республики 6,2 млн человек. Это объясняется в первую очередь тем, что категория граждан «умершие» остаются в базе данных, нет официального источника таких данных, на основе которых данную категорию можно было бы исключить из базы. Для решения данного вопроса была произведена одноразовая сверка базы ФОМС с Единым регистром населения ГРС, по итогам которой были исключены из базы ФОМС около 70 тыс. умерших, по остальным умершим гражданам нет информации и в ГРС в электронном виде, еще не все архивы ЗАГС оцифрованы. Данная база застрахованных, а если точнее база данных потенциальных пациентов, является основой для других баз данных, в которых обрабатывается персонализированная информация: пролеченные случаи, льготные рецепты, Call-центр, льготный гемодиализ, полисы. Актуальность и достоверность данной базы имеет важную роль для все информационной системы ФОМС. Для чего необходимо интеграция и обмен данных с персонализированными базами данных других гос. органов. В настоящее время база интегрирована с базой ГРС (АИС ЗАГС) посредством СМЭВ «Тундук», ФОМС отправляет ПИН и в ответ получает ФИО, возраст, пол, гражданство по пациенту. С базой данных Соцфонда обмен осуществляется через недостаточно защищенный канал Интернет, требуется реализация обмена также через СМЭВ «Тундук». ФОМС также получает данные о лицах, получающие социальные пособия, из министерства труда и социальной защиты на флеш-картах. Кроме того, для подушевого финансирования организаций здравоохранения первичного уровня требуется интеграция с базой данных министерства здравоохранения по приписанному населению.

В плане ***общих проблем информационной системы*** можно отметить тот факт, что за последние 2-3 года увеличилась нагрузка на специалистов информационных технологий. Если раньше все базы данных были офлайн и их сопровождение было распределено между специалистами центрального аппарата и территориальных управлений, то в настоящее время на уровне ТУ ФОМС осталась одна офлайн база данных – по льготным рецептам, которую планируется перевести также в онлайн режим в 2019 году. В то же время штатная структура остается прежней, в центральном аппарате остро ощущается нехватка специалистов информационных технологий, остаются не охваченными в полной мере работы по обслуживанию серверов, резервному копированию данных, защите от кибер атак, сопровождению и развитию онлайн баз данных, интеграции с другими гос. органами в СМЭВ «Тундук».

В 2018 г. мероприятия по информационным системам охватывали следующие направления:

* модернизация и сопровождение баз данных Фонда ОМС, перевод в онлайн режим работы;
* разработка и внедрение информационной системы «ФОМС-Казна» в связи с выходом Фонда ОМС из республиканского бюджета и системы казначейства в самостоятельный бюджет;
* интеграция с информационными системами других ведомств (Минздрав, ГРС, Соцфонд, Минтруд, Минобразования и т.д.);
* внедрение защищенных каналов связи между центральным аппаратом и территориальными управления Фонда ОМС, а также организациями здравоохранения и другими ведомствами;
* повышение потенциала информационной системы в целом: обучение сотрудников, оснащение современным компьютерным оборудованием, внедрение передовых информационных технологий.

***Ключевые проблемы***

1. Отсутствие информационной базы по оценочным картам, процесс контроля качества мед. услуг осуществляется вручную и требует неоправданно больших усилий;
2. Устаревшая база по льготным рецептам устарела, не позволяет вносить изменения, является препятствием развития программ льготного лекарственного обеспечения;
3. Не соответствие штатного расписания специалистов информационных технологий их фактической нагрузке.

***Ключевые задачи:***

* Внедрение электронных рецептов в целях повышения прозрачности льготного лекарственного обеспечения в системе ОМС.
* Внедрение онлайн базы данных по учету услуг экстренной консультативной медицинской помощи (санавиации) для оптимизации финансирования данных отделений.
* Разработка программного обеспечения «Оценочная карта», которая будет использоваться как в организациях здравоохранения, так и в Фонде ОМС.
* Разработка и внедрение базы данных по учету стоматологических услуг на амбулаторном уровне
* Сопровождение и развитие локальной сети, серверов, материально-технической базы информационной системы ФОМС
* Доступность информационных технологий для сотрудников
	1. **Финансирование медицинских услуг.**

Основной проблемой в финансировании медицинских услуг является недостаточная эффективность использования финансовых ресурсов, поступающих в сектор здравоохранения. С одной стороны, нерациональное распределение бюджетных средств обусловлено несовершенством тех механизмов финансирования, которые в настоящее время используются в секторе здравоохранения. Так, подушевое финансирование основывается на статистических данных по численности населения, но не учитывает миграционные процессы, что в итоге приводит к тому, что при распределении финансирования не всегда отражается фактическая нагрузка по обслуживанию населения на уровне ПМСП. Что касается пролеченного случая, то из-за отсутствия действенного механизма сокращения необоснованных госпитализаций, эффективность распределения финансовых ресурсов на стационарном уровне также снижается.

Кроме того, текущий подход к финансированию организаций здравоохранения ПМСП, основанный на подушевом принципе, имеет слабое мотивационное влияние на достижение положительных результатов по улучшению здоровья населения. В настоящее время, сложилась ситуация, когда большая часть получаемых средств направляется на оплату труда. При этом медицинские работники по-прежнему не удовлетворены размером заработной платы, которую они получают. В результате, это приводит к возникновению таких коррупционных схем, когда, во-первых, пациентами приходится осуществлять неформальные платежи в виде оплаты медицинскому персоналу (в том числе и в виде подарков). Во-вторых, в республике распространена практика стимулирования медицинских работников со стороны фармацевтических компаний с целью лоббирования сбыта определенных лекарственных средств, поставляемыми этими компаниями.

Проблемы в имеющейся модели финансирования:

- финансирование по фиксированному бюджету (смета) и по объему пролеченного случая существуют параллельно;

- несоответствие НПА для перехода на безстатейное финансирование;

- отсутствие конкуренции при предоставлении медицинских услуг, отзывчивости системы на нужды потребителей;

* финансирование по экономическим коэффициентам преобладает над клинико-затратными группами;
* отмечается низкий уровень финансового менеджмента и автономии поставщиков медицинских услуг;
* поставщики заинтересованы в увеличении количества пролеченного случая, включая необоснованные госпитализации.
1. **Внутренний организационный анализ и анализ управления – модель McKinsey 7S**

**Стратегия**

В январе 2018 года Советом директоров была одобрена Стратегия развития Фонда ОМС на 2019-2022 годы и План мероприятий по реализации Стратегии развития Фонда ОМС на 2019-2022 годы, заслушан отчет по исполнению плана мероприятий в реализацию стратегии развития за 2018 г.

Стратегия развития Фонда ОМС на 2019-2022 гг. определяет 3 стратегических направления: -

- Обеспечение устойчивого финансирования медицинского страхования;

- Обеспечение доступа к качественным медицинским услугам;

- Повышение потенциала и эффективности деятельности Фонда ОМС.

В части обеспечения устойчивого финансирования ежегодно разрабатывается и вносится на утверждение Жогорку Кенеша КР Закон КР «О бюджете Фонда ОМС при Правительстве КР и прогнозе бюджета на последующие годы».

Стратегия обеспечения доступа к качественным медицинским услугам реализуется через проведение оценки на основе результатов, проведение пилотных проектов по внедрению принципов стратегических закупок.

Повышение потенциала и эффективности деятельности Фонда ОМС осуществляется посредством проведения обучения и оценки, разработки алгоритмов основных процессов деятельности, совершенствования информационных систем Фонда ОМС.

Необходимо отметить что в течении года исполнение Стратегии не было рассмотрено ни на Наблюдательном совете, ни на Совете директоров, что привело к принижению роли Стратегиии в деятельности Фонда ОМС.

**Системы**

В связи с принятыми законодательными актами в области формирования самостоятельного бюджета, улучшилась система взаимодействия с Жогорку Кенешем, Аппаратом Правительства, Министерством здравоохранения и Министерством финансов.

Со стороны Наблюдательного совета по здравоохранению и медицинскому страхованию дано поручение разработать регламент взаимодействия между Министерством здравоохранения и Фондом ОМС, который также предусматривает и вопросы обмена информации для оптимального финансирования организаций здравоохранения.

Проводимый пилотный проект ВОЗ по стратегическим закупкам в двух областях показал, что процесс закупки услуг более соответствует системе «Плательщик - поставщик». Принято решение о распространении внедрения элементов стратегических закупок в общепрофильных стационарах по всей республике.

Также хорошим результатом является институционализация проекта Всемирного Банка «Финансирование на основе результатов» для организаций здравоохранения ПМСП и общепрофильных стационаров районного и областного уровней, городских стационаров и родильных домов, а также расширение пилотного внедрения финансирования за завершенный случай лечения на амбулаторном уровне.

Вопросы интеграции базы данных Фонда ОМС и перевод всех информационных систем на on-line технологии привели к тесному взаимодействию и сотрудничеству с Государственной регистрационной службой и ГП «Инфоком».

В рамках утвержденной Стратегии необходимо улучшать внутреннюю информационную систему, так как предоставляемая информация с баз данных часто подвергается критике в части ее недостоверности и расхождения данных.

Роль территориальных управлений концентрируется на работе с населением и проведение информационной работы. Необходимо наладить обратную связь с поставщиками медицинских услуг при мониторинге и анализе пролеченных случаев, по достоверности и качеству вводимых данных в информационную базу. Также приоритетным направлением является оказание методической и практической помощи территориальным управлениям со стороны центрального аппарата.

**Структуры**

Численность структурных подразделений в центральном аппарате увеличилась до 10 управлений и отделов. В результате усилилась система контроля за формированием и распределением финансовых ресурсов.

Необходимо рассмотреть вопрос увеличения структуры медицинского направления как в на центральном, так и на территориальном уровнях, с учетом новых направлений деятельности, расширения объема работы при параллельно идущих пилотных проектах в стране.

На территориальном уровне в связи с сокращением произведены преобразования путем объединения отдела экономики и финансов и отдела учета и отчетности в новый Отдел экономического анализа и отчетности с Сектором административных расходов внутри. Соответственно пересмотрены их положения и функции.

Все положения территориальных управлений прошли перерегистрацию в органах юстиции.

**Персонал**

В штатном расписании имеется: 192 единиц основного персонала, 68 сотрудников в центральном аппарате и 124 сотрудника в территориальных управлениях. Средний возраст основного персонала составляет 40,6 года, гендерное равенство определяется как: женщины-56%, мужчины-44%.

Необходимо отметить что в центральном аппарате идет омоложение кадров, но на территориальном уровне пока динамика не отмечается.

Имеется социальный пакет и социальные гарантии, постоянно проводится оценка эффективности деятельности каждого сотрудника.

Средний срок опыта работы в Фонде ОМС в пределах 10 лет. Текучесть кадров в среднем около 10%.

**Навыки**

В плане обучения было предусмотрено повышение квалификации по оценке качества, проведения экспертизы качества, работа с базами данных, формирование и планирование бюджета, электронным закупкам и информационным технологиям. Обучение проводилось как на собственные средства, так и на средства международных донорских организаций.

Более чем в 30 тренингах и семинарах участвовали сотрудники центрального аппарата и территориальных подразделений, но несмотря на это удовлетворенность уровнем знаний и навыков остается на среднем уровне от ожидаемого.

**Стиль**

Стиль управления сохраняется демократический (коллегиальный), с обратной связью.

Развита командная работа с определённой автономией.

Имеется потребность в формализации деятельности в виде алгоритмов действий и стандартных процессов.

Возникает необходимость усиления ответственности и приверженности проводимым изменениям со стороны центрального аппарата, с целью повышения инициативы, разграничения функций, своевременного оказания услуг, предоставляемых населению.

Тесное взаимодействие с территориальными управлениями окажет положительного влияние на решение текущих задач и возникающих проблем.

**Общие ценности**

С момента формирования системы Единого плательщика ценностью организации является защита прав пациентов. С принятием бюджета Фонда ОМС ценности организации склоняются в сторону формирования и распределения финансовых ресурсов.

1. **Стратегические направления и цели развития Фонда ОМС на 2019-2022 гг.**

Настоящая стратегия разработана в целях обеспечения проведения государственной политики по развитию системы обязательного медицинского страхования, повышение удовлетворенности населения услугами здравоохранения, совершенствование деятельности Фонда ОМС.

Определены следующие основные стратегические направления:

1. Обеспечение устойчивого финансирования медицинского страхования.
2. Обеспечение доступности к качественным медицинским услугам.
3. Повышение потенциала и эффективности управления Фонда ОМС.



1. **Задачи по реализации стратегических направлений.**

**Стратегическое направление 1. Обеспечение устойчивого финансирования медицинского страхования**

1. Обеспечение планирования, управления, администрирования финансированием системы Единого плательщика.
2. Обеспечение эффективного и своевременного исполнения бюджета
3. Усиление межсекторальной координации.

**Стратегическое направление 2. Обеспечение доступа к качественным медицинским услугам**

1. Внедрение элементов стратегических закупок.
2. Усиление роли ПМСП, внедрение механизмов стимулирования на уровне ПМСП).
3. Внедрение механизмов стимулирования на стационарном уровне.
4. Совершенствование системы КЗГ.
5. Защита прав пациентов.
6. Улучшение доступности лекарственных средств.
7. Внедрение новых моделей услуг (расширение эффективных услуг стационаров).
8. Оптимизация предоставляемых услуг по ПГГ (совершенствование финансирования отделений экстренной-консультативной помощи (санавиации) и стоматологических услуг на амбулаторном уровне,)

**Стратегическое направление 3. Повышение потенциала и эффективности деятельности Фонда ОМС**

1. Совершенствование существующих информационных систем с применением современных технологий.
2. Стандартизация и автоматизация основных процессов деятельности Фонда ОМС.
3. Достижение высокой компетентности и мотивации персонала Фонда ОМС для достижения ожидаемых услуг и результатов.
4. Усиление роли Наблюдательного совета по здравоохранению и ОМС по стратегическому управлению и политической поддержке.
5. **Ожидаемые результаты.**

Реализация стратегических направлений развития Фонда ОМС позволит повысить удовлетворенность населения качеством и доступностью услуг здравоохранения, обеспечит устойчивое финансирование реализуемых программ в соответствии с потребностями в услугах здравоохранения, повысит роль Фонда ОМС в совершенствовании систем обязательного медицинского страхования и Единого плательщика.

Важность непрерывного развития системы ОМС диктует необходимость разработки документа по осуществлению управленческого и стратегического планирования. Принимая во внимание ключевую роль Фонда ОМС в финансировании здравоохранения, разработка и реализация стратегии Фонда ОМС на 2019-2022 годы должна укрепить роль Единого плательщика как финансового инструмента по продвижению политики в области развития системы здравоохранения, повышения уровня удовлетворенности населения получаемыми услугами.

1. **Мониторинг и оценка.**

Мониторинг реализации стратегии будет осуществляется ежеквартально через процесс представления отчетов Совету директоров Фонда ОМС всех ответственных лиц / подразделений. Совет директоров Фонда ОМС будет проводить обсуждение представленных отчетов, которые должны отражать:

* реальные доходы и расходы в сравнении с бюджетными планами с соответствующими объяснениями отклонений;
* достигнутые индикаторы с объяснением отклонения от целевого уровня.

Оценка реализации стратегии будет проводится на основе отчетности и процесса управления двумя уровнями – Советом директоров Фонда ОМС и Наблюдательным советом по здравоохранению и ОМС.

Мониторинг и управление исполнения стратегии Наблюдательным советом по здравоохранению и ОМС осуществляется в соответствии с процедурой отчетности. После утверждения Советом директоров Фонда ОМС отчетов о ходе реализации стратегии, информация предоставляется Наблюдательному совету по здравоохранению и ОМС. Наблюдательный совет обсуждает вопросы финансирования и эффективности исполнения стратегии.

1. **Управление рисками.**

На пути реализации стратегии могут возникнуть следующие риски:

* Несвоевременная и неполная передача ассигнований из республиканского бюджета;
* сокращение донорского финансирования;
* повышение цен на лекарственные средства;
* увеличение численности населения, потребляющих медицинские услуги;
* низкая ответственность населения за состояние здоровья
* ограниченность полномочий Фонда ОМС как стратегического покупателя медицинских услуг;
* недостаточный потенциал Фонда ОМС в разработке стратегических инициатив, связанных с оценкой технологий здравоохранения, экономикой здравоохранения, разработкой клинико-затратных групп.
1. Программа Правительства Кыргызской Республики «Жаны доорго – кырк кадам» [↑](#footnote-ref-1)
2. Уровень жизни населения Кыргызской Республики, 2012-2016 гг. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2017 г. [↑](#footnote-ref-2)
3. Программа Правительства Кыргызской Республики «Жаны доорго – кырк кадам» [↑](#footnote-ref-3)
4. Данные НЦКТ МЗ КР за 2017 год [↑](#footnote-ref-4)
5. Программа Правительства Кыргызской Республики «Жаны доорго – кырк кадам» [↑](#footnote-ref-5)
6. Уровень жизни населения Кыргызской Республики, 2012-2016 гг. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2017 г. [↑](#footnote-ref-6)
7. Приказ МЗ КР от 24 августа 2015 года № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015-2020 годы» [↑](#footnote-ref-7)
8. Данные мониторинга ОКП Фонда ОМС и ЮНИСЕФ, август 2017 г. [↑](#footnote-ref-8)
9. Оценка потенциала Фонда обязательного медицинского страхования для управления системой оплаты по пролеченным случаям и рекомендации по укреплению потенциала. Кристина Кахур, ВОЗ, 2017 г. [↑](#footnote-ref-9)
10. Качество медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике, Чарльз Шоу, консультант ВОЗ, г. Бишкек, декабрь, 2017 г. [↑](#footnote-ref-10)