

МОРФОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА
И ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСТАНА

Научный сборник научных
статей по анатомии и физиологии
Фрунженского государственного
университета, посвященный
40-летию КРСУ

Выпуск 13

Бишк

ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**А.А. Кешикбаева, М. Кочкоров, М.Ж. Каримов, А.С. Сыдыков,
г. Бишкек**

В соответствии с Концепцией реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики по введению нового механизма финансирования учреждений здравоохранения, в республике в 2001 году введена система Единого плательщика и утверждена Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью.

Система Единого плательщика консолидировала финансовые ресурсы здравоохранения из средств государственного бюджета, обязательного медицинского страхования, внешних заимствований и грантовой помощи доноров, а также специальных средств, средств, полученных от сооплаты населения в системе здравоохранения. Целью консолидированного бюджета здравоохранения Кыргызской Республики является проведение одноканального финансирования для ресурсного обеспечения исполнения Программы государственных гарантий (далее - ПГГ) и совершенствования

методов финансирования в здравоохранении.

Функционирование системы Единого плательщика предусматривает определение единого финансирующего органа здравоохранения с передачей ему полномочий управления средствами государственного бюджета по разделу «Здравоохранение» и обязательного медицинского страхования [1]. Единым плательщиком является уполномоченный государственный орган Кыргызской Республики в области обязательного медицинского страхования (Фонд ОМС при Правительстве Кыргызской Республики) с его территориальными управлениями.

Система Единого плательщика предусматривает:

- Аккумулирование средств, поступающих в организации здравоохранения, из различных источников.
- Единую политику в определении приоритетов финансирования поставщиков и структуры оказания ими медицинской помощи.
- Общие правила финансирования организаций здравоохранения.

Программа государственных гарантий по обеспечению граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной предусматривает гарантированные объем, виды и условия предоставления медико- санитарной помощи гражданам.

Для финансирования организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, территориальные управления Фонда ОМС заключают договоры с поставщиками на предоставление медико-санитарной помощи. Договор в системе Единого плательщика это совокупность условий, в которых определяется алгоритм действия участников договорного процесса, их права и обязанности, требования к совершаемым действиям, ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора. Договор после его заключения приобретает силу юридического факта.

Роль договоров:

- осуществляют связь финансовых ресурсов с получением результатов, определяют ответственность поставщиков и плательщика, повышают подотчетность, сфокусированность системы предоставления услуг на реальной потребности населения и покупателя,

Договоры не просто опосредованно влияют на процесс возмещения затрат на медицинскую помощь, а являются инструментом реализации государственной политики здравоохранения.

Контракты планируют объемы медицинской помощи, устанавливают требования к качеству медицинской помощи и системе его обеспечения, определяют целевые показатели деятельности медицинских организаций, отражают порядок оплаты при отклонениях от них, отражают формы финансовых поощрений и санкций.

Договорной процесс имеет 3 этапа:

- Подготовительный - этап согласования объемов медицинской помощи и условий их оплаты,
- Заключения договоров - порядок заключения контрактов с поставщиками медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ,
- Мониторинга исполнения договоров - на основании положения об управлении качеством мед. услуг, предоставляемых организациями здравоохранения по Программе государственных гарантий, Фондом ОМС разработаны индикаторы мониторинга исполнения договоров на основе утвержденных индикаторов, предоставляемые в соответствии с договорами организациями здравоохранения.

Существуют следующие виды договоров в системе Единого плательщика:

- Типовой договор между территориальными управлениями Фонда ОМС и организацией здравоохранения, предоставляющей стационарную медицинскую помощь по исполнению Программы государственных гарантий; - Типовой договор между

территориальными управлениями Фонда ОМС и Центрами общей врачебной практики, предоставляющим стационарную и

первичную медико-санитарную помощь по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне в ЦСМ/ГСВ; - Типовой договор между территориальными управлениями ФОМС и ЦСМ/ГСВ, предоставляющим первичную медико-санитарную помощь по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне в ЦСМ/ГСВ;

- Типовой договор между территориальными управлениями ФОМС и станцией скорой медицинской помощи «Об оплате медицинских услуг, предоставляемых гражданам по Программе государственных гарантий»;

- Типовой договор между территориальными управлениями ФОМС и стоматологической поликлиникой по исполнению Программы государственных гарантий.

Все типовые договора состоят из следующих блоков:

Предмет Договора

Объем и качество оказываемой помощи Условия и объемы финансирования Права и обязанности сторон Порядок расчетов Ответственность сторон Порядок разрешения споров Прочие условия

Изменение и прекращение действия Договора Реквизиты сторон

К каждому договору прилагаются целевые индикаторы договоров. На первичном уровне в целевые индикаторы договоров включены:

Индикаторы наблюдения за детьми в возрасте до 5 лет, Индикаторы наблюдения за беременными женщинами,

Индикаторы по заболеваниям, регулируемым на первичном уровне.

Целевые индикаторы договоров стационаров состоят из: Индикаторов использования коечного фонда.

Индикаторов качества медицинских услуг и обоснованности госпитализаций пациентов,

Прямых расходов на пациента в день,

Кредиторской задолженности поставщика медицинских услуг.

Договоры в системе Единого плательщика подписываются сторонами в начале календарного года. При заключении контрактов допускаются дополнения и повторные переговоры в соответствии со спросом и предложением.

Литература

1. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 9 января 2001 года N 5 «О введении нового механизма финансирования учреждений здравоохранения Кыргызской Республики с 2001 года».
2. Закон Кыргызской Республики «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 г.
3. Закон Кыргызской Республики от 17 февраля 2009 года N 51 «О внесении изменений в Закон Кыргызской Республики "О системе единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики"».

4. Приказ Фонда ОМС №157 от 17.12.2007г. «О совершенствовании управления качеством медицинских услуг и повышения эффективности договорного процесса при реализации ППГ».