



Международная
организация
труда



- ▶ **Расширение социальной защиты здоровья: ускорение прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в Центральной и Западной Азии**

- ▶ **Расширение социальной защиты здоровья:
ускорение прогресса
на пути к всеобщему охвату
услугами здравоохранения
в Центральной и Западной Азии**



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 4.0 International. С условиями лицензии можно ознакомиться по адресу: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Пользователю разрешается повторно использовать, распространять (копировать и делиться) и адаптировать (перерабатывать, видоизменять и создавать новое, опираясь на исходную публикацию) данную публикацию, как указано в лицензии. Пользователь должен четко указать авторство МОТ и обозначить любые изменения, которые были внесены в исходный документ. Использование эмблемы, наименования и логотипа МОТ в переводах, адаптациях и иных производных материалах не допускается.

Ссылка на источник – Пользователь должен обозначить все изменения, которые были внесены в исходную публикацию, и привести ссылку на исходную публикацию в следующем формате: *Расширение социальной защиты здоровья: ускорение прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в Центральной и Западной Азии*, Женева: Международная организация труда, 2024. © МОТ.

Переводы – При переводе настоящей публикации на другие языки к ссылке на источник должно быть добавлено следующее примечание: *Настоящий материал представляет собой перевод защищенной авторским правом публикации Международной организации труда (МОТ). Этот перевод не был подготовлен, не проверялся и не одобрялся МОТ, и он не должен считаться официальным переводом МОТ. МОТ не несет ответственности за содержание и точность этого перевода. Ответственность за перевод лежит исключительно на авторе(-ах) указанного перевода.*

Адаптации – При адаптации исходной публикации к ссылке на источник должно быть добавлено следующее примечание: *Настоящий материал является адаптацией защищенной авторским правом публикации Международной организации труда (МОТ). Настоящая адаптация не была подготовлена, не проверялась и не одобрялась МОТ, и она не должна считаться официальной адаптацией МОТ. МОТ не несет ответственности за содержание и точность этой адаптации. Ответственность за адаптацию лежит исключительно на авторе(-ах) указанной адаптации.*

Материалы третьих сторон – Лицензия Creative Commons не распространяется на защищенные авторским правом материалы, которые включены в настоящую публикацию, но не принадлежат МОТ. Если материал принадлежит третьему лицу, пользователь такого материала несет полную ответственность за получение необходимых разрешений от правообладателя и будет нести полную ответственность за любое возможное нарушение авторских прав.

Все споры, которые возникают в связи с настоящей лицензией и которые не могут быть урегулированы по соглашению сторон, передаются на рассмотрение в арбитраж в соответствии с арбитражным регламентом Комиссии Организации Объединенных Наций по праву международной торговли (ЮНСИТРАЛ). Любое решение, вынесенное в результате такого арбитража в качестве окончательного по существу спора, является обязательным для сторон.

С любыми вопросами в отношении авторских прав и получения лицензии следует обращаться в Отдел публикаций (Права и разрешения) Международного бюро труда по адресу: rights@ilo.org. Информация о публикациях и цифровых продуктах МОТ размещена на сайте: <http://www.ilo.org/publns>.

ISBN: 9789220409060 (печатное издание)
9789220409077 (web PDF)

Также издано на английском языке: *Extending social health protection: Accelerating progress towards universal health coverage in Central and Western Asia*, ISBN 9789220409046 (печатное издание), ISBN 9789220409053 (web PDF)

Названия, используемые в публикациях и базах данных МОТ и соответствующие принятой в Организации Объединенных Наций практике, и изложение материала в них не являются выражением какого-либо мнения МОТ ни о правовом статусе любой страны, района или территории или их властей, ни о делимитации их границ.

Мнения и взгляды, выраженные в данной публикации, принадлежат автору(-ам) и не обязательно отражают мнения, взгляды или политику МОТ.

Упоминание названий фирм и коммерческих продуктов и процессов не означает их одобрения МОТ, равно как и отсутствие упоминания конкретной фирмы, коммерческого продукта или процесса не свидетельствует об их неодобрении.

Аннотация

Надлежащий доступ к качественному медицинскому обслуживанию без каких-либо связанных с этим финансовых трудностей и обеспечение доходной безопасности населения являются важнейшим условием реализации прав человека на здоровье и социальное обеспечение. В соответствии с правозащитным подходом к реализации целей в области устойчивого развития (ЦУР) расширение охвата социальной защитой для поддержания здоровья людей способствует достижению цели всеобщей социальной защиты и всеобщего охвата услугами здравоохранения. Демографические сдвиги и эпидемиологический переход, изменения в сфере труда, экономике и здравоохранении, экологические потрясения и климатический кризис – все это подчеркивает необходимость создания надежных систем социальной защиты здоровья населения, способных обеспечить устойчивый путь к достижению всеобщего охвата.

Данный сборник содержит полезный для специалистов-практиков и директивных органов анализ стратегий, извлеченных уроков и архитектуры систем социальной защиты здоровья в странах Центральной и Западной Азии (в Азербайджане, Армении, Грузии, Израиле, Казахстане, на Кипре, в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане). Сравнительный анализ проводится на основе актуальных международных норм, а именно, Рекомендации МОТ 1944 года о медицинском обслуживании (№ 69), Конвенции МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), Конвенции МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130), Рекомендации МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 134), Конвенции МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183) и Рекомендации МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202). Данная публикация подтверждает право всех на социальную защиту для поддержания здоровья и подчеркивает его значение в качестве преобразующего политического инструмента, способствующего эффективному доступу каждого человека к основным услугам здравоохранения, не подвергая его финансовым трудностям и в соответствии с принципами справедливости, разделения рисков и солидарности в области финансирования.

Ключевые слова: социальная защита здоровья, социальная защита, всеобщее медицинское страхование, финансирование здравоохранения, Центральная и Западная Азия, Азербайджан, Армения, Грузия, Израиль, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, всеобщая социальная защита, социальное медицинское страхование, национальная служба здравоохранения, медицинское обслуживание.

Предисловие

Социальная защита здоровья как неотъемлемый элемент комплексных систем социальной защиты и устойчивых систем здравоохранения является важной предпосылкой для достижения целей в области устойчивого развития (ЦУР). В принятой в сентябре 2023 г. второй политической декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященной достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, признается основополагающее значение «механизмов социальной защиты [...] для обеспечения всеобщего и справедливого доступа всех людей к качественным услугам здравоохранения без каких-либо связанных с этим финансовых трудностей» (ООН, 2023). Необходимо перейти от принятия временных чрезвычайных мер к всеобщим, всеобъемлющим, адекватным и устойчивым системам социальной защиты здоровья, обеспечивающим право человека на здоровье и социальное обеспечение. Только юридически закрепленные и скоординированные меры позволят нам достичь целей, поставленных в Повестке дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г., и в первую очередь задачи по внедрению всеобщих систем социальной защиты, включая установление ее минимальных уровней (цель 1.3) и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения (цель 3.8) к 2030 г.

Сильные системы социальной защиты здоровья способствуют реагированию на кризисы и справедливому и поступательному переходу. Климатический кризис влечет за собой изменения, которые прямо или косвенно влияют на здоровье человека, в том числе вызывает неблагоприятные экстремальные погодные явления, повышает восприимчивость к инфекционным, трансмиссивным и передающимся через воду заболеваниям. В последние годы наблюдалось появление новых болезней и угроз здоровью, таких как пандемия COVID-19, а также распространение неинфекционных заболеваний. К косвенным последствиям климатического кризиса относятся утрата источников средств к существованию, сбои в функционировании продовольственных систем, миграция населения, конфликты и общее усиление социально-экономического неравенства, которые являются одними из факторов, влияющих на справедливость в отношении здоровья. Глобальный призыв к действиям, принятый в 2021 г. Международной конференцией труда, подтвердил решающую роль социальной защиты в процессе ориентированного на человека восстановления после кризиса, вызванного пандемией COVID-19. Пандемия со всей очевидностью показала абсолютную необходимость в социальной защите для поддержания здоровья людей и обеспечения гарантированного дохода во время болезни.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние десятилетия, эти права стали реальностью еще не для всех жителей Центральной и Западной Азии. Как внутри стран, так и между ними по-прежнему сохраняется неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию и продолжается обнищание населения, вынужденного оплачивать расходы на здравоохранение из собственных средств. Пробелы в адекватности услуг несоразмерным бременем ложатся на наиболее уязвимые слои населения и ставят под угрозу общественный договор. Для решения этих проблем необходимо уделять особое внимание гарантированному комплексу услуг, который должен обеспечивать получение людьми всестороннего медицинского обслуживания – от укрепления здоровья и профилактики болезней до реабилитации и паллиативного ухода, а также ограничивать платежи из собственных средств (ПСС) и обеспечивать поддержку доходов в период болезни и отпуска по беременности и родам. В связи с этим важно, чтобы государства-члены взяли на себя высокие обязательства и основную ответственность за разработку, реализацию и финансирование системы социальной защиты здоровья. Такие усилия должны основываться на таких основополагающих принципах, как принцип коллективного финансирования, широкого объединения и распределения рисков и юридической обеспеченности прав.

Доступ к социальной защите здоровья является важнейшим условием для достижения целей достойного труда, а в условиях климатического кризиса он становится еще более необходимым для укрепления социальной сплоченности и социальной справедливости. Это моральный императив, имеющий основополагающее значение для будущего, основанного на солидарности между людьми, сообществами, странами и поколениями. Доклад призван служить справочником для трехсторонних участников МОТ и других заинтересованных сторон на пути к достижению цели всеобщего охвата услугами здравоохранения. Он основан на признании того, что наши проблемы взаимосвязаны и для их решения необходим обмен опытом и знаниями между странами на основе общих ценностей и глобальной солидарности во имя процветания и мира.



Беате Андреес, директор Регионального
бюро МОТ для стран Европы и Центральной
Азии



Шахра Разави, директор Департамента
социальной защиты МОТ

Выражение признательности

Доклад на английском языке подготовлен группой специалистов под совместным руководством Лу Тессье (Lou Tessier), Сальмы Эль-Гамаль (Salma El Gamal), Матильды Мейлферт (Mathilde Mailfert) и Ясины Папа (Jasmina Papa) (Международная организация труда (МОТ)).

В состав основной редакционной группы входили (в алфавитном порядке): Йесле Ким (Yesle Kim), Матильда Мейлферт (Mathilde Mailfert), Кристина Морриссон (Christina Morrison) (редактирование текста на английском языке), Конрад Оберманн (Konrad Obermann), Артём Сичи (Artiom Sici), Лу Тессье (Lou Tessier), Роман Честнов (Roman Chestnov), Цзе Ци Чонг (Tze Qi Chong), Сальма Эль-Гамаль (Salma El Gamal).

Страновые профили были разработаны группой специалистов МОТ в сотрудничестве с рядом партнеров, которые оказали помощь в рецензировании профилей, предоставили информацию, обновили и переработали ряд разделов, в том числе: по **Азербайджану** – Гедиминас Черняускас (Gediminas Cerniauskas) (Sveikatos Ekonomikos Centras), по **Армении** – Аро Цатурян (Aro Tsaturyan) (ранее сотрудник Государственного агентства здравоохранения), по **Грузии** – Гедиминас Черняускас (Sveikatos Ekonomikos Centras), по **Казахстану** – Айдар Абеуов (Aidar Aбеuov) (правление Фонда социального медицинского страхования, страновой координатор Р4Н), по **Кипру** – Константинос Ставракис (Constantinos Stavrakis) (МОТ), по **Кыргызстану** – Клара Оскомбаева (Klara Oskombayeva) (Фонд обязательного медицинского страхования), Мариям Джанкорозова (Mariam Djanikorozova) (департамент лекарственных средств Кыргызской Республики), по **Таджикистану** – Гедиминас Черняускас (Sveikatos Ekonomikos Centras), по **Турции** – Махмут Ярдим (Mahmut Yardim) (Университет Хаджеттепе) и по **Узбекистану** – Зохид Эрматов (Zokhid Ermatov) (Фонд государственного медицинского страхования).

Сбор первичных и вторичных данных осуществлялся под руководством отдела по вопросам государственных финансов, актуарных расчётов и статистике при Департаменте социальной защиты МОТ, в частности при поддержке Валерии Нестеренко (Valeria Nesterenko) и Зиминга Ю (Zhiming Yu).

Предложения и комментарии представили коллеги из Бюро МОТ для стран Восточной Европы и Центральной Азии, штаб-квартиры и страновых офисов (в алфавитном порядке): Паскаль Анник (Pascal Annyske), Кристина Берендт (Christina Behrendt), Луиза Кармона Илано (Luisa Carmona Ilano) и Клара Ван Панхейс (Clara Van Panhuys). Авива Рон (Aviva Ron) (старший эксперт по социальной защите здоровья, ранее работавшая в ВОЗ и МОТ) также предоставила свои материалы и замечания.

Мы также хотели бы искренне поблагодарить Андрея Бурцева (Andrei Bourtsev) и Людмилу Валкову (Liudmila Valkova) за перевод доклада на русский язык, а Елену Важинскую (Olena Vazhynska, МУЦ МОТ) за редактирование, Флориана Сент-Обена (Florian Saint-Aubin) за графический дизайн, наших коллег из Отдела публикаций МБТ за помощь в процессе подготовки документа, а также коллег из Департамента коммуникаций и общественной информации МБТ, штаб-квартиры и регионов за их неустанный труд, сотрудничество, организационную поддержку и распространение этого доклада.

Содержание

► Аннотация	iii
► Предисловие	iv
► Выражение признательности	vi
► Содержание	vii
► Список сокращений	xii
► Резюме	xvi
► Информационная панель: структура системы социальной защиты и мониторинг ее эффективности на основе руководящих принципов, закрепленных в нормах МОТ	xxii
► Введение	1
► Часть 1. Сравнительный анализ	15
Глава 1. Расширение охвата населения и повышение адекватности услуг	16
1.1. Разнообразие исторических путей развития и недавних реформ в странах, ранее входивших в состав Советского Союза	18
1.2. Успехи на пути расширения охвата населения	22
1.3. Предоставление адекватного спектра медицинских услуг	47
1.4. Финансовая защита от чрезмерных расходов населения на здравоохранение	66
Глава 2. Создание институциональных механизмов, способствующих справедливости и обеспечивающих устойчивое финансирование систем социальной защиты здоровья	79
2.1. Управление, стратегическое руководство и участие населения	80
2.2. Широкое участие в управлении рисками и инклюзивные административные процессы	85
2.3. Влияние эффективной политики закупок на качество услуг	92
2.4. Увеличение государственных ресурсов на здравоохранение: необходимость	99
Направление дальнейших действий	118
Библиография	120
► Часть 2. Профили стран	133
Армения	134
Азербайджан	151
Кипр	172
Грузия	190
Казахстан	208
Кыргызстан	228
Таджикистан	249
Турция	264
Узбекистан	283

► Таблицы

Таблица 1	Руководящие принципы МОТ для систем социальной защиты здоровья	6
Таблица 2	Оценка охвата и адекватности медицинского обслуживания	17
Таблица 3	Обзор законодательства и сферы охвата населения программами СЗЗ в Центральной и Западной Азии	23
Таблица 4	Методы оплаты услуг поставщиков	96
Таблица 5	Социальные категории, имеющие право на полностью или частично субсидируемую амбулаторную медицину	141
Таблица 6	Доходы ОМС, утвержденные на 2023 г., млн манатов (на 2023 г. 1 долл. США = 1,7 маната)	156
Таблица 7	Услуги, оказываемые в рамках ОМС в Азербайджане	165
Таблица 8	Выручка организации медицинского страхования, 2019–2020 гг. (в евро)	176
Таблица 9	Медицинские услуги, охватываемые ГЕСИ, и с какого времени они предоставляются	178
Таблица 10	Список взимаемых доплат по каждой медицинской услуге	178
Таблица 11	Численность государственного и частного врачебного и сестринского персонала в 2021 г.	183
Таблица 12	Бюджет ПДЛП (пакета дополнительных лекарственных препаратов) Кыргызстана, 2018–2023 гг.	238
Таблица 13	Численность населения, охваченного системой ВМС в Турции в 2020 г.	273
Таблица 14	Государственное финансирование здравоохранения в Узбекистане в период 2018–2022 гг.	286
Таблица 15	Количество больничных коек (абсолютное и относительное) в 2016–2021 гг.	290
Таблица 16	Количество учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в период с 2016 по 2021 г.	291

► Рисунки

Рисунок 1	Всеобъемлющий охват социальной защитой: рамки учета рисков для здоровья и отдельных социальных детерминант на протяжении всей жизни человека	4
Рисунок 2	Двухмерная стратегия расширения охвата социального обеспечения	5
Рисунок 3	Доля населения, проживающего за национальной чертой бедности, по глобальным, региональным и субрегиональным средним показателям, а также по странам Центральной и Западной Азии, в зависимости от уровня дохода, за 2022 г. или последний год, за который имеются данные	9
Рисунок 4	Уровень участия в составе рабочей силы с разбивкой по полу, регионам, субрегионам и отдельным странам Центральной и Западной Азии, 2023 г. или последний год, за который имеются данные	10
Рисунок 5	Тенденции ожидаемой продолжительности жизни и коэффициента рождаемости, Центральная и Западная Азия, 2010–2021 гг.	11

Рисунок 6	Число койко-мест (на 10 000 человек) в отдельных странах бывшего Советского Союза, данные за 1990 и 2021 гг.	19
Рисунок 7	Контингент международных въезжающих и выезжающих мигрантов, Центральная и Западная Азия, 2020 г.	29
Рисунок 8	Доля групп этнических меньшинств в процентах от общей численности этнических групп, Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные	31
Рисунок 9	Разрыв между долей населения, имеющего законное право на необременительную медицинскую помощь, и долей населения, защищенного хотя бы одной программой (защищенные лица), Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний год, за который имеются данные	33
Рисунок 10	Правовой охват обеспечения защиты на случай болезни: процент рабочей силы в возрасте 15 лет и старше, охваченной денежными пособиями по болезни, по типу программ, Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний доступный год	43
Рисунок 11	Правовой охват в рамках защиты материнства: процент женщин трудоспособного возраста старше 15 лет, получающих денежные пособия по беременности и родам, по типу программ, Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний год, за который имеются данные	45
Рисунок 12	Показатель ЦУР 1.3.1 по эффективному охвату защитой материнства: процент женщин с новорожденными, получавших денежные пособия по беременности и родам, Центральная и Западная Азия, 2023 г.	46
Рисунок 13	Корреляция между долей населения, охваченного системой социальной защиты здоровья, и индексом охвата основными медико-санитарными услугами (показатель ЦУР 3.8.1), отдельные страны Центральной и Западной Азии, последний год, за который имеются данные	58
Рисунок 14	Неравномерность охвата услугами РЗМНД, Центральная и Западная Азия, по группам доходов стран, последний год, за который имеются данные	60
Рисунок 15	Процент живорождений с участием квалифицированного медицинского персонала по квинтилям благосостояния, отдельные страны Центральной и Западной Азии, последний год, за который имеются данные	61
Рисунок 16	Субиндекс охвата основными медико-санитарными услугами ВОУЗ по неинфекционным заболеваниям и соответствующие показатели, Центральная и Западная Азия, 2022 г. или последний год, за который имеются данные	62
Рисунок 17	Плотность обученных кадровых ресурсов здравоохранения по трем пороговым значениям, Центральная и Западная Азия, 2022 г. или последний год, за который имеются данные	64
Рисунок 18	Плотность больничных койко-мест (на 10 000 человек), Центральная и Западная Азия, 2021 г. или последний год, за который имеются данные	65
Рисунок 19	ЦУР 3.8.2: Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь (более 10% в общем объеме расходов или доходов домохозяйств), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные	76
Рисунок 20	Доля государственных расходов и расходов населения из собственных средств в общих расходах на здравоохранение, Центральная и Западная Азия, 2021 г.	77

Рисунок 21	ЦУР 3.8.2: Обнищание в результате расходов на здравоохранение из собственных средств – люди, оказавшиеся ниже черты бедности из-за расходов на здравоохранение (60% медианного дохода или потребительских расходов), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные	78
Рисунок 22	Показатель ЦУР 1.3.1: Доля населения, охваченного хотя бы одним денежным пособием по социальной защите (эффективный охват), Центральная и Западная Азия, 2023 г.	84
Рисунок 23	Внутренние государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП, Центральная и Западная Азия, 2021 г.	100
Рисунок 24	Внутренние государственные расходы на здравоохранение (ВГРЗ) как процент от общих государственных расходов (ОГР) (%), Центральная и Западная Азия, 2000, 2010 и 2021 гг.	101
Рисунок 25	Структура текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ) и их доля в ВВП (%), Центральная и Западная Азия, данные за 2021–2022 гг.	102
Рисунок 26	Расходы на добровольное медицинское страхование в процентах от ТРЗ (%), Центральная и Западная Азия, 2021 г.	104
Рисунок 27	Дефицит финансирования пособий по социальной защите (пять видов денежных пособий) и основных услуг здравоохранения в год, в процентах от ВВП, Центральная и Западная Азия (за исключением стран с высоким уровнем дохода), 2024 г.	105
Рисунок 28	Доля налоговых поступлений (включая взносы на социальное обеспечение) в ВВП (%), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные с 2020 по 2022 г.	107
Рисунок 29	Тенденции внешних расходов на здравоохранение в процентах от ТРЗ в отдельных странах Центральной и Западной Азии, 2000, 2010 и 2021 гг.	116
Рисунок 30	Структура текущих расходов на здравоохранение в Армении по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	137
Рисунок 31	Структура текущих расходов на здравоохранение в Азербайджане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	154
Рисунок 32	Структура текущих расходов на здравоохранение на Кипре по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	174
Рисунок 33	Относительная доля социального медицинского страхования и других программ финансирования в текущих расходах на здравоохранение, 2017–2021 гг.	175
Рисунок 34	Структура текущих расходов на здравоохранение в Грузии по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	194
Рисунок 35	Сторонние плательщики услуг здравоохранения в Грузии: процент населения, охваченного медицинским страхованием, с разбивкой по основным видам страхования и возрастным группам, 2018 г.	200
Рисунок 36	Пользование медицинскими услугами в Грузии: ежегодный показатель амбулаторных посещений и госпитализаций, 2010–2018 гг.	201
Рисунок 37	Структура текущих расходов на здравоохранение в Казахстане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	210
Рисунок 38	Относительная доля социального медицинского страхования и других программ финансирования в текущих расходах на здравоохранение, 2017–2021 гг.	211
Рисунок 39	Средства, собранные в системе ОСМС, 2017–2021 гг.	212
Рисунок 40	Структура финансирования ОСМС по источникам, 2021 г.	212

Рисунок 41	Число лиц, состоящих в Фонде социального медицинского страхования (миллионы), 2019–2021 гг.	219
Рисунок 42	Структура текущих расходов на здравоохранение в Кыргызстане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	230
Рисунок 43	Структура текущих расходов на здравоохранение в Таджикистане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	252
Рисунок 44	Распределение источников дохода Фонда всеобщего медицинского страхования Турции, 2019 г.	267
Рисунок 45	Структура текущих расходов на здравоохранение в Турции по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	268
Рисунок 46	Структура текущих расходов на здравоохранение в Узбекистане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.	286

► Вставки

Вставка 1	Актуальные международные инструменты по правам человека и нормы социального обеспечения	2
Вставка 2	Нормы МОТ, касающиеся доступа к медицинскому обслуживанию без особых финансовых трудностей	5
Вставка 3	Эволюция системы здравоохранения Грузии	20
Вставка 4	Меры реагирования Турции на кризис сирийских беженцев	30
Вставка 5	Проверка нуждаемости и сопряженные с этим проблемы	35
Вставка 6	Определение неформальной экономики, неформального сектора и неформальной занятости	39
Вставка 7	Подход к организации первичной медико-санитарной помощи	48
Вставка 8	Прямые платежи, совместное несение расходов и неофициальные платежи	67
Вставка 9	Различные стратегии обеспечения бесплатной помощи по беременности и родам	69
Вставка 10	Ограничения в мониторинге эффективности финансовой защиты и дальнейшие действия	71
Вставка 11	Таджикистан: введение базового пакета услуг для решения проблемы неформальных платежей	73
Вставка 12	Слияние страховых программ в Турции: обоснование, процесс и результаты	108
Вставка 13	Тематическое исследование на примере Армении: ARMED	109
Вставка 14	Меры, принимаемые в Турции для формализации сирийских работников	111
Вставка 15	Распространение охвата социального обеспечения на неформальных работников с помощью Единого совокупного платежа (ЕСП) в Казахстане	111
Вставка 16	Социально уязвимые и особые категории населения	139
Вставка 17	Категории лиц, освобожденных от доплат в рамках ГЕСИ	179
Вставка 18	Сооплаты и освобождения в рамках ПВОЗ	197
Вставка 19	Группы населения, освобожденные от сооплат	271

Список сокращений

АБР	Азиатский банк развития
АГ	Акушер-гинеколог
АГРМД	Агентство государственного регулирования медицинской деятельности
АОИФС	Автоматический обмен информацией о финансовых счетах
АСО	Агентство социального обеспечения
БПМУ	Базовый пакет медицинских услуг
ВА	Внешние администраторы
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВГРЗ	Внутренние государственные расходы на здравоохранение
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Всеобщее медицинское страхование
ВНД	Валовой национальный доход
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВПЛ	Внутренне перемещенные лица
ВРЗ	Внешние расходы на здравоохранение
ВСЗ	Всеобщая социальная защита
ГА ООН	Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций
ГАЗ	Государственное агентство здравоохранения
ГАОМС	Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГОЗ	Государственные организации здравоохранения
ГПМУ	Гарантированный пакет медицинских услуг
ГССН	Государственная служба страхового надзора
ДМС	Добровольное медицинское страхование
долл. США	Доллар США
ДЧМС	Добровольное частное медицинское страхование
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЕС	Европейский союз

ЕСП	Единый совокупный платеж
ИМ	Острый инфаркт миокарда
ИОУ ВОУЗ	Индекс охвата услугами ВОУЗ
ИЧР	Индекс человеческого развития
КТ	Компьютерная томография
КЗГ	Клинико-затратные группы
КМС	Коэффициент материнской смертности
КЦЗ	Комиссия по ценообразованию в здравоохранении
КЭСКОП	Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам
лари	Грузинский лари
ЛВ	Личный врач
МАК	Медицинская аккредитационная комиссия
ман.	Азербайджанский манат
МАСО	Международная ассоциация социального обеспечения
МЗ	Министерство здравоохранения
МЗСЗ	Министерство здравоохранения и социальной защиты
МК	Медицинские кадры
МКСТ	Международная конференция статистиков труда
ММП	Микро- и малые предприятия
МНН	Международные непатентованные наименования лекарственных средств
МоВ	Меморандум о взаимопонимании
МОТ	Международная организация труда
МПН	Медицинская помощь неимущим
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МУСЗ	Минимальный уровень социальной защиты
НАННОУз	Национальная ассоциация негосударственных некоммерческих организаций Узбекистана
НДС	Налог на добавленную стоимость
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НМС	Национальное медицинское страхование
НСЗ	Национальный счет здравоохранения
НСР	Национальная стратегия развития
НФО	Налоги на финансовые операции
НЦКЗ	Национальный центр по контролю заболеваний и общественного здоровья

ОГР	Общие государственные расходы
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения
ООН-ЖЕНЩИНЫ	Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин
ОСЗ	Общая система здравоохранения
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ОСС	Организация социального страхования
ОТЗ	Оценка технологий здравоохранения
ОУМТП	Объединение по управлению медицинскими территориальными подразделениями (TAVIV)
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПВОУЗ	Программа ВОУЗ
ПГГОМП	Программа государственных гарантий оказания медицинской помощи
ПГГП	Программа обеспечения гарантированных государством пособий
ПГМО	Программа гарантированного медицинского обслуживания
ПДЛП	Пакет дополнительных лекарственных препаратов
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОМС	Программа общего медицинского страхования
ПОСМС	Пакет обязательного социального медицинского страхования
ППС	Паритет покупательной способности
ППУЖС	Пособия по повышению уровня жизни семьи
ПРЗ	Программа реформы здравоохранения
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПСС	Платежи из собственных средств
ПУ	Платные услуги
ПФГС	Пенсионный фонд государственных служащих
ПЭТ-КТ	Позитронно-эмиссионная томография – компьютерная томография
РЗМНД	Репродуктивное здоровье матери, новорожденных и детей
РРМО	Руководитель районной медицинской организации
СВП	Сельские врачебные пункты
СДУ	Система долговременного ухода
СЗ	Социальная защита
СЗЗ	Социальная защита здоровья
СМС	Социальное медицинское страхование
СНГ	Содружество Независимых Государств

сом	Киргизский сом
сомони	Таджикский сомони
СОСМС	Система обязательного социального медицинского страхования
СПГ	Средняя продолжительность госпитализации
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
ТБ	Туберкулез
тенге	Казахстанский тенге
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
УЗСТАТ	Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике
УСС	Услуги социального страхования
ФАП	Фельдшерско-акушерские пункты
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ФСМС	Фонд социального медицинского страхования
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЦЗА	Центральная и Западная Азия
ЦКЧСНП	Центр координации чрезвычайных ситуаций и неотложной помощи
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭЦП	Электронная цифровая подпись
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ARMED	Национальная электронная система здравоохранения Армении
СЕ	Маркировка СЕ (Европейское соответствие)
COVID-19	Коронавирусная болезнь 2019 года
CRS	Единый стандарт отчетности
eHealth	Система электронного здравоохранения
EU-SILC	Статистика Европейского союза по доходам и условиям жизни
HIO	Организация медицинского страхования (Health Insurance Organization)
HIC	Коммюнике по внедрению системы здравоохранения
MEDULA	Процесс оформления электронного рецепта в системе Medical Ulak
P4H	Сеть P4H (Providing for Health)
SGK	Институт социального обеспечения

Резюме

В основе комплексной системы социальной защиты лежит обеспечение необременительного доступа к медицинскому обслуживанию и обеспечение доходов в период болезни, беременности и родов. Социальная защита здоровья (СЗЗ), базирующаяся на международных документах по правам человека и международных нормах социального обеспечения, представляет собой правовозащитную основу для достижения политических целей в сфере всеобщей социальной защиты (ВСЗ) и всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), которые имеют решающее значение для достижения целей в области устойчивого развития (ЦУР).

Публикация представляет собой анализ и обобщение опыта стран Центральной и Западной Азии (Армении, Азербайджана, Грузии, Израиля, Казахстана, Кипра, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана, Турции, Узбекистана) по созданию всеобщих систем СЗЗ, отличающихся стабильностью, эффективностью, инклюзивностью, адекватностью и устойчивостью в долгосрочной перспективе. В докладе освещаются достигнутые успехи, возникшие проблемы и сохраняющиеся пробелы и исследуются их коренные причины. Собранная информация дает специалистам-практикам и директивным органам конкретное представление о способах создания, расширения, адаптации и внедрения систем и политики СЗЗ. Она служит основой для изучения международной практики и обмена опытом между странами.

Доклад вновь подчеркивает целесообразность расширения системы СЗЗ в каждой стране для достижения всеобщего охвата, что подразумевает распространение этой защиты на все население: СЗЗ служит платформой для согласования мер политики в области здравоохранения и в социальной сфере в целях усиления их синергетического эффекта на практическом уровне и расширения возможностей для мобилизации государственных ресурсов, необходимых для реализации совместной программы; это действительно стоящая инвестиция, так как она прямо способствует улучшению благосостояния и производственного потенциала каждого человека, домохозяйства, местного сообщества, страны и региона. Такие вложения отвечают требованиям создания необходимых условий для справедливого перехода в условиях беспрецедентного климатического кризиса и недавнего глобального распространения пандемии COVID-19.

Исследовательская работа для данной публикации началась в 2022 г., когда страны Центральной и Западной Азии либо уже приступили к внедрению реформ в области социальной защиты здоровья, либо продолжали их обсуждение. В этом контексте публикация представляет собой своевременное подспорье для всех заинтересованных сторон, разрабатывающих стратегии укрепления и расширения систем социальной защиты, обеспечивающих согласованность всех социальных пособий и их взаимосоиливающее воздействие. Они позволят странам Центральной и Западной Азии встать на путь инклюзивных преобразований, направленных на устранение глубокого структурного неравенства, которое препятствовало прогрессу на пути к социальной справедливости.

Публикация состоит из двух частей. В первой части представлен сравнительный анализ СЗЗ в странах Центральной и Западной Азии по таким параметрам, как охват, адекватность, административные и финансовые механизмы. Вторая часть состоит из девяти страновых профилей, демонстрирующих разнообразие условий, подходов и политических решений, принятых в странах Центральной и Западной Азии.

Охват

За последние десятилетия во многих странах Центральной и Западной Азии были проведены реформы, направленные на охват населения системой СЗЗ. Большинство стран бывшего Советского Союза унаследовали правовую систему, гарантировавшую необременительный доступ к услугам

здравоохранения, но впоследствии, столкнувшись с трудностями в сохранении и обеспечении этих прав на практике, они провели различные реформы.

Закрепленное в законодательстве стран субрегиона право на доступ к медицинскому обслуживанию без финансовых трудностей обеспечивает практически всеобщий охват населения услугами здравоохранения. За некоторыми исключениями, неграждане – трудовые мигранты, просители убежища и беженцы – в разной степени подпадают под действие таких законов и в ряде стран не имеют соответствующих юридических прав. В то же время, отдельные страны ввели правовые гарантии, которые либо распространяются только на население с доходом ниже определенного порога, либо являются всеобщими, но предусматривают ограниченный набор услуг, что препятствует эффективному доступу к медицинским услугам и снижает финансовую защищенность людей (см. *Адекватность*). Хотя законодательство, как правило, обеспечивает широкий охват населения, в ряде стран все еще существует «сегментация» в правах, когда различные группы населения имеют право на получение разного «набора» услуг у разных поставщиков медицинских услуг.

На практике реализация законных прав может быть ограничена многочисленными барьерами, такими как недостаточная информированность и отсутствие регистрации, физическая удаленность, ограничения в ассортименте, качестве и приемлемости медицинских услуг, неофициальные платежи из собственных средств в пункте оказания медицинских услуг, длительное время ожидания, связанное с нехваткой и неравномерностью распределения медицинских работников и персонала по уходу, а также такие сопутствующие издержки, как потерянное рабочее время. Недостаточно тщательно продуманные критерии, которым должны удовлетворять получатели медицинских услуг, также могут быть одним из ограничивающих факторов. В этой связи нынешние реформы по внедрению национальных систем медицинского страхования, которые на основе взносов будут охватывать значительные сегменты занятых в неформальной экономике, не должны путать механизмы финансирования с правом на медицинское обслуживание. Еще в 1944 г. Рекомендация МОТ о медицинском обслуживании (№ 69) призвала предоставить всем членам общества, на которых распространяется медицинское обслуживание, право в любое время и в любом месте пользоваться полным профилактическим и лечебным уходом на равных основаниях и без каких-либо препятствий или ограничений административного, финансового или политического характера и без каких-либо других затруднений, не имеющих отношения к состоянию их здоровья. Многие страны, охваченные в настоящем докладе, столкнулись с трудностями в выполнении положений этой рекомендации, тем не менее они расширили набор медицинских услуг и включили в него реабилитацию и паллиативную помощь. В этом контексте важно определить причины задержек в выполнении положений этой рекомендации.

Гарантия доступа к медицинским услугам без особых финансовых трудностей должна сопровождаться правом на гарантированный доход в период болезни и в связи с материнством, чтобы эффективно купировать риск финансовых лишений, с которыми сталкиваются домохозяйства. Однако лишь менее половины рабочей силы в субрегионе в обязательном порядке охвачено денежными пособиями по болезни. Пять стран субрегиона полагаются исключительно на взносы работодателя в фонды социального страхования для обеспечения гарантированного дохода в случае болезни, но это менее надежно с точки зрения эффективности защиты. Несмотря на высокий уровень правового обеспечения денежных пособий по беременности и родам и наличие в большинстве стран страхового и нестрахового медицинского обслуживания, здесь не всегда можно полагаться на взносы работодателя в фонды социального страхования, и поэтому в этом субрегионе менее 45 процентов женщин с новорожденными детьми получают денежные пособия, гарантирующие доход в дородовом и послеродовом периоде.

Адекватность

Многие страны добились значительного прогресса в расширении охвата населения СЗЗ, однако адекватность предоставляемых пособий остается серьезной проблемой. Пособия считаются адекватными, если они являются достаточно всеобъемлющими (широкий спектр услуг), качественными и обеспечивают достаточный уровень финансовой защиты в соответствии с международными нормами социального обеспечения.

Платежи из собственных средств бенефициаров (ПСС) составляют менее пятой части текущих расходов на здравоохранение только на Кипре, в Турции и Израиле, в то время как они остаются основной статьей расходов на здравоохранение в Азербайджане, Армении, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Катастрофические ПСС на здравоохранение в среднем по субрегиону остаются на относительно низком уровне, однако по этому показателю в разных странах наблюдаются значительные расхождения; по некоторым странам отсутствуют как свежие данные по ПСС, так и по оценке неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения.

Три основных фактора указывают на существенные пробелы с точки зрения адекватности предоставляемых пособий в странах Центральной и Западной Азии:

- ▶ Во-первых, несмотря на недавние реформы, во многих странах гарантированные государством пособия включают в себя слишком ограниченный набор услуг, предоставляемых с доплатой или без нее. Этим объясняется то, что несмотря на почти всеобщий охват установленными пособиями, во многих странах основным источником текущих расходов на здравоохранение остаются ПСС. Это означает, что для обеспечения эффективной доступности услуг здравоохранения странам необходимо адаптировать гарантированные пакеты пособий и усилить предоставление услуг на местах.
- ▶ Во-вторых, уровень государственных расходов на здравоохранение остается относительно низким, в то время как ситуация в странах осложняется в результате увеличения стоимости медицинского обслуживания, вызванного внедрением новых технологий, старением населения и ростом социально-экономического бремени хронических заболеваний.
- ▶ В-третьих, высокий охват населения необязательно означает равенство в доступе к услугам здравоохранения и их эффективности. На это влияют территориальное распределение и качество медицинских учреждений и услуг. В этом плане страны предприняли серьезные усилия для обеспечения географической доступности медицинских услуг и соответствующей инфраструктуры. Тем не менее во многих из них сохраняется проблема адекватного распределения услуг и удержания квалифицированных медицинских кадров. Это происходит в контексте необходимости укрепления первичной медико-санитарной помощи и постепенного отхода от систем, основанных в основном на больничном обслуживании, – многие страны региона недавно взяли на себя соответствующие обязательства. Для их выполнения министерствам здравоохранения необходимо усилить свой потенциал в сфере стратегического руководства и регулирования.
- ▶ Наконец, даже в тех странах, которые приняли конкретные меры по избавлению бедных и уязвимых слоев населения от финансовых затрат в связи с получением услуг здравоохранения (медицинское страхование с широким пакетом услуг без уплаты взносов, освобождение от доплат и сборов за пользование услугами), как, например, в Турции, беднейшие слои населения по-прежнему в непропорционально высокой степени подвергаются риску катастрофических расходов на здравоохранение, что свидетельствует о настоятельной необходимости принятия мер по сокращению бедности и неравенства доходов, в том числе с помощью адекватных денежных пособий по линии социальной защиты в течение всей жизни человека.

Для более эффективного решения задач, связанных с социальными детерминантами здоровья, необходимо укреплять связи и улучшать координацию между механизмами доступа к медицинскому обслуживанию и обеспечения стабильного дохода населения. Рост распространенности неинфекционных болезней в субрегионе требует усиления комплексного подхода к политике социальной защиты и здравоохранения, способствующего здоровому образу жизни, раннему выявлению риска хронических заболеваний и предупреждению инвалидности. Однако таким скоординированным действиям препятствуют серьезные пробелы в охвате социальными денежными пособиями, особенно в случае пособий по беременности и родам и по болезни.

Институциональные механизмы и координация

Охват услугами здравоохранения и их адекватность можно улучшить при наличии сильных учреждений, эффективно участвующих в процессах руководства и управления предоставлением услуг. Несмотря на достигнутый в Центральной и Западной Азии прогресс, страны региона

должны значительно улучшить процессы участия в управлении системами социальной защиты здоровья и в предоставлении соответствующих услуг и пособий. Цели обеспечения справедливого и эффективного доступа, стоящие перед программами СЗЗ, должны быть в центре внимания институциональных механизмов и систем административного управления.

В ряде стран региона с момента создания системы страхования сразу же создавались крупные страховые фонды, либо они формировались в процессе постепенной консолидации и слияния программ страхования с целью учреждения единого плательщика и снижения фрагментации. В отдельных странах сохраняются дифференцированные права для различных групп населения (сегментация в правах), а также множество плательщиков и множество фондов страхования рисков и организаций, занимающихся закупкой услуг. В странах Центральной и Западной Азии существуют различия в подходе к разделению функций между закупкой и предоставлением услуг. Во многих странах субрегиона такое разделение ранее никогда не проводилось, но недавно большинство стран приступили к реформам в этом направлении. Процесс внедрения новых реформ происходит неравномерно в различных странах.

Институциональные механизмы должны улучшать согласованность и координацию действий в рамках всей системы социальной защиты, охватывающей краткосрочные и долгосрочные выплаты социальных пособий, не перекладывая бремя этих мер на предполагаемых бенефициаров. Необходимость такой координации объясняется тремя причинами.

- ▶ Во-первых, меры, направленные на снижение расходов на медицинские услуги для малоимущих граждан, недостаточны для решения проблемы неравенства доходов и хронической бедности. В свою очередь, такие социальные детерминанты здоровья, как нестабильность доходов, неравенство и бедность, неразрывно связаны с ограниченным доступом к медицинским услугам и худшими показателями здоровья. Доступ к адекватным детским пособиям, пенсиям по старости и инвалидности обеспечивает необходимые гарантии дохода для достойного уровня жизни и расширяет возможности их получателей, облегчая им доступ к здоровому образу жизни и надлежащим медицинским услугам.
- ▶ Во-вторых, состояние здоровья человека влияет на его способность полноценно заниматься оплачиваемой трудовой деятельностью – плохое здоровье может поставить под угрозу возможность получения гарантированного дохода. Адекватные денежные пособия необходимы для обеспечения гарантированного дохода в случае ухудшения здоровья в связи с беременностью и родами, болезнью, производственной травмой или профессиональным заболеванием, а также в старости. Пандемия COVID-19 показала, что денежные пособия по болезни играют важную роль в обеспечении гарантированного дохода и предотвращении распространения инфекционных заболеваний.
- ▶ В-третьих, если услуги по долгосрочному уходу, уходу за детьми или социальному уходу недоступны, бремя ухода за больным или находящимся на иждивении родственником обычно ложится на членов семьи (часто именно на женщин), лишая их возможности полноценно заниматься деятельностью, приносящей доход. Это бремя может увеличиваться по мере старения населения и роста заболеваемости НИЗ, но уже сейчас в субрегионе наблюдается значительный гендерный дисбаланс на рынке труда.

По этим причинам предоставление медицинского обслуживания должно быть четко скоординировано с предоставлением денежных пособий и социального ухода в рамках комплексных систем социальной защиты, что позволит удовлетворять потребности населения, оптимизировать административные системы и максимизировать социально-экономическое воздействие политики в области здравоохранения и социальной защиты. В целях обеспечения непрерывного охвата медицинского обслуживания на протяжении всей жизни человека необходимо обеспечить преемственность между различными видами пособий (медицинские, семейные и по старости), а также между пособиями, основанными на взносах и без них. Для этого необходимо создать организационную структуру, позволяющую совместно пользоваться общими функциями и инструментами управления (единая база данных) применительно к различным страховым случаям в соответствии с межсекторальной политикой.

Финансирование

Для солидарного финансирования СЗЗ в странах Центральной и Западной Азии необходимо увеличить объем ресурсов, предоставляемых государством. Недофинансирование остается одним из основных препятствий для обеспечения адекватного охвата и эффективного использования населением прав на социальную охрану здоровья. Объем текущих расходов на здравоохранение в Центральной и Западной Азии составляет менее 6 процентов ВВП, что примерно вдвое ниже среднего показателя по региону. Государственные средства составляют около четырех пятых текущих расходов на здравоохранение в двух странах, в то время как в пяти странах они составляют менее половины таких расходов. Внедрение солидарного финансирования должно сопровождаться увеличением объема и качества государственных средств, а также наличием всеобъемлющей нормативно-правовой базы и адекватных механизмов регулирования, сформированных на основе социального диалога как условия обеспечения устойчивости систем в контексте меняющихся политических приоритетов. По оценкам, субрегиону потребуются мобилизовать дополнительно 2,5 процентных пункта ВВП для обеспечения минимального уровня социальной защиты (МУСЗ), включающего в себя необременительный доступ к основным услугам здравоохранения и пять видов денежных пособий – по безработице, старости, беременности и родам, инвалидности и детские пособия, которые обеспечивают поддержку минимального уровня доходов людей на протяжении всей жизни.

В ряде стран субрегиона расходы на здравоохранение в значительной степени финансируются за счет платежей из собственных средств населения (ПСС). ПСС и частное медицинское страхование ослабляют социальную солидарность и закрепляют неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию и в финансировании системы. Доля частного коммерческого медицинского страхования в финансировании здравоохранения в субрегионе незначительна, к нему прибегают в основном состоятельные люди, однако это потенциально отвлекает ресурсы, которые в противном случае могли бы быть распределены между всем населением.

За последние несколько десятилетий в субрегионе Центральной и Западной Азии увеличилась доля государственных расходов, выделяемых на здравоохранение, что свидетельствует о том, что этому сектору уделяется определенное внимание, причем страны субрегиона мобилизуют различные источники государственного финансирования для обеспечения права на медицинское обслуживание, не создающих особых финансовых трудностей. Страны с самой высокой долей государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение, за исключением Грузии, использовали как целевые фонды, пополняемые за счет взносов на социальное обеспечение, так и нецелевые фонды государственного бюджета, поступающие из разных источников. Помимо взносов на социальное обеспечение, лишь немногие страны полагаются на другие виды целевых ресурсов и отдают предпочтение нецелевым источникам финансирования, даже если для их поддержания в долгосрочном периоде (в связи с меняющимися приоритетами правительства) часто требуется проведение активной информационно-разъяснительной работы. Важно отметить, что с введением новых или увеличением существующих налогов на здравоохранение во многих странах ЦЗА появились возможности для увеличения целевого субсидирования здравоохранения. Роль внешних источников финансирования здравоохранения в субрегионе весьма незначительна.

В рамках проводимых реформ многие страны встали на путь перехода к национальным системам социального медицинского страхования, которые будут охватывать все или часть уровней медицинского обслуживания всего населения. Предполагается, что законодательные реформы приведут к созданию новых единых плательщиков, объединяющих различные источники поступлений, включая взносы на социальное обеспечение, уплачиваемые теми, кто участвует в различных видах и формах занятости. Если в странах с крупной формальной экономикой этот процесс может не вызывать сложностей, то в странах с масштабной неформальной экономикой он должен сопровождаться значительными усилиями по переходу от неформальной к формальной экономике. Такие усилия выходят за рамки мандата отдельного министерства и должны быть общенациональными. Они должны обеспечить доступ к различным источникам целевых и нецелевых государственных доходов, поступающих за счет прогрессивной шкалы налогообложения (включая подоходный налог на домохозяйства и налог на прибыль компаний), которые

могут быть мобилизованы для реализации политики социальной защиты и здравоохранения в рамках диверсифицированного финансирования.

Направление дальнейших действий

Опыт стран Центральной и Западной Азии показывает, что не существует универсального решения, которое могло бы сделать СЗЗ реальностью для всех. Успех в значительной степени зависит не от конкретных финансовых или институциональных моделей, а от политических и социальных обязательств, исторических путей развития и применения руководящих принципов в соответствии с международными нормами социального обеспечения.

Это действительно так, но все же страны сталкиваются с рядом общих проблем. СЗЗ основана на принципах солидарности и справедливости, согласно которым все, богатые и бедные, должны иметь равный доступ к медицинскому обслуживанию и гарантированный доход во время болезни, отпуска по беременности и родам или утраты трудоспособности. В действительности слишком многие страны Центральной и Западной Азии полагаются на прямые платежи домохозяйств для финансирования медицинского обслуживания, что усугубляет неравенство. Гарантированный доход в случае болезни, инвалидности или деторождения не является реальностью для большинства населения. Те, кто может себе это позволить, обычно обращаются за медицинской помощью, не используя свои права на СЗЗ, когда эти права ограничены или реализуются не в полной мере – это поощряет развитие дуальных систем и усугубляет неравенство. Чтобы укрепить общественный договор, который сплачивает общество, необходимо подтвердить приверженность обязательствам, основанным на широком объединении рисков и адекватном финансировании.

Системы социальной защиты здоровья в первую очередь направлены на оказании лечебной помощи, что отражает ориентацию большинства систем здравоохранения. Инвестирование в укрепление здоровья, профилактику и первичную медико-санитарную помощь является первоочередной задачей для удовлетворения потребностей населения, которое все чаще страдает неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и обеспокоено проблемами безопасности в области здравоохранения. Это требует увеличения инвестиций не только на цели укрепления систем здравоохранения и усиления прав на СЗЗ, но и на расширение охвата денежными пособиями по социальной защите и обеспечение их адекватного размера в контексте значительных пробелов в охвате населения в странах Центральной и Западной Азии.

Внедрение подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, как и принятие мер, направленных на социальные детерминанты здоровья и благополучия, – это межсекторальная задача. Для ее решения необходимо повысить престиж медицинских кадров, для того чтобы гарантировать их наличие и тесную координацию и обеспечить хорошее качество предлагаемых ими услуг в настоящее время и в будущем. СЗЗ и системы социальной защиты в целом должны поддерживать этот крайне необходимый сдвиг. Для этого необходимо преодолеть глубокую разобщенность между политикой в области здравоохранения и политикой в области социальной защиты – это позволит мобилизовать большую долю государственных ресурсов и способствовать их перераспределению на взаимоукрепляющей основе.

Для достижения целей Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г. необходимо безотлагательно приступить к укреплению систем СЗЗ, основанных на соблюдении прав человека. Приоритизация государственных инвестиций, гарантирующих доступ к медицинскому обслуживанию без финансовых трудностей в рамках национальных минимальных уровней социальной защиты, играет важнейшую роль в решении задач Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г. и в достижении цели «никого не оставить без внимания». Добиваясь прогресса в выполнении обещания достичь всеобщего охвата социальной защитой и всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 г., а также защищая и поощряя права человека, государства могут укрепить общественный договор.

На представленной ниже информационной панели приведены статистические данные и отдельные элементы политики и систем социальной защиты здоровья в Центральной и Западной Азии в свете ключевых руководящих принципов, закрепленных в нормах МОТ.

АРМЕНИЯ	АЗЕРБАЙ-ДЖАН	КИПР	ГРУЗИЯ	ИЗРАИЛЬ	КАЗАХ-СТАН	КЫРГЫЗ-СТАН	ТАДЖИ-КИСТАН	ТУРЦИЯ	ТУРКМЕ-НИСТАН	УЗБЕКИ-СТАН
---------	--------------	------	--------	---------	------------	-------------	--------------	--------	---------------	-------------

Основная ответственность государства											
Внутренние государственные расходы на здравоохранение (ВГРЗ) в процентах от внутреннего валового продукта (ВВП) (%)	2,2	1,5	8,0	4,5	5,4	2,6	2,9	1,9	3,6	0,9	3,0
Закупки: программы государственных закупок выступают в качестве основных покупателей	Единый ⁶	Единый ⁶	Единый	Единый	Единый	Единый	Единый ⁶	Единый ⁶	Единый	Единый ⁶	Единый ⁶
Права на получение пособий, предусмотренные национальным законодательством											
Законодательно гарантированный пакет медицинских услуг (основные государственные программы)	Эксплицитное ¹	Эксплицитное ¹	Эксплицитное ¹	Эксплицитное	Эксплицитное ¹	Эксплицитное	Эксплицитное	Эксплицитное ¹	Эксплицитное	Эксплицитное ¹	Эксплицитное ¹
Сочетание прав = эксплицитное и имплицитное право в зависимости от программы											
Равенство в доступе и принцип «никого не оставить без внимания»											
Доля родов в присутствии квалифицированного медперсонала (%) (показатель ЦУР 3.1.2)					НД						
Доля детей в возрасте до одного года, иммунизированных против кори (%)											
Охват лечением туберкулеза (%)											
Оценочный охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ (%)			Н/П		Н/П	Н/П			Н/П	Н/П	
Социальная интеграция, в том числе лиц, занятых в неформальном секторе экономики											
Работники со всеми видами и формами занятости имеют право на медицинское обслуживание	Да ⁵	Да	Да	Да	Да	Да	Да ⁵	Да	Да	Да ⁴	Да
Трехстороннее управление с участием представительных организаций работодателей и работников											
Трехстороннее представительство в руководящем органе (где применимо)	Н/П	Н/П	Да	Н/П	Да	Н/П	Н/П	Н/П	Да	Н/П	Да

Примечания:

- Используется позитивный перечень совместно с перечнем исключений
- Размеры платы за услуги: ограниченные и/или регулируемые
- Уязвимые группы освобождаются от доплаты и сооплаты

- Добровольное участие
- Базовый уровень прав
- Имеется государственное агентство по закупкам / министерство, но закупки в целом осуществляются частными структурами за счет расходов из собственных средств

- Компонент задачи ЦУР 3с, показатель 3.с.1: плотность и распределение медицинских работников по пороговым величинам, указанным в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2006): 22,8; МОТ (2010): 41,2; ВОЗ/Агентство США по международному развитию (2013): 59,4

Экспликация:

Доля платежей из собственных средств домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение (ТРЗ) (%)	Индекс охвата услугами ВОУЗ: охват основными медико-санитарными услугами (шкала 1-100, ЦУР 3.8.1)	Доля населения, расходующего более 10% доходов своих домохозяйств на медицинское обслуживание	Внутренние государственные расходы на здравоохранение (ВГРЗ) в процентах от внутреннего валового продукта (ВВП) (%)	Плотность медицинских работников на 10 000 человек ⁷
> 50	> 80	> 10	> 5	> 85
20-49	70-80	5-10	3-5	65-85
<20	<70	<5	< 3	< 65

Н/П - Неприменимо

НД - Нет данных

Источники: Адаптация Всемирной базы данных по социальной защите МОТ, основанной на данных Вопросника МОТ по социальному обеспечению (Всемирная база данных по социальной защите, основанная на Обследовании МОТ по социальному обеспечению (SSI) и MACO/ACO; Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ; Глобальная база данных расходов на здравоохранение; ВОЗ и Всемирный банк (2022).



Введение

Доступ к всеобщей социальной защите имеет решающее значение для предотвращения и сокращения масштабов бедности, неравенства и социальной изоляции. Социальная защита, действующая в качестве автоматического стабилизатора, представляет собой эффективную антикризисную меру, которая обеспечивает доступ к услугам здравоохранения и гарантированный доход и таким образом стабилизирует совокупный спрос. Как таковая социальная защита повышает устойчивость к будущим потрясениям и способствует ускорению восстановления по пути инклюзивного роста и развития.

Социальная защита здоровья (СЗЗ) направлена на снижение финансовых барьеров, препятствующих доступу к комплексным медицинским услугам, и на обеспечение гарантированного дохода во время болезни; она является неотъемлемой частью комплексной системы социальной защиты, которая эффективно защищает людей от непредвиденных обстоятельств и различных типов рисков на протяжении всей их жизни. СЗЗ, основанная на международных документах по правам человека и нормах социального обеспечения, обеспечивает правозащитный подход к достижению политической цели и задачи ЦУР по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) (Dorjsuren B. et al., 2022).

В данной публикации обобщен опыт стран Центральной и Западной Азии, вставших на путь создания всеобщих систем социальной защиты здоровья, которые должны быть жизнеспособными, эффективными, инклюзивными, адекватными и устойчивыми в долгосрочной перспективе. Информация, включенная в данный сборник, дает специалистам-практикам и директивным органам представление о конкретных способах разработки, расширения охвата, адаптации и внедрения систем и политики СЗЗ. Цель данной публикации заключается в освещении роли СЗЗ как инструмента трансформационной политики, способствующего перераспределению и эффективному доступу к медицинскому обслуживанию без финансовых трудностей.

Социальная защита здоровья: концепция, уходящая корнями в права человека

Социальная защита здоровья создает условия для достижения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, основанного на правах человека. Социальная защита здоровья как неотъемлемый компонент комплексных систем социального обеспечения предусматривает внедрение ряда государственных или организованных государством и делегированных частному сектору мер, направленных на достижение (МОТ, 2008):

- i. эффективного доступа к качественному медицинскому обслуживанию без особых финансовых трудностей;
- ii. гарантии дохода, компенсирующего потерю заработка в случае болезни.

Отсутствие доступного качественного медицинского обслуживания может привести как к ухудшению здоровья, так и к обнищанию населения, невозможности получать образование и участвовать в производительной занятости, что имеет более серьезные последствия для наиболее уязвимых слоев населения. По этой причине нормы социального обеспечения с самого начала подчеркивали принцип всеобщего охвата.

В 1944 г. Рекомендация МОТ о медицинском обслуживании (№ 69) ввела принцип всеобщего охвата и указала, что медицинское обслуживание должно распространяться на всех членов общества, «независимо от того, имеют ли они приносящую им доход работу или нет». Впоследствии право на здоровье было официально провозглашено в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1946 года и в документах по правам человека. Так, во Всеобщей декларации прав человека 1948 года право на здоровье и безопасность¹ включено в право на достаточный жизненный уровень и гласит следующее:

¹ Право на социальное обеспечение также упоминается в статье 22 Всеобщей декларации прав человека.

«Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам» (статья 25).

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, принятый Организацией Объединенных Наций в 1966 г., в статье 12 признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья². Кроме того, он призывает государства, являющиеся участниками пакта, принимать меры для осуществления этого права, включая меры по охране здоровья детей, охране окружающей среды и гигиене труда, профилактике и борьбе с болезнями и созданию условий, которые обеспечивали бы всем людям доступ к медицинской помощи и уходу в случае болезни. Право на здоровье является всеобъемлющим, оно не ограничивается своевременным доступом к надлежащему медицинскому обслуживанию, а распространяется и на основные факторы, определяющие состояние здоровья (доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям; достаточное снабжение безопасным продовольствием; питание и жилищные условия; здоровые условия труда и окружающей среды; доступ к просвещению и информации в области здоровья).

Права человека на здоровье и социальное обеспечение взаимно дополняют друг друга и считаются необходимыми для предоставления каждому человеку эффективного доступа к адекватной защите (ООН, 2008; 2019)³. СЗЗ, опирающаяся на эти положения, представляет собой оптимальный механизм для наполнения этих прав человека реальным содержанием (МОТ, 2020d). На основе разработанных, принятых⁴ и ратифицированных⁵ странами международных норм социального обеспечения был разработан свод нормативно-правовых актов, содержащий подробное изложение руководящих принципов, которыми следует руководствоваться при создании систем СЗЗ, а также минимальный уровень защиты, который государства должны обеспечивать (см. Вставку 1).

► **Вставка 1. Актуальные международные инструменты по правам человека и нормы социального обеспечения**

- Рекомендация МОТ 1944 года о медицинском обслуживании (№ 69)
- Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), статьи 22 и 25
- Конвенция МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), часть II
- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 г.), статья 5 (e) (iv)
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), статьи 9, 11 и 12
- Конвенция МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130) и Рекомендация 1969 года (№ 134)
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.), статьи 11 (1) (e) и (f), (2) (b) и (d), 12 и 14 (2) (b) и (c)
- Конвенция о правах ребенка (1989 г.), статьи 24 и 26
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990 г.), статьи 28, 43 (e) и 45 (c)
- Конвенция МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183)
- Конвенция о правах инвалидов (2006 г.), статьи 25 и 28
- Рекомендация МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202)

² Права на социальное обеспечение и достаточный жизненный уровень упоминаются в статьях 9 и 11.

³ Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП). Замечание общего порядка № 19: Право на социальное обеспечение (ст. 9 Пакта), 4 февраля 2008 г., E/C.12/GC/19, доступно по адресу: <https://www.refworld.org/docid/47b17b5b39c.html>.

⁴ Международные нормы социального обеспечения разрабатываются и принимаются представителями правительств, работодателей и работников. Государства-члены ратифицируют их и имплементируют в национальном законодательстве. Комитет по применению международных норм социального обеспечения периодически контролирует выполнение положений этих норм.

⁵ В частности, Конвенция МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), Конвенция МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130) и соответствующая Рекомендация 1969 года (№ 134), а также Конвенция МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183).

Три страны – Кипр, Израиль и Турция – ратифицировали Конвенцию МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102); а Азербайджан, Кипр и Казахстан ратифицировали Конвенцию МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183). Однако ни одна из стран субрегиона не ратифицировала Конвенцию МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130).

Стратегия распространения адекватного охвата

Экономический кризис 2007–2008 гг. со всей очевидностью показал необходимость распространения социальной защиты на всех, в том числе в области здравоохранения: во взаимосвязанном мире с глобализованной экономикой социальная защита служит механизмом смягчения многоплановых последствий циклических кризисов. В 2008 г. члены МОТ приняли Декларацию о социальной справедливости в целях справедливой глобализации, в которой социальная защита была выдвинута в качестве одной из четырех целей программы «Достойный труд». В связи с этим члены МОТ продолжили обсуждение вопроса о необходимости принятия новой нормы, которая должна служить руководством по стратегиям всеобщего охвата социальной защитой.

В 2012 г. Международная конференция труда приняла Рекомендацию о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202). Она признает доступ к основному медицинскому обслуживанию в качестве первой из четырех основных социальных гарантий, составляющих национальные минимальные уровни социальной защиты, которые как можно раньше должны стать реальностью для всех (МОТ, 2017а, 2019, 2021а). Признавая этот важный шаг вперед в формировании международного консенсуса в отношении ВОУЗ, Генеральная Ассамблея ООН в 2012 г. приняла резолюцию «Здоровье населения мира и внешняя политика», в которой подчеркивается «важное значение всеобщего охвата в рамках национальных систем здравоохранения, особенно с помощью механизмов первичного медико-санитарного обслуживания и социальной защиты, включая национально определяемые минимальные уровни социальной защиты».

Международные нормы социальной защиты признают разнообразие национальных условий, поэтому они предлагают подход к расширению охвата, согласно которому государства-члены должны не только гарантировать согласованные на международном уровне минимальные уровни защиты для всех в краткосрочной перспективе (горизонтальное измерение), но и обеспечить постепенное достижение более высоких уровней защиты, как только позволят национальные условия (вертикальное измерение). Эта двухмерная стратегия направлена на укрепление устойчивости перераспределительной роли системы социальной защиты и обеспечение того, чтобы чрезвычайные жизненные обстоятельства стали коллективно управляемыми рисками и программы СЗЗ содействовали укреплению социальной сплоченности общества.

Конвенция № 102 устанавливает минимальные уровни защиты и поощряет комплексный подход к социальной защите, который включает в себя доступ к медицинской помощи как одного из девяти охватываемых страховых случаев. Такой комплексный подход направлен на обеспечение коллективного распределения жизненных рисков между членами общества. Поэтому он является важным инструментом, позволяющим предоставить не только доступ к необременительным медицинским услугам, но и хотя бы к минимальной гарантии дохода, что, в свою очередь, позволяет устранить негативное воздействие ряда ключевых социальных детерминант здоровья. На Рисунке 1 представлены девять страховых случаев и характер соответствующего им минимального набора пособий.

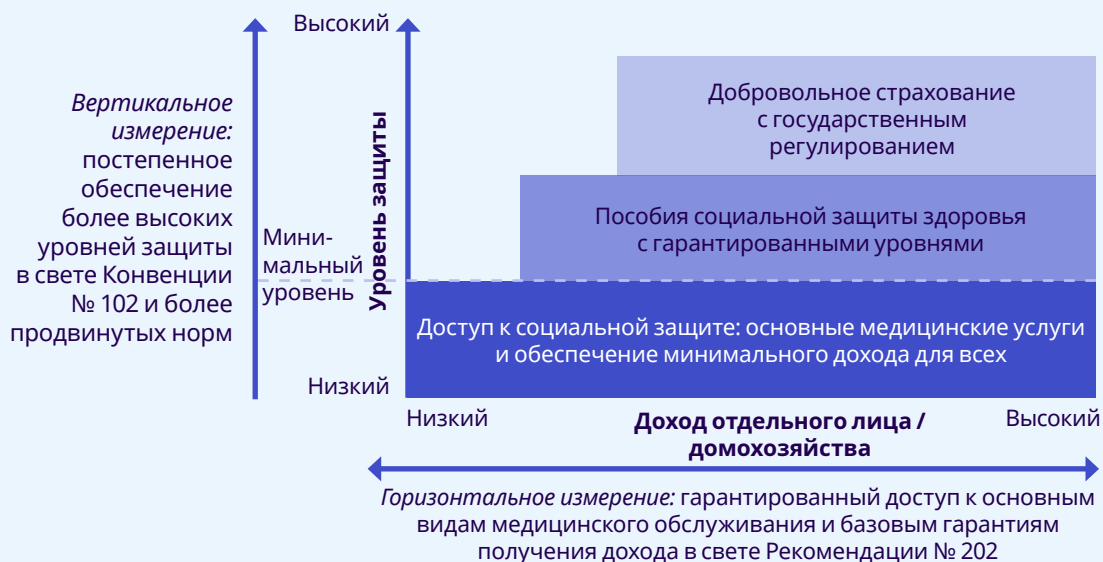
► Рисунок 1. Всеобъемлющий охват социальной защитой: рамки учета рисков для здоровья и отдельных социальных детерминант на протяжении всей жизни человека

Страховой случай	Доступ к необременительному медицинскому обслуживанию	Гарантии получения дохода
Медицинское обслуживание	Всеобщее медицинское обслуживание, включая долговременный уход	
Семейное обеспечение		Поддержка дохода
Обеспечение по болезни		Поддержка дохода
Обеспечение по материнству	Медицинское обслуживание в связи с материнством	Поддержка дохода
Обеспечение по инвалидности		Поддержка дохода
Обеспечение по безработице		Поддержка дохода
Обеспечение в связи с несчастным случаем на производстве / профессиональным заболеванием	Медицинское обслуживание, включая реабилитацию	Поддержка дохода
Обеспечение по старости		Поддержка дохода
Обеспечение по случаю потери кормильца		Поддержка дохода

Источник: MOT (2021b) на основе Конвенции № 102.

Как упоминалось выше, стратегия расширения охвата включает в себя два измерения (см. Рисунок 2). Цель горизонтального расширения заключается в охвате всего населения четырьмя основными гарантиями, включая медицинское обслуживание в соответствии с Рекомендацией MOT 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202) (MOT, 2017a, 2019, 2021a). Вертикальное расширение направлено на постепенное повышение адекватности пособий для обеспечения более высокого уровня защиты. Нормы MOT устанавливают минимальный уровень пособий, который должен быть гарантирован законодательно. Уровень пособий по медицинскому обслуживанию включает в себя два аспекта: (i) перечень фактически доступных услуг и (ii) финансовую защиту от расходов на эти услуги. Минимальные требования по каждому из этих двух параметров подробно описаны во Вставке 2.

► Рисунок 2. Двухмерная стратегия расширения охвата социального обеспечения



Источник: адаптировано из публикации МОТ (2012).

► Вставка 2. Нормы МОТ, касающиеся доступа к медицинскому обслуживанию без особых финансовых трудностей

Всеобщий характер и распространение охвата на всех. В 1944 г. Рекомендация МОТ о медицинском обслуживании (№ 69) ввела принцип универсальности, согласно которому доступ к медицинским услугам без затруднений должен быть обеспечен для всех членов общества, «независимо от того, имеют ли они приносящую им доход работу или нет». Такой охват должен распространяться на семьи и не ограничиваться только отдельными индивидами.

Охват населения. В соответствии с Рекомендацией МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202) необходимо в приоритетном порядке распространить на все население охват четырьмя базовыми гарантиями, одной из которых является предоставление необходимого медицинского обслуживания таким образом, чтобы нуждающиеся не сталкивались с материальными трудностями (ILO, 2021a; 2017; 2019).

Адекватность охвата. Страны должны постепенно повышать полноту и уровень пособий на медицинское обслуживание, обеспечивая более высокий уровень защиты. Нормы МОТ устанавливают минимальный уровень обслуживания, который должен быть гарантирован законодательством. Уровень пособий на медицинское обслуживание охватывает два аспекта:

- i. Диапазон медицинских услуг, который действительно доступен: хотя минимальные уровни социальной защиты должны включать предоставление как минимум «основных услуг здравоохранения», определяемых на национальном уровне, включая бесплатный дородовой и послеродовой уход для малообеспеченных женщин, страны должны постепенно добиваться более широкой защиты для всех. Это предусмотрено Конвенцией МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102) и Конвенцией МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130), которые требуют закрепления в национальном законодательстве всеобъемлющего спектра услуг. Чтобы медицинские услуги считались адекватными в соответствии с нормами МОТ и механизмами контроля за соблюдением прав человека, они должны отвечать критериям наличия, доступности, приемлемости и качества (Рекомендация № 202, пункт 5a);
- ii. Финансовая защита от расходов на такие услуги должна быть гарантирована: документы МОТ предусматривают юридическое закрепление права на медицинское обслуживание «без материальных трудностей». Платежи из собственных средств не должны быть основным источником финансирования систем здравоохранения. Правила, касающиеся распределения расходов, должны разрабатываться так, чтобы избежать возникновения финансовых трудностей, причем соплатежи должны либо отсутствовать, либо быть ограниченными, а ведение беременности – бесплатным.

Финансирование и институциональные механизмы. Нормы МОТ поддерживают механизмы коллективного финансирования и признают возможность использования различных налогов и взносов работников, работодателей и правительства. Они также поддерживают различные институциональные механизмы, а именно: национальные службы здравоохранения, в рамках которых государственные службы предоставляют финансово доступные медицинские услуги, и национальное медицинское страхование, в рамках которого автономная государственная организация собирает доходы из различных источников для приобретения медицинских услуг либо только у государственных поставщиков, либо у государственных и частных поставщиков, либо в любом сочетании таких механизмов.

Источник: Адаптация документов МОТ (2017, 2019, 2021a, 2021c).

Аналогичный подход лежит в основе расширения охвата пособиями по болезни. Нормы МОТ предусматривают обеспечение дохода, компенсирующего потерю заработка в связи с болезнью, карантин, обращением за медицинской помощью или уходом за больным иждивенцем, за счет мер, находящихся в ведении государства (МОТ, 2020b). Пособия по болезни предоставляются в виде периодических денежных выплат так, чтобы стоимость обращения за медицинской помощью не вынуждала людей отказываться от лечения, не заставляла вернуться на работу до полного выздоровления или, в случае инфекционных заболеваний, не стала фактором, предотвращающим изоляцию, подвергая других риску заражения.

Международные нормы социального обеспечения признают разнообразие финансовых и институциональных механизмов, которые страны могут создавать для достижения установленных ими минимальных уровней защиты, и содержат набор руководящих принципов, которым должны соответствовать такие механизмы. В Таблице 1 приводятся некоторые ключевые принципы СЗЗ и их практическое значение (МОТ, 2020c).

► **Таблица 1. Руководящие принципы МОТ для систем социальной защиты здоровья**

Принцип	Пояснение
Всеобщий характер защиты	Здоровье и социальное обеспечение – это права человека, которые должны быть гарантированы всем людям без исключения
Разнообразие подходов и постепенная реализация	Финансирование, закупки и предоставление услуг здравоохранения могут осуществляться по разным программам при условии соблюдения руководящих принципов. Принцип постепенной реализации признает, что не каждое правительство может мобилизовать необходимые ресурсы для немедленного выполнения международных норм. Он требует от правительств принятия эффективных мер для постепенного введения в приоритетном порядке всеобщего минимального уровня социальной защиты путем мобилизации максимального объема имеющихся ресурсов и дальнейшего их увеличения, чтобы гарантировать более высокий уровень здравоохранения и социального обеспечения как можно большему числу людей в кратчайшие сроки, воздерживаясь при этом от регрессивных мер
Распределение рисков и солидарность в области финансирования	Поощряются механизмы коллективного финансирования для покрытия расходов на обеспечение пособий по медицинскому обслуживанию, материнству и болезни, поскольку они создают положительный эффект перераспределения и переносят финансовые риски и риски на рынке труда на общество, а не на отдельных людей

Принцип	Пояснение
Общая и первостепенная ответственность государства	Государство несет ответственность за соблюдение, защиту и реализацию права на здоровье и социальное обеспечение в соответствии с международными нормами в области прав человека. Нормы МОТ возлагают на государство общую и первостепенную ответственность за надлежащее администрирование программами пособий на медицинское обслуживание, по материнству и болезни, а также за их надлежащее предоставление. Это включает в себя обеспечение финансовой устойчивости, сбор поступлений, объединение и закупку, а также предоставление медицинских услуг
Адекватный характер	Как медицинское обслуживание (включая ведение беременности), так и денежные пособия по болезни и материнству должны быть адекватными и удовлетворять потребности всех людей с точки зрения их спектра, объема и качества, а также финансовой защиты в соответствии с минимальными уровнями, установленными международными нормами. Критерии, касающиеся адекватности услуг здравоохранения, охватывают доступность, наличие, приемлемость и хорошее качество
Прогнозируемость пособий	Национальное законодательство устанавливает виды пособий и обеспечивает выделение необходимых финансовых ресурсов с тем, чтобы пособия и услуги предоставлялись в предписанных обстоятельствах и условиях в зависимости от потребностей
Недопущение дискриминации, гендерное равенство и социальная интеграция	Архитектура систем СЗЗ должна предотвращать дискриминацию, обеспечивать гендерное равенство и реагировать на особые потребности
Налогово-бюджетная и экономическая устойчивость при надлежащем учете принципов социальной справедливости и равенства	Система СЗЗ способна нести расходы, связанные с ее функционированием в конкретных условиях страны, обеспечивая при этом справедливость, она регулируется на основе всеобъемлющей системы отчетности
Участие заинтересованных лиц, социальный диалог и подотчетность	В структуру управления входят трехстороннее представительство и консультации с защищаемыми лицами и работодателями, механизмы консультаций с другими соответствующими организациями и представительными организациями заинтересованных лиц, а также эффективные и доступные процедуры подачи и рассмотрения жалоб и апелляций в рамках системы подотчетности
Интеграция в комплексные системы социальной защиты	СЗЗ должна быть неотъемлемой частью скоординированных, последовательных и комплексных систем социальной защиты

Социальная защита здоровья и Цели в области устойчивого развития

Социальная защита здоровья включает в себя ряд государственных или организованных и одобренных государством частных мер, направленных на обеспечение эффективного доступа к недорогим медицинским услугам и адекватным пособиям по болезни для всех. Оба эти направления способствуют достижению цели ВОУЗ. В принятой в сентябре 2023 г. второй политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН, посвященной достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, признается основополагающее значение «механизмов социальной защиты [...] для обеспечения всеобщего и справедливого доступа всех людей к качественным услугам здравоохранения без каких-либо связанных с этим финансовых трудностей» (ООН, 2023). Задачи ЦУР по ВОУЗ (3.8) и ВСЗ (1.3) являются взаимоусиливающими приоритетными мерами, направленными на достижение здоровой и достойной жизни для всех. Отсутствие доступного качественного медицинского обслуживания может привести как к ухудшению здоровья, так и к обнищанию народа с более серьезными последствиями для наиболее уязвимых слоев населения. По этой причине в нормах социального обеспечения с самого начала подчеркивался принцип всеобщего охвата.

Распространение социальной защиты на всех является также ключом к решению задач ЦУР 8, касающихся поступательного, всеохватного и устойчивого экономического роста, полной и продуктивной занятости и достойной работы, поскольку для достижения этих целей необходима

здоровая рабочая сила. Таким образом, социальная защита является неотъемлемым компонентом ориентированного на человека подхода к будущему сферы труда (Глобальная комиссия по вопросам будущего сферы труда, 2019). Нездоровье и невозможность получить медицинскую помощь – из-за финансовых, географических, социальных или других барьеров – негативно сказываются на производительности труда. Отсутствие финансовой защиты в случае болезни подрывает способность домохозяйств инвестировать в производственные активы и ввергает их в нищету. СЗЗ также косвенно способствует достижению других ЦУР, таких как ЦУР 5.4 о гендерном равенстве и ЦУР 10.4 о политике социальной защиты и укреплении равенства.

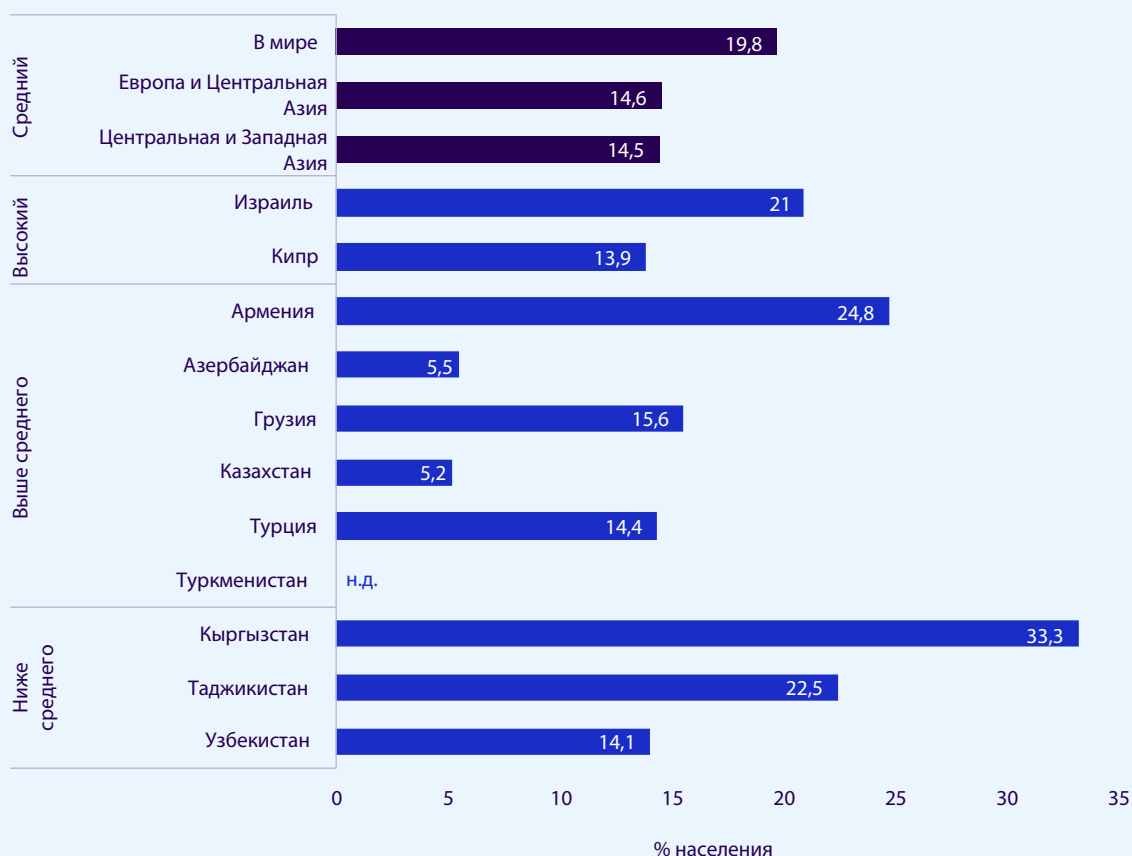
Различия между странами Центральной и Западной Азии

Этот сборник сосредоточен на выбранных странах Европы и Центральной Азии, которые охватываются статистическим делением субрегиона «Центральная и Западная Азия» Международной организации труда (МОТ). Этот субрегион включает одиннадцать стран, а именно: Азербайджан, Армению, Грузию, Израиль, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Таджикистан, Турцию, Туркменистан и Узбекистан. Большинство из этих стран входило в состав бывшего Советского Союза (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан). Всего в субрегионе площадью 5 005 963 кв. км проживает более 191 миллиона человек, из них 41,4 процента – в сельской местности (Всемирный банк, 2021а, 2022а). Географические особенности субрегиона разнообразны – от высоких горных перевалов, нескончаемых пустынь, обширных степей до богатых рек и морей. Хотя страны этого субрегиона существенно различаются по площади их территории, численности населения и экономическому положению, многие из них имеют общие характеристики (UNDP, 2005). Географическое положение некоторых стран создает существенные препятствия для доступности здравоохранения. Так, горные ландшафты Кыргызстана и Таджикистана осложняют предоставление услуг в отдаленных сельских районах. Так же и обширные территории Узбекистана, Казахстана и Туркменистана с их изолированными и малонаселенными областями в сочетании с ограниченной транспортной инфраструктурой затрудняют оказание медицинской помощи (Rechel et al., 2012).

Из одиннадцати стран две (Кипр и Израиль) относятся к странам с высоким уровнем дохода; шесть (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Турция и Туркменистан) – к группе стран с уровнем дохода выше среднего; и три – к странам с уровнем дохода ниже среднего (Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан). По меньшей мере пятая часть населения живет за чертой бедности в Армении (24,8 процента), Кыргызстане (33,3 процента) и Таджикистане (22,5 процента); более 10 процентов – в Грузии (15,6 процента), на Кипре (13,9 процента), в Турции (14,4 процента) и Узбекистане (14,1 процента), в то время как в Азербайджане (5,5 процента) и Казахстане (5,2 процента) эта доля меньше, как показано на Рисунке 3 (АБР, 2024; Всемирный банк, н.д.).



► **Рисунок 3. Доля населения, проживающего за национальной чертой бедности, по глобальным, региональным и субрегиональным средним показателям, а также по странам Центральной и Западной Азии, в зависимости от уровня дохода, за 2022 г. или последний год, за который имеются данные**

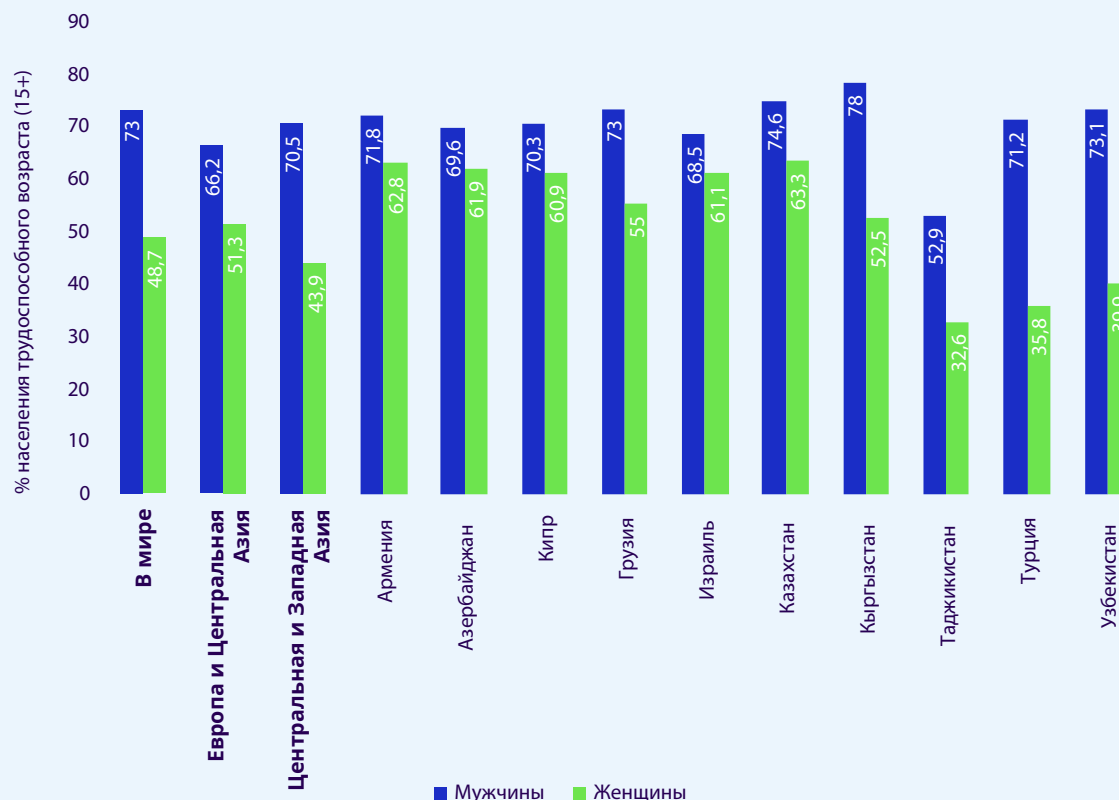


Примечание: данные о населении, проживающем за национальной чертой бедности, относятся к 2022 г., за исключением Израиля, Кипра и Кыргызстана (2021) и Турции (2020). Данные по Туркменистану отсутствовали. Глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по общей численности населения.

Источник: на основе Индикаторов мирового развития Всемирного банка, АБР (2024) и Института национального страхования Израиля (2023; 2024).

В субрегионе участие женщин на рынке труда остается существенно ниже по сравнению с мужчинами. По оценкам, уровень участия мужчин в составе рабочей силы составляет 70,5 процента, женщин – 43,9 процента (см. Рисунок 4) (ILOSTAT, 2022a). Занятость в сельском хозяйстве составляет 17,6 процента от общей занятости, варьируясь от 0,8 процента (Израиль) до 51,7 процента (Армения). Данные о доле несельскохозяйственной занятости вне формального сектора имеются только по пяти странам (Армения, Грузия, Кипр, Кыргызстан и Турция) и отражают значительные различия – от 13 процентов (Грузия) до 98,2 процента (Кипр) (ILOSTAT, 2022b, н.д.).

► Рисунок 4. Уровень участия в составе рабочей силы с разбивкой по полу, региону, субрегионам и отдельным странам Центральной и Западной Азии, 2023 г. или последний год, за который имеются данные



Примечание: данные об уровне участия населения в рабочей силе по Туркменистану отсутствуют.

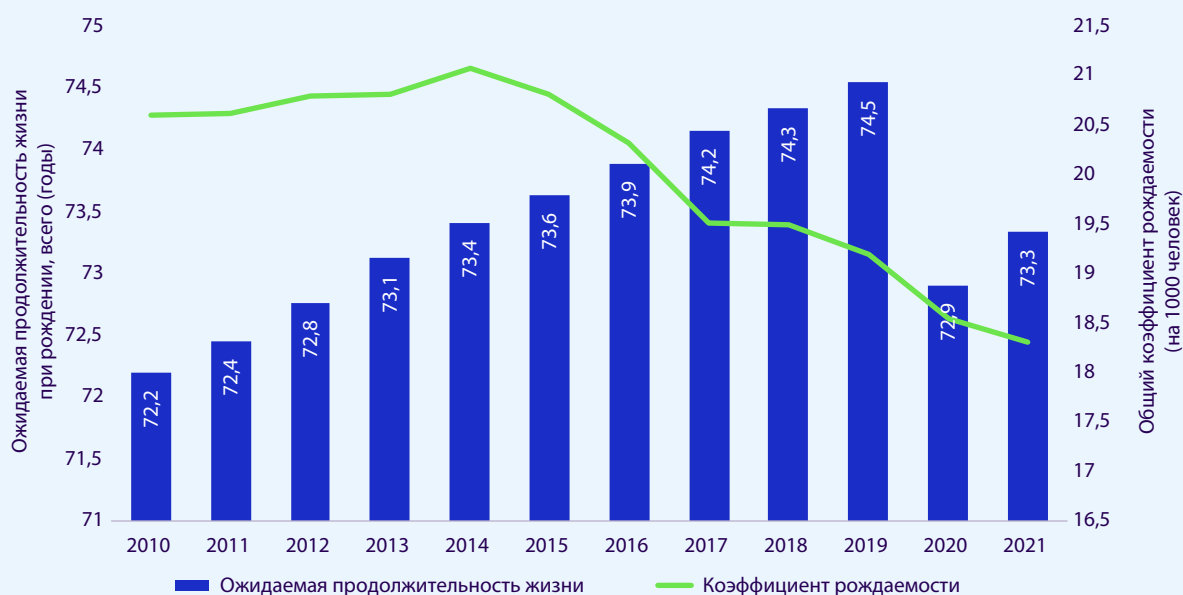
Источник: смоделированные оценки MOT на 2023 г. и Обследование рабочей силы (LFS).

Страны переживают стремительные демографические изменения: растет ожидаемая продолжительность жизни и падает коэффициент рождаемости (см. Рисунок 5). По состоянию на 2021 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 73,3 года, при этом Израиль (82,5 года), Кипр (81,2 года) и Турция (76 лет) превышали средний показатель, но это на 1,2 года меньше по сравнению с 2019 г. – на тенденцию снижения во многом повлияла пандемия COVID-19 (ВОЗ, 2024; Всемирный банк, 2021b). Население субрегиона в возрасте 65 лет и старше составляет 10 процентов, Армения (13,1 процента), Грузия (14,6 процента), Израиль (12 процентов) и Кипр (14,8 процента) превышают этот средний показатель (Всемирный банк, 2022b). В связи со старением населения и изменением образа жизни неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной смерти в субрегионе, в среднем 85,2 процента населения умирает от НИЗ. На Азербайджан, Грузию и Турцию приходится более 90 процентов смертей от НИЗ, основным из которых является ишемическая болезнь сердца (ИПОЗ, 2019; Всемирный банк, 2019).

Эти демографические изменения также оказывают влияние на давление, оказываемое на трудоспособное население для внесения вклада в общие налоги и социальное обеспечение, что иллюстрируется коэффициентом возрастной зависимости⁶, который в среднем составляет 53,1 процента в подрегионе. Конкретно, доля пожилых людей в Центральной и Западной Азии составила в среднем 13 процентов от трудоспособного населения и была выше 20 процентов в четырех странах (Армения, Кипр, Грузия и Израиль) в 2024 г. (Всемирный банк 2022с; ILOSTAT 2021).

⁶ Коэффициент демографической нагрузки (отношение численности иждивенцев моложе 15 лет или старше 64 лет к численности населения трудоспособного возраста в возрасте от 15 до 64 лет). На диаграмме представлена доля иждивенцев на 100 человек трудоспособного населения.

► Рисунок 5. Тенденции ожидаемой продолжительности жизни и коэффициента рождаемости, Центральная и Западная Азия, 2010–2021 гг.



Источник: на основе Индикаторов мирового развития Всемирного банка.

Мобильность населения является характерной чертой демографических тенденций в субрегионе. По состоянию на середину 2020 г. пять стран (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) приняли около 5,6 миллиона международных мигрантов, при этом большинство принятых мигрантов прибыли из Российской Федерации (67 процентов), Украины (9 процентов) и Узбекистана (7 процентов). Кроме того, в том же году из этих пяти стран эмигрировали 7,8 миллиона международных мигрантов, причем наибольший процент эмиграции приходится на Казахстан (4,2 миллиона) и Узбекистан (2 миллиона) (МОМ, 2024). В 2020 г. 22 процента населения Грузии проживало за границей, причем основной страной назначения была Российская Федерация (52 процента грузинских эмигрантов), за ней следовали Греция (10 процентов), Украина (8 процентов), Азербайджан (6 процентов) и США (5 процентов) (ОЭСР, 2022). Турция является одной из стран, принимающих наибольшее количество беженцев со всего мира. По состоянию на 2022 г. она приняла 3,6 миллиона беженцев и лиц, ищущих убежища, большинство из которых – сирийцы (3,5 миллиона) (УВКБ ООН, 2023). Это также страна выезда – около 71 тысяч человек эмигрировали из Турции в 2021 г., из них 41 процент мигрировали в Германию, 10 процентов в Нидерланды и 7 процентов во Францию (ОЭСР, 2023а). Кипр принял около 170 тысяч мигрантов в 2022 г., что составляло 18,8 процента населения, из которых 10,4 процента были выходцами из ЕС (Европейская комиссия, 2024). Более 20 процентов населения Армении, Грузии и Казахстана уезжают в другие страны (их часто называют «эмигрантами») (Отдел народонаселения ООН, 2020).

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние десятилетия по ряду показателей здоровья и благополучия, в 2020 г. в шести странах было зарегистрировано более 27 случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных – от 28 в Грузии до 68 на Кипре. Меньше 10 случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных наблюдалось в Израиле и Туркменистане (ВОЗ, 2023а). В 2022 г. смертность среди детей в возрасте до пяти лет составляла более 15 случаев на 1000 живорожденных в Азербайджане (18,1), Кыргызстане (17,3), Таджикистане (30,3) и Туркменистане (40,4) по сравнению с менее 5 случаев смерти на 1000 живорожденных на Кипре и в Израиле (ЮНИСЕФ, 2024).

В субрегионе менее двух третей населения охвачены хотя бы одним денежным пособием по социальной защите – от 29,8 процента в Таджикистане до 100 процентов в Израиле (см. Рисунок 22, Раздел 2.1.2 [TL1]). Доля расходов на социальную защиту в виде денежных пособий в ВВП (за исключением пособий на медицинское обслуживание) варьируется от 4 процентов в Таджикистане до 12,7 процента на Кипре (МОТ, без даты).

Региональные и субрегиональные обязательства по социальной защите здоровья

Страны Содружества Независимых Государств (СНГ), включая Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан, подписали соглашение о создании СНГ в 1991 г. и создали зону свободной торговли СНГ в 2012 г. Межрегиональный совет по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ содействует сотрудничеству государств по широкому кругу вопросов, включая контроль качества лекарственных средств, развитие системы здравоохранения, эпидемиологический надзор и борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (АБР, 2021).

Совет сотрудничества тюркоязычных государств, в который входят Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан и Турция, был создан в 2009 г. и содействует сотрудничеству в нескольких областях, в том числе в сфере социально-экономического развития (АБР, 2021; Правительство Азербайджана, 2023). За последние годы было разработано несколько инициатив с участием некоторых или всех стран Центральной и Западной Азии по продвижению ВОУЗ и подтверждению обязательств стран в этой области, таких как Дорожная карта в поддержку здоровья и благополучия в Центральной Азии (2022–2025) (Hondo D. and Kim Y. 2023; ВОЗ 2022e).

Тематическая коалиция ООН по вопросам социальной защиты для Европы и Центральной Азии служит платформой для обмена информацией, адвокации и консультирования по вопросам политики, а также для создания и укрепления партнерских отношений в области социальной защиты.

Цель, методология, структура доклада

Национальные системы социальной защиты и политика, как и программы СЗЗ должны адаптироваться к различным социально-экономическим реалиям и учитывать демографические и эпидемиологические трансформации. В контексте последних реформ настоящая публикация служит распространению опыта стран Центральной и Западной Азии в расширении их систем СЗЗ.

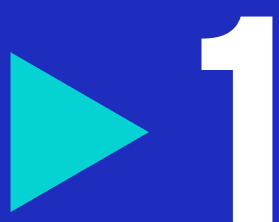
Не существует единого пути к достижению всеобщей защиты. Цель данной публикации заключается в том, чтобы понять, как различные страны постепенно добиваются расширения охвата и повышения адекватности своих систем ССЗ, и ответить на следующие вопросы: как распространить охват на различные группы населения? как гарантировать и расширять пакет пособий с течением времени? какие меры принимаются для ограничения платежей из собственных средств (ПСС)? как объединять ресурсы для обеспечения солидарности? как приобретать услуги, обеспечивая оптимальное соотношение их цены и качества, и удовлетворить потребности населения в медицинском обслуживании? какие меры принимаются для обеспечения наличия качественных медицинских услуг, их доступности и приемлемости для всех? и как мобилизовать ресурсы для достижения СЗЗ? Доклад освещает достигнутый прогресс, проблемы и сохраняющиеся пробелы в охвате и исследует их коренные причины.

В настоящем докладе, построенном вокруг этих ключевых вопросов, представлены практические подходы к созданию институциональных механизмов и мобилизации ресурсов, которые способствовали расширению охвата СЗЗ и повышению ее адекватности. В силу различий в социально-экономическом и политическом контекстах и эволюции систем социальной защиты в разных странах, используемые меры и подходы отличаются друг от друга, как и темпы достижения различных аспектов СЗЗ.

Первая часть доклада состоит из двух глав, структурированных вокруг этих вопросов. Первая глава посвящена охвату населения и адекватности пособий, вторая – институциональным механизмам и вопросам устойчивого финансирования, где на основе примеров отдельных стран показано, как можно использовать различные подходы к достижению общей цели. Вторая часть доклада включает в себя девять страновых профилей, в которых представлен обзор национальной политики и результатов в области СЗЗ в странах субрегиона – в Азербайджане, Армении, Грузии, Казахстане, на Кипре, в Кыргызстане, Таджикистане, Турции и Узбекистане. Несмотря на то, что не удалось подготовить и включить в доклад страновые профили по Израилу и Туркменистану, соответствующая информация все же включена в первую главу. Страновые примеры, приведенные в первой части доклада, если не указано иное, заимствованы из соответствующих профилей стран, содержащих их полное описание.







▶ 1

Сравнительный анализ

Глава 1. Расширение охвата населения и повышение адекватности услуг

Ключевые принципы

- ▶ В странах Центральной и Западной Азии всеобщие или почти всеобщие права на медицинское обслуживание без финансовых трудностей закреплены законодательно. Тем не менее для определенных категорий мигрантов некоторые правовые пробелы сохраняются. Кроме того, нормативно-правовая база не всегда предоставляет равные льготы для всех, а в некоторых странах существует сегментация в правах на пособия, что негативно сказывается на справедливости распределения льгот.
- ▶ На практике реализация законных прав сталкивается с многочисленными препятствиями. Так препятствия для доступа к медицинскому обслуживанию могут сохраняться в виде недостаточной информированности и низкого уровня регистрации, физической удаленности медицинских учреждений, дополнительных издержек в виде потери рабочего времени, ограничений в ассортименте, качестве и приемлемости медицинских услуг, неофициальных платежей из собственных средств в пункте оказания помощи и длительного времени ожидания, связанного с нехваткой и неравномерным распределением медицинских работников и персонала по уходу.
- ▶ Гарантия необременительного доступа к медицинскому обслуживанию должна сопровождаться правом на получение дохода во время болезни, беременности и родов, чтобы эффективно купировать риск возникновения трудностей, с которыми сталкиваются домохозяйства. В этой связи следует отметить, что менее половины рабочей силы в субрегионе в обязательном порядке охвачено денежными пособиями по болезни. Такие пробелы в законодательстве отражаются на практике. Пять стран субрегиона в вопросах обеспечения гарантированного дохода во время болезни полагаются исключительно на ответственность работодателя, что менее надежно с точки зрения эффективности защиты. Пробелы в законодательстве неизбежно находят свое отражение на практике. Так, менее 45 процентов женщин, родивших ребенка, получают денежное пособие по беременности и родам.
- ▶ Платежи из собственных средств (ПСС) домохозяйств остаются основным источником расходов на здравоохранение в Азербайджане, Армении, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Они составляют менее 20 процентов текущих расходов на здравоохранение только на Кипре, в Израиле и Турции. Эта ситуация оказывает непропорционально большое влияние на домохозяйства с низким уровнем дохода, которые, как правило, откладывают обращение за медицинской помощью, что оказывает значительное влияние на их собственное и общественное здоровье. Катастрофические собственные расходы на здравоохранение встречаются относительно редко, но в разных странах ситуация различается. В некоторых странах отсутствуют свежие данные, а также систематическое отслеживание неудовлетворенных потребностей в здравоохранении. Коллективное финансирование, широкое распределение рисков среди большого числа участников и применение принципов, основанных на правах человека, являются ключевыми условиями для обеспечения эффективного доступа к здравоохранению для всех. Принципы, предусмотренные нормами МОТ, в этом отношении актуальны как никогда, а ратификация Конвенций № 102 и 130 является ключевым показателем того, что страны приняли на себя надлежащие долгосрочные обязательства соблюдать эти нормы.
- ▶ При этом инвестиции в обеспечение доступности качественных медицинских услуг имеют решающее значение. Показатели охвата услугами всеобщего медицинского обслуживания в Центральной и Западной Азии на мировом уровне относительно высоки, но они по-прежнему ниже среднего показателя по региону. Необходимы дополнительные инвестиции в кадры здравоохранения в целях улучшения условий их труда. Кроме того, системам здравоохранения необходимо уделять больше внимания борьбе с неинфекционными заболеваниями, которые получают все большее распространение.
- ▶ Для решения ключевых проблем, определяющих состояние здоровья населения, срочно необходимо обеспечить более тесную взаимосвязь и лучшую координацию между доступом к медицинскому обслуживанию и гарантированным доходом. По-прежнему сохраняются трудно устранимые очаги бедности, и поэтому даже небольшие платежи на здравоохранение могут привести к обнищанию уязвимых групп населения. Рост числа неинфекционных заболеваний в субрегионе требует комплексного подхода к политике социальной защиты и здравоохранения, способствующей здоровому образу жизни.

Введение

Принцип «никого не оставить без внимания» предполагает наличие комплексной системы СЗЗ, основанной на соблюдении прав человека, и тщательный контроль за ее функционированием. Мониторинг играет ключевую роль в оценке исполнения законов, отслеживании прогресса в расширении охвата, выявлении неохваченных групп населения и поддержке разработки и реализации стратегий по их охвату. Мониторинг прогресса в области социальной защиты здоровья (СЗЗ) основывается на оценке охвата населения (обеспечения охвата всех членов общества) и адекватности льгот (таких как спектр охватываемых медицинских услуг и степень предоставляемой финансовой защиты) как в законодательстве, так и на практике (Таблица 2). Многофакторность и тесная взаимозависимость этих аспектов, а также отсутствие систематического сбора данных делают мониторинг охвата СЗЗ сложной задачей. Хорошие результаты в одном измерении не обязательно приводят к улучшениям в другом.

► Таблица 2. Оценка охвата и адекватности медицинского обслуживания

	По закону	На практике
Охват населения	Доля населения, имеющего право на охрану здоровья (комплексный пакет пособий, не требующий больших затрат)	Доля населения, эффективно защищенного программой, которая воплощает их законные права на практике (доступ к программе, осведомленность правообладателей об их правах и так далее)
Диапазон охвата	Пакет пособий, предусмотренный законодательством	Степень, в которой люди эффективно получают и используют медицинские услуги, отвечающие критериям наличия, доступности, приемлемости и качества
Финансовая защита	Доля покрываемых расходов на медицинские услуги, и, следовательно, не оплачиваемых физическими лицами, как это определено в законодательстве	Степень, в которой затраты на медицинское обслуживание эффективно покрываются коллективными механизмами, и следующий из этого уровень финансовой нагрузки на домохозяйства

Источник: МОТ (2021b).

Что касается денежных пособий по болезни, беременности и родам, то правовой охват должен учитывать, как долю населения трудоспособного возраста, *имеющего право на получение таких пособий в соответствии с законом*, так и рекомендуемый размер пособий, указанный в нормах МОТ. Эффективный охват включает в себя долю нуждающегося населения, которое регулярно получает *эффективную* защиту или помощь в случае болезни, несчастного случая или ухудшения состояния здоровья.

В этой главе представлены исторические тенденции развития политики социальной защиты здоровья и политики сектора здравоохранения в более широком смысле, а затем проанализированы аспекты охвата населения и адекватности услуг. Анализ основывается на рамках ЦУР, которые приветствуют дополнительные усилия по сбору данных и предусматривают новые косвенные показатели для оценки аспектов, связанных с правовым и эффективным охватом (МОТ, 2021e; ВОЗ и Группа Всемирного банка, 2023). И, наконец, в главе рассматриваются меры, которые предприняты и которые предстоит предпринять, чтобы не оставить без внимания ни одного члена общества.

► 1.1. Разнообразие исторических путей развития и недавних реформ в странах, ранее входивших в состав Советского Союза

1.1.1. Общее наследие постсоветских государств на пороге 1990-х гг.

Советский Союз был первой страной, поставившей своей целью внедрение социализированной медицины с доступом к медицинскому обслуживанию для всех граждан как основополагающего права каждого человека (Schechter, 1992). Право на охрану здоровья всех граждан СССР было закреплено в 42-й статье Конституции СССР, которая гласит, что «граждане СССР имеют право на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, а также потери кормильца»⁷.

Страны бывшего Советского Союза в Центральной и Западной Азии (Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) при создании своей системы здравоохранения придерживались модели Семашко, согласно которой помощь предоставлялась бесплатно для всех через сеть государственных медицинских учреждений с основным упором на стационарную и больничную помощь (Glonti K., 2015). Система здравоохранения была организована по иерархическому принципу на трех административных уровнях: республиканском (национальном), областном (краевом) и окружном (районном) или муниципальном, причем каждый уровень управлял отдельным бюджетом по предоставлению медицинских услуг (Rechel et al., 2012). Такая система характеризовалась высоким уровнем функциональной избыточности и множеством дублирующих друг друга ролей и обязанностей. Больницы играли ведущую роль в формировании системы здравоохранения, в то время как учреждения первичной медико-санитарной помощи, как правило, были развиты слабо. На местные власти была возложена ответственность за предоставление услуг здравоохранения, включая обязательную иммунизацию против инфекционных заболеваний.

Кадры здравоохранения были плохо подготовлены к оказанию первичной помощи, поскольку многие врачи на ранних этапах своего обучения специализировались (что было обусловлено сильным упором на специализированную помощь), оставаясь лишенными навыков общей практики. Кроме того, несмотря на всеобщий доступ хотя бы к базовому уровню медицинской помощи, советская система здравоохранения страдала от многочисленных недостатков, которые снижали ее общую эффективность. К ним относятся недостаточные инвестиции и плохое техническое обслуживание медицинских учреждений, а также излишняя склонность к госпитализации пациентов в случаях, легко поддающихся лечению в отделениях первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, в системе, в центре которой стоит больничное обслуживание, расходы на здравоохранение в основном были направлены на оплату коммунальных услуг и персонала, а не на повышение показателей оказания помощи пациентам (McKee M., Healy J., and Falkingham J., 2002).

Советский Союз на первом этапе достиг значительных успехов в сфере здравоохранения, что нашло свое выражение в экспоненциальном росте числа медицинских учреждений и численности медицинского персонала, однако ему не удалось адаптироваться к меняющимся потребностям населения в долгосрочной перспективе. Ожидаемая продолжительность жизни увеличивалась до конца 1960-х гг. как следствие улучшения оказания помощи при родах, успешной борьбы с инфекционными заболеваниями и общего повышения уровня жизни, однако дальнейших улучшений этого показателя в последующие десятилетия достичь не удалось. Это происходило из-за того, что система продолжала уделять основное внимание количественным параметрам, таким как наращивание производственных ресурсов, рост числа больничных коек и численности врачей (см. Рисунок 6), вместо того, чтобы адаптироваться к изменению бремени болезней, в частности к росту неинфекционных заболеваний (Roberts B., Karanikolos M., and Rechel B. 2014; Hohmann S. and Lefèvre C., 2014).

⁷ Конституция (Основной закон) Союза Советских Социалистических Республик, принятая на седьмой (внеочередной) сессии Верховного Совета СССР девятого созыва 7 октября 1977 г., доступна по ссылке: [constitution-ussr-1977.pdf\(marxists.org\)](http://constitution-ussr-1977.pdf(marxists.org)).

Рисунок 6. Число койко-мест (на 10 000 человек) в отдельных странах бывшего Советского Союза, данные за 1990 и 2021 гг.



Примечание: в связи с отсутствием информации, данные по Армении, Грузии и Казахстану приводятся за 2020 г., а не за 2021 г., а по Азербайджану – за 2019 г.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ и Индикаторах мирового развития Всемирного банка.

Таким образом, в 1991 г. после обретения независимости страны постсоветского пространства располагали значительным количеством объектов, которые были недоинвестированы десятилетиями. В результате все страны пошли путем сокращения числа койко-мест и медицинских учреждений, одновременно инвестируя средства в их модернизацию. Так, в период с 1994 по 1997 г. в Казахстане около 70% сельских больниц были упразднены (McKee et al., 2002). Большинство больниц закрывалось в сельской местности, а в городах сокращалось количество койко-мест. При этом некоторые сельские больницы были преобразованы в учреждения первичной медико-санитарной помощи. В целом объекты системы здравоохранения обычно оставались в государственной собственности (Glonti K., 2015), за исключением Грузии, где практически все государственные объекты были выкуплены частным сектором (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2014) (см. Вставку 3).

После обретения независимости страны постсоветского пространства приступили к реформам первичной медико-санитарной помощи и реструктуризации системы здравоохранения (Rechel et al., 2023, 2012). Хотя сеть поставщиков услуг ПМСП, оставшаяся с советских времен, была достаточно плотной, она серьезно страдала от недостатка инвестиций (Kühlbrandt S. and Voerma W., 2015). В ответ на это некоторые страны прибегли к объединению ранее отдельных городских поликлиник для взрослых, детей, услуг в сфере репродуктивного здоровья и стоматологии в единые центры семейной медицины. Так, в Кыргызстане они были объединены и переименованы в группы семейных врачей (ГСВ), в которых медицинская помощь предоставлялась в виде специализированной амбулаторной помощи (Rechel et al., 2023). Реформы первичной медико-санитарной помощи в Армении получили воплощение в появлении новой должности семейного врача и врача общей практики, и Армения стала первой страной на постсоветском пространстве, наладившей систему обучения семейной медицине. Реформы также включали в себя формализацию системы платных услуг, определение базового пакета пособий, предоставление бесплатного ухода определенным слоям населения и уделение особого внимания улучшению охраны здоровья матери и ребенка (Hohmann S. and Lefèvre C., 2014). При этом основной упор делался на улучшение первичной медицинской помощи в сельской местности. Так, например,

в Узбекистане медицинские пункты в сельской местности были укомплектованы врачами вместо традиционного фельдшерско-акушерского персонала. С другой стороны, в Таджикистане ранее существовавшая сложная структура оказания первичной медицинской помощи в сельских регионах была преобразована в двухуровневую систему оказания медицинской помощи, в которой медицинское учреждение под названием «Дом здоровья» выполняет функции входного звена, которое направляет пациентов, нуждающихся в более высоком уровне медицинской помощи в соответствующие сельские медицинские центры (Rechel et al., 2023).

Что касается финансирования, то сразу после обретения независимости многие центральные правительства столкнулись с настоящим финансовым коллапсом и были вынуждены делегировать задачу финансирования медицинских услуг на региональный и муниципальный уровень. В том, что касается механизмов коллективного финансирования системы здравоохранения, страны бывшего Советского Союза применяли различные подходы. Системы Азербайджана, Узбекистана и Таджикистана, отличающиеся высоким уровнем децентрализации, перекладывают ответственность за коллективное финансирование на регионы с определенным вкладом на общегосударственном уровне. Армения во избежание фрагментации сохранила централизованную систему коллективного финансирования в рамках министерства здравоохранения. Казахстан и Кыргызстан сначала делегировали финансирование на региональный уровень, а впоследствии вновь перевели его на национальный уровень (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2014) (см. Раздел 2.2.1).

Разные пути развития стран в 2000-х гг.

Страны Центральной и Западной Азии в 2000-х гг. пошли разными путями развития, что привело к разнообразию ситуаций. В то время как большинство стран сохранили государственную модель предоставления медицинских услуг, Грузия в 2000-х гг. прошла через период радикальных нелиберальных реформ, направленных на широкую приватизацию системы, отмену налогов и массовое сокращение государственного сектора здравоохранения, что до сих пор значительно ограничивает доступность медицинских услуг для всего населения (Gugushvili D, 2017) (см. Вставку 3).

► Вставка 3. Эволюция системы здравоохранения Грузии

После распада Советского Союза новое независимое грузинское государство столкнулось с экономической стагнацией и повышением уровня бедности и безработицы. Качели экономической и политической неопределенности привели к так называемой «революции роз» (2003), повлекшей за собой смену режима и общенациональные реформы. Новоизбранное правительство провело ряд радикальных нелиберальных реформ, направленных на приватизацию, сокращение государственного регулирования и налогообложения, а также урезание государственного сектора (Gugushvili D, 2017). Реформы в секторе здравоохранения основывались на предположении, что приватизация, конкуренция и рыночные принципы помогут сдерживать расходы, повысить качество медицинской помощи и будут способствовать развитию инфраструктуры.

В Грузии после распада Советского Союза система здравоохранения подверглась нескольким реформам, которые можно разделить на три этапа (Natsvlishvili B et al., 2022).

Первая волна реформ (1994–2003)

На этом этапе основное внимание уделялось децентрализации управления системой здравоохранения, приватизации и сокращению количества больничных коек, переходу от общего бюджетного финансирования к программно-целевому финансированию, созданию государственного медицинского страхования и укреплению системы первичной медико-санитарной помощи.

При этом новая конституция Грузии (1995 г.) признала право граждан на доступ к недорогим и качественным медицинским услугам в рамках возможностей государства.

Главная цель заключалась в расширении охвата базовой первичной и больничной медико-санитарной помощью посредством государственного финансирования при одновременном сокращении административных и финансовых обязанностей государства за счет децентрализации и приватизации. Однако реформа столкнулась с серьезными трудностями, вызванными коррупцией и бюджетными ограничениями. Несмотря на все усилия, были приватизированы только стоматологические клиники и аптеки, и государству так и не удалось мобилизовать достаточные средства на государственное здравоохранение. Кроме того, система столкнулась с проблемой высоких неофициальных платежей.

Вторая волна реформ (2004–2012)

После «революции роз» правительство приступило к программе неolibеральных реформ, ориентированных на крупномасштабную приватизацию, дерегулирование экономики и минимизацию роли государства в предоставлении общественных услуг. Многие регулирующие органы были просто упразднены, был введен налог по единой ставке, а здравоохранение, как правило, стало рассматриваться как сфера свободного предпринимательства.

Государственная медицинская страховая компания была ликвидирована и заменена частными страховыми компаниями. Государственное финансирование здравоохранения было ограничено только уязвимыми группами населения: в 2008–2012 гг. вступила в действие программа «Медицинская помощь для малоимущих граждан» (МПМГ). Программа основана на проверках нуждаемости и ориентирована на семьи, живущие за чертой бедности, предоставляя им комплексное медицинское страхование. Кроме того, правительство предоставило определенным слоям населения субсидируемое частное медицинское страхование, оставив при этом остальную часть населения незастрахованной. В дополнение к этому существовал ряд вертикальных программ здравоохранения, финансируемых государством, для оказания конкретных услуг, таких как помощь при ВИЧ/СПИДе и туберкулезе. Внедрение МПМГ ознаменовало сокращение роли государства в СЗЗ и быстрое расширение сектора частного страхования. Вскоре индустрия частного медицинского страхования стала чрезвычайно прибыльной отраслью с нормой прибыли до 30–40% (Richardson and Berdzuli, 2017).

Третья волна (2012 – настоящее время)

В 2012 г. была начата реформа программы всеобщего медицинского страхования. Первоначально финансирование системы здравоохранения перешло от частных страховщиков к министерству здравоохранения, ставшему единым плательщиком. Это привело к улучшению доступа к медицинскому обслуживанию и повышению финансовой защиты, особенно для ранее не охваченных слоев населения. Эти преобразования также привели к значительному увеличению объемов государственного финансирования здравоохранения, которое возросло от 400 миллионов лари в 2012 г. до 1,3 миллиарда лари в 2019 г. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, остаются нерешенными еще множество проблем, большая часть которых является следствием предыдущих волн реформ, способствовавших коммерциализации сектора здравоохранения.

1.1.2. Недавние реформы

В период с 1996 по 2006 г. страны ЦЗА провели крупные реформы с заявленной целью расширения охвата правом на социальное здравоохранение для всех наряду с улучшением медицинского обслуживания и общего качества услуг. Некоторые из этих реформ пришлось отложить или прекратить вовсе, но большинство из них все еще частично определяют нынешнее положение дел в сфере СЗЗ. Эти реформы включают в себя:

- принятие законов, закрепляющих права на СЗЗ для всего населения (всех граждан или всех лиц, проживающих на территории страны), как, например, в Армении (Закон о медицинской помощи и услугах населению 1996 г.), Азербайджане (Закон о медицинском страховании 1999 г.) и Узбекистане (Закон № 265-I об охране здоровья 1996 г.) (Таблица 3);
- внедрение систем с единым плательщиком, иногда объединяющих под одним зонтиком ранее существовавшие программы, как, например, в Армении (создание Государственного агентства здравоохранения (ГАЗ) в 1997 г.) и Кыргызстане (создание Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в 2001 г.);
- введение гарантированных государством пакетов льгот, в частности для сокращения неформальных платежей и повышения доступности медицинских услуг, как, например, в Кыргызстане (внедрение гарантированного пакета медицинских услуг в 2001 г.), Таджикистане (внедрение гарантированного медицинского обслуживания и базового пакета медицинских услуг в 2005 г.) и Узбекистане (утверждение гарантированного государством пакета базовых медицинских услуг в 1996 г.).

В последнее время в странах постсоветского пространства возобновились дискуссии о реформах по созданию автономных агентств и программ СЗЗ⁸. Примерами являются принятие Программы всеобщего охвата здравоохранением (ПВОЗ) в Грузии в 2013 г., программы обязательного медицинского страхования (ОМС) и государственного агентства по его управлению (ГАОМС) в Азербайджане в 2016 г., введение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и системы обязательного социального медицинского страхования (СОСМС) в Казахстане в 2020 г., а также учреждение Фонда социального медицинского страхования в Узбекистане в 2021 г. Кыргызстан был в авангарде этой новой волны, основав в 2001 г. Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), в то время как в Таджикистане введение программы обязательного медицинского страхования, предусмотренное на 2008 г., вот уже несколько раз откладывается. Дискуссия о внедрении подобных реформ ведется в настоящее время и в Армении.

► 1.2. Успехи на пути расширения охвата населения

В этом разделе рассматриваются аспекты охвата населения как в законодательстве, так и на практике. В нем представлен обзор новых доступных данных о правовом и эффективном охвате населения из Всемирной базы данных по социальной защите. Далее дается представление о том, как страны продвигаются по пути расширения охвата, а также о нерешенных проблемах расширения охвата. Аспекты, связанные с адекватностью услуг (охват услугами и финансовая защита), рассматриваются в следующих разделах этой главы.

⁸ Ссылка на вебинары Р4Н:

ВЕБИНАР 1 по реформам социального здравоохранения и финансированию здравоохранения в странах СНГ – Сеть Р4Н;
ВЕБИНАР 2: Реформы социальной защиты и финансирования здравоохранения в странах СНГ – Сеть Р4Н.

1.2.1. Доступ к необременительному медицинскому обслуживанию

Правовое обеспечение

Эффективный доступ к медицинскому обслуживанию без финансовых трудностей и гарантированный доход во время болезни и материнства имеют первостепенное значение для реализации прав человека на здоровье и социальное обеспечение. С точки зрения прав человека важнейшей предпосылкой является закрепление этих льгот в законодательстве, чтобы защищенные лица имели четкие права, на которые они могут претендовать.

Согласно имеющимся оценкам, в Центральной и Западной Азии более 99 процентов населения охвачено медицинскими услугами на законных основаниях (пакет услуг предоставляется населению бесплатно или по доступной цене в соответствии с законом) (МОТ, готовится к публикации). В большинстве стран законодательно закреплены права на беспрепятственное медицинское обслуживание, которые носят всеобщий или почти всеобъемлющий характер, за исключением Грузии, где применяется принцип порогового значения дохода, который касается лишь около 4 процентов населения (Таблица 3).

▶ **Таблица 3. Обзор законодательства и сферы охвата населения программами СЗЗ в Центральной и Западной Азии**

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Армения	Базовый пакет медицинских услуг (БПМУ) для всего населения	<ul style="list-style-type: none"> Закон Республики Армения № ЗП-41 от 4 марта 1996 г. «О медицинской помощи и обслуживании населения» Постановление Правительства Республики Армения № 318-Н от 4 марта 2004 г. «О гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и льготном медицинском обслуживании» 	Каждый человек имеет право на бесплатную или лицензированную медицинскую помощь и услуги в рамках программ здравоохранения и оздоровления
	БПМУ для социально уязвимых и особых групп населения	<ul style="list-style-type: none"> Постановление Правительства Республики Армения № 1717-Н от 23 ноября 2006 г. об утверждении «Перечня заболеваний и социальных групп населения, имеющих право на бесплатное или льготное приобретение лекарственных средств» Декрет Правительства Республики Армения № 375-Н от 27 марта 2014 г. «О порядке предоставления и финансирования услуг социального пакета» 	Уязвимые группы населения, инвалиды, дети, беременные женщины, военнослужащие, жертвы торговли людьми, лица, ищущие убежища и другие (полный список можно найти в страновом профиле Армении)
	Социальный пакет		Государственные служащие, учителя государственных школ, медицинские работники учреждений ПМСП и сотрудники других государственных учреждений

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Азербайджан	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	<ul style="list-style-type: none"> Закон Азербайджанской Республики № 360-IQ от 26 июня 1997 г. «Об общественном здравоохранении» Закон Азербайджанской Республики от 28 октября 1999 г. № 725-IQ «О медицинском страховании» Закон № 1441-VQD от 28 декабря 2018 г. о внесении изменений в Закон Азербайджанской Республики «О медицинском страховании»; дальнейшие поправки включают Указ Президента Азербайджанской Республики № 520 от 7 февраля 2019 г. о Положении о Государственном агентстве по обязательному медицинскому страхованию Указ Президента Азербайджанской Республики от 20 декабря 2020 г. «О мерах по обеспечению осуществления обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике» 	<p>Все граждане, в том числе иностранцы, официально проживающие в стране (постоянно или временно), беженцы и лица без гражданства, находящиеся под защитой УВКБ ООН</p> <p>Исключая: задержанных лиц, заключенных лиц, лиц без гражданства, лиц без официального статуса</p>
Кипр	Общая система здравоохранения (ОСЗ)	<ul style="list-style-type: none"> Закон 2001 г. «Об общей системе здравоохранения» (№ 89 (I)/2001) Закон 2005 г. «О правах и защите прав пациентов» (1(1)/2005) Закон 2017 г. «Об общей системе здравоохранения» (с поправками) (№74 (I)/2017) 	<p>Граждане Республики, граждане ЕС и третьих стран, законно получившие право на постоянное проживание, признанные беженцами или лицами, имеющими статус защиты, и их семьи</p> <p>Исключая: просителей убежища и мигрантов без документов</p>
Грузия	Программа всеобщего охвата услугами здравоохранения (ПВОУЗ) - 3 вида пособий: 1) универсальный пакет медицинского обслуживания для определенных возрастных и уязвимых групп населения; 2) стандартный государственный пакет медицинского обслуживания; 3) минимальный государственный универсальный пакет медицинского обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> Постановление Правительства Грузии № 36 от 21 февраля 2013 г. о некоторых мерах, которые необходимо предпринять для перехода к всеобщему здравоохранению Постановление Правительства Грузии № 724 от 26 декабря 2014 г. об утверждении Государственной концепции системы здравоохранения Грузии на 2014–2020 гг. «Всеобщее здравоохранение и контроль качества для защиты прав пациентов» 	<p>Жители, доход которых ниже порога в 40 тыс. лари в год, лица без гражданства, постоянно проживающие в стране на законных основаниях</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дети в возрасте до 6 лет, пенсионеры и другие определенные категории населения (например, ВПЛ) 2) Дети старше 6 лет и лица трудоспособного возраста, в отношении которых проводится проверка доходов 3) Те, кто ранее был застрахован в частном порядке и чей полис был прекращен

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Израиль	Национальное медицинское страхование (НМС)	<ul style="list-style-type: none"> • Закон о национальном медицинском страховании, 5754-1994 	<p>Каждый житель страны имеет право на медицинское обслуживание в соответствии с настоящим Законом, если он(а) не имеет права на такие услуги в соответствии с другим законодательством</p> <p>Исключая: лиц, не включенных НМС в списки постоянно проживающего населения; лиц, ищущих убежища</p>
Казахстан	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП)	<ul style="list-style-type: none"> • Постановление Правительства Республики Казахстан № 672 от 16 октября 2020 г. «Об утверждении перечня гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых ранее принятых решений Правительства Республики Казахстан» • Кодекс Республики Казахстан № 360-VI (июль 2020 г.) «О здоровье народа и системе здравоохранения» 	<p>Все граждане, «кандасы» – этнические казахи, которые могут и не иметь казахского гражданства; беженцы; иностранцы, постоянно проживающие в Казахстане; лица без гражданства, постоянно проживающие в Казахстане и имеющие соответствующий вид на жительство</p> <p>Исключая: посещающих страну иностранцев, лиц без гражданства и лиц, ищущих убежища</p>
	Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС)	<ul style="list-style-type: none"> • Кодекс Республики Казахстан № 193-IV от 18 сентября 2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» • Закон Республики Казахстан № 405-V ЗРК от 16 ноября 2015 г. «Об обязательном социальном медицинском страховании» • Постановление Правительства Республики Казахстан № 421 от 20 июня 2019 г. «Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования» (с изменениями, внесенными в 2020 г.) 	<p>Граждане Казахстана или лица, имеющие постоянный вид на жительство</p>

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Кыргызстан	Гарантированный пакет медицинских услуг (ГПМУ)	<ul style="list-style-type: none"> • Закон о медицинском страховании в Кыргызской Республике 1999 г. • Закон о системе единого плательщика в Кыргызской Республике 2003 г. • Закон об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике 2004 г. 	Граждане Кыргызстана, иностранные граждане, кайрыманы, «возвращенцы» и лица без гражданства, постоянно или временно проживающие в стране
	Улучшенный ГПМУ при ФОМС	<ul style="list-style-type: none"> • Закон об охране здоровья 2005 г. • Приказ № 790 от 29 ноября 2015 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи» • Положение 2012 г. о доплате за медицинские услуги, оказываемые организациями здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Кыргызской Республики медицинской помощи (Утверждено постановлением № 645 о Программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской и санитарной помощи) • Постановление Кабинета Министров о Фонде обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики 2021 г. • Внесение изменений в Закон «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» от 29 марта 2023 г. и соответствующие нормативные акты на основании Постановления Кабинета Министров Кыргызской Республики № 493 от 21 сентября 2023 г. «Об утверждении Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью» 	Участники ГПМУ в рамках ФОМС и уязвимые группы
	Пакет дополнительных лекарственных препаратов (ПДЛП) обязательного медицинского страхования	<ul style="list-style-type: none"> • Приказ № 28 от 12 января 2012 г. «Об утверждении Положения о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне в рамках Программы государственной гарантии и дополнительного лекарственного пакета по обязательному медицинскому страхованию» 	Участники ГПМУ в рамках ФОМС и уязвимые группы

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Таджикистан	Порядок предоставления медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях (в зависимости от места жительства)	<ul style="list-style-type: none"> Постановление № 600 2008 г. о порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан и Постановление № 485 2018 г. (с изменениями) 	Все граждане без исключения. Уязвимые группы населения, имеющие право на освобождение от со-платежей за определенные услуги (малоимущие, младенцы и пожилые люди старше 80 лет, беременные женщины, пациенты с острым инфарктом миокарда и раком в последней стадии)
	Программа гарантированного медицинского обслуживания (ПГМО), известная также под названием базовый пакет медицинских услуг (БПМУ) (в зависимости от места проживания)	<ul style="list-style-type: none"> Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г. Постановление № 90 2017 г. о «Программе государственных гарантий оказания медицинской помощи в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017–2019 гг.» 	Все граждане без исключения. Уязвимые группы населения, имеющие право на освобождение от со-платежей за определенные услуги (малоимущие, младенцы и пожилые люди старше 80 лет, беременные женщины)
	Обязательное медицинское страхование (еще не внедрено)	<ul style="list-style-type: none"> Закон Республики Таджикистан № 408 от 18 июня 2018 г. «Об обязательном медицинском страховании» 	Граждане Таджикистана, «осуществляющие деятельность на основании трудовых договоров» и их иждивенцы; лица, занимающиеся трудовой деятельностью на других условиях (самозанятые, неформальные работники и т. д.) и их иждивенцы; другие льготники (безработные, дети до 16 лет, студенты, участники Великой Отечественной войны и их иждивенцы; другие лица, застрахованные в системе ОМС)
Туркменистан	Государственная программа добровольного страхования	<ul style="list-style-type: none"> Указ Президента Туркменистана № 1617 от 14 августа 1995 г. «О введении государственного добровольного медицинского страхования» Указ Президента Туркменистана № 2398 от 21 ноября 1995 г., освобождающий отдельные группы населения от медицинских расходов Указ Президента Туркменистана № 3640 от 13 марта 1998 г. «О создании Государственного фонда развития здравоохранения» Указ Президента Туркменистана от 1 апреля 2014 г. «Об установлении базового размера оплаты государственного добровольного медицинского страхования» Приказ № 428 от 28 декабря 2017 г. «О государственном добровольном медицинском страховании» 	Добровольное страхование. Граждане, в том числе работающие граждане, студенты, граждане, получающие нетрудовую пенсию, физические лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без создания юридического лица, творческие работники, фермеры и граждане, не имеющие постоянного дохода

Страна	Название программы	Правовая основа	Сфера охвата населения
Турция	Программа общего медицинского страхования (ПОМС)	<ul style="list-style-type: none"> Закон № 5510 от 31 мая 2006 г. о социальном страховании и общем медицинском страховании 	Все граждане, беженцы, получатели различных пособий по социальной защите (по пенсии, инвалидности и т. д.), граждане иностранных государств, имеющие вид на жительство и не являющиеся держателями страховки по законодательству иностранного государства. Исключая: осужденных, арестованных лиц, заключенных и временных жителей, которые проживают в Турции менее одного года
Узбекистан	Гарантированный государством пакет медицинских услуг (ГПМУ)	<ul style="list-style-type: none"> Глава III Закона № 265-I 1996 г. об охране здоровья Положение о порядке формирования Перечня гарантированных объемов (бесплатной) медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан, утвержденное Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 832 от 30 сентября 2019 г. 	Граждане Узбекистана; иностранные граждане в соответствии с международными договорами; постоянно проживающие лица без гражданства, имеющие равные права с гражданами Узбекистана
	Дополнительные услуги к гарантированному пакету медицинских услуг		Уязвимые категории населения (определены и утверждены Кабинетом Министров Республики Узбекистан)
	Социальное медицинское страхование	<ul style="list-style-type: none"> Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан, утвержденная Указом Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 г. 	Все граждане и лица, постоянно проживающие на территории пилотных регионов

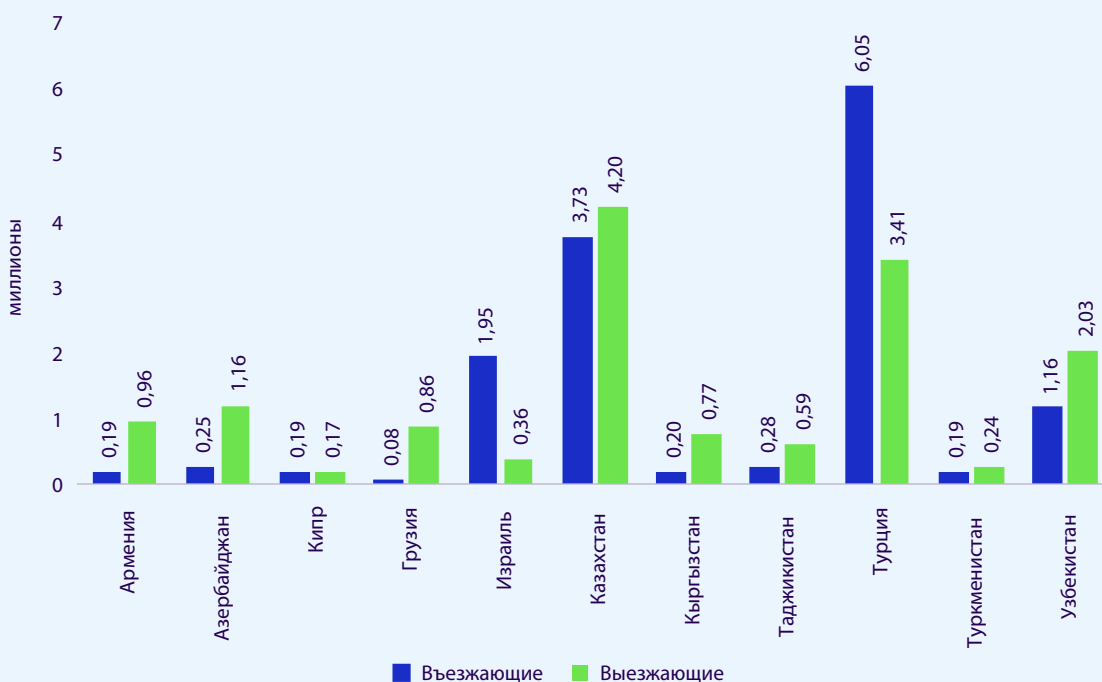
Нерешенные проблемы с охватом заключаются в следующем:

- исключение неграждан различного статуса пребывания в зависимости от страны происхождения. В основном это временные трудящиеся-мигранты, а также нелегальные мигранты и мигранты без документов;
- сегментация в правах, при которой при всей полноте охвата населения базовым пакетом медицинских услуг без финансовых трудностей, некоторые группы населения имеют право на более широкий спектр услуг и более высокий уровень финансовой защиты;
- опора на добровольные механизмы.

Неграждане

В данном субрегионе наблюдаются различные виды миграции, начиная от внутренней трудовой миграции, связанной с переездом из сельских районов в города, миграции по политическим и экологическим причинам, и заканчивая международной миграцией с пересечением границ, что часто обусловлено конфликтами и вспышками насилия, как это произошло в Нагорном Карабахе в Азербайджане (Совет Европы, 2023), или экстремальными погодными явлениями и стихийными бедствиями, как это имело место в Узбекистане (новостной сайт KUN.UZ, 2022) (см. Рисунок 7).

Рисунок 7. Контингент международных въезжающих и выезжающих мигрантов, Центральная и Западная Азия, 2020 г.



Примечание: для выезжающих мигрантов указывается страна происхождения. Для прибывающих мигрантов указывается страна назначения.

Источник: основано на данных Отдела народонаселения ООН – Международный фонд мигрантов, 2020.

Ограничение по признаку миграционного статуса остается основной причиной сохраняющихся пробелов в юридическом охвате услугами здравоохранения в странах ЦЗА. Во всех странах (за единственным исключением) действуют законы, согласно которым услугами здравоохранения покрываются все граждане страны и ряд других групп населения. Чаще всего к таким группам относятся неграждане, постоянно проживающие в стране, но иногда с некоторыми специфическими исключениями (например, могут исключаться просители убежища).

Согласно принципу равного обращения, мигранты должны иметь доступ к социальной защите наравне с гражданами страны, что также соответствует передовой практике в области общественного здравоохранения (Romn and Nitzan, 2023). В соответствии с Замечанием общего порядка № 14, государства – участники КЭСКО имеют непосредственные обязательства в отношении права на здоровье, такие как гарантия того, что это право будет осуществляться без какой-либо дискриминации (статья 2.2), и обязательство предпринять шаги (статья 2.1) в направлении полной реализации статьи 12. Такие шаги должны быть продуманными, конкретными и направленными на полную реализацию права на здоровье.

Даже будучи юридически включенными в политику СЗЗ, мигранты и беженцы могут столкнуться с характерными для них практическими трудностями доступа, в частности из-за типа и продолжительности их пребывания или работы, а также проблем, связанных с документами. Например, в Азербайджане трудящиеся-мигранты имеют законное право на пособия по социальной защите, только если они имеют официальный вид на жительство и основные документы, удостоверяющие личность (см. Таблицу 3). На практике многие мигранты прибывают в страну назначения на сезонной и нерегулярной основе и поэтому не имеют возможности предоставить такую документацию. Такие лица сталкиваются с целым комплексом трудностей, мешающих их доступу к услугам здравоохранения и другим формам социальной защиты.

Аналогичным образом беженцы должны иметь при себе документы, подтверждающие их правовой статус, и/или документы, удостоверяющие личность, выданные страной назначения. Так, например, в Турции беженцам предоставляется свободный доступ к СЗЗ наравне с гражданами страны в соответствии с Законом об иностранцах и международной защите (ЗИМЗ) 2013 г. Однако условия доступа привязаны к регистрации в Провинциальном управлении миграционного управления, где физическим лицам выдается удостоверение международной защиты. После такой регистрации и получения статуса временной защиты им предоставляется бесплатный доступ к учреждениям первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи (см. Вставку 4). Однако сложный процесс получения легального статуса, который может быть усугублен отсутствием личных документов, и бюрократические сложности прохождения регистрационных процедур остаются для многих серьезной преградой. Кроме того, беженцы имеют право на получение услуг только в городе своей регистрации, если только они не получают документы о направлении из города своей регистрации в другой город (Информационная база данных по убежищу, 2023).

► **Вставка 4. Меры реагирования Турции на кризис сирийских беженцев**

Турция подписала Конвенцию о статусе беженцев 1951 г.⁹, однако ее ратификация ограничена географическими рамками. Это означает, что статус беженцев предоставляется только тем, кто спасается от последствий конфликтов, происходящих в Европе. Это географическое ограничение определило правовые рамки турецкой системы предоставления убежища в прошлом и создало серьезные препятствия для рассмотрения ходатайств о предоставлении убежища лицам, спасающимся из неевропейских регионов. В 2013 г. в ответ на большой приток сирийских беженцев в условиях гражданской войны был принят закон № 6458 об иностранцах и международной защите (ЗИМЗ), который распространил статус «условного беженца» на неевропейских беженцев, не отменяя ограничений, предусмотренных Конвенцией 1951 г. (Ergin A and Kader Y, 2021; Human Rights Watch, без даты).

Для неевропейских беженцев имеется две правовые возможности. Статус временной защиты предоставляется лицам, спасающимся в ситуации массового бегства, как, например, в случае сирийских беженцев; и статус международной защиты предоставляется просителям убежища из всех других стран, кроме Сирии. Эти две категории предполагают разные процедуры с точки зрения механизмов регистрации и условий доступа к медицинской помощи (Spahl W. and Österle A., 2019). В настоящее время в Турции проживает огромное количество беженцев, большинство из которых составляют сирийские беженцы. Согласно Закону об иностранцах и международной защите, беженцы и просители убежища могут пользоваться услугами медицинского страхования в течение одного года. При наличии турецких документов, удостоверяющих личность, беженцы наравне с гражданами Турции полностью охвачены общим медицинским страхованием. Незарегистрированные беженцы имеют доступ только к бесплатным службам неотложной помощи в больницах. Турецкое правительство также разрешило сирийским врачам предоставлять медицинские услуги в созданных министерством здравоохранения медицинских учреждениях для мигрантов в 29 провинциях. Эта стратегия была направлена на расширение доступа к медицинским услугам для этой группы населения путем устранения языковых и культурных барьеров. Однако миллионы незарегистрированных беженцев и мигрантов по-прежнему сталкиваются с трудностями в получении доступа к медицинскому обслуживанию (Barış, M., Sert G., and Önder O., 2023).

Соглашения о социальном обеспечении позволяют трудящимся-мигрантам сохранять и передавать свои права на социальное обеспечение и льготы, уже приобретенные или находящиеся в процессе обретения, что иначе называется правом на перенесение прав. Это особенно важно для обеспечения непрерывности ухода и решения проблемы социальных детерминант справедливости в сфере здравоохранения. Для обеспечения переносимости пособий по социальной защите из одной страны в другую необходимо сотрудничество на основе двусторонних и/или многосторонних соглашений о социальном обеспечении (МОТ, 2021d).

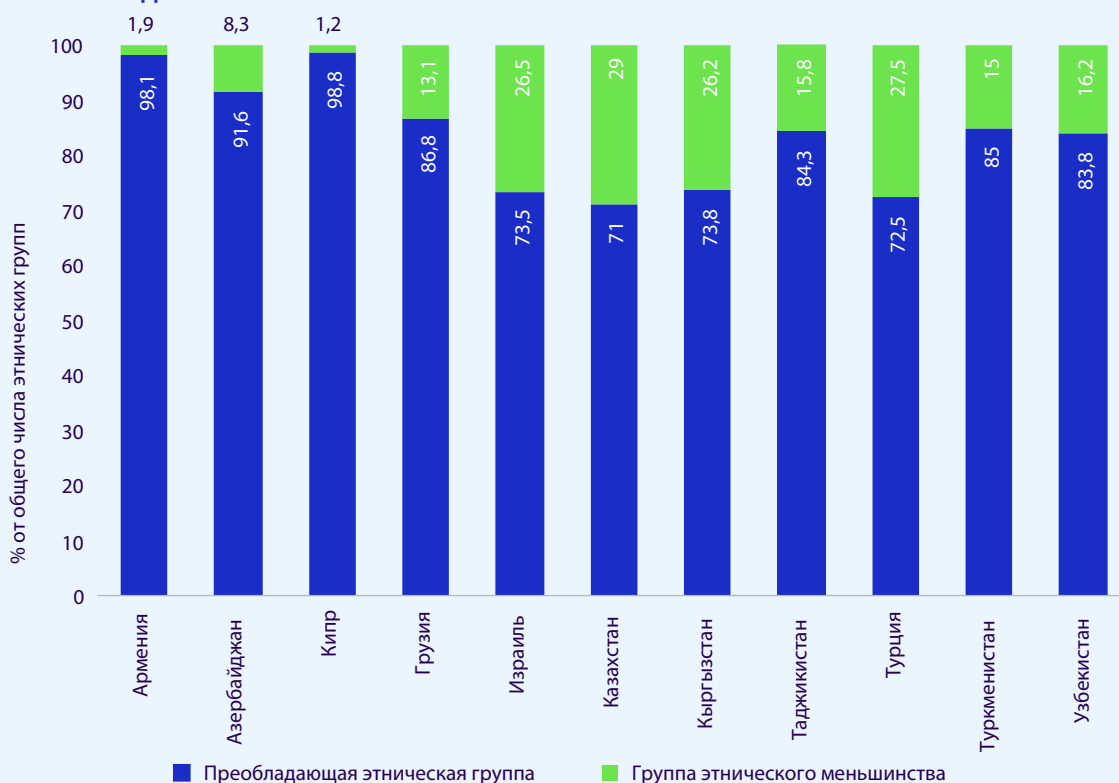
⁹ Конвенция о статусе беженцев 1951 г. является ключевым правовым документом, иллюстрирующим основные права и правила обращения с беженцами наравне с иностранными гражданами и гражданами самой страны. Статья 23 конвенции предусматривает, что беженцы должны иметь доступ к медицинским услугам, эквивалентный доступу граждан принимающей страны (УВКБ ООН, 2011).

В контексте Центральной и Западной Азии такие соглашения активно заключаются между странами региона и третьими странами за ее пределами. Например, такое соглашение имеется между Узбекистаном и Республикой Корея. Страны, принимающие наибольшее количество мигрантов (Турция, Казахстан и Узбекистан), также подписывают подобные соглашения. Так, ввиду постоянного миграционного потока между Узбекистаном и Турцией в 2018 г. было подписано двустороннее соглашение о защите прав трудовых мигрантов и их семей (Эрдоган, 2021). Возможность перенесения прав социального обеспечения и пособий, которые предлагают долгосрочные и/или краткосрочные льготы¹⁰, также распространяется на Азербайджан, Грузию и Кыргызстан в соответствии с двусторонним соглашением, которое они подписали с Турцией (Республика Турция, Министерство труда и социальной защиты, без даты).

Этнические меньшинства

Несмотря на то, что международные права человека запрещают дискриминацию по принципу расы, цвета кожи, языка, социального происхождения и иного статуса, группы меньшинств по-прежнему имеют ограниченный доступ к здравоохранению и социальному обеспечению во всем мире. В субрегионе проживают многочисленные группы этнических меньшинств, на долю которых приходится около 16,6 процента всего населения стран Центральной и Западной Азии (см. Рисунок 8). В большинстве стран законы гарантируют СЗЗ всем жителям и гражданам страны, этническим меньшинствам включительно. Так, в Казахстане «кандасы» имеют право на бесплатное медицинское обслуживание в рамках ГОБМП. Аналогичным образом в Кыргызстане «кайрылманы», переселяющиеся в страну, имеют равные права на льготы СЗЗ, как и все жители. Однако в целом некоторые группы меньшинств могут сталкиваться с дискриминацией и дополнительными проблемами при доступе к медицинским услугам из-за постсоветского авторитарного наследия, сохраняющего за ними неблагоприятный статус с точки зрения основных прав человека (Terzyan, 2021).

Рисунок 8. Доля групп этнических меньшинств в процентах от общей численности этнических групп, Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные



Источник: основано на данных Центрального разведывательного управления – Справочник мира.

¹⁰ Долгосрочные пособия – это пенсии по старости и инвалидности; краткосрочные пособия – это доступ к медицинской помощи (медицинские анализы, обследования и т. д.).

Сегментация в правах на медицинское обслуживание

Хотя все страны предлагают почти универсальные права на медицинское обслуживание, которое не ложится тяжелым бременем на пользователей, в отдельных странах не все группы населения обладают одинаковыми правами по закону с точки зрения спектра пособий, включенных в набор бесплатных услуг.

Например, в Грузии в рамках ГОБМП имеется три различных пакета пособий. Диапазон услуг и уровень финансовой защиты зависят в первую очередь от возраста и уровня дохода человека. Наиболее полный пакет, охватывающий первичную медико-санитарную помощь, госпитализацию и другие услуги, а также дополнительное страхование, предоставляется детям в возрасте до 6 лет, пенсионерам и некоторым другим определенным категориям (таким как временно перемещенные лица). Дети старшего возраста и люди трудоспособного возраста, прошедшие проверку доходов, могут получить базовый пакет услуг, а самозанятые, среди которых некоторые другие категории граждан, ранее имевшие частную страховку, могут получить ограниченный пакет услуг (МОТ и ООН-Женщины, 2020).

В некоторых странах существует несколько уровней защиты. В то время как первый уровень является практически универсальным, дополнительные уровни могут охватывать лишь некоторые группы населения, как в законодательстве, так и на практике. Так, Армения расширила пакеты пособий для социально уязвимых групп населения и некоторых особых категорий жителей, а в Кыргызстане расширенный пакет пособий предоставляется лицам, которые вносят свой вклад в эту программу, а также бедным и уязвимым слоям населения.

- В Кыргызстане ГПМУ обеспечивает всеобщий бесплатный доступ к неотложной помощи, базовой первичной медико-санитарной помощи, отдельным амбулаторным услугам специалистов и стационарным услугам, отдельным лекарствам для лечения хронических и социально значимых заболеваний. С другой стороны, имеется расширенная программа, которая охватывает как плательщиков взносов, так и малоимущие и уязвимые слои населения, предоставляя им полный набор стационарных и амбулаторных услуг. Лица, делающие взносы, а также бедные и уязвимые слои населения тоже могут получить доступ к пакету дополнительных лекарственных препаратов (ПДЛП), в который включены лекарства, приобретаемые со скидкой в аптеках, подписавших контракт с государством. Таким образом, население, которое не соответствует критериям уязвимости и не может выполнить требования по взносам, остается вне сферы охвата дополнительного пакета в рамках расширенной программы и ПДЛП.
- В некоторых странах закон предусматривает всеобщий одинаковый уровень льгот, но на практике возникают проблемы с охватом, хотя закон в принципе должен их предотвратить. Например, в Казахстане ГОБМП предлагает пакет льгот, включающий в себя самые основные услуги на первичном, вторичном и третичном уровне для всех жителей, в то время как СОСМС имеют право на более широкий спектр дополнительных услуг. Такие дополнительные услуги включают в себя более высокий уровень охвата профилактической, диагностической, специализированной, больничной и реабилитационной помощью и впоследствии были дополнительно расширены на плановую стоматологическую помощь и плановое стационарное лечение. Хотя по закону эти две программы должны быть почти универсальными, на практике уплата взносов используется в качестве критерия права на получение СОСМС, что исключает часть населения, которая не соответствует критериям уязвимости, но при этом не способна выполнить требования по взносам, таким образом, выпадает «срединное звено» (см. следующий раздел об эффективной защите). И, наконец, такая сегментация приводит к отсутствию ясности в отношении объема и уровня защиты, предоставляемой различным группам населения. Непонимание того, на какие услуги и при каких условиях имеют право бенефициары, может в конечном итоге создать барьеры для доступа и повлиять на эффективность защиты.

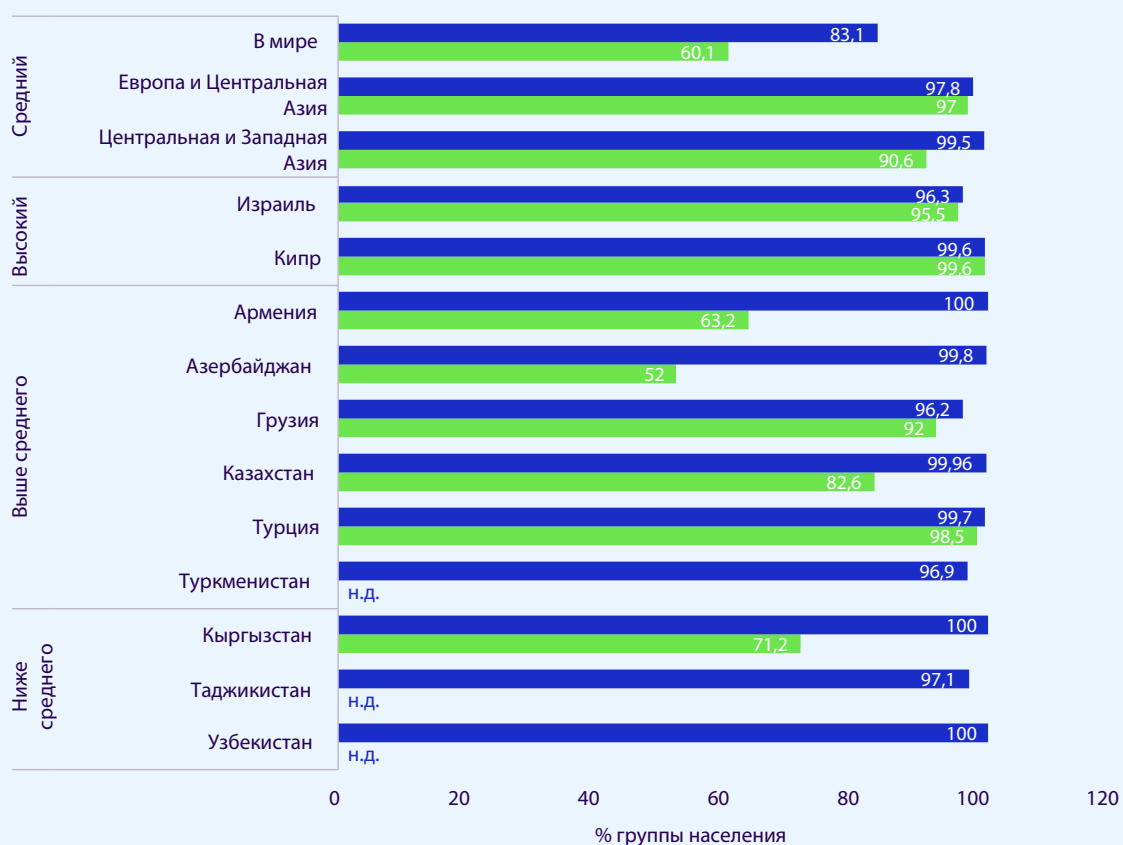
Добровольные программы

В Туркменистане, в то время как законные права на медицинское обслуживание, не ложащееся тяжелым бременем на пользователей, являются почти универсальными, имеется система государственного добровольного медицинского страхования (ГДМС) (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2000; Правительство Туркменистана, 2023). Добровольные программы оказались очень трудными для реализации в силу целого ряда причин, ибо они подвергают население неблагоприятному отбору, обусловленному проблемой низкой осведомленности, особенно тех групп населения, которые, как правило, нуждаются в них больше всего, но не могут воспользоваться надежными правоприменительными механизмами. Хотя большинство стран Центральной и Западной Азии выбрали обязательную или автоматическую регистрацию, на практике, как описано в следующем разделе, в некоторых странах система работает частично на добровольных основах.

Эффективность защиты и осведомленность о правах

Чтобы люди могли эффективно получить по мере необходимости доступ к медицинским услугам, которые не ложатся тяжелым бременем на пользователей, важно, чтобы это стало их неотъемлемым правом, и было закреплено в правовой базе. Не менее важно, чтобы люди знали о своих законных правах и способах пользования ими, а также понимали охват и уровень защиты, на который они могут рассчитывать. Косвенным показателем такой осведомленности является процент населения, находящегося под защитой СЗЗ. Стремясь к всеобщей защите здоровья, большое количество стран во всем мире, независимо от уровня дохода, за последние десятилетия добились похвального прогресса в расширении эффективного охвата механизмами СЗЗ, в результате чего две трети населения мира находятся под защитой этой программы. Хотя в странах Центральной и Западной Азии сопоставимые данные доступны не повсеместно, на Рисунке 9 представлена картина несоответствий, наблюдаемых между правовыми гарантиями и их претворением в жизнь.

Рисунок 9. Разрыв между долей населения, имеющего законное право на необременительную медицинскую помощь, и долей населения, защищенного хотя бы одной программой (защищенные лица), Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний год, за который имеются данные



- Доля населения, имеющего законное право на финансово необременительную медицинскую помощь
- Доля населения, защищенного программами социальной защиты здоровья (защищенные лица)

Примечание: данные о защищаемых лицах недоступны по Таджикистану, Туркменистану и Узбекистану; данные по Армении относятся к 2015 г.; данные по Казахстану касаются программы ОСМС; данные по Кыргызстану относятся к ФОМС. Глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по численности населения.

Источник: 1) Оценки МОТ, Всемирная база данных по социальной защите, основанная на опросе МОТ по вопросам социального обеспечения; Программы социального обеспечения МАСО во всем мире; статистический портал ILOSTAT; национальные источники. 2) Основано на данных опроса МОТ по вопросам социального обеспечения и национальных административных данных ОЭСР по статистике здравоохранения за 2023 г., опубликованных в официальных докладах, информация из плановых национальных опросов целевых групп населения по вопросам осведомленности о правах.

Мониторинг осведомленности о правах и регистрации (если она необходима) имеет особое значение и призван стать ключевым элементом информационной панели, позволяющей отслеживать показатели всеобщего охвата медицинским обслуживанием и социальной защиты на национальном уровне. Без этой информации трудно оценить уровень реализации правовых гарантий СЗЗ на практике и некоторые обстоятельства, которые приводят к тяжелым финансовым последствиям, связанным с использованием медицинских услуг. Более точная мера эффективного охвата должна включать в себя оценку неравенства внутри страны среди различных групп населения. Действительно, пробелы в охвате, как правило, хорошо отражают социальное, экономическое и географическое неравенство. Например, в то время как в Таджикистане Программа гарантированных медицинских услуг (ПГМО) является почти универсальной гарантией, на практике, по оценкам, в 2021 г. лишь около трети людей воспользовались бесплатными услугами по государственной программе (WHO, 2021a). Аналогичным образом в Армении, в то время как БПМУ предназначен для обеспечения ПМСП для всего населения, на практике наличие сооплат и других немедицинских расходов (таких как плата за проезд, потерянное рабочее время) объясняет, почему фактический охват, по оценкам, оказывается намного ниже (MOT и ООН-Женщины, 2021).

Охват бедных и уязвимых групп населения

Большинство стран субрегиона в рамках своей политики СЗЗ расширили охват бедных и некоторых уязвимых категорий населения. Большая часть стран не только предоставляют гарантии СЗЗ, которые распространяются на всех граждан или жителей, но и приняли дополнительные меры для обеспечения надлежащей защиты бедных и уязвимых слоев населения, такие как обеспечение их охвата вне зависимости от уплаты взносов и по мере необходимости освобождение их от оплаты за пользование и/или сооплат. Это достигается с помощью следующих мер:

- Охват всего населения без необходимости уплаты взносов в таких странах, как Узбекистан, Таджикистан, Армения, Грузия и Казахстан. Например, в Узбекистане целый набор услуг, включенных в гарантированный государством пакет медицинских услуг, предоставляется в пунктах оказания медицинской помощи бесплатно и полностью финансируется исключительно из общих государственных доходов.
- Охват бедных и уязвимых слоев населения без взимания с них взносов в рамках программ, которые собирают взносы от других более обеспеченных групп населения в таких странах, как Кипр, Израиль, Казахстан, Кыргызстан, Турция и возможно Армения (эта тема обсуждается). В Казахстане ГОБМП – это программа, в рамках которой комплексный пакет льгот первичного и более высокого уровня медицинской помощи предоставляется всему населению бесплатно. Кроме того, существует ОСМС или национальная программа медицинского страхования, которая предоставляет дополнительный спектр услуг, в рамках которых уязвимые группы обслуживаются на безвозмездной основе. В Турции в рамках ПОМС уязвимые домохозяйства также обслуживаются на безвозмездной основе. Оценка уязвимости является комплексной и основана на ряде критериев, которые не ограничиваются денежным благосостоянием и активами, но охватывают более широкое понимание социальной уязвимости, включая, например, такие факторы, как возраст, хронические заболевания или инвалидность. Эта оценка проводится в рамках централизованного механизма, применяемого для всех социальных пособий (Всемирный банк, 2016).
- Освобождение от сооплат и сборов или уменьшение доплат с пользователей для всех или для бедных и уязвимых слоев населения в таких странах, как Армения, Кипр, Грузия, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. В Кыргызстане ГПМУ предусматривает обширную систему освобождений бедных и уязвимых слоев населения от сооплат в целях защиты от возможных высоких расходов на здравоохранение (Jakab et al., 2018).

Чаще всего эти меры принимаются в странах на комплексной основе. Если меры принимаются специально для бедных и уязвимых слоев населения, они предполагают наличие механизма для определения их бенефициаров. При этом могут использоваться существующие механизмы, открывающие возможности для взаимодействия с более широкой системой социальной защиты и позволяющие адекватно выявить уязвимые группы населения. Такие оценки не должны ограничиваться прямой или косвенной проверкой достатка, но должны эффективно выявлять уязвимость во всем ее многообразии (см. Вставку 5). В этой связи КЭПКР «призывает политиков всесторонне рассмотреть возможные последствия использования программ с проверкой

нуждаемости напрямую или косвенно и оценить их пригодность для решения проблемы дефицита социальной защиты в свете конкретных национальных условий». Комитет считает, что прежде чем сделать выбор в пользу какого-то механизма определения целевой группы, необходимо тщательно рассмотреть все альтернативные варианты с точки зрения прав человека с учетом преимуществ и недостатков каждого из этих вариантов, учитывая также высокие расходы, сопряженные с определением целевой группы и особенно в том, что касается сбора, обработки и регулярного обновления данных (Общий обзор МОТ за 2019 г., параграф 608). В Кыргызстане дети до 16 лет, пенсионеры, студенты, инвалиды и лица, получающие социальную помощь, освобождаются от взносов и автоматически зачисляются в обязательное медицинское страхование наряду с доступом к программе ПДЛП, которая гарантирует право на приобретение лекарств по сниженным ценам. И, наоборот, в Армении некоторые изъятия или сокращения сооплат строго ограничены конкретными уязвимыми группами, которые определяются более узко, поскольку их охват, по оценкам, составляет чуть более 10 процентов населения (МОТ и ООН-Женщины, 2021).

▶ Вставка 5. Проверка нуждаемости и сопряженные с этим проблемы

В рамках программ социальной помощи для расчета взносов в системы социального здравоохранения используется критерий нуждаемости физических лиц или домохозяйств для определения того, находятся ли их доходы и/или активы ниже определенного порога для включения их в охватываемое население. Однако при традиционной проверке нуждаемости требуется много времени и ресурсов, чтобы получить достаточно надежную финансовую информацию по бенефициарам. Поэтому многие страны применяют косвенную оценку нуждаемости, которая предполагает использование легко наблюдаемых показателей или косвенных показателей для оценки доходов или расходов домохозяйств. Эти факторы могут включать активы домохозяйств, жилищные условия, уровень образования и так далее. Тем не менее, хотя проверка нуждаемости по косвенным признакам является экономически эффективным и менее ресурсоемким вариантом, она чревата ошибками включения и, наоборот, исключения при оценке фактических уровней доходов и, таким образом, возникновения риска исключения людей, живущих за чертой бедности.

Источник: МОТ (2017а).

Как уже отмечалось ранее, многие страны не пользуются (или пользуются не только) тестом на наличие средств к существованию, а определяют уязвимость в более широком контексте. В частности, ряд стран автоматически относит к категории нуждающихся беременных женщин, пожилых людей и инвалидов.

• Беременные женщины и новорожденные

В Центральной и Западной Азии в большинстве стран в соответствии с международными нормами социальной защиты услуги по охране здоровья матери и ребенка предоставляются беременным женщинам и молодым матерям бесплатно и, где это применимо, с освобождением от сооплат и субсидированием взносов. Так, например, в Турции и Казахстане дети и беременные женщины включены в группы, для которых национальное медицинское страхование не предусматривает взносов. Однако финансовая защита не всегда является гарантией предоставления услуг. В Грузии услуги по рождению ребенка бесплатны до определенной суммы, но если превышает определенный порог, бенефициары все равно обязаны внести сооплату (см. Вставку 9, Раздел 1.4.1).

• Пожилые люди

Взносы пенсионеров в национальные программы медицинского страхования также полностью субсидируются государством в Азербайджане, Казахстане и Кыргызстане. В странах с системами без взносов (например, в Таджикистане) пожилые люди иногда освобождаются от сооплаты. Наличие механизмов СЗЗ, охватывающих пожилых людей и имеющих адекватную

финансовую защиту, имеет огромное значение. Пожилые люди особенно подвержены риску попасть в затруднительное положение из-за постоянных медицинских расходов, поскольку их доходы обычно ниже, чем у населения активного трудового возраста. При этом отсутствие надлежащей социальной защиты здоровья зачастую усугубляется низким уровнем пенсий по старости. В Центральной и Западной Азии более 90 процентов населения старше пенсионного возраста получают пенсию по старости, однако существуют пробелы с точки зрения пола (уровень охвата женщин в среднем более чем на 10 процентов ниже) и адекватности уровня пенсий. Действительно, в некоторых странах и для некоторых групп населения уровень пенсий по старости может быть очень низким и не обеспечивать достойную жизнь. Например, в Грузии уровень ненакопительной минимальной пенсии установлен ниже черты бедности (МОТ, готовится к публикации). В такой ситуации пожилые люди могут столкнуться с финансовыми препятствиями при получении медицинской помощи, если она не предоставляется бесплатно, и могут быть вынуждены вообще отказаться от нее.

По мере того как люди стареют или сталкиваются с инвалидностью, ограничивающей их способность выполнять повседневную деятельность, доступ к долгосрочному уходу становится необходимым для того, чтобы люди могли вести достойную жизнь. В условиях быстро стареющего общества такой уход может иметь различные формы и виды, должен охватывать медицинскую и социальную помощь и в идеале должен позволять прожить до глубокой старости (МОТ, 2021b). Несмотря на старение населения, до сих пор большинство стран Центральной и Западной Азии не уделяют приоритетного внимания долгосрочному уходу и социальным услугам для стареющего населения при разработке своих программ СЗЗ, что может повлиять на уровень бедности среди пожилых людей и ограничить их возможности обращаться за уходом. Некоторые страны, например, Азербайджан и Кипр, включили в свои пакеты пособий ограниченный набор услуг по уходу за пожилыми людьми. С другой стороны, в Турции доступ к финансируемому государством долгосрочному уходу ограничен лицами с низким уровнем дохода, оцениваемым с помощью тестов нуждаемости и критериев уровня зависимости. Вследствие этого долгосрочный уход в значительной мере обеспечивается частным сектором и соответствующие расходы часто покрываются из собственных средств населения (Guduk O и Ankara H, 2022).

• **Люди с ограниченными возможностями и хроническими заболеваниями**

Люди с ограниченными возможностями, как правило, имеют уникальные потребности в области здравоохранения, им необходим более полный спектр медицинских услуг, которые охватывают как уход, связанный с инвалидностью, так и потребности в области здравоохранения, общие для всего населения (например, услуги по иммунизации и скринингу). В целом люди с ограниченными возможностями чаще страдают от проблем со здоровьем и подвергаются большему риску бедности (Banks L. et al., 2021). Это объясняется в среднем более высокими расходами на здравоохранение, которые часто усугубляются меньшими доходами из-за трудностей в трудоустройстве и дополнительных издержек, которые несут члены семьи, оказывающие поддержку. Такие члены семьи могут быть также ограничены в собственных возможностях заработка (Addati et al., 2022). Кроме того, прямые (немедицинские) и косвенные расходы¹¹ при обращении за медицинской помощью ложатся двойным бременем на этих людей, что в конечном итоге приводит к увеличению выплат на медицинское обслуживание из собственных средств. Это совокупное бремя дополнительных расходов и потери дохода из-за инвалидности составляет основу расходов, связанных с инвалидностью, и создает порочный круг, из которого можно вырваться лишь с помощью эффективных, хорошо продуманных инклюзивных механизмов социальной защиты. Системы социальной защиты, учитывающие инвалидность, гарантируют эффективный доступ к здравоохранению и гарантированному доходу, включая покрытие расходов, связанных

¹¹ Затраты на здравоохранение в контексте социальной защиты здоровья включают в себя:

- прямые медицинские расходы, такие как общие медицинские услуги, реабилитация и специализированные медицинские услуги, вспомогательные приспособления и долгосрочный уход в общественных структурах и на дому;
- прямые немедицинские расходы, такие как транспорт, жилье и личная помощь, необходимые для доступа к медицинскому обслуживанию;
- косвенные расходы, такие как потеря дохода или времени, с которым люди с ограниченными возможностями сталкиваются при обращении за помощью, или затрагивающие других членов семьи, которые оказывают им помощь или поддержку по уходу.

с инвалидностью, за счет выделения денежных пособий по инвалидности. В 2020 г. в странах ЦЗА лишь 40,9 процента инвалидов имели законное право на денежные пособия по инвалидности (MOT 2021e; Kupper and Banks, 2023). В некоторых странах люди с ограниченными возможностями идентифицируются как уязвимые и, таким образом, получают доступ к программам СЗЗ на безвозмездной основе (например, казахстанская система ОСМС) и, где это применимо, в таких странах, как Азербайджан, Грузия и Таджикистан, такие люди освобождаются от сооплат. Такие льготы часто сопровождаются предоставлением полностью субсидируемых амбулаторных лекарств, в том числе для тех, кто страдает хроническими или затяжными заболеваниями (например, БПМУ в Армении).

Действительно, порочный круг бедности и плохого здоровья распространяется также на людей, страдающих хроническими и затяжными заболеваниями, о чем свидетельствуют данные о больных туберкулезом (MOT и ВОЗ, 2024). Туберкулез накладывает на пациентов значительное финансовое бремя, включающее в себя расходы, связанные с лечением болезни, поиском медицинских услуг и потерей дохода из-за нетрудоспособности. Такая финансовая нагрузка не только затрудняет и замедляет доступ к медицинскому обслуживанию и соблюдение режима лечения, но и повышает риск заражения окружающих. Систематический обзор имеющихся исследований, посвященных расходам пациентов и домохозяйств, связанных с туберкулезом, показал, что в среднем финансовое бремя может быть эквивалентно более чем годовому доходу (ВОЗ, 2017). Данные свидетельствуют о том, что программы социального здравоохранения и социальной защиты положительно влияют на такие факторы, как заболеваемость туберкулезом и результативность лечения, а также облегчают участь домохозяйств, испытывающих катастрофические общие затраты (MOT и ВОЗ, 2024; ВОЗ 2017). Анализ данных показал, что уровень расходов на социальную защиту обратно пропорционален распространенности туберкулеза среди населения (Siroka et al., 2016). Кроме того, адекватность уровней пособий тесно коррелирует с улучшением здоровья населения (Lönroth and Weil, 2014).

Аналогичные данные о необходимости и результативности социальной защиты появляются в отношении целого ряда лиц, страдающих затяжными или хроническими болезнями (например, ВИЧ, диабет, гипертония и так далее), и лиц, страдающих сопутствующими заболеваниями, что свидетельствует о необходимости принятия системных государственных мер (Jan et al., 2018; Kazibwe et al., 2021). В странах ЦЗА более 85 процентов смертей вызвано неинфекционными заболеваниями, часто хронического характера. Некоторые страны в регионе ЦЗА разработали механизмы улучшения доступа к СЗЗ для людей, живущих с хроническими заболеваниями. Например, в Таджикистане лица, страдающие туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, гемофилией и инсулинозависимым диабетом, имеют право на доступ к бесплатным услугам общественного здравоохранения во всем, что касается их заболевания. Далеко не все страны имеют подобные механизмы, так, например, в Узбекистане амбулаторные услуги по скринингу, профилактике и лечению таких распространенных хронических заболеваний, как астма и ХОБЛ, не всегда охватываются существующими программами СЗЗ.



© МОТ/Пирогов В.

• **Неформальная экономика или «недостающая середина»?**

Согласно пункту 2(a) Рекомендации МОТ 2015 года о переходе от неформальной к формальной экономике (№ 204) термин «неформальная экономика» относится ко всем видам экономической деятельности работников и экономических единиц, которые – в законодательстве или на практике – не охвачены или недостаточно охвачены формальными соглашениями. Это широкий термин, который на практике охватывает множество трудовых реалий и рабочих договоренностей. Неформальная экономика включает в себя неформальный сектор и неформальную занятость, которые следует различать, ибо соответствующие определения не полностью совпадают (см. Вставку 6).

► Вставка 6. Определение неформальной экономики, неформального сектора и неформальной занятости

Люди, работающие в неформальной экономике, не включающей в себя незаконную деятельность, осуществляют экономическую деятельность, которая ни по закону, ни на практике не охвачена или недостаточно охвачена формальными соглашениями¹².

На неформальную экономику приходится более половины рабочей силы и более 90 процентов микро- и малых предприятий (ММП) во всем мире. Фактически, неформальная экономика является спасательным кругом для тех людей, которые не могут найти работу в формальной экономике и, таким образом, вынуждены полагаться на неформальную оплачиваемую занятость, самозанятость или альтернативную деятельность, чтобы выжить. По данным МОТ, неформальная экономика включает в себя неформальную занятость, как в формальном, так и неформальном секторе.

Неформальный сектор¹³

Согласно резолюции, принятой 15-й МКСТ, неформальный сектор включает предприятия, занимающиеся производством товаров или услуг, основной целью которых является создание рабочих мест и доходов для участвующих в нем лиц. Эти предприятия обладают низким уровнем организации, практически без разделения между трудом и капиталом как факторами производства и действуют в небольших масштабах. Трудовые отношения – там, где они существуют, – базируются в основном на случайной занятости, родстве или личных и социальных отношениях, а не на договорных соглашениях с формальными гарантиями.

Новые стандарты неформальности, принятые 21-ой МКСТ, соответствуют разработанным рамкам форм труда, определяя неформальность не только в сфере занятости, но и в рамках других форм труда.

Неформальный труд представляет собой трудовую деятельность, выполняемую людьми, которая по закону или на практике не охватывается национальным трудовым законодательством, включая производственную деятельность, определяемую как занятость, не охватываемую формальными соглашениями или производственную деятельность, осуществляемую не в целях получения оплаты или прибыли (производственная работа для собственного потребления, волонтерство, неоплачиваемая работа стажеров и другие подобные виды трудовой деятельности), которая не охватывается формальными соглашениями. Концепция неформального труда призвана служить в качестве общего понятия, не поддающегося точной количественной оценке (ибо такая оценка слишком обременительна и фактически лишена практической пользы).

Неформальная занятость определяется как любая деятельность по производству товаров или оказанию услуг за плату или прибыль, которая не охватывается формальными соглашениями, такими как коммерческое законодательство, правила ведения отчетности о хозяйственной деятельности, подоходное налогообложение, трудовое законодательство, а также законы и нормы социального обеспечения, обеспечивающие защиту от экономических и личных рисков, связанных с осуществлением этой деятельности¹⁴.

¹² R204 – Рекомендация МОТ 2015 года о переходе от неформальной к формальной экономике (№ 204) доступна по ссылке: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R204

¹³ Резолюция, касающаяся статистики занятости в неформальном секторе, принятая 15-й Международной конференцией статистиков труда (январь 1993 г.), доступна по ссылке: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087484.pdf

¹⁴ Новые нормы, улучшающие возможности наблюдения: улучшение измеримости неформальной экономики, доступны по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/blog/new-standards-increased-visibility-improving-measurement-of-the-informal-economy/>.

Неформальная занятость часто связана с низкой оплатой труда и ограниченным доступом к правовой и социальной защите и ресурсам. Она характеризуется также ограниченными возможностями по ведению переговоров и представлению своих интересов, а также невозможностью делать планы на будущее. В индивидуальных предприятиях и/или ММП неформальность препятствует росту, повышению производительности и доступу к общим ресурсам.

Несмотря на то, что во многих странах неформальная занятость со временем сокращается, в некоторых странах Центральной и Западной Азии, таких как Армения, Грузия или Кыргызстан, она по-прежнему составляет половину или более от общей численности занятых. Как отмечалось ранее, в странах ЦЗА приняты универсальные или почти универсальные правовые нормы по СЗЗ, и поэтому неформальная экономика по закону не выпадает из системы. Тем не менее в некоторых странах неформальные работники могут столкнуться с препятствиями в плане охвата. В некоторых странах программы СЗЗ, предоставляющие более высокий уровень обслуживания, фактически являются для неформальных занятых добровольными, и от них ожидается, что они будут делать взносы, чтобы иметь право на доступ к таким программам. До недавнего времени в Кыргызстане работники неформального сектора имели возможность добровольно присоединиться к программе ОМС и должны были вносить около 1,6 процента своего среднемесячного дохода, чтобы иметь возможность эффективно пользоваться этой программой. Это привело к тому, что охват ОМС составил лишь 72,35 процента населения, поскольку неформальные работники на практике в значительной степени отказались от регистрации. Однако после внесения поправки в закон в 2023 г. их включение в программу стало обязательным. Аналогичным образом в Казахстане, в то время как ОМС является обязательным по закону, на практике эта норма не применяется в отношении людей с нестабильной занятостью, которые не включены в него на безвзносной основе. Доказательством этого является разница почти в десятипроцентных пунктах в показателях охвата между программами ГОБМП и ОСМС. Хотя элементов для предметного анализа нам найти не удалось, можно утверждать, что аналогичная ситуация имеет место в Азербайджане, где регистрация в качестве налогоплательщика является обязательным условием для автоматического подключения неформальных работников к ГАОМС. Однако факты свидетельствуют о том, что за 2019 г. в Азербайджане лишь каждый пятый экономически активный член общества занесен в списки налогоплательщиков (Valiyev, 2020). В результате правительство сообщает, что уровень охвата составляет немногим более половины населения при том, что правовая база предусматривает почти универсальный охват.

Целесообразно консолидировать различные источники финансирования для обеспечения максимального выделения государственных ресурсов, чтобы население имело доступ к медицинским услугам без особых трудностей. При этом крайне важно, чтобы механизмы финансирования не создавали препятствий для получения права на получение медицинской помощи (МОТ, готовится к публикации). Большинство стран субрегиона уже перешли или находятся в процессе перехода от полностью нестраховой национальной системы здравоохранения к национальным системам медицинского страхования, использующим набор ресурсов, включая взносы на социальное страхование. Этот сдвиг обусловлен среди прочего намерением собирать взносы, в том числе и с некоторых категорий работников неформальной экономики, включая самозанятых и малые предприятия. Для того, чтобы такой переход произошел плавно и успешно, необходимо принять меры, выходящие за рамки политики СЗЗ. Так, в целях успешной формализации необходимо надлежащим образом определить уровни взносов (а также уровни подоходных налогов, ибо регистрация в системе социального страхования часто сопряжена с передачей информации налоговым властям). И что еще более важно, механизмы финансирования не должны создавать

препятствий для получения права на участие в программах на практике, при этом способность уплачивать взносы не должна быть условием доступа к системе здравоохранения. Социальная защита здоровья должна распространяться на всех членов общества, независимо от их способности вносить свой вклад (Рекомендация МОТ 1944 года о медицинском обслуживании (№ 69).

Однако юридические права, а также регистрация или регулярный мониторинг осведомленности о правах, представленные в этом разделе, автоматически не приводят к эффективному доступу к имеющимся, доступным, приемлемым и качественным медицинским услугам в случае необходимости. Многие барьеры могут сохраняться, оставляя следующие пробелы в адекватности услуг (см. Раздел 1.3):

- ▶ наличие, доступность, приемлемость и качество медицинских услуг могут быть низкими, что не позволяет обеспечить эффективный доступ на практике или доступ к уровню услуг, который позволил бы улучшить состояние здоровья (Раздел 1.3);
- ▶ пакеты льгот могут быть ограничены: они охватывают небольшое количество услуг, в результате чего пациентам приходится нести высокие расходы (Раздел 1.3);
- ▶ могут потребоваться высокие официальные сооплаты или неофициальные доплаты, в результате чего значительная часть общих затрат на лечение будут нести сами пациенты (Раздел 1.4).

Адекватные программы СЗЗ играют важную роль в обеспечении доступа к медицинской помощи. Они должны сочетаться с мерами по снижению финансовых барьеров для людей, находящихся в уязвимом положении, таких как беременные женщины, молодые матери, дети, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями и хроническими заболеваниями. Крайне важно, чтобы прямые медицинские расходы были должным образом покрыты за счет достаточного финансирования и совершенствования амбулаторных услуг, включая предоставление лекарств. Не менее важно обеспечить выделение таких пособий, как пособия по болезни и инвалидности, которые гарантируют компенсацию потери дохода, тем самым способствуя соблюдению прав человека на здоровье и социальную защиту.



© МОТ/Пирогов В.

1.2.2. Обеспечение дохода на случай болезни и материнства

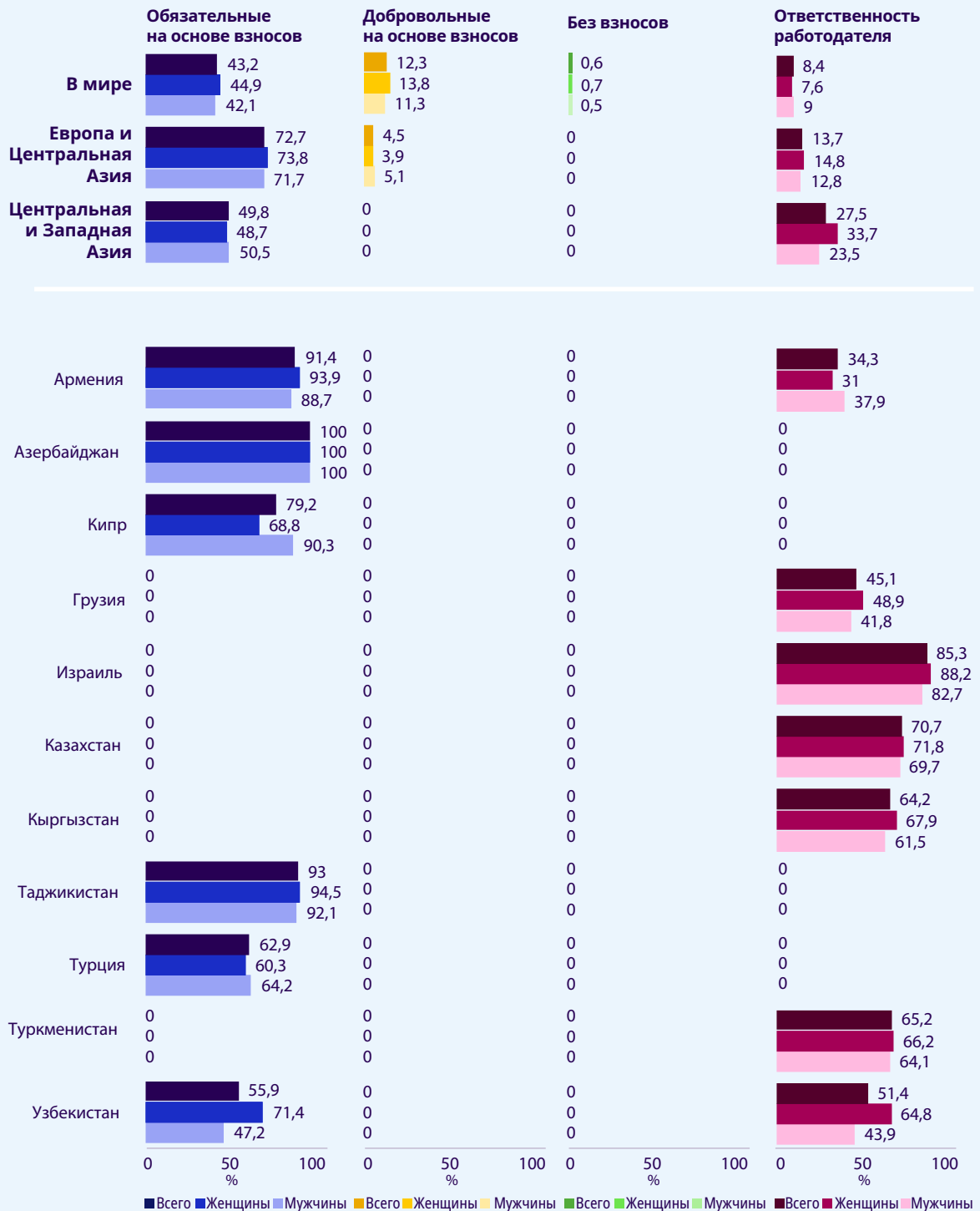
Правовое обеспечение

В Центральной и Западной Азии, несмотря на то, что право населения на защиту здоровья признано практически повсеместно, менее половины рабочей силы наделены правом на денежные пособия по болезни, и лишь 54,4 процента работающих женщин имеют законное право на денежные пособия по беременности и родам (МОТ, готовится к публикации).

Пособия по болезни

Пособия по болезни гарантируют больному работнику сохранение дохода, что способствует реализации прав человека на здоровье и социальное обеспечение (МОТ, 2020b). Кроме того, гарантированные пособия по болезни обеспечивают условия, способствующие полному выздоровлению работника и своевременному обращению за медицинской помощью. Промедление с обращением или вовсе отказ от обращения за медицинской помощью заболевшего работника обычно приводит к росту расходов вследствие задержки диагностирования и лечения болезни. Благодаря механизмам, устраняющим опасения полной потери дохода, люди могут избежать ухудшения своего здоровья, уделив достаточно времени лечению своей болезни. В случае инфекционных заболеваний это также ограничивает риск инфицирования других работников (МОТ, 2020e). По имеющимся оценкам, в странах Центральной и Западной Азии в среднем 49,8 процента рабочей силы имеет законное право на гарантированный доход через механизмы социального страхования (см. Рисунок 10), однако программы социальной помощи полностью отсутствуют.

Рисунок 10. Правовой охват обеспечения защиты на случай болезни: процент рабочей силы в возрасте 15 лет и старше, охваченной денежными пособиями по болезни, по типу программ, Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний доступный год



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по численности рабочей силы старше 15 лет.

Источник: оценки МОТ, Всемирная база данных по социальной защите, основанная на опросе МОТ по вопросам социального обеспечения; Программы социального обеспечения МАСО во всем мире; портал ILOSTAT; национальные источники.

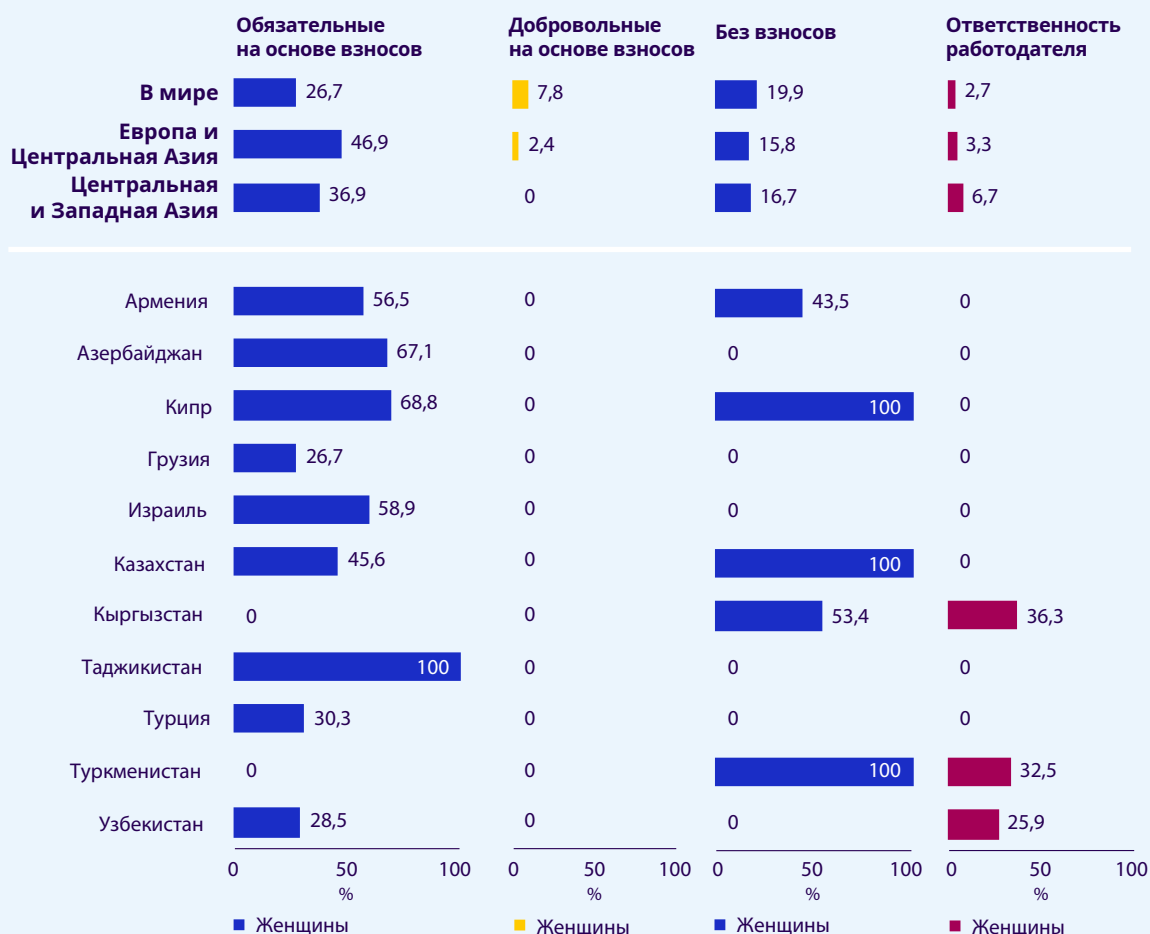
Дополнительные 18,1 процента рабочей силы имеют законное право на гарантированный доход во время болезни, обеспечиваемый за счет ответственности работодателя. В Грузии, Израиле, Казахстане, Кыргызстане и Туркменистане работодатели согласно трудовому законодательству обязаны продолжать выплачивать заработную плату работников во время болезни под собственную ответственность, которая таким образом является единственной защитой заработка в случае болезни и материнства. Однако перенесение ответственности целиком на работодателей может иметь неблагоприятные последствия. Во-первых, охват по определению ограничивается только работой на работодателя (что исключает самозанятых). Кроме того, охват также может исключать определенные категории работников, таких как случайные, сезонные и почасовые работники. Механизмы солидарности в финансировании между работодателями не предусмотрены и поэтому у отдельных предприятий, особенно у малых, может не хватить собственных финансовых ресурсов для соблюдения требований законодательства и обеспечения сотрудников пособиями по болезни. В таких обстоятельствах работники могут вынужденно отказываться от больничного, а люди с уже имеющимися заболеваниями могут подвергаться дискриминации при приеме на работу. Очевидно, что пособия по болезни, которые финансируются за счет налогов, взносов или того и другого, представляют собой более надежный способ обеспечения гарантированного дохода в случае ухудшения здоровья работника (MOT, 2020d).

Пособие по материнству

Аналогичным образом пособия, гарантирующие сохранение дохода, необходимы для обеспечения прав женщин на здравоохранение и социальное обеспечение. Они должны быть частью более широкого комплекса мер, гарантирующих защиту материнства, который включает в себя целый ряд трудовых гарантий, а также бесплатный доступ к услугам по уходу за ребенком и гарантированный доход в период беременности и родов (Addati, 2015). Женское население, особенно женщины трудоспособного возраста, выполняют не только производственные, но и репродуктивные функции (MOT, 2009). Однако, работающие женщины детородного возраста часто подвергаются неравному и дискриминационному обращению, что ограничивает их возможности участия в оплачиваемом труде и препятствует получению достойной и справедливой заработной платы. Из-за так называемого «наказания за материнство» женщинам может быть отказано в полной мере использовать свои профессиональные достижения для подтверждения своей значимости как ценных членов общества. Таким образом, у них меньше возможностей получать доход для обеспечения достойного существования, что подчас приводит к их обнищанию (MOT, 2023). Кроме того, беременные женщины и молодые матери, не имеющие гарантированного дохода, с высокой вероятностью вынуждены получать неадекватные и ненадлежащие услуги по охране здоровья во время беременности, родов и в послеродовой период. Это ухудшает состояние здоровья матерей и может отрицательно повлиять на развитие детей младшего возраста.

В Центральной и Западной Азии лишь 54,4 процента женщин в рамках рабочей силы имеют законное право на денежные пособия по беременности и родам (см. Рисунок 11). Шесть стран полагаются исключительно на социальное страхование, основанное на системе взносов, две страны полностью перешли на пособия для всех рожениц, не предусматривающие взносов, а три страны используют сочетание этих двух подходов. При этом некоторые страны продолжают полагаться на механизмы ответственности работодателя. Крайне важно, чтобы все рождающие женщины имели гарантированный доход. Армения, Кипр, Казахстан и Туркменистан приложили усилия, чтобы закрепить это право в своей правовой базе. В странах, где принят тип пособия без взносов, следует закрепить его в законодательстве, чтобы на него выделялось достаточно ассигнований из общего государственного бюджета и чтобы права претворялись в эффективную социальную защиту (MOT, готовится к публикации).

Рисунок 11. Правовой охват в рамках защиты материнства: процент женщин трудоспособного возраста старше 15 лет, получающих денежные пособия по беременности и родам, по типу программ, Центральная и Западная Азия, 2023 г. или последний год, за который имеются данные



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по численности женщин трудоспособного возраста старше 15 лет.

Источник: оценки МОТ, Всемирная база данных по социальной защите, основанная на опросе МОТ по вопросам социального обеспечения; Программы социального обеспечения МАСО во всем мире; портал ILOSTAT; национальные источники.

Эффективность защиты

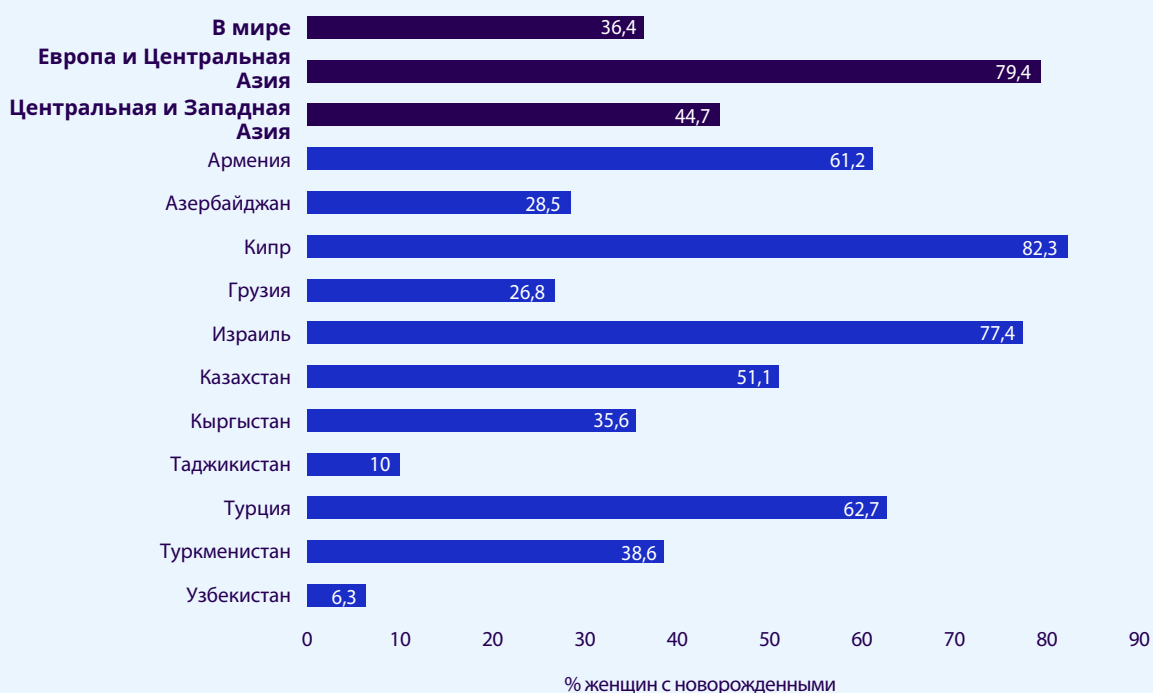
Страны добились значительных успехов в расширении охвата населения, чтобы обеспечить права людей на здоровье и обеспечение доходов в периоды болезни и материнства. Однако правовые положения не обязательно обеспечивают практический охват целевых групп, определенных законом.

Следует отметить, что в настоящее время эффективность охвата денежными пособиями по болезни на глобальном и региональном уровне не отслеживается. Необходимо в срочном порядке решить проблему отсутствия систематического сбора сопоставимых данных по этим вопросам (МОТ, 2021с). Как уже отмечалось в предыдущем разделе, механизмы, созданные для обеспечения гарантированного дохода в случае болезни, не являются универсальными, что отрицательно влияет на их внедрение на практике. Отсутствие адекватного финансирования также является фактором, объясняющим противоречие между высокими показателями правового охвата и низким охватом на практике.

В том, что касается денежных пособий по беременности и родам, разрыв между законодательством и практикой достаточно велик. Так, в 2023 г. менее половины женщин, родивших детей в странах Центральной и Западной Азии, получили денежное пособие по беременности и родам, причем между странами имелись существенные различия. Так, например, в Азербайджане (28,5 процента), Грузии (26,8 процента), Таджикистане (10 процентов) и Узбекистане (6,3 процента) показатели охвата оказались ниже средних региональных и мировых показателей (см. Рисунок 12). В любом случае в целом во всех странах ЦЗА имеется значительное несоответствие между правами, закрепленными по закону и фактическим получением пособий.

Отсутствие денежных пособий по беременности и родам вынуждает многих женщин рисковать здоровьем до и после родов, продолжая работать в неблагоприятных условиях до поздних сроков беременности или преждевременно возвращаясь на работу. Отсутствие поступлений часто приводит к повышению экономической уязвимости в период естественного увеличения расходов домашних хозяйств, связанных с беременностью и родами.

Рисунок 12. Показатель ЦУР 1.3.1 по эффективному охвату защитой материнства: процент женщин с новорожденными, получавших денежные пособия по беременности и родам, Центральная и Западная Азия, 2023 г.



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по численности женского населения.

Источник: смоделированные оценки МОТ, 2024 г., Всемирная база данных по социальной защите, основанная на опросе МОТ по вопросам социального обеспечения; Программы социального обеспечения MACO во всем мире; портал ILOSTAT; национальные источники.

Расширение охвата населения является важным механизмом обеспечения эффективного доступа к необременительному медицинскому обслуживанию, а также к денежным пособиям по болезни и материнству. При этом не меньшее внимание следует уделять нацеленности такого охвата, ибо группы населения, которые, как правило, наиболее уязвимы и рискуют остаться без должного ухода, часто сталкиваются с серьезными проблемами в адекватности получаемого ими покрытия из-за ограничений доступа к полному спектру услуг (1.3) и/или более ограниченного доступа к финансовой поддержке (1.4).

▶ 1.3. Предоставление адекватного спектра медицинских услуг

Адекватность охвата подразумевает два взаимодополняющих аспекта как в законодательстве, так и на практике. Во-первых, спектр охватываемых услуг должен быть всеобъемлющим и соответствовать критериям доступности, гибкости, приемлемости и качества (рассматриваемым в этом разделе). Во-вторых, доля расходов на доступ к таким услугам, покрываемая механизмами коллективного финансирования, должна быть достаточно высокой, чтобы не перекладывать финансовое бремя на плечи самих людей, эффективно защищая доходы и предотвращая обнищание населения (тема следующего раздела). Для понимания состояния дел в Центральной и Западной Азии следует сначала рассмотреть принципы построения системы пособий и их предоставления, а затем оценить практическую картину на основании имеющихся данных о доступе и использовании этих пособий.

Для всестороннего анализа спектра услуг, охватываемых СЗЗ, необходимо ответить на следующие вопросы: (1) какие услуги покрываются социальными пакетами, определенными законом, и какова сеть поставщиков услуг, предназначенных для их предоставления (1.3.1 и 1.3.2), а также (2) какие услуги доступны населению и используются на практике (1.3.3).

1.3.1. Разработка комплексных пакетов медицинского обслуживания

Определение пакета льгот, включая спектр услуг, предоставляемых в рамках программы СЗЗ, является приоритетной задачей, которую призваны решать все заинтересованные стороны. Процесс определения состава таких пакетов должен базироваться на совместном и инклюзивном подходе и достигается в результате многочисленных компромиссов между интересами различных заинтересованных сторон. В разных странах этот процесс протекает по-разному, при этом существуют значительные различия в использовании доказательной базы, подтверждающей эффективность и рентабельность мер. Наблюдаются также различия в уровне участия и консультаций с соответствующими заинтересованными сторонами, а также в степени реальной доступности таких пособий на местах и их достаточности (ВОЗ, 2021b). В Армении состав пакета льгот первоначально был основан на доказательной базе, включавшей в себя оценку эффективности услуг, бремени заболеваний и экономической эффективности, однако в ходе последующих пересмотров подход несколько утратил свою систематичность. Использование технологических средств для создания доказательной базы считается передовой практикой, однако в Центральной и Западной Азии такие средства, как правило, не используются.

Всеобъемлющая медицинская помощь включает полный спектр основных медицинских услуг от общего укрепления здоровья населения до мер профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи (ВОЗ, 2021с). Политика социальной защиты здоровья способствует достижению этой цели, когда она соответствует международным нормам и принципам социального обеспечения. Согласно Конвенции МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102)¹⁵, такая медицинская помощь должна как минимум включать услуги врача общей практики, услуги внебольничных и больничных специалистов для стационарных и амбулаторных пациентов, основные фармацевтические препараты по рецептам врачей или других квалифицированных специалистов, а также при необходимости госпитализацию; а также услуги по охране репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденных и детей (РЗМНД), включая дородовую, родовую, послеродовую уход и по мере необходимости госпитализацию. Конвенция МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130)¹⁶ также упоминает необходимость обеспечения стоматологической помощи и реабилитации. Хотя конкретные условия могут меняться, например, в некоторых странах первичная медико-санитарная помощь и семейные

¹⁵ C102 – Конвенция МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102) (ilo.org).

¹⁶ C130 – Конвенция МОТ 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130) (ilo.org).

врачи заменяют врачей общей практики, в любом случае базовый пакет льгот должен быть адекватным и всеобъемлющим, охватывающим как лечебную, так и профилактическую помощь, как это указывается в Рекомендации МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202), в которой подчеркивается, что необходимо обеспечить доступ к набору товаров и услуг, которые составляют базовую медицинскую помощь, включая охрану материнства. Объем базовых медико-санитарных услуг должен определяться в процессе национального диалога с учетом необходимости обеспечения наличия, доступности, приемлемости и качества услуг, включая механизм регулярного пересмотра для поддержания их достаточного уровня для обеспечения условий для достойной жизни, а также их соответствия технологическому прогрессу в сфере медицинской науки и эпидемиологической ситуации.

Нормы МОТ предусматривают, что учреждения СЗЗ должны предпринимать активные меры, чтобы побудить защищенные группы населения пользоваться возможностями по охране здоровья населения и, в более широком смысле, быть ответственными за просветительскую и профилактическую деятельность, что соответствует концепции предоставления медицинских услуг, продвигаемой ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь уже давно признана ключевой функцией и основой при оказании медицинской помощи (см. Вставку 7). Однако реализация этого подхода часто требует серьезных преобразований системы здравоохранения, при которой министерство здравоохранения берет на себя роль основного руководящего и регулирующего органа. Многие страны по-прежнему сталкиваются с трудностями на пути полной реализации потенциала первичной медико-санитарной помощи (ВОЗ, 2019а).

► **Вставка 7. Подход к организации первичной медико-санитарной помощи**

Подход к организации первичной медико-санитарной помощи, сформулированный в Алма-Атинской декларации, принятой на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в 1978 г., подтвердил основополагающий принцип необходимости обеспечения здоровья для всех. В декларации отмечается, что: «Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения. Она составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семей общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа».

Традиционно оказание услуг анализировалось и сравнивалось, сопоставляя между собой различные уровни медицинской помощи (первичной, вторичной и третичной) в зависимости от уровня специализации, типа врача и используемых технологий, а также типов вмешательств и с учетом того, были ли они общественными или индивидуальными (Starfield, 1994). Подход ПМСП призван преодолеть разобщенность системы и обеспечить людям доступ к человеческому, комплексному и интегрированному уходу по возможности как можно ближе к месту проживания (ВОЗ, 2008). В Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г. и в Астанинской декларации за 2018 г. также подтверждается, что этот подход является не только наиболее эффективным, но и наиболее рентабельным. Кроме того, там подчеркивается важность сотрудничества с субъектами за пределами сектора здравоохранения, включая сферу труда, следуя принципам включения вопросов здоровья во все аспекты политической жизни страны (принцип «Здоровье во все политики»). Этот комплексный подход фокусируется на социальных детерминантах здоровья в сочетании с продвижением прав человека на здоровье и социальное обеспечение. Рекомендация МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202) служит рамочным руководством для обеспечения эффективного доступа к базовому медицинскому обслуживанию.

В большинстве стран ЦЗА существуют пакеты льгот, используемые в рамках различных программ СЗЗ, которые часто предусматривают разные уровни обслуживания для различных групп населения, что приводит к сегментации в правах (Раздел 1.2). Например, в Казахстане пакет льгот ГОБМП охватывает первичную медико-санитарную помощь и ряд дополнительных услуг, в то время как в рамках ОСМС существует дополнительный пакет льгот с другими услугами.

В странах ЦЗА этот первый уровень защиты, как правило, является всеобъемлющим и может включать в себя различные типы услуг. Универсальные пособия, предоставляемые всему населению на нестраховой основе и выступающие в качестве первого уровня, которые в субрегионе часто называют «гарантированными государством пакетами медицинских услуг», включают в себя в разных странах, использующих такой подход (Армения, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан), различные наборы услуг. Многие из этих пакетов включают комплекс неотложной помощи, профилактики, меры укрепления здоровья и амбулаторную первичную медико-санитарную помощь (за исключением Армении, которая исключает профилактическую помощь). И наоборот, Азербайджан, Грузия, Кипр и Турция имеют объединенные пакеты льгот, охватывающие большинство уровней медицинского обслуживания для всего населения в рамках обязательного национального медицинского страхования. С другой стороны, Таджикистан и Узбекистан, расширяя юридические права СЗЗ почти повсеместно, учредили пакеты услуг, которые имеют строгие критерии включения и четкие ограничения. В Таджикистане в рамках гарантированного государством льготного пакета предоставляется ограниченный перечень услуг. К ним относятся только неотложная помощь, профилактические медицинские услуги и иммунизация, базовые диагностические тесты и консультации на первичном и вторичном уровнях. А в Узбекистане пакет льгот, установленный законодательным постановлением, включает услуги, которые ограничиваются неотложной помощью, профилактикой, укреплением здоровья и просвещением, а также специализированной помощью, предоставляемой при ограниченном числе заболеваний, таких как респираторные, инфекционные заболевания и хронические расстройства, за исключением психических и онкологических заболеваний.

При этом для данного субрегиона характерно, что некоторые услуги часто исключаются даже из самых щедрых пакетов услуг, например стоматология (исключена в Азербайджане, Грузии, на Кипре, в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане). Однако стоматологическая помощь включена в ПОМС в Турции, ОСМС в Казахстане, а также в расширенный БПМУ в Армении. Многие страны также в значительной степени не включают в пакет фармацевтические препараты (Узбекистан и Таджикистан) или ограничиваются доступом к конкретному перечню лекарств, который не всегда полностью соответствует списку основных лекарств ВОЗ и/или периодически пересматривается с учетом изменений в потребностях и технологиях. Например, в Кыргызстане в пакет включены лекарства от диабета, гемофилии и туберкулеза, в Грузии – лишь базовые лекарства, а в Армении – только лекарства, охватываемые конкретными национальными программами по борьбе с определенными заболеваниями. Степень доступности этих пакетов льгот на практике во многом зависит от авторизованной сети поставщиков (1.3.2) и адекватного ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

Поскольку во многих странах субрегиона подход, основанный на центральной роли первичной медико-санитарной помощи, внедрен не полностью, при анализе пакетов гарантированных пособий в странах ЦЗА продолжает использоваться традиционное разграничение между уровнями медицинской помощи. Анализ проводится в соответствии с тем, каким образом формулируется большинство пакетов льгот на практике, с тем чтобы определить какие услуги в них включены. Услуги могут быть сформулированы по-разному: они могут быть явными или неявными, определяться по конкретному списку или по принципу исключения. В большинстве стран ЦЗА состав пакета услуг четко определен и подлежит пересмотру на регулярной или эпизодической основе. Анализ проводится не только по уровням медицинской помощи, но и по типу вмешательства, включая здоровье населения, индивидуальную первичную медико-санитарную помощь, охрану репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденных и детей (РЗМНД), специализированную стационарную и амбулаторную помощь, фармацевтические препараты и долгосрочный уход.

Здоровье населения и первичная медико-санитарная помощь

Обеспечение здоровья населения основано на подходе, который фокусируется на коллективном улучшении, укреплении и восстановлении здоровья и благополучия всего населения посредством воплощения политики и мероприятий по надлежащему уходу, нацеленных на достижение результатов, влияющих на основные детерминанты здоровья населения и устраняющих неравенство в доступе к системе здравоохранения (Buck D et al., 2018; Kindig D and Stoddart G, 2003). Охрана здоровья населения или общественное здравоохранение – это целый комплекс мер, направленных на население в целом и включающих такие услуги, как анализ ситуации в области здравоохранения, санитарный надзор, укрепление здоровья, профилактика, борьба с инфекционными заболеваниями, охрана окружающей среды и санитария, обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям и меры реагирования на них, гигиена труда и многое другое (ВОЗ, 2018).

В силу коллективного характера этих мер их можно считать нацеленными на достижение общественного блага (Cichon et al., 1999a). Конкретные услуги, включенные в программу обеспечения здоровья населения, различаются в разных странах, причем некоторые из них закреплены в законодательстве о СЗЗ. Как правило, это те услуги, которые либо включены в гарантированный пакет льгот по всей стране, либо интегрированы в дорогостоящие высокоприоритетные программы борьбы с определенными заболеваниями, обычно администрируемые по вертикальному принципу (Atun R et al., 2008).

Профилактика, ранняя диагностика и лечение таких заболеваний, как туберкулез и ВИЧ, традиционно охватываются такими вертикальными программами борьбы с конкретными заболеваниями, иногда поддерживаемыми донорским финансированием. Например, в Грузии доступ к антиретровирусной терапии предоставляется бесплатно для всего населения и софинансируется Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ВОЗ, 2022b). В Грузии действуют 23 вертикальные национальные программы здравоохранения, определенные как приоритетные для общественного здравоохранения и предназначенные для всего населения, даже для тех, кто исключен из программы всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Эти программы включают в себя профилактику заболеваний, иммунизацию, раннее выявление и скрининг, лечение заболеваний и консультирование по различным вопросам. В Казахстане, как это предусмотрено нормативно-правовой базой, комплекс финансируемых из государственного бюджета мер по охране здоровья населения доступен для всего населения. К этим мерам относятся санитарное просвещение, антиретровирусная терапия, профилактика ВИЧ, иммунизация, охрана материнства, санитарно-эпидемиологические и санитарно-профилактические меры по борьбе с инфекционными заболеваниями. В Азербайджане лечение туберкулеза, СПИДа и диабета является примером финансируемых государством национальных программ общественного здравоохранения, предоставляемых в дополнение к перечню услуг, включенных в базовый пакет льгот. Армения предусматривает в своем БПМУ ограниченный объем услуг по укреплению здоровья, профилактике и санитарии, однако она использует общие государственные ресурсы для финансирования ряда «вертикальных» программ здравоохранения, в том числе по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу, онкологии, охране здоровья матери и ребенка.

В некоторых странах, таких как Кипр, Кыргызстан и Таджикистан, эти услуги не включены в пакеты, определенные в нормативно-правовой базе. В Узбекистане гарантированный государством пакет базовых льгот включает только первичную и неотложную помощь, практически исключая профилактику, вторичные и третичные услуги. Это создает значительный пробел в борьбе с НИЗ по сравнению с инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ и туберкулез, которые охвачены программой. Подчас распространенные неинфекционные заболевания (такие как астма, ХОБЛ и другие) остаются неохваченными профилактическими и скрининговыми программами. Такая ситуация может отражать общий низкий уровень внимания и финансирования, выделяемого на охрану, а также на укрепление здоровья населения и профилактику в целом. Серьезным барьером является также недостаточная осведомленность населения, в результате чего в странах, где законом предусмотрены пакеты льготных услуг, люди могут и не знать об услугах, которыми они имеют право пользоваться. Поскольку динамика заболеваемости постоянно меняется и распространенность НИЗ растет, наряду с уже принимаемыми мерами особое значение приобретают мероприятия по охране здоровья населения, помогающие соответствовать

актуальным приоритетам здравоохранения (Afshari et al., 2020). Поэтому такие услуги должны быть широко доступны, и люди должны быть финансово защищены, чтобы иметь возможность воспользоваться этими услугами.

Здоровье населения непосредственно зависит от доступности первичной медико-санитарной помощи. ПМСП является краеугольным камнем системы здравоохранения в целом и охватывает услуги, оказываемые населению на индивидуальной основе вблизи от места проживания. Таким образом, ПМСП является связующим звеном, обеспечивающим внедрение принципов, сформулированных исторической Алма-Атинской декларацией. Эффективная первичная медико-санитарная помощь универсальна по своей природе, адаптируется к потребностям человека и оказывается по месту проживания (Stange K et al., 2023). Центры первичной медицинской помощи часто берут на себя функции распределительных инстанций, направляющих пациентов к специалистам лишь в случае необходимости (см. Раздел 1.3.2).

Право на индивидуальную первичную медико-санитарную помощь предоставляется в разных странах через различные механизмы. В Центральной и Западной Азии все страны, как правило, включают в свой пакет льгот услуги первичной и неотложной помощи. Во многих странах, таких как, например, Азербайджан, Грузия и Кыргызстан, состав пакетов льгот, связанных с услугами первичного медицинского обслуживания, предоставляемыми физическим лицам, независимо от того, финансируются ли они из государственного бюджета или покрываются национальным медицинским страхованием, четко определен посредством составления списков с конкретным перечислением предоставляемых услуг (так называемые положительные списки).

Услуги по профилактике и укреплению здоровья часто предоставляются в составе мероприятий по охране здоровья населения в рамках вертикальных программ, ориентированных на конкретные заболевания. С другой стороны, права на профилактические услуги могут быть включены в пакет льгот, охватываемый программами СЗЗ. В Кыргызстане иммунизация детей, дородовой уход и лечение гипертонии, ожирения и туберкулеза включены в ГПМУ. В Узбекистане лечение инфекционных заболеваний, передаваемых через кровь, включая ВИЧ/СПИД и туберкулез, включено постановлением Кабинета министров в перечень услуг, предоставляемых в рамках гарантированных объемов медицинской помощи.

При разработке пакета льгот следует уделять повышенное внимание первичной медико-санитарной помощи людям с неинфекционными заболеваниями, учитывая старение населения и неблагоприятные изменения образа жизни. Однако простого добавления конкретных заболеваний или услуг в пакет льгот в качестве необходимых мер реагирования недостаточно. В этой связи странам необходимо будет применять многопрофильные стратегии профилактики НИЗ для борьбы с такими факторами риска, как употребление табака, чрезмерное употребление алкоголя, нездоровое питание, отсутствие физических упражнений, загрязнение окружающей среды, вредные условия труда, уделяя должное внимание более широким социальным детерминантам здоровья, что потребует координации в рамках системы социальной защиты в целом (MOT, 2021b). Например, в Армении основной упор в ПМСП делается на лечение, а не на услуги по профилактике и укреплению здоровья. Однако следует отметить, что недавно министерство здравоохранения активизировало усилия по борьбе с курением и пропаганде здорового образа жизни путем принятия антитабачных законов и мер. Прогресс также достигается в областях внедрения надлежащих мер в сферах, которым, возможно, исторически уделялось меньше внимания. Так, с 2015 г. в Казахстане запущена программа по предотвращению самоубийств в рамках инициативы по охране психического здоровья (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

Несмотря на все достижения во многих странах (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан и Грузия) первичные медико-санитарные услуги по-прежнему используются недостаточно, что приводит к увеличению зависимости от дорогостоящей специализированной медицинской помощи. Проблемы, связанные с внедрением подхода, ориентированного на первичную медико-санитарную помощь, могут быть самыми разнообразными, включая, в частности, несогласованность между различными уровнями системы здравоохранения, дефицит инвестиций в инфраструктуру, цифровые решения и рабочую силу (Rechel et al., 2023; ВОЗ/Европа 2023а; 2023б).



© МОТ/Берке Аракл

Охрана репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденных и детей (РЗМНД)

При разработке пакетов пособий приоритетное внимание должно уделяться охране РЗМНД в соответствии с международными нормами социального обеспечения, в частности в соответствии с Конвенцией МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), которая утверждает принцип бесплатного ухода за матерями и новорожденными, и Конвенцией МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183). Разные страны включают в свои льготные пакеты различные типы услуг РЗМНД¹⁷. Например, в Кыргызстане беременные женщины имеют право на бесплатные профилактические и медицинские услуги в рамках ГПМУ (см. Вставку 9, Раздел 1.4.1).

Хотя услуги по охране РЗМНД являются неотъемлемой частью пакетов пособий в большинстве стран, некоторые из них уделяют особое внимание комплексным стратегиям и программам, гарантирующим более полный охват матерей и детей. Так, в Грузии в 2017 г. была принята долгосрочная Стратегия охраны здоровья матери и новорожденного (2017–2030 гг.) для повышения эффективности охраны здоровья матери и ребенка, направленная на обеспечение надлежащей защиты матерей и детей и деятельное укрепление их здоровья. В Узбекистане были предприняты особые усилия по улучшению оказания медицинской помощи беременным женщинам. Эти усилия включали разработку научно обоснованных национальных стандартов организации ухода за беременными, что привело к действительному улучшению показателей в области охраны здоровья матери и ребенка.

¹⁷ В Армении льготный пакет включает в себя услуги до родов, во время родов и после родов и иммунизацию детей; в Азербайджане включена также акушерская помощь; на Кипре предоставляется бесплатный доступ к акушеркам и плановая иммунизация детей. В Казахстане обеспечивается ведение беременности, последующее наблюдение и иммунизация; в Кыргызстане в пакет включены дородовые услуги и иммунизация детей; в Таджикистане в пакет включены мониторинг состояния здоровья, родовспоможение и профилактические осмотры (включая периодические стоматологические осмотры).

Специализированная амбулаторная и стационарная помощь

Большинство стран Центральной и Западной Азии в той или иной форме имеют право на получение этих услуг, часто формулируемых как положительный перечень услуг (например, ПОМС в Турции, ГПМУ в Кыргызстане, ОСЗ на Кипре, ВОУЗ в Грузии, БПМУ в Армении). Спектр услуг в разных странах различается. Так, например, в Турции предоставляется исчерпывающий набор специализированных услуг, включая хирургию, переливание крови и пересадку костного мозга, лечение рака, лечение ожогов, почечный диализ, реабилитационные услуги и трансплантацию органов. В Казахстане в рамках ГОБМП также предоставляется целый ряд амбулаторных и стационарных специализированных услуг в дополнение к расширенному охвату услугами специализированной помощи в рамках ОСМС. В Грузии имеется конкретный список специализированных стационарных и амбулаторных услуг, включая хирургию, онкологические услуги, акушерскую помощь, некоторые основные лекарства, а также экстренные амбулаторные и стационарные услуги по более чем 450 заболеваниям. В Азербайджане четко определены категории специализированных стационарных и амбулаторных услуг, включая физиотерапию, операции и даже специализированный долгосрочный уход, причем доступ к услугам, включенным в этот положительный список, не требует сооплаты со стороны пользователя в государственных медицинских учреждениях. Напротив, некоторые другие страны, как, например, Узбекистан, включают в пакет услуг лишь ограниченный спектр специализированной амбулаторной и стационарной помощи. Как и в отношении первичной медико-санитарной помощи, некоторые страны предоставляют специализированную помощь в отношении некоторых заболеваний, покрываемых национальными программами по борьбе с определенными видами заболеваний.

Включение специализированной амбулаторной и стационарной помощи в пакеты пособий, обеспечиваемых финансовой защитой, имеет решающее значение для избежания обнищания вследствие необходимости обращения за этими услугами, которые, как правило, достаточно дороги. Однако, включение в льготные пакеты только этих услуг в условиях, когда ПМСП оплачивается из собственных средств населения, создает целый ряд проблем, ибо это заставляет людей откладывать обращение за медицинской помощью.

Фармацевтические препараты

Многим странам ЦЗА, к сожалению, не удалось включить основные фармацевтические препараты в свои пакеты льгот (не выполнив тем самым требования конвенций МОТ). Например, Узбекистан помимо обеспечения бесплатного доступа для некоторых категорий уязвимого населения, в значительной степени исключил амбулаторное медикаментозное лечение из своего базового пакета льгот. Таджикистан также предоставляет ограниченный доступ к фармацевтическим препаратам в перечне услуг, доступных в рамках ПГМО. В Грузии фармацевтические препараты предоставляются с доплатой, и до 2020 г. список покрываемых амбулаторных лекарств в рамках ГОБМП был ограничен примерно 50 основными лекарственными средствами. С другой стороны, в Казахстане в рамках ГОБМП некоторые лекарственные средства включаются в льготный пакет и отпускаются без доплат, в том числе лекарства, предоставляемые в рамках неотложной помощи, стационарной помощи, вакцинации и амбулаторных лекарств для лечения 54 групп болезней, содержащихся в списке, разработанном министерством здравоохранения.

Некоторым странам, таким как Турция, Кипр, Азербайджан и Армения, удалось включить основные фармацевтические препараты в свои пакеты льгот. Турецкая программа ОСМС гарантирует всеобщий доступ к назначаемым лекарствам и вакцинации, а на Кипре список назначаемых лекарств определяется организацией медицинского страхования с доплатой в размере 1 евро, в основном это дженерики¹⁸. С другой стороны, в Азербайджане список основных лекарственных средств ежегодно пересматривается министерством здравоохранения, а в Армении бесплатные лекарства предоставляются пациентам для лечения 15 заболеваний, включая среди прочего такие болезни, как туберкулез, диабет, рак и психические заболевания.

¹⁸ С возможностью получения оригинального фирменного препарата в случае недоступности дженерика.

Некоторые страны имеют дополнительные программы по расширению доступа к лекарствам. В Кыргызстане, например, лекарственные средства для лечения некоторых заболеваний (диабет, гемофилия и туберкулез) доступны в рамках ГПМУ. При этом дополнительная программа (ПДЛП) позволяет плательщикам взносов, а также бедным и уязвимым слоям населения приобретать отдельные лекарства по сниженным ценам в аптеках, работающих по контракту. В Казахстане, помимо ограниченного списка фармацевтических препаратов, предоставляемых в рамках ГОБМП, ОСМС включает в себя дополнительный список бесплатных амбулаторных и стационарных лекарств по 128 группам заболеваний, определенных министерством здравоохранения.

Важно отметить, что лекарства составляют значительную долю расходов на здравоохранение (Karlan et al., 2012; Ozawa et al., 2019). В Грузии и Армении они также составляют большую часть расходов на медицинское обслуживание из собственных средств в домохозяйствах с катастрофическими расходами на здравоохранение (ВОЗ, 2023b). Предоставление законных прав на бесплатные или доступные лекарства предполагает наличие обязательного национального списка основных лекарственных средств, который соответствует критериям, установленным на глобальном уровне (ВОЗ, 2019b). Для сдерживания расходов и обеспечения оптимального использования государственных средств необходимо разрабатывать стратегии по дальнейшему принятию нормативных актов, обеспечивающих предоставление населению эффективных, безопасных и доступных по справедливой цене лекарств.

1.3.2. Сеть поставщиков услуг и пути доступа к услугам

Сеть провайдеров услуг и механизмы, связанные с доступом к услугам, являются основными элементами построения системы СЗЗ. Именно тщательно продуманная структура системы, закрепленная в законодательстве, обеспечивает возможности эффективного доступа к медицинским услугам. В этом разделе представлен обзор: i) типов поставщиков, которые существуют в системах здравоохранения в странах ЦЗА, ii) основных характеристик сетей утвержденных поставщиков, активно задействованных в политике СЗЗ, а также iii) их организации с точки зрения способа оказания медицинской помощи.

Государственные и частные поставщики услуг в рамках систем здравоохранения в Центральной и Западной Азии

Системы здравоохранения в странах ЦЗА существенно различаются в том, что касается соотношения государственных и частных поставщиков медицинских услуг (коммерческих и некоммерческих) в каждой отдельной стране, что следует учитывать при разработке политики в сфере здравоохранения. Действительно, вопрос о включении в систему частных поставщиков или поставщиков, находящихся за пределами сети утвержденных поставщиков, которым предоставляется финансовая защита, часто является важным фактором, который следует принимать во внимание при создании таких сетей, ибо это связано с серьезными финансовыми последствиями (MOT, 2021c; 2021b).

В некоторых странах доминирует государственное обеспечение, а частные поставщики предоставляют относительно небольшую долю всех предоставляемых услуг. Например, в Азербайджане государственные медицинские учреждения широко распространены во всех регионах, за исключением столицы Баку, где получил широкое распространение частный сектор (USAID, 2022). В Кыргызстане также преобладают государственные поставщики услуг¹⁹, причем услуги ПМСП предоставляются исключительно государственными центрами семейной медицины или центрами общей практики. Частными в основном являются аптеки и несколько клиник и центров, специализирующихся на акушерских, кардиологических и стоматологических услугах. В Таджикистане действует государственная централизованная система здравоохранения,

¹⁹ В государственном секторе 54 больницы, 60 центров общей практики, 18 центров семейной медицины, 13 стоматологических клиник по сравнению с всего лишь 32 частными медицинскими учреждениями.

за исключением фармацевтического сектора. В Узбекистане медицинские услуги в основном предоставляются государственным сектором. Тем не менее постепенно развивается и частный сектор здравоохранения, в основном за счет небольших частных клиник.

В других странах, таких как Турция, Казахстан и Армения системы здравоохранения носят открытый характер, и медицинские услуги предоставляются на равных основаниях государственными и частными поставщиками. В Турции министерство здравоохранения обеспечивает первичное, вторичное и третичное медицинское обслуживание. Больницы и больничные койки в основном находятся в государственной собственности, но в последние годы частный сектор здравоохранения активно развивается, в результате чего появилась целая сеть частных больниц. В Армении региональные больницы являются преимущественно государственными и предоставляют вторичные специализированные услуги, в то время как в столице изобилуют государственные и частные учреждения, оказывающие вторичную и третичную специализированную стационарную помощь.

В некоторых странах медицинское обслуживание в большей степени ориентировано на частный сектор. В Грузии система здравоохранения в значительной степени приватизирована (80 процентов больниц и большая часть учреждений, оказывающих первичную и специализированную медицинскую помощь, являются частными). Поставщики услуг в государственном секторе – это несколько однопрофильных больниц (лечение туберкулеза и психиатрические лечебницы) и больницы в отдаленных сельских районах. На Кипре до недавнего времени медицинские услуги в основном предоставлялись частными поставщиками из-за нехватки кадров в государственном секторе. Это было вызвано финансовым кризисом и последующей политикой правительства по замораживанию набора персонала в государственном секторе до 2016 г.

Сети утвержденных поставщиков медицинских услуг

Для достижения целей СЗЗ решающее значение имеет создание сетей утвержденных поставщиков, предоставляющих доступные, приемлемые и достаточно качественные медицинские услуги. Однако в условиях ограниченной доступности, люди вынуждены обращаться за медицинской помощью за пределами сети утвержденных поставщиков и оплачивать медицинские расходы из собственных средств, что конечно же препятствует достижению цели финансовой защиты. Это также стимулирует людей отказываться от медицинского обслуживания в ущерб собственному здоровью. Сеть утвержденных поставщиков является многопрофильной или ограничивается определенными типами поставщиков, которые должны отвечать некоторым критериям приемлемости и подписывать контракты (см. Главу 2). Например, в таких странах, как Кыргызстан и Узбекистан в такие сети включены в основном государственные поставщики. В Кыргызстане несколько частных медицинских центров, предоставляющих услуги гемодиализа, лабораторий и аптек, заключили контракты с ФОМС в целях обслуживания бенефициаров расширенной программы ГПМУ и ПДЛП. Для финансируемых государством услуг, предоставляемых всем в рамках ГПМУ, закон разрешает заключать контракты с частными организациями, однако на практике такое случается редко. В Узбекистане закупка услуг у частных поставщиков стала возможной недавно и ограничивается некоторыми лабораторными, диагностическими и гемодиализными услугами. Во всех остальных случаях доступ к услугам частных поставщиков осуществляется за счет собственных средств с использованием некоторых механизмов возмещения расходов для уязвимых групп населения.

В других странах, таких как Армения, Азербайджан, Кипр, Казахстан, Грузия и Турция, частные поставщики являются частью сети утвержденных поставщиков услуг в рамках политики СЗЗ. Как государственные, так и частные поставщики обычно заключают контракты на основе одних и тех же договоренностей и механизмов отчетности, независимо от их статуса собственности.

В условиях, когда сектор здравоохранения в значительной степени поставлен на коммерческие рельсы, осуществление политики СЗЗ может оказаться непростой задачей. В Грузии Агентство социального обеспечения (АСО) заключает контракты как с государственными, так и с частными поставщиками медицинских услуг на основе стандартных процедур возмещения расходов, однако структура ценообразования в целом соответствует структуре, используемой частными страховыми компаниями, которым принадлежит большинство медицинских учреждений.

В рамках политики СЗЗ необходимо усилить регулирование и уделить особое внимание договорным отношениям с коммерческими организациями. Такие контрактные условия должны быть одинаковыми во всех отношениях, в том числе условия включения в реестр поставщиков, требования к качеству, частоту пересмотра контрактов и использование методов оплаты поставщика, способствующих качеству и ограничивающих риски роста затрат и моральные риски (см. Главу 2, Раздел 2.3).

Географическое распределение, регистрация и контрольно-пропускная функция

При проектировании сети медицинских учреждений необходимо учитывать распределение населения по территории страны, ибо в противном случае могут возникнуть значительные пробелы в охвате. Например, Таджикистан сталкивается с острой нехваткой поставщиков медицинских услуг, усугубляемой миграционными тенденциями, особенно в сельских районах, где проживает три четверти населения (ВОЗ, 2022с). Некоторые страны принимают активные меры устранения региональных диспропорций в распределении медицинских работников в своей системе здравоохранения. Например, Турция внедрила Программу семейной медицины, чтобы стимулировать поставщиков медицинских услуг работать в сельских районах с целью достижения равномерного распределения медицинских учреждений во всех регионах. В рамках этой инициативы ОСС нанимает семейных врачей для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям сельских районов, включая предоставление медицинских услуг на дому тем, кто не может посещать клиники. Кроме того, с 2009 г. в Турции появились передвижные аптеки для улучшения доступа к лекарствам в сельской местности (Atun R et al., 2013).

Доступ к медицинским услугам через сети утвержденных поставщиков медицинских услуг обычно регулируется определенными правилами и условиями, помогающими пациентам ориентироваться в системе. Такие правила должны продвигать подход, основанный на возможности получения первичной медико-санитарной помощи в первую очередь с возможностью по необходимости направлять пациентов на более высокий уровень. В вопросах направления к врачам-специалистам первичный уровень медицинской помощи играет роль контрольно-пропускного механизма, способствующего рациональному использованию ресурсов в области здравоохранения. Механизмы регистрации распределяют пациентов по поставщикам первичной медицинской помощи, создавая первую точку контакта для удовлетворения большинства потребностей в области здравоохранения. Этот подход направлен на облегчение доступа к профилактической и лечебной помощи по месту жительства. Такая контрольно-пропускная функция помогает направить пациента к соответствующему врачу, если его потребности выходят за рамки первичной медицинской помощи. Обеспечение возможности беспрепятственного доступа к эффективной базовой медицинской помощи по низкой цене в сочетании с наличием специалистов и системы больничных услуг является стратегически важным элементом политики СЗЗ.

Система регистрации на первичном уровне и направления к специалистам существует во многих странах Центральной и Западной Азии, таких как Армения, Азербайджан, Кипр, Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан, с различной степенью воплощения на практике. В некоторых странах уже действуют нормативные акты, однако их соблюдение по-прежнему сопряжено с трудностями. Например, в Армении чтобы получить доступ к амбулаторной и стационарной специализированной помощи, необходимо зарегистрироваться у врача первичной медико-санитарной помощи. Однако из-за низкого престижа первичного обслуживания люди иногда обходят систему направления к специалистам, обращаясь напрямую к поставщикам вторичных и третичных услуг. Аналогичным образом в Азербайджане, хотя механизмы регистрации и направления предусмотрены, они зачастую не используются, поскольку за их обход не взимаются никакие дополнительные платежи и не предусмотрено никаких санкций. В Узбекистане, чтобы получить доступ к услугам ГПМУ, пациент должен сначала посетить своего семейного врача или местную или центральную поликлинику по месту своей прописки. Для получения специализированной помощи в учреждениях более высокого уровня необходимо получить направление от лечащего врача. Однако на практике пациенты и поставщики медицинских услуг придерживаются этого принципа далеко не всегда.

В ряде стран, таких как Грузия, Турция и Таджикистан, системы регистрации и направления пациентов как условия доступа к более высокому уровню медицинской помощи либо отсутствуют, либо развиты слабо. Причиной этого может быть низкое доверие к системе здравоохранения в целом, отсутствие культуры ПМСП и слабые координационные механизмы. Отсутствие контрольно-пропускного механизма приводит к тому, что профилактические меры и ПМСП, которые являются самыми эффективными путями оказания медицинской помощи, остаются не задействованными (Lordkipanidze A et al. 2020; ВОЗ/Европа, 2021а).

Регистрация пациентов, направление со стороны лечащего врача и надежная контрольно-пропускная функция, выполняемая ПМСП, способствуют рациональному использованию ресурсов и сокращению расходов. В то же время система не должна быть слишком жесткой. Например, возможность выбора поставщика первичной медицинской помощи, с которым пациенты устанавливают доверительные отношения, часто отмечается как важный фактор, определяющий оценку воспринимаемого качества медицинской помощи (Campbell et al., 2000). Так обстоят дела на Кипре, где программа СЗЗ позволяет пользователям зарегистрироваться у поставщика услуг ПМСП по своему выбору.



© МОТ/Горгиджанидзе Л.

1.3.3. Эффективность доступа и использования медицинского обслуживания

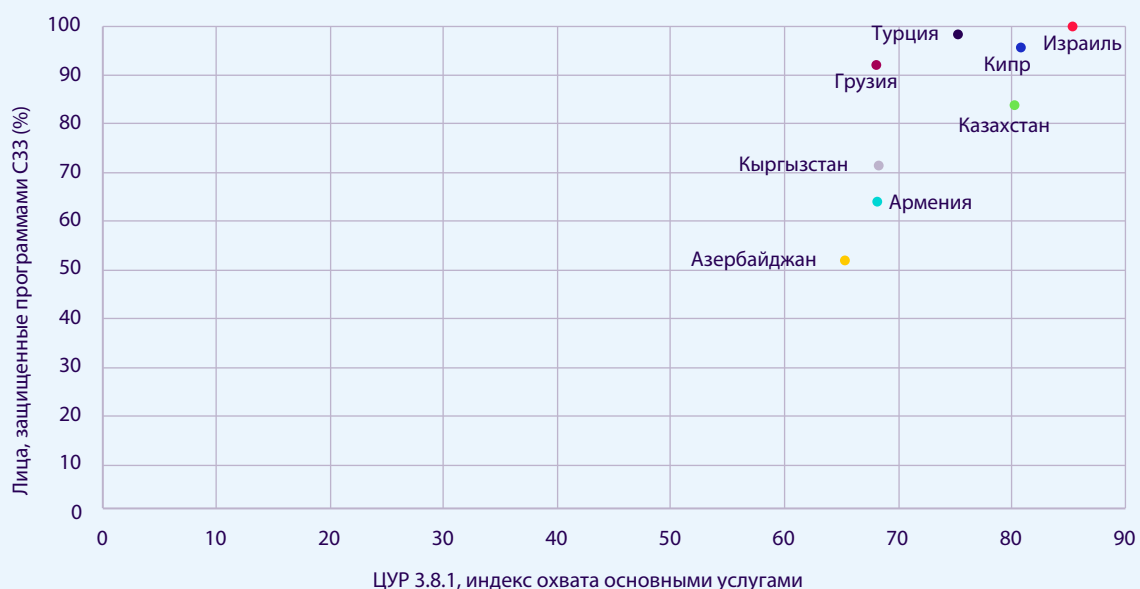
Несмотря на законные права и эффективные механизмы присоединения к различным льготным программам, в странах часто сохраняются расхождения между тем, на что люди имеют право по закону, и тем, что они могут получить на практике. Отсутствие стандартизированных систем мониторинга с сопоставимыми данными в глобальном масштабе затрудняет составление точной картины того: i) насколько спектр услуг, к которым люди имеют реальный доступ и которыми они

пользуются, соответствует их потребностям и законным правам; ii) и в какой мере эти услуги отвечают критериям доступности, адаптируемости, приемлемости и качества. Такая ситуация усугубляется такими факторами, как расходы на мониторинг и отсутствие консенсуса по вопросам параметров измерения. Несмотря на это, в рамках задач, относящихся к ЦУР 3, сделано достаточно много и собран значительный объем данных, что позволило провести в определенных рамках анализ эффективности доступа и использования медицинских услуг.

Индекс охвата услугами (ИОУ) в рамках ВОУЗ

Целевым показателем для ЦУР 3.8.1 является индекс охвата услугами (ИОУ), представляющий собой составной показатель услуг здравоохранения, который объединяет 14 индикаторов охвата услугами, объединенных в единый агрегированный показатель (ВОЗ и Группа Всемирного банка, 2023). В странах Центральной и Западной Азии наблюдаются небольшие различия по данному показателю (см. Рисунок 13). Страны с более высоким уровнем дохода (Израиль и Кипр) и одна страна с уровнем дохода выше среднего (Казахстан) достигли уровня ИОУ выше 80. Турция, страна с уровнем дохода выше среднего, также достигла относительно высокого эффективного уровня охвата услугами (более 70). Здесь мы видим корреляцию между уровнем дохода в стране и показателями доступности услуг. Страны с высокой долей лиц, пользующихся защитой в рамках политики в сфере здравоохранения, такие как Израиль, Кипр, Казахстан и Турция (см. Рисунок 13), на практике также имеют более эффективный доступ к медицинским услугам и чаще ими пользуются.

Рисунок 13. Корреляция между долей населения, охваченного системой социальной защиты здоровья, и индексом охвата основными медико-санитарными услугами (показатель ЦУР 3.8.1), отдельные страны Центральной и Западной Азии, последний год, за который имеются данные



Примечание: данные о защищенном населении относятся к 2023 г.; данные по Туркменистану, Таджикистану и Узбекистану отсутствуют. Данные по ЦУР 3.8.1 относятся к 2021 г.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ; опроса MOT по вопросам социального обеспечения и национальных административных данных ОЭСР по статистике здравоохранения за 2023 г., опубликованных в официальных докладах, информации, полученной в результате регулярных национальных обследований целевых групп населения по вопросам осведомленности о своих правах.

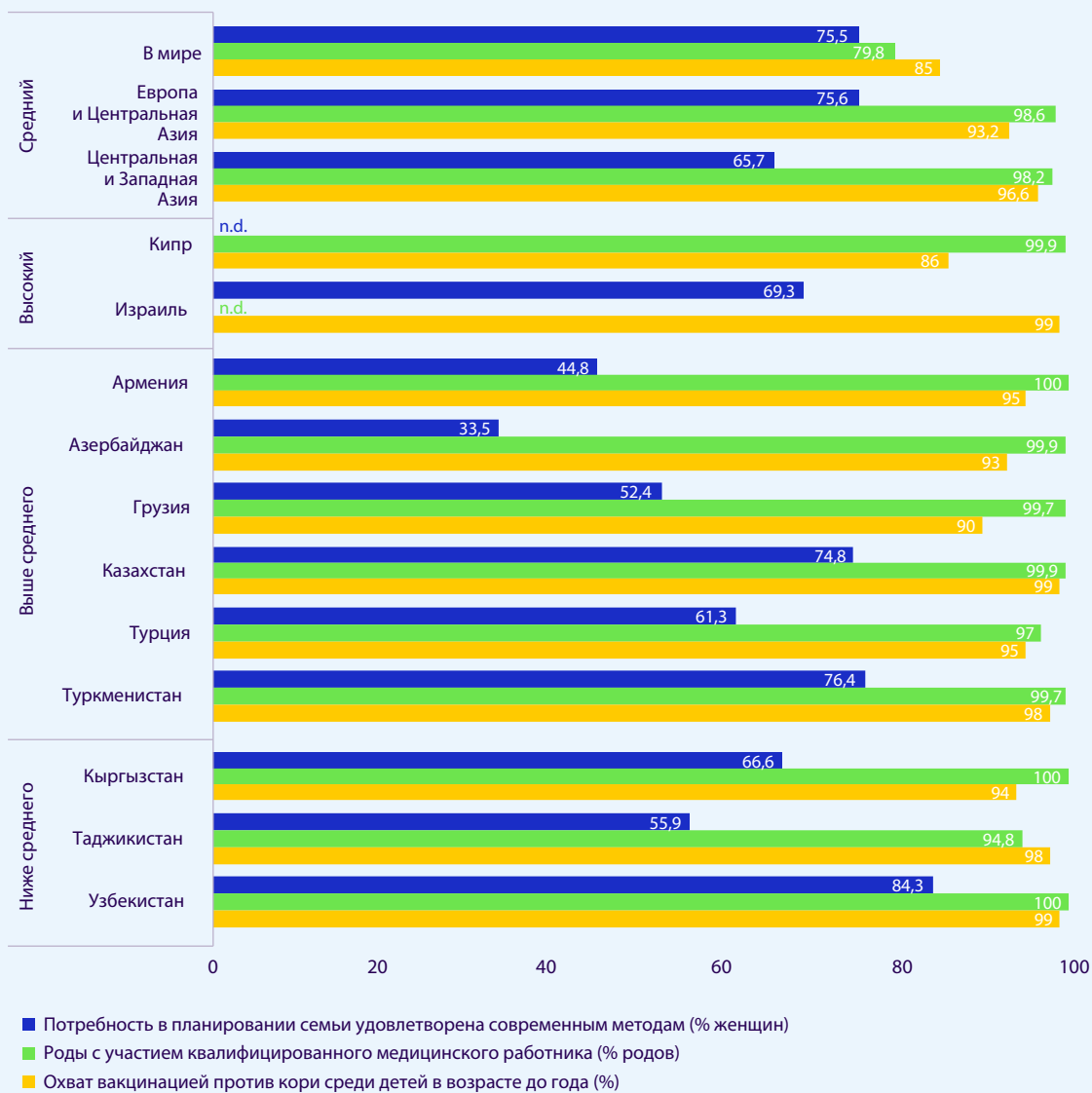
Важным элементом, включенным в показатель по ЦУР 3.8.1, являются услуги по охране материнства и детства. Охват услугами РЗМНД часто является приоритетом в политике СЗЗ и расценивается как капиталовложения с высокой отдачей с точки зрения улучшения здоровья населения. Охрана материнства была одной из первых сфер, охваченных нормативной базой МОТ, и со временем эта тема получила дальнейшее развитие благодаря усовершенствованию норм охраны материнства, в последнее время благодаря принятию Конвенции МОТ 2000 года об охране материнства (№ 183), и включению их в Рекомендацию МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202). Однако эффективное наличие и конкретные возможности доступа в различных странах существенно различаются и зависят от конкретной организации оказания услуг внутри каждой страны²⁰ (Рисунок 14). Необходимо принять меры по согласованию системы мониторинга, поскольку в субрегионе ЦЗА имеется лишь несколько сопоставимых показателей по ЦУР 3.8.1. Следует подчеркнуть важность комплексного подхода к оказанию всего спектра услуг в области РЗМНД, включая права и услуги, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем. В то время как показатели иммунизации и родов с участием квалифицированного медицинского работника улучшились и почти полностью достигли своих целевых показателей, доля женщин, нуждающихся в помощи в вопросах планирования семьи и довольных предлагаемыми им современными методами, значительно различается и указывает на то, что многие страны ЦЗА все еще далеки от всеобщего доступа к таким услугам. Уделение приоритетного внимания эффективному доступу к услугам РЗМНД является залогом обеспечения здоровой беременности, снижения уровня материнской и младенческой смертности и защиты прав женщин, включая их право на труд и права на рабочем месте.

Возможность доступа к квалифицированной акушерской помощи часто используется в качестве косвенного показателя для оценки равенства в доступе к медицинскому обслуживанию и влияния финансовых и других барьеров на эффективный доступ. Имеющийся показатель свидетельствует об относительно равноправном доступе к родовспоможению в разных квинтилях населения по благосостоянию, что свидетельствует о некоторых успехах в устранении финансовых и других барьеров в странах Центральной и Западной Азии (Рисунок 15).

В свете растущего бремени НИЗ, являющихся основной причиной смертности в странах ЦЗА, существует настоятельная необходимость в повышении доступности соответствующих услуг, которые должны быть в числе первоочередных приоритетов инвестиций (см. Раздел 1.3.1) (Рисунок 16).

²⁰ Для этого сравнения использовались только три показателя РЗМНД из-за ограниченной доступности данных о дорожном уходе (процент женщин, которые хотя бы раз получали помощь квалифицированного медицинского персонала).

Рисунок 14. Неравномерность охвата услугами РЗМНД, Центральная и Западная Азия, по группам доходов стран, последний год, за который имеются данные



Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

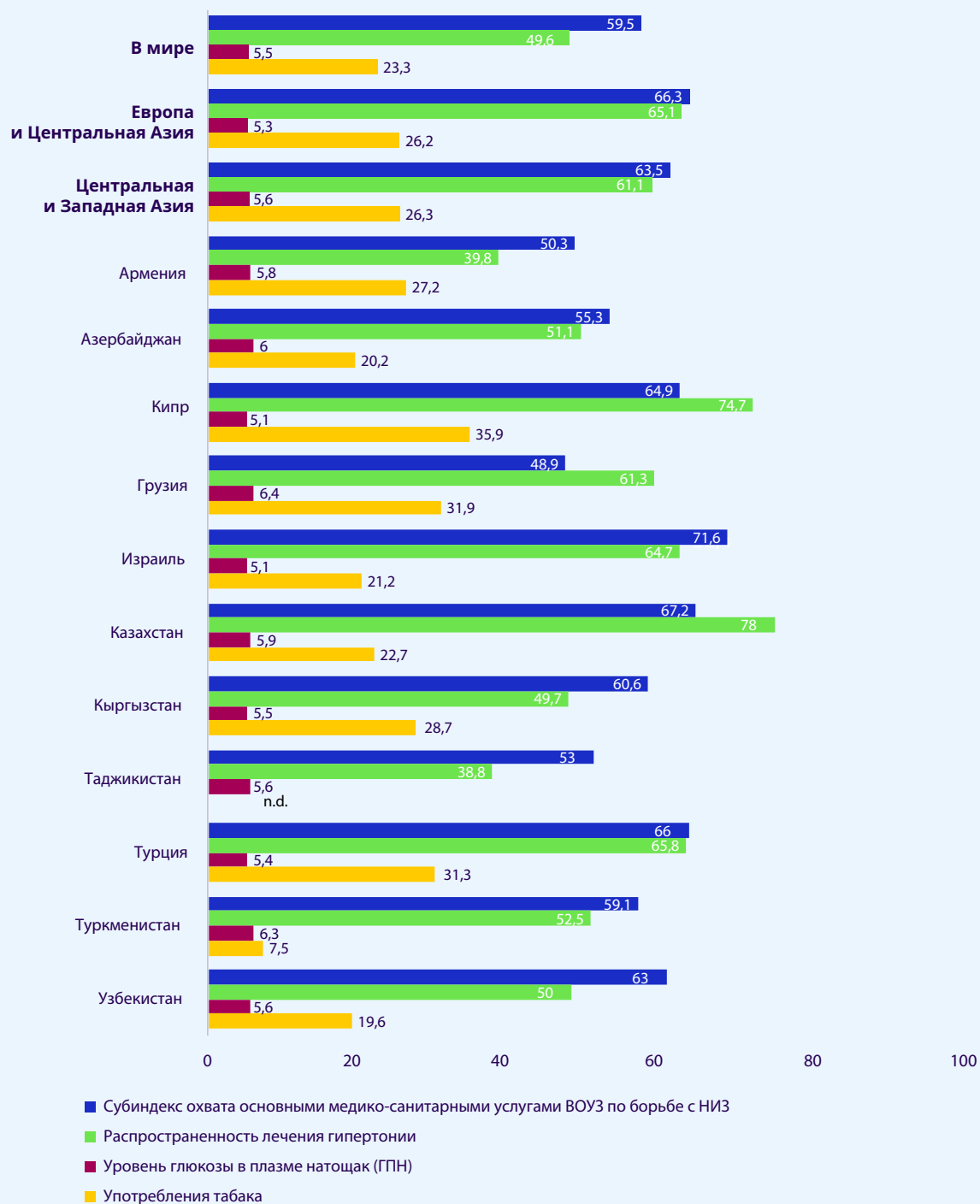
Рисунок 15. Процент живорождений с участием квалифицированного медицинского персонала по квинтилям благосостояния, отдельные страны Центральной и Западной Азии, последний год, за который имеются данные



Примечание: данные по Кипру, Грузии и Израилю на момент сбора данных в декабре 2023 г. не были доступны.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

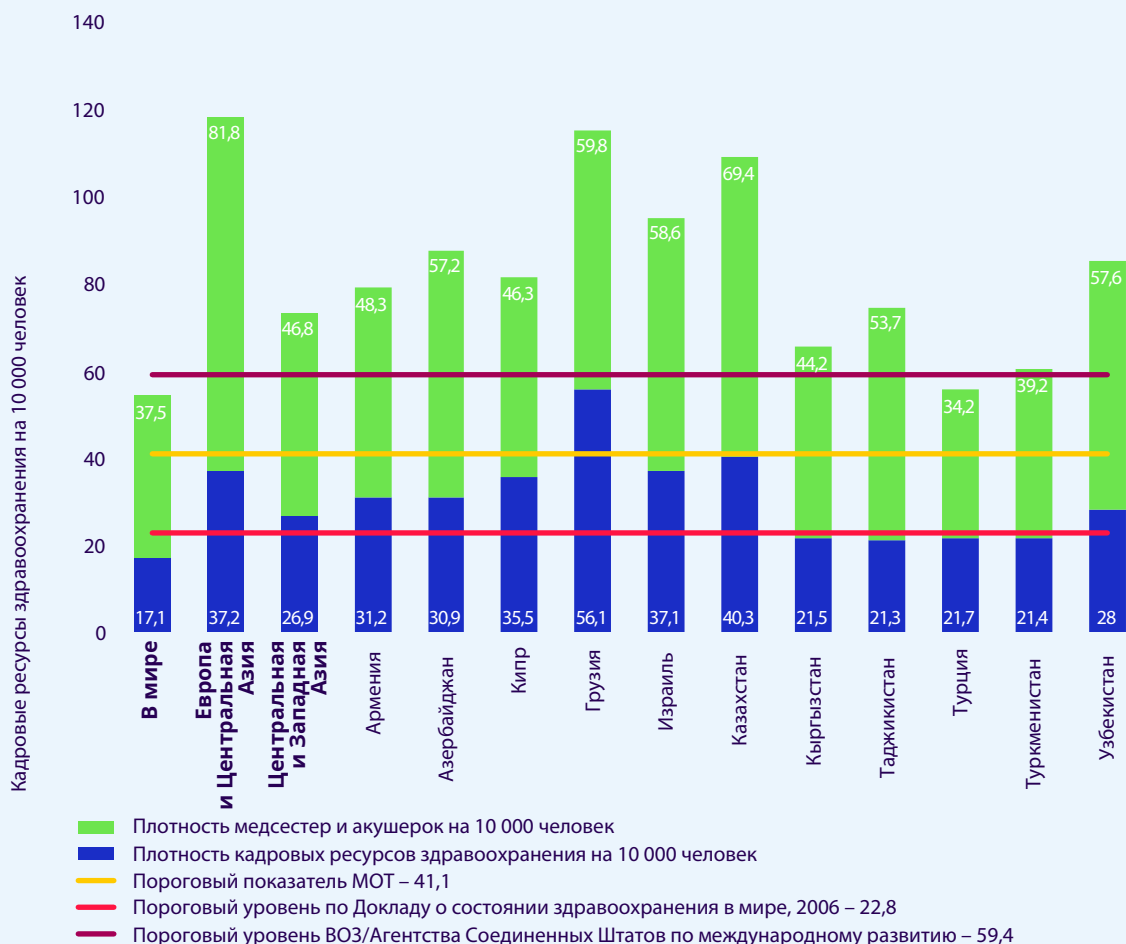
Рисунок 16. Субиндекс охвата основными медико-санитарными услугами ВОУЗ по неинфекционным заболеваниям и соответствующие показатели, Центральная и Западная Азия, 2022 г. или последний год, за который имеются данные



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по следующим популяционным данным по каждому показателю. Популяционные данные разделяются по следующим критериям: взрослые в возрасте 30–79 лет (распространенность лечения гипертонии); взрослые в возрасте старше 18 лет – уровень глюкозы в плазме натощак (ГПН); взрослые в возрасте старше 15 лет – употребление табака.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ и Пересмотра мировых демографических перспектив, ООН, 2022 г.

Рисунок 17. Плотность обученных кадровых ресурсов здравоохранения по трем пороговым значениям, Центральная и Западная Азия, 2022 г. или последний год, за который имеются данные



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по общей численности квалифицированного медицинского персонала.

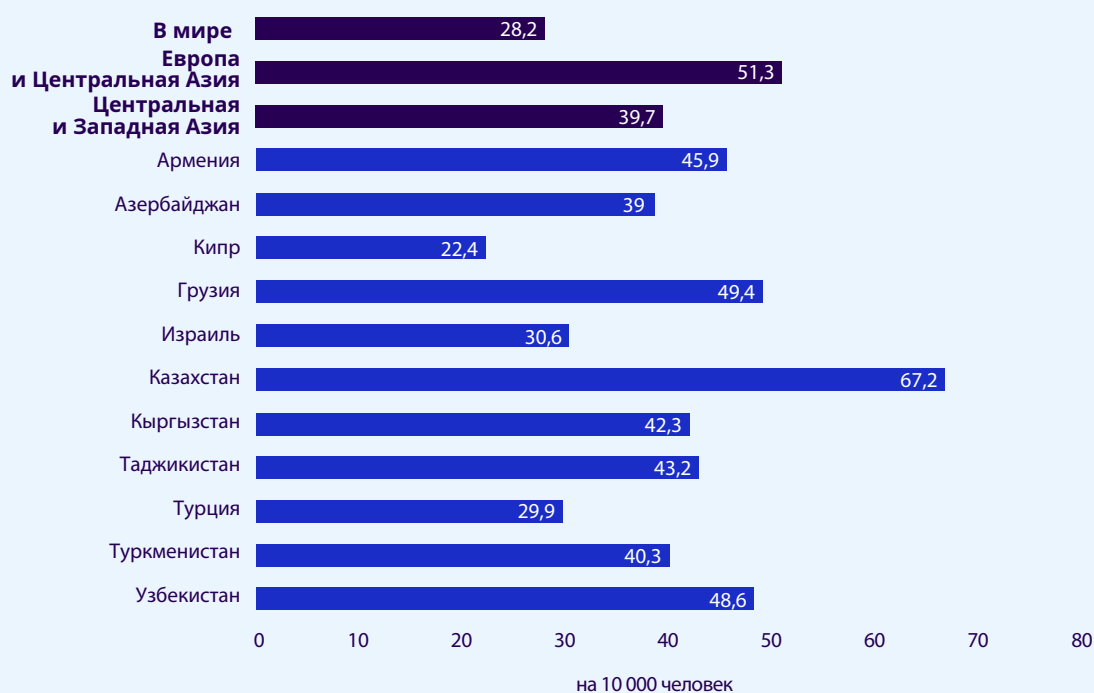
Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

Инфраструктура

В инфраструктуре здравоохранения стран сохраняются существенные различия между городской и сельской местностью. В некоторых регионах не хватает необходимого оборудования и расходных материалов, отсутствуют специализированные учреждения или наблюдается дефицит финансирования имеющихся учреждений, что приводит к снижению качества медицинской помощи. Так, например, в сельской местности Грузии медицинским учреждениям часто не хватает качественной инфраструктуры и необходимого оборудования. Однако правительство Грузии в настоящее время реализует стратегию усиления системы первичной медико-санитарной помощи для повышения доступности и качества услуг по всей стране, уделяя особое внимание сельским районам, особенно после пандемии COVID-19 (ВОЗ/Европа 2021b). В странах бывшего Советского Союза, таких как Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан, в рамках реформы системы здравоохранения учреждениям первичной медико-санитарной помощи уделяется особое внимание (см. Раздел 1.1) при различной интенсивности инвестирования. В Узбекистане, например, в 2020 г. в ходе национальной самооценки услуг водоснабжения и санитарии в медицинских учреждениях выяснилось, что только 57 процентов учреждений

первичной медико-санитарной помощи располагают базовыми услугами водоснабжения и только 26 процентов обеспечены базовыми услугами санитарии (Rechel et al., 2023). Наряду с медицинскими центрами важную роль в предоставлении услуг играют больницы. На больницы, как правило, приходится наибольшая доля расходов на здравоохранение. Потенциал больничного сектора оценивается количеством больничных коек на 10 тыс. человек. Хотя необходимое количество больничных коек зависит от таких критериев, как демографические показатели, средняя продолжительность пребывания в стационаре, показатели госпитализации и заполняемости коек, в большинстве стран ЦЗА (Казахстан, Азербайджан, Таджикистан, Кыргызстан, Армения, Туркменистан и Узбекистан) плотность больничных коек выше, чем в среднем по субрегиону, а в Казахстане она даже превышает средний показатель по всему региону (см. Рисунок 18), что в значительной степени является наследием советской эпохи (Раздел 1.1).

Рисунок 18. Плотность больничных койко-мест (на 10 000 человек), Центральная и Западная Азия, 2021 г. или последний год, за который имеются данные



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по общей численности населения.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

Качество и приемлемость услуг

Хорошее качество – это один из основных критериев, которому должны соответствовать медицинские услуги в рамках гарантий СЗЗ в соответствии с нормами МОТ, следуя определению, предоставленному в определении права человека на здоровье: «медицинские учреждения, товары и услуги должны быть научно и медицински обоснованными, а также находиться в хорошем рабочем состоянии». Таким образом, услуги здравоохранения должны быть эффективными, безопасными и оперативно реагировать на потребности людей, а также предоставлять научно обоснованную медицинскую помощь, не нанося при этом вреда и уважая потребности, ценности и предпочтения каждого человека (ВОЗ, 2018). Доверие пациентов к клинической эффективности услуг и удовлетворенность медицинской помощью, оказываемой медицинскими работниками, является мерилем актуальности услуг и соблюдения государством политики СЗЗ. Более того, высокое качество медицинской помощи является необходимым условием для обеспечения

защиты и восстановления здоровья. Необходимо уделять внимание инвестициям в качество услуг, включая надлежащую инфраструктуру и оборудование в сети утвержденных поставщиков и особенно в государственных учреждениях, ибо недостатки в предоставлении услуг могут вынудить людей пользоваться услугами других поставщиков и отказываться от финансовой защиты, предоставляемой в рамках СЗЗ. Таким образом, обеспечение высокого качества услуг, предоставляемых через СЗЗ, имеет особое значение во избежание того, чтобы пациенты обращались за помощью за пределами сети утвержденных поставщиков и не сталкивались с неблагоприятными финансовыми последствиями для своей семьи (МОТ, 2021b).

► 1.4. Финансовая защита от чрезмерных расходов населения на здравоохранение

Ключевой целью политики СЗЗ является обеспечение доступа населения к основным медицинским услугам по поддержанию и восстановлению здоровья, а также постепенное расширение спектра услуг. Не менее важно, чтобы такой доступ не вызывал финансовых трудностей и население было защищено от обнищания из-за расходов на здравоохранение. В этом разделе рассматриваются способы, с помощью которых страны ЦЗА добились прогресса в обеспечении такой защиты в законодательстве и на практике.

1.4.1. Политические подходы, влияющие на финансовую защиту

Нормы МОТ содержат рекомендации по следующим двум аспектам поддержки:

- уровень покрытия расходов, предусматривающий ограничения сооплат, и, если сооплаты все же предусмотрены, правила, регулирующие распределение расходов между пользователями и государством, должны быть разработаны таким образом, чтобы избежать трудностей для адресатов помощи и не нанести ущерба эффективности медицинской и социальной защиты. Такие сооплаты не должны распространяться на охрану материнства, которая должна быть бесплатной;
- уровень материальной поддержки для людей, которые не могут работать из-за болезни, соблюдения карантина, необходимости в уходе или ухода за иждивенцем.

Сооплаты

Введение практики сооплат, если они слишком высоки и сопряжены со значительными расходами из личных средств, может ослабить систему финансовой защищенности населения. Сооплаты или сборы с пользователей обычно мотивируются соображениями снижения риска злоупотреблений услугами²², но на практике они часто являются частью политики экономии средств в рамках структурной перестройки системы здравоохранения. Нормы МОТ утверждают, что сооплаты не должны использоваться в качестве механизма финансирования сектора здравоохранения. Сооплаты и плата за пользование в различных странах могут принимать различные формы (см. Вставку 8).

²² Как избежать увеличения потребления медицинских услуг в тех случаях, когда расходы на обслуживание покрывают не сами пользователи.

▶ Вставка 8. Прямые платежи, совместное несение расходов и неофициальные платежи

Расходы из собственного кармана могут принимать форму прямых платежей, официального участия в расходах или неофициальных платежей.

- ▶ **Прямой платеж** обычно означает оплату полной стоимости услуг, на которые не распространяется какая-либо форма защиты.
- ▶ **Официальное разделение затрат** включает в себя плату за пользование и сооплату:
 - **Плата или сборы с пользователей** могут состоять из любого возможного сочетания платы за регистрацию, консультацию, лекарства и медицинские принадлежности, лечение, госпитализацию, роды, лабораторные анализы или другие медицинские услуги, предоставляемые в государственном или субсидируемом государством секторе (Qin et al., 2019), и не обязательно отражающие полную стоимость услуг.
 - **Сооплата** – это оплата определенной доли от общей стоимости услуг, которую защищенные лица обязаны оплатить из своего кармана при их использовании. Они могут выражаться в виде процента от стоимости, фиксированной суммы, франшизы, предельных значений, максимального количества дней, сеансов или обращений.
- ▶ Под **неофициальными платежами** понимаются любые платежи наличными или натурой, добровольно или вынужденно осуществляемые пользователями поставщикам медицинских услуг вне системы официальных пользовательских сборов и сооплаты.

Источник: МОТ (2021b).

В странах ЦЗА соплатежи могут принимать различные формы. Они могут представлять собой номинальную фиксированную сумму, как, например, это происходит в Армении за диагностические тесты или же, как в Кыргызстане, за стационарное лечение, а также некоторые лабораторные и диагностические исследования. Кроме того, некоторые страны устанавливают со-платежи в виде определенного процента от стоимости услуг. В Армении сооплата за стационарную и стоматологическую помощь, а также за рецептурные амбулаторные лекарства варьируется в пределах от 15 до 50 процентов стоимости услуги. В Кыргызстане по пакету ПДЛП доплата составляет до 50 процентов от стоимости самих медикаментов. За исключением услуг, финансируемых государством, в Таджикистане пациенты обязаны внести доплату в размере 50–70 процентов, чтобы получить доступ к набору из 1200 различных услуг, не покрываемых государственным сектором. Некоторые страны вводят сооплату за конкретные виды медицинской помощи. Кипрская ОСЗ установила небольшие сооплаты с годовым потолком, а также личные сооплаты в случае обхода обычной системы направлений лечащим врачом. Турецкая программа ПОМС предусматривает сооплату за медицинские осмотры, лекарства и лечение бесплодия, но не за лечение в рамках первичной медико-санитарной помощи или госпитализацию.

В целях усиления финансовой защиты некоторые страны устанавливают предельную сумму со-платежей, которую человек или семья могут понести в течение определенного периода времени. Недавняя реформа ОСЗ на Кипре с июня 2020 г. предоставляет бесплатное больничное лечение и специальные фармацевтические препараты всему населению. Для получения услуг специалистов по направлению из первичного медицинского учреждения предусмотрены довольно низкие доплаты, причем имеется годовой лимит на такие доплаты. Аналогичный потолок сооплат на ежеквартальной основе, включая расходы на лекарственные препараты, имеется в Израиле.

Может применяться также система, основанная на достижении определенного лимита и потолка расходов. Однако такие приемы предназначены для переноса риска со страховщика

на самого пациента, что противоречит принципам МОТ. В некоторых странах имеется система, когда расходы пациента покрываются вплоть до достижения определенного лимита. Но как только этот лимит или потолок достигнуты, пациент обязан оплатить все дополнительные суммы из собственных средств. Потолок или предел устанавливаются либо для каждого эпизода оказания медицинской помощи, либо на ежегодной основе. Например, в Грузии государство покрывает услуги в пределах 15 тыс. лари для каждого эпизода неотложной стационарной помощи, 15 тыс. лари в год для плановой хирургии или 12 тыс. лари в год для лечения рака.

Подход стран региона к этому вопросу сильно различается, однако их можно разделить на следующие группы:

- Такие страны, как Азербайджан, Казахстан и Узбекистан, в которых для большинства услуг в рамках льготных программ официальные механизмы сооплаты отсутствуют или очень низки. Так, например, в Казахстане сооплата за услуги, предоставляемые в пакетах ГОБМП и ОСМС, даже запрещается по закону.
- Страны с сооплатой по ограниченному количеству позиций. Например, на Кипре сооплата взимается только за лекарства, диагностику, посещение больниц, амбулаторных специалистов и смежных медицинских работников, а в Турции предусмотрена фиксированная сооплата за обследование и 20-процентная сооплата за рецептурные препараты. С другой стороны, в Армении сооплата за онкологические операции недавно была отменена.
- Страны, где сооплата применяется в качестве стандартной практики для большинства уровней медицинской помощи. В Армении существуют сооплаты за все услуги, включенные в БПМУ. Сооплата взимается за амбулаторные лекарства (процентная сооплата), диагностические тесты (фиксированная сооплата), стоматологическое и стационарное лечение (процентная сооплата). Также имеются определенные различия в доплатах за больничные услуги между столицей и другими регионами. В Кыргызстане уровень доплаты зависит от группы населения, уровня учреждения, типа вмешательства и пакета льгот (стандартный или расширенный).

Механизмы совместного несения расходов пользователями и государством различаются в зависимости от пакета льгот, предоставляемых разным группам населения. В Грузии уровень со-платежей зависит от принадлежности к приоритетной группе нуждаемости, дохода, возраста и других критериев. В то время как некоторые группы населения полностью или частично освобождены от сооплаты, другие группы должны покрывать около 30 процентов расходов на вторичные амбулаторные и стационарные услуги. В Кыргызстане пенсионеры в возрасте до 70 лет и лица, получающие социальную помощь, платят минимальный уровень доплаты, вкладчики в ФОМС, а также бедные и уязвимые слои населения платят средний уровень, а все остальные вносят самый высокий уровень сооплаты для пользования ГПМУ.

Важно отметить, что ряд стран практикуют освобождение от сооплаты для бедных и уязвимых слоев населения, чтобы устранить финансовые барьеры для доступа к медицинским услугам (Раздел 1.2). Например, в Армении есть перечень из 22 социально уязвимых категорий населения, которые полностью освобождены от доплат. В Грузии малоимущие, дети, пенсионеры и ветераны войны либо вовсе освобождаются от доплат, либо платят минимальные доплаты. На Кипре люди с тяжелыми психическими расстройствами, дети, охваченные услугами социальной помощи, и заключенные освобождаются от доплат. В Кыргызстане перечень исключений указан в программе ГПМУ по 30 социально уязвимым категориям и 17 медицинским состояниям. В Таджикистане люди и дети с ограниченными возможностями, чернобыльцы и многие другие уязвимые слои населения освобождаются от сооплаты за услуги, которые не предоставляются бесплатно в рамках ПГМО в государственных медицинских учреждениях в соответствии с Постановлениями № 90 и 600. В Турции от сооплат освобождаются дети, беременные женщины, лица без гражданства, бедные и те, кто получает выплаты социальной помощи.

Совместное несение расходов на охрану материнства

Согласно нормам МОТ, услуги по охране материнства не должны облагаться доплатой. В основе этого принципа лежат три важных вывода, сделанных на основании международной практики (Frota et al., 2020):

- ▶ обеспечение наивысшего уровня финансовой защиты имеет решающее значение для повышения доступности услуг по охране материнства для всех женщин. В этой связи минимальные нормы МОТ рекомендуют, чтобы помощь, оказываемая матерям была полностью бесплатной. Важно помнить, что женщины более чем мужчины сталкиваются с серьезными проблемами, когда им приходится вносить авансовые платежи в медицинские учреждения. Они подчас могут не иметь равного права голоса при принятии решений о распределении средств домашнего бюджета, что приводит к снижению их финансовых возможностей;
- ▶ своевременный доступ к услугам по охране материнства на ранних стадиях и без промедления является действенным и высокоэффективным вложением средств в обеспечение здоровья населения. Оперативное удовлетворение потребностей женщин в области здравоохранения помогает предотвратить необходимость более интенсивного и дорогостоящего ухода на более позднем этапе. Пренатальные осмотры и наблюдение привели к значительному снижению частоты осложнений и связанных с ними расходов. Послеродовой уход также обеспечивает быстрое восстановление, раннее выявление и лечение осложнений и способствует укреплению здоровья, включая иммунизацию младенцев и рекомендации по грудному вскармливанию. Такой комплексный подход призван способствовать полному восстановлению трудоспособности женщин и включать в себя выплату денежных пособий по беременности и родам во время декретного отпуска;
- ▶ инвестиции в охрану материнского здоровья приносят высокую пользу как системе здравоохранения в целом, так и за ее пределами. Удельная стоимость пакета услуг по охране материнского здоровья относительно невелика из-за ограниченного количества подобных событий в жизни любой женщины, что означает, что они обходятся дешевле по сравнению со стоимостью покрытия других социальных рисков, таких как болезни, травмы или старость. Поэтому меры по охране здоровья матери и ребенка особенно эффективны с экономической точки зрения (Memirie S et al., 2019).

Несмотря на то, что нормы МОТ уделяют первоочередное внимание финансовой защите материнства, не все страны ЦЗА приняли на себя в полной мере надлежащие обязательства в деле обеспечения прав женщин (см. Вставку 9 – верхняя часть).

▶ Вставка 9. Различные стратегии обеспечения бесплатной помощи по беременности и родам

В некоторых странах услуги по охране здоровья матери и ребенка освобождены от со-платежей, примером того являются Азербайджан, Армения, Казахстан, Кипр, Грузия, Израиль и Узбекистан. Тем не менее в Грузии, хотя услуги по ведению беременности предоставляются без сооплаты, все же предусмотрены потолки расходов (до 500 лари при нормальных родах и 800 лари при кесаревом сечении).

В некоторых странах введены исключения из соплатежей для отдельных групп населения, в том числе для беременных женщин. Часто политика освобождения или дальнейшего сокращения сумм сооплаты за медицинское обслуживание РЗМНД является частью более широкой политики льгот. В Кыргызстане действует политика, гарантирующая беременным женщинам бесплатный доступ к полному перечню амбулаторных и стационарных специализированных услуг. В Таджикистане дети и беременные женщины также имеют бесплатный доступ к целому ряду услуг, включая мониторинг состояния здоровья, родоразрешение и профилактические осмотры (включая периодические стоматологические осмотры). В Турции дети до 18 лет и беременные женщины освобождены от соплатежей за все услуги, входящие в пакет ПОМС, однако за программы по лечению бесплодия взимается дополнительная плата.

Сооплаты, сопряженные с контрольно-пропускной функцией, выполняемой системой первичной медико-санитарной помощи

В некоторых странах действует многоуровневая система сооплат, которая предусматривает более высокие расходы, когда человек, минуя уровень первичной медицинской помощи, обращается за помощью непосредственно на более высокий уровень. Это призвано стимулировать население в первую очередь обращаться за первичной медицинской помощью, что дает ряд экономических преимуществ и улучшает общие показатели здоровья. В то же время, когда первичная медико-санитарная помощь работает плохо, доплата, связанная с необходимостью обращаться сначала к лечащему врачу, может стать обузой и фактором, увеличивающим расходы из собственных средств населения.

Например, на Кипре службы ПМСП выступают в роли «привратника» в том смысле, что для доступа к услугам специалистов необходимо направление от этой службы. Если пациент обходит систему направлений, ему необходимо оплатить сбор в размере 25 евро за визит. В Кыргызстане регистрация через семейных врачей или учреждения ПМСП является обязательной для доступа к бесплатным услугам ГПМУ, а также для получения направления к специалистам. Пациент без регистрации обязан оплачивать услуги из собственных средств. Для получения субсидируемых лекарств в пакете ПДЛП необходимо предъявить рецепт от лечащего врача. В Узбекистане государственные учреждения могут взимать плату с пациентов, если они обращаются за помощью за пределами зарегистрированного места жительства из-за ограниченной возможности переноса льгот.

В некоторых странах сооплата взимается только в том случае, если пациент пользуется услугами определенного набора медицинских учреждений, что обычно призвано стимулировать обращение за медицинской помощью в государственные структуры. В Турции уровень сооплаты отличается в зависимости от типа учреждения, например, сооплата за амбулаторную специализированную помощь составляет 6 турецких лир в государственных больницах, 8 лир (1,65 доллара США) в университетских больницах и 15 лир (3,09 доллара США) в частных больницах.

Другие организационные особенности, влияющие на уровень финансовой защиты

В некоторых странах могут быть установлены квалификационные периоды, ограничивающие финансовую защиту временными рамками. Например, Турция ввела 30-дневный период ожидания, прежде чем получить доступ к услугам, предусмотренным программой ОСМС. Хотя нормы МОТ признают допустимость таких рамок, если это необходимо для предотвращения злоупотреблений (исключением является неотложная помощь), зачастую такая мера не имеет под собой основания в условиях, когда существует обязательный охват всего населения, поэтому постановка на учет семей или домохозяйств должна занимать лишь столько времени, сколько это необходимо для самой регистрации.

Дополнительной практикой, влияющей на финансовую защиту, является выставление балансовых счетов (см. Раздел 2.3.2), при котором учреждения имеют право взимать с пациентов разницу между общей стоимостью услуг и возмещением, которое они получают по программе СЗЗ. Например, в Грузии, несмотря на то, что существуют потолки расходов, покрываемых ГОБМП, нет ограничения на тарифы, которые больница может взимать посредством выставления балансовых счетов пациентам, что существенно ослабляет финансовую защиту населения (ВОЗ, 2022b).

Наконец, финансовая защита, предоставляемая в рамках СЗЗ, может действовать только в рамках сети утвержденных поставщиков. Как упоминалось ранее, если сеть не удовлетворяет потребностям населения и предоставляемые услуги не соответствуют критериям доступности, приемлемости, адаптируемости и хорошего качества, люди, как правило, вынуждены обращаться за помощью в заведения, находящиеся за пределами сети утвержденных поставщиков, и таким образом оказываются лишенными финансовой защиты (см. Раздел 1.3). Все эти организационные соображения влияют на уровень финансовой защиты, на который люди могут рассчитывать на практике, что является темой следующего раздела.

1.4.2. Эффективная защита от чрезмерных расходов населения на здравоохранение

Следует отметить, что эффективный и всесторонний мониторинг систем финансовой защиты, позволяющий проводить прямое сравнение между юридически закрепленными правами и эффективной финансовой защитой сопоставимым образом внутри стран и между ними, на данный момент отсутствует²³. В большинстве стран данные о расходах на здравоохранение составляются и анализируются на основе периодически проводимых национальных опросов, из которых мы узнаем i) долю собственных расходов в общих расходах на здравоохранение страны и о том, ii) сколько домохозяйств попадает в нищету из-за таких расходов. Последний показатель был включен в ЦУР в рамках целевого показателя 3.8.2. Стоит отметить, что эти показатели не являются идеальным мерилем степени финансовой защиты, но скорее способны сигнализировать о ее пробелах (см. Вставку 10).

▶ Вставка 10. Ограничения в мониторинге эффективности финансовой защиты и дальнейшие действия

Мониторинг финансовой защиты требует предоставления подробных данных не только по объемам расходов из собственных средств населения, но также о том, кто расходует эти средства (социально-экономический статус домохозяйств) и на какие услуги. Данные должны позволять проводить прямое сравнение между правовым и эффективным охватом. На практике лишь немногие системы СЗЗ способны отслеживать такие данные и анализировать их с достаточной степенью детализации.

Отдавая должное огромным усилиям по сбору и анализу данных, предпринятым странами за последние десятилетия, стоит отметить, что эти показатели не являются идеальными инструментами мониторинга финансовой защиты, а скорее мерилем отсутствия таковой.

Кроме того, хотя показатели катастрофических расходов на здравоохранение отражают пробелы в финансовой защите, они не предоставляют информацию о типах доступных услуг (основных или плановых) и статусе людей, которые имеют к ним доступ (охваченное или неохваченное население). Это применимо и к мониторингу расходов из собственных средств населения. Поэтому для того, чтобы добраться до первопричины каждого феномена, необходимо знать контекст. Необходимы более систематические страновые исследования, включая, например, анализ причин высоких расходов из собственных средств населения и неудовлетворительных медицинских показателей/услуг с разбивкой по квинтилям благосостояния, географическим регионам, полу и статусу в рамках СЗЗ, а также определение роли индуцированного спроса со стороны слабо регулируемого частного сектора.

Источник: МОТ (2021b).

Причины низкой эффективности финансовой защиты

Данные и опыт стран Центральной и Западной Азии показывают, что высокий уровень расходов из собственных средств может сохраняться даже при высоком уровне охваченности населения услугами. На ситуацию оказывают влияние следующие факторы:

- ▶ Пробелы в охвате населения (см. 1.2).
- ▶ Пробелы в предоставлении услуг (см. 1.3): это может быть вызвано неравномерным географическим распределением охвата услугами, низкой эффективностью или

²³ Компьютерные системы, обслуживающие программы СЗЗ, могут предоставить данные о реальных показателях пользования услугами в рамках определенной сети, но ничего не говорят о пользовании другими услугами. Таким образом, трудно оценить реальный уровень финансовой защиты в самой стране и в сравнении с другими странами.

воспринимаемым низким качеством обслуживания, недостаточным количеством утвержденных поставщиков. Ограниченная доступность или приемлемость утвержденных поставщиков услуг, включенных в систему СЗЗ, заставляет людей обращаться за помощью, не покрываемой финансовой защитой, или нести дополнительные транспортные расходы.

- **Ограниченный пакет льгот** (см. 1.3): нормы МОТ рекомендуют регулярно пересматривать и постепенно расширять спектр предоставляемых медицинских услуг в соответствии с изменением потребностей бенефициаров. В противном случае в определенный момент пакет льгот теряет свою адекватность, и люди оказываются финансово незащищенными в отношении значительной доли услуг, которыми они пользуются. Например, в Узбекистане базовый пакет услуг, предоставляемый всему населению, ограничивается первичной, неотложной помощью и медицинскими услугами при отдельных заболеваниях, в то время как вторичная, третичная и амбулаторная фармацевтика в значительной степени не покрываются пакетом услуг. Точно также фрагментация пакетов услуг не способствует обеспечению равенства и адекватной защите всего населения.
- **Распределение расходов**: как видно из предыдущего раздела, отдельные программы СЗЗ возлагают часть расходов на медицинское обслуживание на плечи домохозяйств. Однако, следует по мере возможности избегать соплатежей, сводя их к минимуму во избежание создания трудностей для домохозяйств.
- **Неофициальные платежи**: поставщик услуг может не пожелать соблюдать официальные правила о сооплате или сборах с пользователей и претендовать на дополнительные неофициальные платежи. В странах Центральной и Западной Азии такие неформальные платежи за доступ к медицинской помощи получили широкое распространение. Незаконная практика обычно осуществляется посредством оплаты наличными «в конверте» или подарков в натуральной форме за пределами официальных механизмов возмещения и может быть обусловлена чувством благодарности за более высокое воспринимаемое качество услуг. Подчас эта практика является способом обхода формальных процедур и может быть обусловлена неадекватностью нормативной базы. В Казахстане неформальные платежи обычно используются для обхода конкретных формальных процедур и получения того, что воспринимается как «преференциальный режим». Такая практика основана на убеждении, что такие платежи приведут к повышению качества получаемой медицинской помощи. Аналогичным образом в Кыргызстане неформальные платежи часто обусловлены тем, что пациенты стремятся ускорить доступ к медицинским услугам, предлагаемым в рамках официальной системы направления к специалистам. Следует отметить, что недостаточное выделение средств из государственного бюджета на медицину также косвенно поощряет практику неформальных платежей. Азербайджан служит примером того, как медицинским работникам могут недоплачивать, а отсутствие надлежащих правовых и административных механизмов защиты прав пациентов может привести к не всегда оптимальному качеству медицинских услуг. Следовательно, люди могут чувствовать себя вынужденными доплачивать поставщикам медицинских услуг для получения оперативных и высококачественных услуг. Чтобы устранить широко распространенные неформальные платежи, власти в странах ЦЗА внедрили различные меры, призванные исправить сложившуюся ситуацию, включая введение системы официальных сооплат за пользование медицинскими услугами.

▶ Вставка 11. Таджикистан: введение базового пакета услуг для решения проблемы неформальных платежей

В Таджикистане недостаточное финансирование государственных медицинских услуг привело к нехватке медицинских работников и к возникновению широко распространенной практики неформальных платежей (ВОЗ, 2020). Таджикистан был признан одной из стран с самым высоким распространением неформальных платежей, выплачиваемых поставщикам медицинских услуг (Habibov N and Cheung A, 2017). Это в значительной степени объясняется низким доверием общественности к медицинским услугам и убежденностью в том, что на более качественные медицинские услуги можно рассчитывать только при условии неофициальной оплаты наличными.

- Правительство Таджикистана в 2005 г. проявило высокую решимость искоренить практику неформальных платежей, разработав базовый пакет медицинских услуг (БПМУ), оплачиваемых государством и пересмотрев ставки сооплаты. В результате в 2007 г. в четырех экспериментальных округах был введен базовый пакет льгот (Jacobs E., 2019) наряду с пересмотром ставок сооплаты.
- В 2008 г. было принято два правовых акта: (1) постановление Правительства «О порядке оказания медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях гражданам Республики Таджикистан», которым было введено регулирование платы за медицинское обслуживание за пределами регионов, в которых был опробован базовый пакет медицинских услуг; а также (2) закон № 408 «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», который предусматривал введение обязательного медицинского страхования (ОМС).
- Кроме того, правительство Таджикистана провело различные структурные реформы, такие как подушевая оплата за услуги ПМСП и выделило дополнительные средства для расширения доступности медицинских услуг.
- За этим в 2017 г. в рамках пилотных регионов последовали планомерные усилия по реализации Программы гарантированного медицинского обслуживания Таджикистана (ПГМОТ), ориентированной на уязвимые группы населения, освобождая их от платы за медицинские услуги, сохраняя при этом систему сооплаты для других слоев населения в пилотных регионах.

В результате введения системы сооплат в период с 2009 по 2013 г. было достигнуто сокращение неформальных платежей на 7 процентов (ВОЗ 2020; 2022).

Платежи на здравоохранение из собственных средств населения, катастрофические расходы и расходы, приводящие к обнищанию в странах Центральной и Западной Азии

Доля расходов из собственных средств населения в текущих расходах на здравоохранение (ТРЗ) часто используется для того, чтобы иметь представление о том, в какой степени страны перекалывают на пользователей расходы по медицинской помощи. Однако этот показатель содержит мало информации о характере этих выплат и о том, на какие слои общества они возлагаются. Низкие расходы из собственных средств населения могут быть следствием ограниченного доступа и низкой степени использования базовых медицинских услуг, вызванных финансовыми и географическими барьерами. Анализ расходов из собственных средств должен дополняться анализом контекста, в том числе касательно катастрофических расходов и последующего обнищания. В некоторых странах расходы из собственного кармана могут быть обусловлены свободным решением домохозяйств с высокими доходами приобрести дорогостоящие частные услуги или эксклюзивные процедуры. В других странах они ложатся тяжелым бременем на бедные слои населения и представителей низшего среднего класса.



© МОТ/Пирогов В.

Показатель частоты катастрофических расходов измеряет долю населения, пострадавшего от прямых расходов на здравоохранение, составляющих более 10 процентов дохода домохозяйств²⁴. Катастрофические расходы отрицательно влияют на домохозяйства при любой системе распределения доходов и непропорционально сильно сказываются на домохозяйствах с низкими доходами. В целом распространенность катастрофических расходов на медицинские услуги в странах ЦЗА значительно варьирует, причем пробелы в мониторинге этого показателя негативно сказываются на возможности проведения значимых сравнений между странами (см. Рисунок 19). В Казахстане, Турции, Кыргызстане и Таджикистане случаи катастрофических расходов наблюдаются реже, нежели в 10 процентов случаев. В Армении, Грузии и Израиле распространенность таких расходов превышает 10 процентов. Данные по Азербайджану, Туркменистану и Узбекистану отсутствуют. Отсутствие мониторинга катастрофических расходов на здравоохранение в странах, где расходы из собственных средств составляют значительную часть ТРЗ (см. Рисунок 20), свидетельствует о том, что страна уделяет недостаточное внимание вопросам финансовой защиты населения.

Дополнительным показателем, позволяющим проанализировать влияние пробелов в политике СЗЗ на бедность, является доля населения, оказавшегося в бедности или еще более обнищавшего в результате платежей на здравоохранение (см. Рисунок 21). Этот показатель был выше в Армении, на Кипре (данные за 2015 г., т. е. до национальной реформы медицинского страхования), в Грузии и Таджикистане, чем в остальных странах ЦЗА. При этом данные по некоторым странам устарели или просто недоступны.

²⁴ Катастрофические расходы являются широко используемым показателем риска бедности, вызванного расходами на здравоохранение среди домашних хозяйств. Показатель 3.8.2: доля населения с высокой долей расходов на здравоохранение в общих расходах или доходах домохозяйств является одним из показателей в рамках задачи ЦУР 3.8. Данный показатель оценивается как доля населения, живущего в домохозяйствах, где расходы на здравоохранение из собственного кармана превышают 10% их доходов или потребления (существуют и другие пороговые значения).

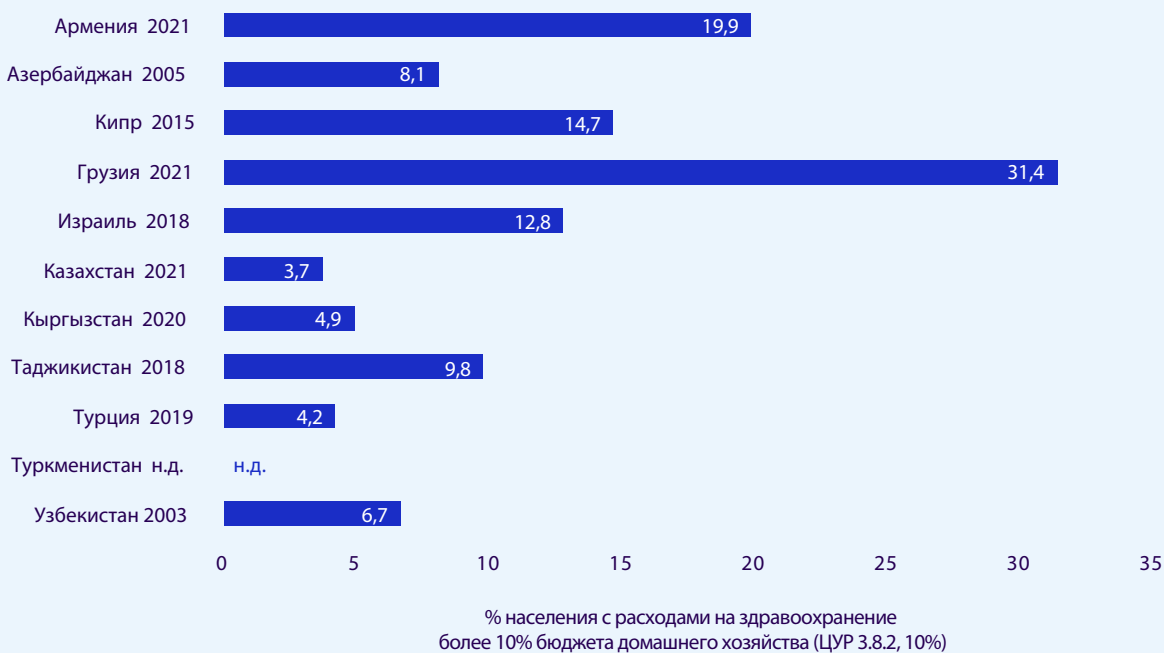
Более детальный анализ катастрофических расходов становится возможным при рассмотрении риска бедности, которому подвергаются соответствующие домохозяйства. Действительно, в то время как на Кипре, в Израиле и Грузии анализ показывает, что менее половины домохозяйств, столкнувшихся с катастрофическими расходами на здравоохранение, опустились ниже черты бедности или ушли далее в нищету, в Армении и Турции эта доля составляет более половины. Это говорит о том, что, несмотря на почти универсальную политику СЗЗ, призванную избежать финансовых трудностей при доступе к здравоохранению, существуют широко распространенные очаги бедности, и для определенных групп населения даже самая маленькая сооплата или исключение из пакета медицинских услуг повергает их в тяжелые условия (ВОЗ, 2023b). Решение этой проблемы требует комплексного подхода наряду с использованием других стратегий социальной защиты, направленных на сокращение неравенства и борьбу с бедностью.

Аналогичным образом анализ распределения собственных платежей по типам медицинских вмешательств в домохозяйствах с катастрофическими расходами на здравоохранение дает представление о пробелах в адекватности системы помощи. В то время как в Турции, на Кипре и в Израиле беднейший квинтиль таких домохозяйств оплачивает расходы по некоторым медицинским процедурам, в Грузии и Армении эти слои населения оплачивают расходы на медикаменты, что привело к тому, что в этих странах на лекарства приходится более 80 процентов платежей из собственных средств населения (ВОЗ, 2023b). Такой анализ также показывает, что платежи из собственных средств домохозяйств, сталкивающихся с катастрофическими расходами на здравоохранение, отражают пробелы в адекватности системы в более широком смысле. Так, например, на Кипре, в Турции и Израиле значительная доля ПСС соответствующих домохозяйств приходится на стоматологическую помощь, которая плохо интегрирована в систему СЗЗ²⁵, в то время как в Армении значительная доля таких расходов касается амбулаторной помощи. Этот показатель также является признаком того, что потребности беднейших слоев населения в медицинских услугах не удовлетворяются: так, в Турции представители беднейшего квинтиля почти в три раза реже обращаются за стоматологической помощью, чем в среднем по стране. Аналогичным образом неудовлетворенные потребности в назначенных лекарствах из-за их высокой стоимости достигают почти 15 процентов в наибеднейшем квинтиле (ВОЗ, 2023b), что является следствием политики сооплаты в процентах от цены на лекарства, а не в фиксированном выражении, и того факта, что лекарства являются единственным товаром, за который вынуждены доплачивать даже беженцы.

И, наконец, для проведения углубленного анализа с разбивкой по составу домохозяйств (возраст, пол), благосостоянию, а также по географическим регионам проживания необходимы более качественные данные, поскольку ПСС могут по-разному влиять на домохозяйства в разных географических регионах. Например, Грузия представляет собой картину, полную контрастов, со значительным географическим дисбалансом во всем, что касается платежей из собственных средств населения (МОТ, 2021e).

²⁵ Несмотря на недавнее включение льготной превентивной стоматологической помощи на Кипре и предоставления субсидированного стоматологического обслуживания для пожилых людей и детей в Израиле.

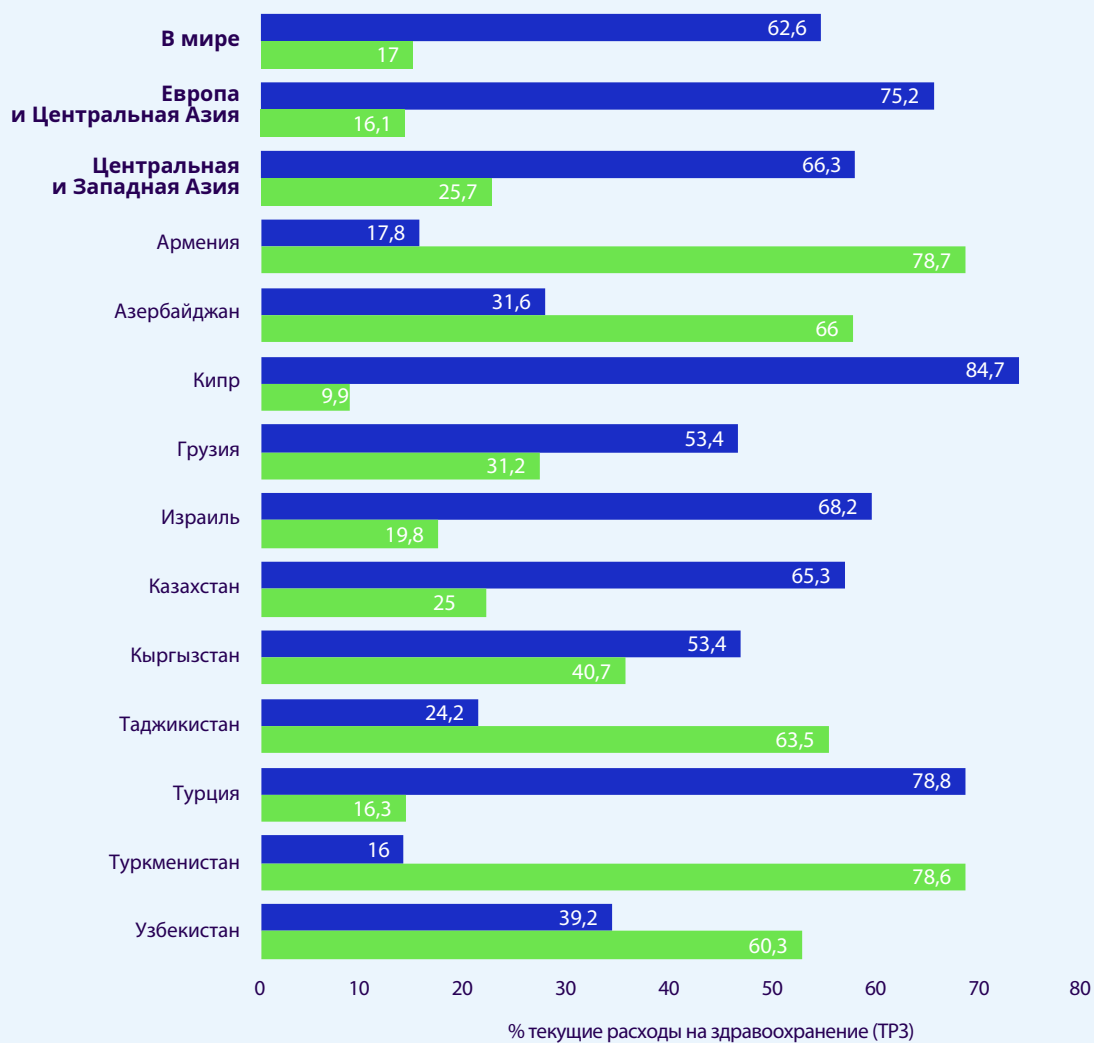
Рисунок 19. ЦУР 3.8.2: Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь (более 10% в общем объеме расходов или доходов домохозяйств), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные



Примечание: данные по ЦУР 3.8.2 по Туркменистану недоступны. Глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по общей численности населения.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

Рисунок 20. Доля государственных расходов и расходов населения из собственных средств в общих расходах на здравоохранение, Центральная и Западная Азия, 2021 г.

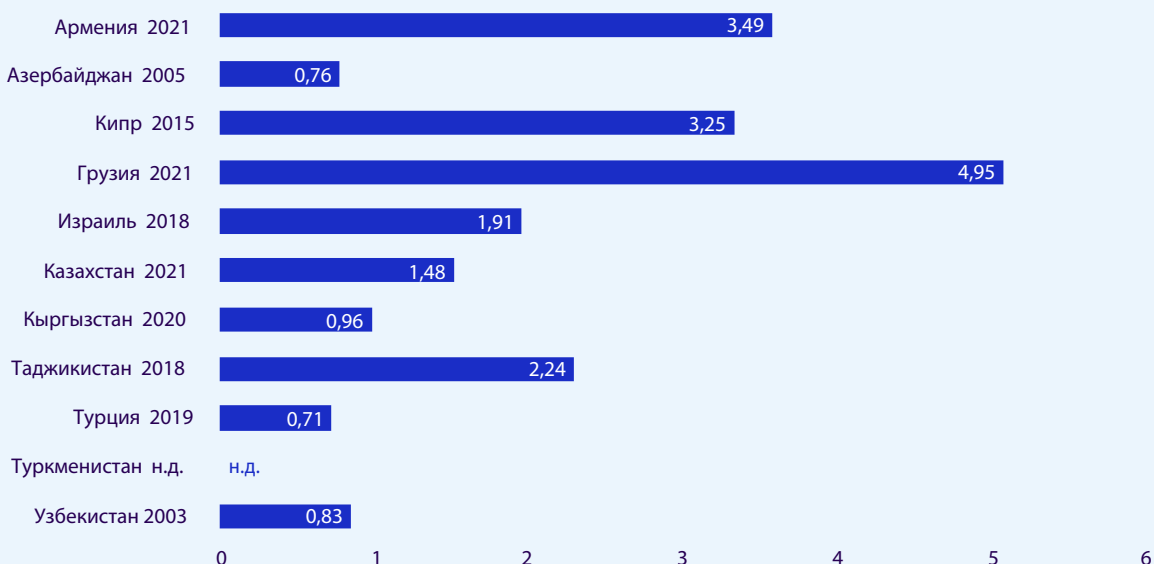


- Доля внутренних государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение (%)
- Платежи из собственных средств в % от текущих расходов на здравоохранение

Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по ТРЗ.

Источник: на основании данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Рисунок 21. ЦУР 3.8.2: Обнищание в результате расходов на здравоохранение из собственных средств – люди, оказавшиеся ниже черты бедности из-за расходов на здравоохранение (60% медианного дохода или потребительских расходов), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные



Обнищание в результате расходов на здравоохранение из собственных средств – люди, оказавшиеся за чертой бедности из-за расходов на здравоохранение (60% медианного дохода или потребительских расходов)

Примечание: данные касательно ЦУР 3.8.2 по Туркменистану недоступны.

Источник: основано на данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ.

Некоторые из основных причин недостаточной финансовой защиты или низкой доступности медицинских услуг не имеют отношения ни к политике, ни к законодательству, но скорее возникают в результате неправильного системного подхода и потенциально могут быть устранены с помощью эффективных институциональных и финансовых мер, которые будут представлены в следующей главе.

Глава 2. Создание институциональных механизмов, способствующих справедливости и обеспечивающих устойчивое финансирование систем социальной защиты здоровья

Основные тезисы

- Цели обеспечения справедливого и эффективного доступа, стоящие перед программами СЗЗ, должны быть в центре внимания институциональных механизмов, процессов административного управления и принятия решений по вопросам финансирования. Для того чтобы программы СЗЗ выполняли свою перераспределительную функцию справедливо, необходимо объединять в пулы риски большого числа участников – это повышает как их покупательную способность для приобретения услуг здравоохранения, так и эффективность административного управления. В большинстве стран региона ЦЗА существует один крупный пул рисков, обеспечивающий как минимум базовый уровень защиты, однако есть и страны, где несколько отдельных страховых пулов (фондов) предоставляют более высокий уровень защиты.
- В ЦЗА существуют различия в подходе к разделению функций между закупкой и предоставлением услуг. Во многих странах субрегиона такое разделение ранее не проводилось, однако в настоящее время большинство из них уже приступили к реформам в этом направлении. Такая ситуация подчеркивает важность усиления закупочной функции в рамках СЗЗ и повышения качества работы государственных медицинских учреждений. Закупки медицинских услуг в плюралистических системах здравоохранения требуют от министерства здравоохранения сильной контролирующей и регулирующей роли, обеспечивающей надежность и эффективность работы государственных и частных поставщиков медицинских услуг.
- Недофинансирование здравоохранения остается одним из основных препятствий для эффективного обеспечения населения адекватными социальными гарантиями. Объем текущих расходов на здравоохранение в Центральной и Западной Азии составляет менее 6 процентов ВВП, что примерно в два раза ниже среднего показателя по региону. Государственные средства составляют около четверти текущих расходов на здравоохранение только в двух странах, в то время как в пяти странах они составляют менее половины таких расходов. Зависимость от ПСС и средств частного медицинского страхования ослабляет социальную солидарность и сохраняет неравенство в доступе к медицинской помощи. Частное медицинское страхование играет незначительную роль в финансировании здравоохранения в странах ЦЗА, за исключением отдельных стран, где оно используется в основном домохозяйствами с высоким доходом, которые могут позволить себе платить страховые премии.
- Для внедрения коллективного финансирования СЗЗ в странах Центральной и Западной Азии необходимо срочно увеличить объем государственных ресурсов, направляемых на здравоохранение; для этого требуется разработать всеобъемлющую нормативно-правовую базу на основе социального диалога, с тем чтобы повысить устойчивость систем в условиях меняющихся политических приоритетов. По оценкам, в странах ЦЗА для обеспечения минимального уровня социальной защиты (МУСЗ), охватывающей необременительный доступ к основному медицинскому обслуживанию и предоставление денежных пособий, поддерживающих минимальный уровень дохода на протяжении всей жизни человека, требуется мобилизовать дополнительно 2,5 процентных пункта ВВП.
- За последние десятилетия в субрегионе увеличилась доля государственных расходов на здравоохранение – это свидетельствует о важности данного сектора для этих стран. Там, где государственные расходы составляют более двух третей общих расходов на здравоохранение, используется комбинация взносов на социальное обеспечение и налогов. Казахстан и Кипр недавно мобилизовали дополнительные ресурсы на развитие СЗЗ за счет целевых взносов на социальное обеспечение. Помимо стран с высокими уровнями социальных взносов, лишь отдельные страны прибегают к целевым ресурсам, большинство стран отдает предпочтение нецелевым источникам. При этом, поскольку многие страны недавно приняли решение о введении более высоких акцизов на вредные для здоровья продукты, появились возможности для выделения дополнительных ассигнований на цели здравоохранения.

Введение

В основе всех программ СЗЗ должно лежать стремление к справедливости и обеспечению эффективного и необременительного доступа к качественному медицинскому обслуживанию. Достижение этой цели требует учета целого ряда аспектов, касающихся секторов здравоохранения и социальной защиты. В этой главе рассматриваются вопросы управления, администрирования и финансирования программ СЗЗ и их взаимосвязь с общими системами здравоохранения и социальной защиты. Принципы первостепенной ответственности государства и участие населения в управлении СЗЗ закреплены в международных нормах социального обеспечения. В их основе лежит концепция устойчивого финансирования систем социальной защиты здоровья на основе принципа солидарности.

В этой главе рассматривается многообразие структур управления и механизмов участия населения, предусмотренных политикой СЗЗ. Далее оценивается степень интеграции СЗЗ в более широкую систему социальной защиты в отдельных странах, рассматриваются административные механизмы, способствующие инклюзивности, особое внимание уделяется деятельности по закупкам и ее влиянию на качество услуг и сдерживание расходов. Рассматриваются также и тенденции в финансировании программ СЗЗ в странах Центральной и Западной Азии и подходы, позволившие успешно мобилизовать необходимые ресурсы. Эта информация может быть полезна странам, которые нуждаются в привлечении дополнительных объемов финансирования для достижения всеобъемлющего и адекватного охвата ВСЗ и ВОУЗ в соответствии с ЦУР.

► 2.1. Управление, стратегическое руководство и участие населения

В основе механизмов СЗЗ должно лежать обеспечение необременительного доступа каждого человека к качественным медицинским услугам. Для достижения этой цели необходимо наличие хорошо развитых и эффективно управляемых учреждений с надежными и эффективными административными процессами, описанными ниже.

2.1.1. Управление

Социальная защита здоровья, как правило, выходит за рамки мандата одного министерства или ведомства. Тем не менее два элемента являются основополагающими для общего управления системой СЗЗ, а именно: (i) стратегическое руководство и ответственность министерства здравоохранения за надзор и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения (включая предоставление услуг как государственным, так и частным сектором) и (ii) управление учреждениями, непосредственно отвечающими за финансирование необременительного доступа населения к медицинским услугам.

Стратегическое руководство системой здравоохранения со стороны министерства здравоохранения

Министерство здравоохранения (МЗ) играет ключевую роль во всестороннем стратегическом руководстве системой здравоохранения и ее шестью составными элементами²⁶, обеспечивающими основу для предоставления услуг СЗЗ, отвечающих критериям доступности, приемлемости, адаптируемости и хорошего качества. Как правило, министерство здравоохранения осуществляет функции по разработке государственной политики в сфере здравоохранения;

²⁶ Согласно ВОЗ, система здравоохранения складывается из шести составных элементов: лидерство и стратегическое управление, оказание медицинских услуг, финансирование системы здравоохранения, медицинские кадры, медицинская продукция, вакцины и технологии, а также информационные системы здравоохранения.

реализации мер общественного здравоохранения, планирования и распределения ресурсов здравоохранения на территории страны; сертификации профессиональной подготовки медицинских кадров; лицензированию поставщиков медицинских услуг; утверждению стандартов и руководящих принципов обеспечения качества; мониторингу работы системы здравоохранения; разработке стандартов профессиональной подготовки медицинских кадров и функции общего планирования деятельности системы здравоохранения (ВОЗ, 2019а; Всемирная организация здравоохранения, 2019). Однако центральная лидирующая роль МЗ в руководстве и регулировании системы здравоохранения не всегда полностью признается. Для обеспечения эффективного руководства и регулирования необходимо четкое разграничение обязанностей, сильный институциональный потенциал и лидерство министерства здравоохранения.

Министерства здравоохранения стран ЦЗА, как правило, имеют схожие общие обязанности, однако существуют различия в направлениях деятельности и степени участия в отдельных вопросах управления здравоохранением. Так, уровень полномочий министерства здравоохранения в сфере регулирования и стратегического управления системой здравоохранения в каждой стране различается:

- В некоторых странах, таких как Армения, Таджикистан и Узбекистан, администрирование системы здравоохранения децентрализовано – там полномочия по управлению медицинскими учреждениями разделены между национальным министерством здравоохранения и региональными или местными управлениями здравоохранения. В Армении роль управления медицинскими учреждениями была передана региональным и местным департаментам здравоохранения в 1990-х гг., в то время как министерство здравоохранения владело и управляло лишь небольшим числом специализированных медицинских учреждений. В Узбекистане как министерство здравоохранения, так и региональные управления здравоохранения обязаны осуществлять контроль и мониторинг услуг, предоставляемых частным сектором.
- В других странах, таких как Турция, централизация является ключевым аспектом управления системой здравоохранения как в географическом (ограниченная местная автономия), так и в функциональном плане. Министерство здравоохранения несет ответственность за надзор над функционированием системы здравоохранения, а также за координацию предоставления медицинских услуг, как в государственных, так и в частных учреждениях.
- В то же время в отдельных странах, таких как Кипр и Азербайджан, функция регулирования, выполняемая министерством здравоохранения, отделена от функции предоставления медицинских услуг. Министерство здравоохранения Кипра отвечает за управление и регулирование национальной системы здравоохранения, в то время как предоставление медицинских услуг находится в ведении Государственной организации здравоохранения (ГОЗ). Так же и в Азербайджане отдельная структура – ОУМТП – отвечает за управление медицинскими учреждениями, за исключением высокоспециализированных учреждений третичного уровня, которые остаются в собственности и ведении министерства здравоохранения.
- Грузия отличается тем, что сосредоточила полномочия по управлению программами социального здравоохранения и программами социальной защиты в Министерстве здравоохранения, труда и социальных вопросов и осуществляет их через различные административные органы. Кроме того, оно выполняет такие функции регулирования, как лицензирование поставщиков медицинских услуг, утверждение нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения и управление системой здравоохранения в целом.

Управление программами социальной защиты здоровья

Управление социальной защитой здоровья во многом определяется тем, какие институциональные механизмы выбирает каждая страна для выполнения мандата СЗЗ. Можно выделить следующие типы механизмов:

- В некоторых странах ЦЗА правительства создали или приступили к созданию самостоятельных учреждений СЗЗ, которые взяли на себя функции по управлению программой

и по закупке медицинских услуг; они также могут собирать взносы и создавать фонды для покрытия рисков – точное разделение функций с министерством здравоохранения может быть разным. Обычно такие учреждения обладают определенной степенью финансовой и административной автономии и действуют под надзором одного или нескольких отраслевых министерств. Реже они предусматривают привлечение бенефициаров и, в соответствующих случаях, доноров либо социальных партнеров (работников и работодателей). Так обстоит дело в Казахстане, на Кипре, в Кыргызстане и Азербайджане. В Казахстане ФСМС работает под надзором министерства здравоохранения и имеет высокий уровень финансовой и административной автономии. Деятельностью ФСМС управляет совет директоров, который назначается министерством здравоохранения. На Кипре Организация медицинского страхования (Health Insurance Organization, НЮ) является независимой государственной организацией с советом директоров. НЮ осуществляет административное управление национальной программой охраны здоровья и выступает в качестве единого покупателя услуг. Примечательно, что ее организационная структура и состав совета директоров основаны на трехстороннем представительстве. В Кыргызстане фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) отвечает за сбор взносов, объединение средств и закупку медицинских услуг в соответствии с политикой министерства здравоохранения. С другой стороны, в Азербайджане Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию (ГАОМС) действует отдельно от министерства здравоохранения, подчиняется Кабинету министров и управляет закупкой услуг в соответствии с потребностями бенефициаров.

- В ряде стран субрегиона система СЗЗ встроена в структуру системы управления здравоохранением (обычно в министерство здравоохранения). В Армении, Узбекистане и Таджикистане, несмотря на намерение изменить ситуацию, управление социальной защитой здоровья интегрировано в мандат министерства здравоохранения. Так, в Армении Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ) функционирует в качестве департамента министерства здравоохранения и осуществляет контроль над механизмами заключения контрактов с поставщиками и их оплаты, в то время как основные решения по закупкам централизованы в министерстве здравоохранения. В Армении и Узбекистане существуют планы по созданию независимой структуры для управления СЗЗ, которые пока еще не утверждены (Армения) или не реализованы (Узбекистан). В Армении в настоящее время рассматривается проект создания новой независимой закупочной организации – Фонда всеобщего медицинского страхования (ФВМС), который будет объединять финансовые ресурсы и возьмет на себя функции ГАЗ. В Узбекистане правительством учрежден Фонд социального медицинского страхования (ФСМС) для перехода к системе единого плательщика в сфере медицинского страхования, на который планируется возложить финансовое управление системой в масштабе всей страны к 2025 г.
- Наконец, некоторые страны, такие как Турция, Израиль и Грузия, интегрировали программы социальной защиты здоровья в структуры, отвечающие за более широкую национальную систему социального обеспечения. В Грузии Агентство социального обслуживания (АСО) отвечает за управление системой социальной защиты и программой ВОУЗ и функционирует под руководством Министерства здравоохранения, труда и социальных вопросов. В Турции Институт социального обеспечения (SGK) управляет Программой общего медицинского страхования и администрирует денежные пособия по социальной защите. Так же и в Израиле Институт социального страхования занимается администрированием денежных пособий и заключает контракты с медицинскими организациями на предоставление услуг обязательного медицинского страхования (Brammli-Greenberg and Waitzberg, 2020).

Представительство и участие

Нормы МОТ содержат рекомендации в отношении основных принципов надлежащего управления и подчеркивают важность обеспечения эффективного социального диалога и участия населения в управлении программами социального обеспечения (Таблица 1). Ключевая концепция, лежащая в основе этих принципов, заключается в том, что СЗЗ не должны относиться к исключительной компетенции технократов и политиков – структура управления СЗЗ должна опираться на эффективный социальный диалог и участие социальных партнеров. Эта структура должна предусматривать трехстороннее представительство правительства, работодателей

и работников наряду с организациями, представляющими интересы бенефициаров, пациентов и охваченного населения. Сюда должны входить различные группы профсоюзов, ассоциации пациентов, представители различных групп населения, а также представители поставщиков медицинских услуг (MOT, 2021b).

В Центральной и Западной Азии трехстороннее представительство и участие лиц, заинтересованных в управлении органами социальной защиты, встречается не часто, за исключением Турции, Кипра, Израиля и в некоторой степени Узбекистана. В Турции Институт социального обеспечения (SGK) осуществляет свою деятельность под управлением правления, половина членов которого назначается правительством и представляет его, а другая половина избирается социальными партнерами, представляющими работодателей, работников, государственных служащих, пенсионеров и самозанятых. Это важный шаг на пути к полному соблюдению принципов прозрачного и подотчетного управления финансами. Подобная ситуация существует и на Кипре, где работой Организации медицинского страхования (НЮ) управляет правление, в состав которого входят представители правительства, работодателей, работников, самозанятых и пациентов. В Узбекистане наблюдательный совет ФСМС работает под председательством представителей государства (первый заместитель государственного советника, сотрудники министерств здравоохранения и финансов, областных управлений здравоохранения и губернаторов областей) и неправительственных организаций (Национальная ассоциация НПО Узбекистана).

2.1.2. Интеграция в комплексные системы социальной защиты

Во всех странах социальная защита здоровья является одним из компонентов комплексного подхода к социальной защите. Интеграция программ СЗЗ в общую политику здравоохранения и в систему социальной защиты не только имеет большой потенциал для экономии на масштабе и синергетического эффекта в администрировании, но и способствует разработке комплексных направлений политики:

- Во-первых, координация политики, функций административного управления и предоставления социальных пособий облегчает доступ к комплексной защите – медицинской помощи, финансовой защите и поддержке доходов на протяжении всей жизни человека. Обеспечение гарантированного дохода в виде пособий по болезни, материнству, инвалидности, безработице и старости действительно является основополагающим для решения проблемы социальных детерминант здоровья. В свою очередь, необременительный доступ к медицинскому обслуживанию также способствует поддержке доходов домохозяйств.
- Во-вторых, такая координация способствует расширению охвата и повышает эффективность мер, направленных на сокращение масштабов бедности и неравенства. В частности, использование единого механизма идентификации и определения права на участие в программах социальной помощи и СЗЗ облегчает реализацию мер, направленных на расширение охвата. Страны субрегиона координируют принимаемые ими меры для того, чтобы полнее охватить уязвимые группы населения и повысить эффективность с помощью комплексных систем. Для того чтобы сократить дублирование административной нагрузки, различные программы социальной защиты в Грузии, Кыргызстане, Турции и Узбекистане используют единый национальный механизм идентификации бенефициаров программ социальной помощи (Раздел 2.2).
- В-третьих, интеграция систем социальной защиты позволяет добиться синергетического эффекта и экономии на масштабе в обеспечении социальной защиты. Общие функции, такие как регистрация участников, сбор взносов, обслуживание клиентов и вспомогательные функции (кадры, финансы), могут быть консолидированы, что позволяет повысить эффективность управления.

Интеграция стратегий защиты доходов приобретает критически важное значение, поскольку низкий уровень доходов населения и величина затрат на услуги здравоохранения, покрываемых из собственных средств, могут приводить к обнищанию населения. Хроническая бедность и неравенство доходов определяют степень обнищания и усугубляют ее из-за расходов

на здравоохранение. Отсутствие гарантированного дохода и бедность – это именно те факторы, которые лежат в основе неравенства в сфере здравоохранения: бедность ассоциируется с плохими условиями жизни и труда, которые негативно влияют на физическое и психическое здоровье и обуславливают задержки в обращении за медицинской помощью, следствием которых являются осложненные формы заболеваний. Как демонстрирует показатель ЦУР 1.3.1 (см. Рисунок 22), более трети населения региона не охвачено ни одной формой денежного пособия по социальной защите, а в шести странах – более половины населения. Отдельные страны приложили усилия, чтобы охватить большую часть населения хотя бы одной формой денежных пособий (Израиль, Грузия и Казахстан); в Армении, Азербайджане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане этот показатель находится на уровне ниже среднего для ЦЗА.

Рисунок 22. Показатель ЦУР 1.3.1: Доля населения, охваченного хотя бы одним денежным пособием по социальной защите (эффективный охват), Центральная и Западная Азия, 2023 г.



Примечание: данные основаны на показателе ЦУР 1.3.1 по охвату хотя бы одним пособием, выплачиваемым за счет взносов, и одним – не предусматривающим выплаты взносов. Региональные агрегированные показатели взвешены по численности населения.

Источник: Моделируемые оценки МОТ, 2024 г.; Всемирная база данных по социальной защите, основанная на опросе МОТ по вопросам социального обеспечения; Программы социального обеспечения MACO во всем мире; портал ILOSTAT; национальные источники.

Для координации стратегий часто требуется осуществление надзора на высоком уровне руководства и специальные механизмы межведомственной координации (Schwarzer et al., 2014). Такие механизмы есть в Кыргызстане, где сбор социальных взносов берет на себя одно учреждение – социальный фонд, который перераспределяет поступления между различными учреждениями, ответственными за управление программами социальной защиты, в том числе ФОМС.

Турция и Грузия прямо признали необходимость интеграции политик и программ всех своих систем социальной защиты в одной структуре, управляющей различными программами социального обеспечения. В Грузии такая интеграция играет решающую роль в реализации комплексной системы социальной защиты под руководством Министерства здравоохранения, труда и социальных вопросов. Подведомственное министерству Агентство социального обслуживания (АСО) осуществляет через 72 филиала по всей стране централизованный надзор за различными программами социальной защиты и за предоставлением пособий по болезни, инвалидности, пенсий, детских пособий и социальной помощи. Кроме того, АСО управляет программой ВОУЗ.

Агентство использует надежную систему управления данными и информацией для укрепления связей между различными программами и национальными и местными отделениями (МОТ и ООН-Женщины, 2020).

Несмотря на предпринимаемые усилия, во многих странах координация и сотрудничество между медицинским и социальным секторами часто затруднены из-за отсутствия согласованной политики, бюрократических препон в сфере управления, отсутствия формализованных рамок сотрудничества, несовпадающих целей и организационной культуры. С точки зрения бенефициара, это может негативно отражаться на полноте и адекватности услуг и создавать неоправданные бюрократические сложности. Это также влечет за собой дублирование усилий и расходов на административные процессы, такие как регистрация, уплата взносов и механизм рассмотрения жалоб и апелляций, что усложняет доступ к услугам. В следующем разделе рассматриваются меры, принимаемые странами для рационализации административных процессов и их гармонизации в рамках более широкой системы социальной защиты.

► 2.2. Широкое участие в управлении рисками и инклюзивные административные процессы

Участие населения в планировании, руководстве и административном управлении системами социальной защиты здоровья может быть затруднено по причине фрагментации систем, когда различные группы населения охвачены разными механизмами или вовсе ими не охвачены. Нормы МОТ ориентированы на результат и поэтому не содержат предписаний в отношении конкретных институциональных механизмов, которые каждая страна может выбрать для управления СЗЗ. Однако важно, чтобы эти механизмы соответствовали ряду основных требований, включенных в эти нормы (Таблица 1), и обеспечивали справедливый доступ всего населения и солидарность в финансировании за счет широкого участия в объединении и распределении рисков.

В этом разделе рассматривается опыт стран ЦЗА в создании пулов риска с широким кругом участников и инклюзивных административных процессов.

2.2.1. Объединение и перераспределение рисков

Объединение рисков широкого круга участников обеспечивает перераспределение ресурсов от более богатых и здоровых людей к более бедным и больным, а также между разными поколениями, руководствуясь такими ценностями, как солидарность и социальная справедливость. Справедливость возрастает, когда люди перечисляют взносы в зависимости от их возможностей (через взносы в систему социального обеспечения и/или прогрессивное налогообложение) и пользуются услугами в зависимости от своих потребностей в здравоохранении: «от каждого – по возможностям, каждому – по потребностям». Широкое участие в объединении и распределении рисков лучше всего достигается, когда страхование является обязательным и ни у кого нет возможности отказаться от него. Объединение рисков может также привести к повышению эффективности административного управления и потенциала стратегических закупок, а также к усилению преимуществ экономии на масштабе и оптимизации управления ограниченными ресурсами.

Многообразие способов объединения и перераспределения рисков

Страны Центральной и Западной Азии пошли разными путями:

- В большинстве стран, таких как Азербайджан, Армения, Кипр, Таджикистан и Узбекистан, изначально предусматривалось создание одного общего страхового фонда. Это

действительно может способствовать укреплению солидарности и перераспределению средств при условии, если все люди наделены одинаковыми правами на получение пособий или если различие в правах связано с целями перераспределения. Так, введенный в Армении «социальный пакет» дает возможность использовать значительную долю объединенных государственных поступлений, которыми распоряжается министерство здравоохранения, для предоставления более широкого пакета льгот определенным группам населения – государственным служащим, военным и сотрудникам определенных государственных учреждений.

- Отдельные страны, например Турция, постепенно объединили различные механизмы в единый фонд. До этого система СЗЗ была фрагментирована: существовали отдельные программы, которые предлагали различные пособия и услуги и собирали взносы. После реформы 2008 г. многочисленные программы были объединены в одну единую программу, функционирующую под управлением Института социального обеспечения (SGK), отвечающего за всю систему социальной защиты. Он собирает поступления от взносов на социальные нужды и государственных трансфертов и способствует перекрестному субсидированию в рамках одной обязательной всеобщей программы, где SGK выступает в качестве единого покупателя медицинских услуг. Важно отметить, что в Турции не допускается возможность отказа от участия в программе, что способствует более широкому распределению рисков и сводит к минимуму поведение, которое может подорвать систему единого фонда.
- В ряде стран, таких как Казахстан и Кыргызстан, до сих пор существуют отдельные пулы рисков, которые предлагают увеличенные размеры пособий (относительно базового пакета пособий) и тем самым снижают солидарность в финансировании, но, несмотря на это, такие программы все же пользуются преимуществами государственных трансфертов, предназначенных для уязвимых групп населения. И в этом случае пулами управляет одна организация, действующая в качестве единственного покупателя на национальном уровне.
- Грузия объединяет риски большинства населения за исключением только самой богатой когорты. Это усиливает перераспределительную функцию программы ВОУЗ (поскольку эта система не предусматривает уплаты взносов), но в то же время закрепляет практику частного страхования здоровья наиболее обеспеченными слоями населения, что усиливает коммерциализацию системы здравоохранения.
- Туркменистан – единственная страна, где действует только система добровольного страхования, которая по своей природе не способствует объединению рисков широкого круга участников в связи с высоким риском неблагоприятного отбора.

Исторически сложилось так, что фрагментация обычно была обусловлена финансовыми ограничениями, с которыми сталкивались правительства, в результате чего пособия первоначально предоставлялись только домохозяйствам, чьи доходы были ниже определенного порога, или группам, которые считались способными финансировать пособия своими собственными средствами, таким как наемные работники предприятий в формальном секторе экономики. Когда речь идет о расширении пула рисков, особенно если он финансируется из государственного бюджета, часто возникают ожесточенные политические дискуссии, в которых решающее значение имеет политическое руководство. Так, в Армении правительство ввело «социальный пакет», чтобы повысить привлекательность работы в государственном секторе, где уровень зарплаты относительно низок. Однако использование значительных ресурсов для финансирования СЗЗ для этой конкретной группы людей может вызвать серьезные вопросы относительно справедливости финансирования (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2013; Harutyunyan T. and Hayrumyan V., 2020).

С другой стороны, сопротивление объединению средств бывает часто обусловлено соображениями справедливости (государственные средства, предназначенные для бедных, будут использоваться небедными вследствие того, что бедные будут пользоваться меньшим объемом медицинской помощи) или опасениями того, что пособия перестанут быть адекватными для уже охваченных и/или перечисляющих взносы групп. (MOT, 2021b). В ЦЗА фрагментация СЗЗ в основном связана с сегментацией в правах: юридически все группы населения имеют право на социальную защиту, но некоторые группы имеют дополнительные права (Раздел 1.2).

Фрагментация и децентрализация

В некоторых случаях фрагментация была обусловлена необходимостью сбалансировать распределение ответственности между центральной и местными структурами. Децентрализация может способствовать фрагментации пулов рисков. Так, в Таджикистане местные органы здравоохранения отвечают за управление медицинским обслуживанием на областном и районном уровне, а финансирование осуществляется по двум разным каналам (национальным министерством здравоохранения и социальной защиты и местными управлениями здравоохранения). Это приводит к ослаблению солидарности между областями. В начале 2000-х гг. Казахстан перешел от децентрализованной системы, основанной на финансировании на местном уровне и объединении средств на региональном уровне, к централизованному механизму объединения средств на национальном уровне и консолидировал деятельность по закупкам (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2014).

Существуют подходы, позволяющие преодолеть фрагментацию в децентрализованных системах, например выравнивание ставок платежей в разных местностях, как это было сделано в Кыргызстане. Часто требуется найти оптимальный баланс между функциями, которые следует централизовать, и функциями, которые следует децентрализовать, чтобы обеспечить определенную гибкость в распределении ресурсов с учетом местных потребностей здравоохранения.

2.2.2. Административное управление

Помимо размера пулов на расширение охвата и на справедливость влияют и другие факторы. Недостаточно четко организованные административные процессы могут стать обременительными и повлиять на инклюзивность программ СЗЗ. Охват всех людей должен быть одной из центральных задач программ СЗЗ и вкладом в политику в области общественного здравоохранения. Цель достижения реальной инклюзивности СЗЗ часто требует адаптации административных процессов и повышения информированности бенефициаров. Кроме этого, как подчеркивается в Рекомендации МОТ 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202), наличие высококачественных государственных услуг, которые улучшают работу СЗЗ, должно стать одним из основных элементов, способствующих эффективному использованию коллективных ресурсов. В данном разделе рассматриваются методы административного управления, применяемые в ключевых процессах.

Осведомленность, идентификация, принадлежность и регистрация

Принцип «не оставлять никого без внимания» означает, что каждый человек должен быть зарегистрирован в системе СЗЗ. Тем не менее во многих странах административные барьеры по-прежнему препятствуют распространению информации и иногда даже включению людей в систему. В связи с этим важной частью эффективных административных процессов является обеспечение того, чтобы всеобщий охват реализовывался на практике путем надлежащей идентификации и информирования всех охваченных лиц.

Так, в программе ВОУЗ Грузии предусматриваются различные пакеты услуг, уровни соплатежей и механизмы освобождения от оплаты в зависимости от возраста и уровня доходов населения – это сложная система с пробелами в административном управлении, в которой трудно разобраться и ориентироваться (МОТ и ООН-Женщины, 2020). Эта программа также предусматривает процедуру получения предварительного разрешения на проведение отдельных медицинских процедур в стационарах, которая оборачивается административной нагрузкой для пациентов. В Кыргызстане наблюдается неравномерный охват различных групп населения системой ОМС. Группы лиц, не обязанных платить взносы, ставятся на учет автоматически, в то время как мигранты должны регистрироваться и следовать другим административным процедурам и требованиям относительно документов.

Отдельные страны используют национальные системы идентификации для расширения регистрации в системе СЗЗ. В Азербайджане вступление в систему обязательного медицинского страхования происходит автоматически и незамедлительно. Любой человек, имеющий удостоверение личности, имеет право на получение медицинских услуг. ГАОМС имеет онлайн-доступ к национальным регистрам населения. Наряду с тем, что такая система может существенно повысить эффективность процедур и ею легко пользоваться, важно принимать во внимание вопросы конфиденциальности личной информации и потенциальные пробелы в идентификации (МАСО, 2016). В других странах постановка на учет осуществляется единоразово и одновременно для различных программ социальной защиты. Так, в Кыргызстане домохозяйства с низкими доходами и получатели социальной помощи автоматически ставятся на учет в программу ОМС. Это позволяет упростить процесс регистрации, обеспечить доступ уязвимых слоев населения к основным медицинским услугам и расширить охват нуждающихся. Автоматическая постановка на учет путем интеграции систем медицинской информации и систем регистрации актов гражданского состояния существенно упрощают деятельность по охвату населения. Электронная регистрация с использованием уникальных идентификаторов подтверждения личности или централизованных баз данных облегчает охват населения при условии обновления данных о рождении и смерти людей. Так, в Армении общенациональная электронная система медицинской информации (ARMED), внедренная в 2017 г., связана с регистром населения, что позволяет проверять персональные данные пациентов в режиме реального времени. В настоящее время прилагаются усилия по расширению ее интеграции с другими государственными системами.

Некоторые страны приняли специальные меры для облегчения регистрации путем проведения ежегодной регистрационной кампании, как, например, в Казахстане, где жителям предлагается зарегистрироваться в ближайшем местном учреждении первичной медико-санитарной помощи. Регистрация осуществляется через национальный портал электронного правительства (e-gov): пользователь должен заполнить электронную форму, загрузить документы, удостоверяющие личность, и личную электронную цифровую подпись. Для некоторых слоев населения – пенсионеров, людей с ограниченными возможностями, безработных и студентов – предусмотрены альтернативные упрощенные процедуры регистрации.

В некоторых странах проводятся информационные кампании, направленные на повышение осведомленности населения о своих правах и соответствующих административных процедурах. В Казахстане недостаточная информированность о правах на участие в системе ОМС привела к тому, что работодатели часто пытались уклониться от обязанности платить взносы в ОМС за своих работников. Для решения этой проблемы ФСМС в сотрудничестве с другими государственными органами и средствами массовой информации провел широкомасштабную информационную кампанию, направленную на привлечение населения к участию в системе ОМС и на ознакомление всех людей и медицинских кадров с соответствующими процедурами, требованиями и правами. В стране широко проводятся информационные кампании и передачи на радио и телевидении, а также в пунктах оказания медицинской помощи размещаются стенды с актуальной и представленной в легкодоступной форме информацией о правах и административных процедурах.

Сбор взносов и доходов

В полностью или частично страховых программах СЗЗ сбор взносов, где это возможно, является одним из административных процессов. Не всегда сбор взносов входит в компетенцию учреждений, отвечающих за СЗЗ. Иногда эта функция осуществляется через налоговую службу или через совместный механизм, интегрированный в более широкую систему социальной защиты, а иногда применяется сочетание этих способов. Для работников формального сектора этот процесс можно легко автоматизировать, если взносы собираются работодателем на основе платежной ведомости. Такая схема сбора взносов, охватывающая все программы социальной защиты и системы налогообложения, повышает эффективность. В Турции сбор взносов с категорий населения, уплачивающих взносы, централизован по всем пособиям по социальной защите, включая медицинские пособия. На Кипре взносы в виде процента от зарплаты или дохода собираются с работников, работодателей, государственных служащих, самозанятых и получателей различных видов дохода. Органами, ответственными за сбор или удержание взносов (в случае наемных работников), являются службы социального страхования (ССС), налоговый департамент и республиканское казначейство. Собранные взносы и средства государственного

фонда затем передаются и объединяются в Фонде медицинского страхования, функционирующем под управлением НЮ, который, в свою очередь, закупает медицинские услуги. В некоторых странах, таких как Кипр, отдельные социальные пособия, включая пенсии по старости, автоматически облагаются страховыми взносами.

Сбор взносов с самозанятых, работников малых и средних предприятий или занятых в секторах, не подлежащих обязательной регистрации в системе СЗЗ, требует адаптации уровней, периодичности и процедур выплаты, а также часто нуждается в субсидировании. Эти люди, хотя и обладают определенным потенциалом для уплаты взносов, часто имеют нерегулярный или непредсказуемый доход. Кроме того, автоматизация процедур в их отношении усложняется наличием большого числа экономических единиц и разнообразия их ИТ-систем. Признавая необходимость адаптации процедур для неформального сектора и лиц с нерегулярным доходом, в Турции были приняты меры по упрощению сбора взносов. На начальном этапе каждые несколько лет объявлялась налоговая амнистия, позднее – в качестве ставки взносов для всех лиц этой категории – была определена фиксированная ставка социальных отчислений от размера месячной минимальной заработной платы. Для решения проблем, связанных с нерегулярностью взносов, были введены механизмы координации с налоговыми органами, а также другие процедуры. Для содействия формализации в Казахстане был принят режим условного налогообложения, который включает в себя единый платеж по субсидированной ставке, объединяющий отчисления в систему ОСМС, системы социального страхования и подоходный налог (Раздел 2.4).

Использование новых технологий может облегчить адаптацию графика платежей и сократить расходы на сбор взносов. В Казахстане лица, не зачисленные в систему автоматически, имеют возможность перечислять взносы по мобильной связи через банк либо в почтовых отделениях и большинстве банков.

Управление заявками и механизмы платежей третьих сторон

Платежные механизмы, при которых агентство, осуществляющее закупки, оплачивает услуги напрямую поставщикам от имени пациентов, а не требует от пациентов сначала оплачивать услуги и затем искать возмещение в учреждении социального медицинского обеспечения (СМО), являются ключевыми для устранения финансовых барьеров к доступу к медицинским услугам²⁷. Такие механизмы применяются в большинстве стран Центральной и Западной Азии.

Управление заявками является ключевым аспектом программ СЗЗ, в которых важное место отводится информационным системам для обработки претензий. Институт социального обеспечения SGK в Турции закупает медицинские услуги либо путем трансферта государственным медицинским учреждениям на основе глобального бюджета, либо на основе официальных соглашений о закупках с частными поставщиками. Используется единая система управления заявками MEDULA, которая предусматривает виртуальную систему оплаты третьими сторонами, оптимизирующую стандартизованный процесс направления платежных требований во всех фондах медицинского страхования. В Грузии АСО заранее устанавливает процедуры возмещения расходов по нормированным тарифам в зависимости от уровня предоставляемых услуг и категории заболевания. В Армении используется общенациональная электронная система медицинской информации ARMED, которая облегчает подачу заявок, управление, обработку платежей и мониторинг предоставления услуг, а все медицинские учреждения, работающие по контракту, обязаны зарегистрироваться в ней после получения разрешения на работу. На Кипре, чтобы заключить контракт с НЮ, все поставщики услуг должны зарегистрироваться в базе данных GHS. Поставщики медицинских услуг получают ежемесячное возмещение в соответствии с их специализацией, и для получения возмещения им необходимо подавать заявки через портал поставщиков.

²⁷ Программы, в которых бенефициары сначала оплачивают услуги и позже получают компенсацию, может заставить людей продавать имущество или занимать деньги, чтобы покрыть расходы на медицинское обслуживание, а во многих случаях полностью воздержаться от обращения за медицинской помощью. Кроме того, административные процедуры, связанные с обработкой индивидуальных заявок, могут создать дополнительные препятствия для доступа к медицинскому обслуживанию, особенно для людей с низким уровнем образования, не владеющих цифровой грамотностью, или тех, кто сталкивается с языковыми барьерами.

Делегирование функций частному сектору

Ряд стран, таких как Армения, Грузия и Израиль, делегируют часть функций административного управления своими программами СЗЗ сторонним администраторам, с которыми согласовываются различные условия исполнения этих функций.

В Армении государственные служащие, учителя государственных учебных заведений, медицинские работники государственных учреждений ПМСП и сотрудники некоторых других государственных структур имеют право на так называемый «социальный пакет», включающий в себя дополнительные льготы помимо БПМУ. Административные механизмы «социального пакета» отличаются от других пакетов, поскольку он предоставляется через частные страховые компании, лицензированные Центральным банком. Министерство здравоохранения заключает договоры с этими страховыми компаниями и оплачивает ежемесячные премии, соответствующие количеству бенефициаров, закрепленных за каждой из таких компаний. Частные страховые компании выступают в качестве сторонних администраторов, отвечающих за заключение контрактов, ведение дел и обработку претензий по расчетам между министерством здравоохранения и медицинскими учреждениями.

В Грузии до введения программы ВОУЗ реализацию программы медицинской помощи неимущим (МПН) обычно делегировали частным страховым компаниям, однако от этого подхода отказались: общая рентабельность этих компаний была высокой и управление программой подвергалось критике (МОТ и ООН-Женщины, 2020).

В Израиле Институт социального страхования объединяет ресурсы для национальной системы обязательного медицинского страхования и передает их организациям медицинского обслуживания (ОМО) – это некоммерческие организации, регистрирующие застрахованных лиц и предоставляющие им медицинские услуги в рамках своей сети поставщиков услуг (Brammli-Greenberg and Waitzberg, 2020).

Делегирование административных функций сторонним организациям может обеспечить немедленную экономию ресурсов, поскольку им не нужно создавать внутренний управленческий потенциал, но при этом могут возникнуть трудности в осуществлении надзора, необходимого для обеспечения эффективного функционирования этих организаций в соответствии с миссией государственной службы. Для оценки того, насколько эффективно работают эти сторонние администраторы и насколько они полезны для бенефициаров и политики СЗЗ, необходим тщательный мониторинг их воздействия и финансовых последствий для жизнеспособности программ.

Механизмы подачи и рассмотрения жалоб и оценки удовлетворенности

Механизмы подачи и рассмотрения жалоб имеют большое значение для обеспечения подотчетности учреждений и повышения удовлетворенности бенефициаров. В соответствии с Конвенцией МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), должны быть созданы системы, обеспечивающие каждому человеку, обращающемуся за обеспечением, «право на апелляцию в случае отказа в обеспечении и право на подачу жалобы относительно качества или количества обеспечения» (статья 70). Система также должна предоставлять заинтересованным сторонам возможность вносить предложения по улучшению и рассматривать их, тем самым демонстрируя способность программы реагировать на меняющиеся потребности бенефициаров.

Системный подход к рассмотрению жалоб и удовлетворению потребностей пользователей позволяет создавать системы, ориентированные на людей, и укреплять доверие к системам социальной защиты и здравоохранения. Традиционные подходы к сбору отзывов включают в себя размещение ящиков для жалоб и предложений, контакты с пресс-службой и цифровые горячие линии. Однако это пассивные инструменты, ограниченные по сфере применения и охвату. Они могут не отражать мнения более уязвимых групп населения и, как правило, направлены на получение ответов на вопросы, а не на оценку удовлетворенности различными аспектами услуг здравоохранения и социальной защиты. Новые технологии могут упростить процедуру подачи жалоб.

В ряде стран Центральной и Западной Азии отсутствуют даже самые элементарные механизмы рассмотрения претензий, жалоб и оценки удовлетворенности. В Армении ситуационный анализ качества медицинской помощи, проведенный в 2019 г., показал, что респонденты дали низкую оценку ряду параметров: недостаточное использование системы электронного здравоохранения, минимальное вовлечение пациентов в принятие решений и отсутствие данных о повышении качества. В Азербайджане Апелляционный совет при ГАОМС не имеет соответствующих правовых и административных механизмов для защиты прав пациентов в случае плохого обращения, медицинской халатности или дискриминации (Jafarova et al., 2021).

Казахстанский ФСМС, напротив, активно собирает отзывы, чтобы повысить уровень реагирования системы на потребности пациентов. В 2020 г. через горячую линию Фонда социального медицинского страхования (ФСМС) было получено и обработано почти 720 000 обращений, включая 7865 жалоб. ФСМС предоставляет людям возможность высказывать свои претензии и подавать жалобы в отношении медицинских услуг через службу поддержки пациентов и службу внутреннего аудита, которые действуют в пунктах оказания медицинской помощи. Кроме того, жалобы и отзывы можно направить по следующим каналам: колл-центр областного департамента здравоохранения, мобильное приложение Qoldau, запрос в Telegram, жалобы на работу фонда по телефону горячей линии, а также обращение через официальный сайт ФСМС (Правительство Казахстана, 2023).

В Турции создан сайт (sikayetvar.com) для подачи жалоб и для оценки отзывов населения об их удовлетворенности качеством предоставляемых услуг (Öcel Y., 2020). В следующем разделе рассматривается влияние политики закупок на удовлетворенность услугами.



► 2.3. Влияние эффективной политики закупок на качество услуг

Ключевой функцией учреждений СЗЗ является приобретение медицинских услуг для защищаемого населения. Под закупкой подразумевается заключение договора с поставщиками услуг по программе СЗЗ на оказание услуг в рамках гарантированного объема, не создавая финансовых трудностей для защищаемых лиц. Функция закупок, выступающая в различных формах, может быть в большей или меньшей степени отделена от функции предоставления услуг, поскольку одна и та же организация может управлять закупками и в то же время владеть и управлять медучреждениями.

Закупочная организация должна определить масштабы и тип сети поставщиков медицинских услуг (обычно они определяются законодательством, см. 1.3), способы их оплаты и создать механизмы контроля и обеспечения соблюдения требований в целях обеспечения доступа к своевременным и качественным услугам и эффективного использования финансовых ресурсов. В ключевые задачи закупочной организации входят: определение порядка приобретения услуг, разработка системы оплаты услуг поставщиков, установление уровней оплаты и определение договорных условий (Mathauer I. et al., 2019). В идеале возмещение затрат поставщиков услуг должно быть связано с эффективностью их работы в соответствии с установленными параметрами процесса (например, время ожидания) и результатами (например, продолжительность пребывания в больнице, показатели смертности при повторных госпитализациях, переводы в другие медицинские учреждения). В данном разделе рассматриваются механизмы закупок в странах ЦЗА.

2.3.1. Разделение функций закупки и предоставления услуг

Функция закупки отделена от функции предоставления услуг не во всех странах. Разделение на покупателя и поставщика подразумевает, что закупка услуг и предоставление услуг разделены и осуществляются разными организациями во избежание конфликта интересов (Cichon et al. 1999). Отношения между закупочной организацией и поставщиком услуг регулируются контрактом. Такое разделение на покупателя и поставщика услуг неизбежно приводит к увеличению административной нагрузки как на покупателя (покупателей), так и на поставщиков услуг. В некоторых случаях разделение на поставщика и покупателя необходимо для включения частных поставщиков услуг в сеть: в сочетании с контрактными стимулами это предположительно может улучшить процессы предоставления услуг, сдерживать затраты, повышать эффективность, качество и реагирование на потребности пациентов. В таких странах, как Таджикистан и Узбекистан (до недавнего времени), где такого разделения нет, обе функции обычно берет на себя одна и та же организация, в большинстве случаев это министерство здравоохранения.

Хотя и не во всех случаях, но тем не менее можно наделить автономией каждую функцию внутри одной закупочной организации, что позволит повысить их эффективность даже в условиях управления ими одной и той же организацией. Так, в Армении министерство здравоохранения берет на себя обе функции, но при этом функции по управлению предоставлением услуг возложены на местные администрации, а закупки централизованы и разделены между министерством здравоохранения и подведомственным ему Государственным агентством здравоохранения (ГАЗ)²⁸.

Хотя разделение на покупателя и поставщика не является автоматическим, оно обычно встречается там, где создано автономное агентство по закупкам (Азербайджан, Кипр и Казахстан) или где программами СЗЗ управляет учреждение социального обеспечения (Турция, Грузия, в некоторой

²⁸ АСО отвечает за подготовку контрактов, отчетность и распределение бюджета, однако важные решения о закупках остаются в ведении министерства здравоохранения.

степени Израиль). На Кипре НЮ является единым закупщиком услуг у государственных и частных поставщиков, в то время как Государственная организация здравоохранения (ГОЗ) отвечает за управление государственными медицинскими учреждениями. В Израиле четыре программы СЗЗ владеют и управляют поликлиниками первичной медико-санитарной помощи, стоматологическими клиниками и специализированными поликлиниками, а также больницами и реабилитационными учреждениями в некоторых районах страны, ограничивая таким образом круг поставщиков услуг государственными и другими, в том числе частными, поставщиками в соответствии с согласованными тарифами. В Казахстане ФСМС является единым государственным заказчиком для программ ГОБМП и ОСМС и закупает услуги у целого ряда медицинских учреждений, большинство из которых находятся в ведении местных органов власти, а остальные – либо в ведении министерства здравоохранения, либо являются частными поставщиками.

Разделение функций может быть частичным или касаться только некоторых услуг. В Кыргызстане в отношении некоторых услуг министерство здравоохранения и Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) несут совместную ответственность как покупатели медицинских услуг. ФОМС отвечает за объединение средств и приобретение услуг в рамках государственного пакета гарантированных услуг, в то время как министерство здравоохранения отвечает за приобретение определенных дорогостоящих услуг, при этом медицинские услуги предоставляются через сеть государственных и частных поставщиков. Условия возмещения и преискуртан на виды услуг устанавливаются ФОМС, а отношения с поставщиками регулируются контрактами.

В странах с плюралистическими системами здравоохранения и сильным преобладанием частного сектора правительство часто вынуждено включать частных поставщиков в систему СЗЗ, фактически создавая систему с разделением функций «покупатель – поставщик», как, например, в Грузии и Турции. В Грузии АСО закупает медицинские услуги у различных поставщиков и привлекает как государственные, так и частные медицинские учреждения. В Турции Институт социального обеспечения SGK действует как независимый государственный орган, ответственный за управление системой социального здравоохранения и социальной защиты в стране. В то же время министерство здравоохранения осуществляет надзор за предоставлением медицинских услуг в государственных учреждениях и за нормативно-правовым регулированием системы здравоохранения. SGK заключает контракты как с государственными, так и с частными поставщиками, при этом для муниципальных государственных поставщиков не предусмотрены никакие особые договорные условия. Разделение на покупателей и поставщиков может создавать возможности для улучшения стратегических закупок и повышения качества услуг, но оно также требует тщательного управления для решения потенциальных проблем, связанных с фрагментацией и координацией деятельности.

2.3.2. Лицензирование и аккредитация поставщиков

Независимо от того, как структурирована функция закупок, необходимо определить надежную сеть поставщиков услуг (см. Раздел 1.3.2), поскольку от нее зависит эффективность доступа к СЗЗ на практике, спектр доступных услуг, географическая доступность и социокультурная приемлемость обслуживания. Если сеть слишком ограничена, это напрямую повлияет на пользование правом на СЗЗ. Поэтому выбор поставщиков услуг (государственных и частных, коммерческих или некоммерческих) и регулирование их деятельности являются важнейшими элементами, которые необходимо тщательно продумать. Принимая решение, страны должны руководствоваться программами лицензирования и аккредитации, разработанными министерством здравоохранения. В целях защиты здоровья и безопасности населения и обеспечения справедливого распределения медицинских учреждений проводится лицензирование – это регуляторная функция государства, подтверждающая соответствие поставщиков услуг минимальным стандартам и наличие профессиональной квалификации для осуществления практической деятельности. В отличие от лицензирования, требующего лишь соответствия минимальным требованиям для получения лицензии, аккредитация требует от поставщиков услуг соблюдения установленных оптимальных критериев качества медицинской помощи, таких как число коек на одну врачебную должность, количество пациентов на одного врача, наличие службы неотложной помощи, банков крови, контролируемых лабораторий и аптек в больницах (Mate K et al., 2014).

Кроме того, когда функции закупки и предоставления услуг выполняют два разных учреждения, они должны заключить контракт, который часто называют «процессом включения в реестр» поставщиков. В данном разделе представлен обзор того, как системы СЗЗ использовали процессы аккредитации и включения в реестр поставщиков в Центральной и Западной Азии.

Порядок включения в реестр и аккредитация поставщиков медицинских услуг

Важным элементом повышения качества медицинского обслуживания является аккредитация поставщиков услуг – как государственных, так и частных. Проведение аккредитации может осуществляться независимым органом либо входить в компетенцию министерства здравоохранения в рамках выполнения его регуляторной функции. Аккредитация – это обязательное условие, с учетом которого покупатель отбирает поставщиков, с которыми заключается контракт (включение в реестр поставщиков). В странах Центральной и Западной Азии лицензирование медицинских учреждений является нормальной регуляторной функцией, но лишь несколько стран внедрили системы аккредитации.

Во многих странах, где в сфере предоставления услуг по программе СЗЗ доминируют государственные медицинские учреждения, частные медицинские учреждения включаются в сеть при условии соответствия ряду установленных требований, таких как получение соответствующей лицензии и аккредитации в министерстве здравоохранения. В Казахстане как государственные, так и частные медицинские учреждения имеют право заключать контракты с ФСМС на предоставление услуг по программе ОСМС. В 2020 г. ФСМС заключил контракты с поставщиками услуг, из которых 52 процента были государственными и 48 процентов – частными. Обязательным условием для заключения контракта с ФСМС является аккредитация в соответствии с республиканским кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также другие показатели качества.

Хотя в ряде стран аккредитация служит одним из критериев для заключения контракта с поставщиками услуг, в некоторых случаях для заключения контракта достаточно просто наличия лицензии. В Армении право на включение в реестр поставщиков зависит от наличия лицензии, выданной лицензирующим агентством министерства здравоохранения. Однако в процессе лицензирования основное внимание уделяется не стандартам качества, а наличию физических ресурсов, квалифицированного персонала и инфраструктуры. В качестве одного из элементов системы мониторинга качества поставщиков был введен пятилетний цикл продления лицензии. В Азербайджане предварительным условием для включения в сеть ОМС является получение как государственными, так и частными поставщиками услуг лицензии министерства здравоохранения. Растущее признание правительством необходимости повышения качества предоставляемых услуг отражено в планах по созданию независимого аккредитационного агентства. На Кипре правительство планирует внедрение программы аккредитации для государственных и частных медицинских учреждений в рамках Национального плана восстановления и повышения устойчивости на 2021–2026 гг.

В отдельных странах аккредитацией поставщиков занимается специальное агентство, однако оно не полностью интегрировано в процесс включения в реестр поставщиков в соответствии с политикой СЗЗ. В Грузии к поставщикам медицинских услуг, желающим заключить контракт с Агентством социального обслуживания, предъявляется лишь требование о соблюдении процедур возмещения на основе установленных тарифов, в то время как Государственное агентство по регулированию медицинской деятельности (ГАРМД) осуществляет надзор за лицензированием и аккредитацией медицинских специалистов и учреждений.

Включение в реестр частных поставщиков услуг: сдерживание расходов и соображения справедливости

В ряде стран ЦЗА системы здравоохранения являются плюралистическими (в них сочетается предоставление медицинских услуг государственными и частными учреждениями). Распределение государственных и частных поставщиков услуг существенно различается по странам и внутри

стран по регионам (городским и сельским) и специализациям. В таких условиях программы СЗЗ иногда должны привлекать частных поставщиков для решения проблем, связанных с охватом населения и географической доступностью. В Кыргызстане нет государственных аптек, а число частных аптек, с которыми ФОМС заключил контракт, растет с каждым годом. В Узбекистане в некоторых регионах страны частные поставщики привлекаются для оказания лабораторных, диагностических и гемодиализных услуг.

В таких странах, как Азербайджан, Армения, Кипр, Узбекистан, Таджикистан и Турция, где государственная сеть поставщиков обеспечивает предоставление большей доли медицинских услуг, частные поставщики могут привлекаться – по направлению – только для предоставления тех услуг, которые отсутствуют в государственных учреждениях, или за счет самого пациента. В Азербайджане для доступа к частным медицинским учреждениям, работающим по контракту, требуется выдача предварительного разрешения как обязательного условия для оплаты услуг частных больниц агентством ГАОМС. Однако это требование и относительно низкие ставки возмещения вызывают нежелание частных поставщиков услуг сотрудничать с ГАОМС.

В отдельных странах частные медучреждения включаются в реестр поставщиков на тех же основаниях и с теми же методами оплаты и сборами, что и государственные поставщики, хотя в других странах эти методы различаются. В рамках политики взимания доплаты за специализированные медицинские услуги, не предусмотренные государственной или частной страховкой («balance billing»), некоторые страны устанавливают тарифные ставки для медицинских учреждений, но позволяют им взимать дополнительные прямые платежи с пациентов (оставшуюся часть их «счета») – так обстоят дела в Турции, Азербайджане и Грузии. В Турции частным медицинским учреждениям разрешено взимать плату в два раза выше тарифа, установленного Комиссией по ценообразованию в здравоохранении (КЦЗ) при Институте социального обеспечения SGK. Так же и в Азербайджане частные поставщики могут взимать плату выше тарифа, согласованного с ГАОМС. Такие механизмы могут создавать финансовые трудности для населения и поощрять распространение дуальных систем, в которых состоятельные люди получают доступ к более широкому кругу поставщиков медицинских услуг.

Перекося системы здравоохранения в сторону частного сектора отражает дефицит финансирования государственной системы здравоохранения, длительные периоды ожидания и ограниченные возможности в выборе врача, а также относительную слабость стратегического управления со стороны министерства здравоохранения. В Грузии политические решения прошлого периода привели к существенному повышению уровня приватизации и коммерциализации системы здравоохранения, где первичный и вторичный уровни медико-санитарной помощи, как и фармацевтический сектор, в основном обеспечиваются частными организациями. Системы СЗЗ могут внести значительный вклад в создание финансовых стимулов и потоков в структуре предоставления медицинских услуг, направляя получателей определенных услуг к определенным типам поставщиков. Методы оплаты услуг поставщиков также могут влиять на их поведение.

2.3.3. Методы оплаты услуг поставщиков

Для достижения всеобщей социальной защиты необходимы эффективные способы обеспечения оптимального расходования средств в целях улучшения доступа, качества и эффективности медицинских услуг, а также удовлетворения потребностей в медицинском обслуживании, ограничения морального риска и роста издержек.

Основные методы оплаты поставщиков медицинских услуг приведены в Таблице 4.

► Таблица 4. Методы оплаты услуг поставщиков

Механизмы оплаты поставщикам	Определение
Общий бюджет	Перспективная оплата, при которой поставщики медицинских услуг получают фиксированную сумму денег для предоставления согласованного набора услуг. В этом случае поставщики имеют полную свободу в том, как они распределяют эти средства внутри организации
Бюджет по статьям расходов	Перспективная оплата, при которой поставщики получают фиксированную сумму денег, уже распределенную по определенным статьям расходов. Бюджет не является гибким, и расходы должны соответствовать определенным статьям, если только поставщик не получил предварительное разрешение от покупателя
Оплата услуг по факту	Ретроспективная оплата на основе выполненных услуг. Поставщик получает возмещение за каждую оказанную услугу
Капитация (на душу населения)	Поставщики получают фиксированную сумму денег для предоставления согласованных услуг каждому зарегистрированному пациенту на определенный период. Эта сумма выплачивается заранее, до оказания услуг
Посуточная оплата	Поставщики медицинских услуг получают фиксированную сумму за оказанные услуги за каждый день пребывания пациента
Оплата за случай (например, группы родственных диагнозов)	Поставщики получают фиксированную сумму за каждый случай, например за диагноз, госпитализацию или выписку
Оплата за результат	Поставщики получают оплату при условии, что они достигают определенных показателей производительности, основанных на заранее определенных мерах

Источник: Казунгу Дж. и др. (2018).

Каждая форма оплаты предусматривает различные виды стимулов, а именно:

- Оплата по пролеченному случаю служит стимулом для увеличения числа госпитализаций и для сокращения объема расходов на лечение, что часто может привести к уменьшению продолжительности пребывания в стационаре и учащению повторных госпитализаций.
- Подушевая система оплаты и оплата на основе глобального бюджета ассоциируются с недостаточным объемом предоставляемых услуг и чрезмерным числом направлений к другим поставщикам, но они могут повысить эффективность предоставления услуг.
- Плата за услугу (FFS) обычно ассоциируется с увеличением количества предоставляемых услуг, поскольку поставщики получают вознаграждение за каждую предоставленную ими услугу. Оплата по преискуранту цен на медицинские услуги, когда услуги частично объединяются в пакеты, а поставщики получают оплату на основе заранее определенных услуг независимо от фактических понесенных затрат, может привести к предоставлению неоправданных необходимостью услуг.
- Посуточная оплата (койко-дни), как правило, увеличивает продолжительность пребывания в стационаре, число обращений и коечного фонда, но при этом снижает стоимость одного койко-дня после нескольких первых дней госпитализации.
- Постатейные бюджеты несут в себе риск сокращения объема предоставленных услуг и слабые стимулы для повышения эффективности. В частности, они создают стимул для расходования всех оставшихся средств к концу бюджетного года (Langenbrunner J. et al., 2009), которые могут привести к предоставлению неоправданных необходимостью услуг.

Все эти методы требуют регулярной корректировки размеров платы за услуги, подушевых платежей и глобальных бюджетов в зависимости от индекса потребительских цен (на медицинские услуги или общий индекс). Обычно страны комбинируют эти методы оплаты по согласованию между покупателем и поставщиком для того, чтобы усилить их преимущества, снизить риски и предотвратить задержки платежей и дефицит бюджета. Часто используется сочетание предоплаты (т. е. оплата до оказания услуги) и ретроспективной оплаты услуг (т. е. оплата после оказания услуги). В некоторых системах медицинские учреждения получают предоплату, которая впоследствии корректируется по мере предъявления платежных требований. Предоплата позволяет повысить предсказуемость доходов медицинских учреждений и лучше планировать деятельность поставщиков по развитию новых или расширению существующих услуг.

Подушевая оплата

В ряде стран подушевая оплата используется в основном для оплаты первичной медико-санитарной помощи на уровне общин. Для обеспечения эффективности подушевых платежей обычно определяется единый пакет медицинских услуг, который пациенты должны использовать в том учреждении, к которому они прикреплены для получения ПМСП.

В Кыргызстане (ФОМС), Узбекистане (ФСМС), Азербайджане (ГАОМС) и Армении (БПМУ) в качестве метода оплаты используется подушевая оплата. В Кыргызстане и Армении подушевая оплата применяется именно к услугам первичной медико-санитарной помощи и определяется в зависимости от количества людей, прикрепленных к каждому поставщику медицинских услуг. Однако для семейных врачей были введены финансовые стимулы, чтобы улучшить охват и качество их услуг, а также сократить нехватку медицинских работников. Узбекистан в ходе новой реформы планирует перейти от системы, основанной на прогнозируемом бюджете, к системе подушевой оплаты для учреждений первичной медико-санитарной помощи. В Азербайджане в системе ОМС используется фиксированная ставка подушевой оплаты первичной медицинской помощи с некоторыми элементами, учитывающими результативность деятельности. Кроме того, в настоящее время рассматривается вопрос о введении в Азербайджане скорректированной по возрасту подушевой оплаты услуг первичной медико-санитарной помощи. В Таджикистане, напротив, отсутствует единая система оплаты услуг ПМСП: в одних районах используется подход, учитывающий показатели результативности деятельности, а в других – подушевая оплата, при этом ставки возмещения различаются между сельскими и городскими поставщиками услуг.

Плата за услугу

Плата за услугу (FFS) – это традиционная форма оплаты услуг поставщиков, которая, однако, создает стимул для увеличения количества предоставляемых услуг. Кроме необходимости иметь преискурант на оказание медицинских услуг, при использовании этого метода необходимо следить за общей суммой выплат, произведенных поставщикам, для того чтобы контролировать объем их услуг и затрат. Преискурант должен включать в себя условия оплаты в зависимости от способности поставщика предоставить услуги надлежащим образом и в соответствии с потребностями пациента (Ikegami N 2015, p. 201). Для контроля расходов при таком методе оплаты требуются значительные инвестиции в разработку правил, определяющих условия использования отдельных услуг и лекарств, комплексная информационная система и постоянная корректировка цен в зависимости от недостаточного или избыточного использования услуг.

В Турции, Грузии и Азербайджане FFS используется для оплаты определенных услуг отдельных поставщиков. В Турции этот метод используется для возмещения расходов частным поставщикам медицинских услуг по тарифам, установленным Комиссией по ценообразованию в здравоохранении (КЦЗ). В Грузии частные поставщики медицинских услуг получают возмещение по преискуранту FFS. В Азербайджане ГАОМС использует этот метод оплаты в системе амбулаторного обслуживания на вторичном уровне здравоохранения в рамках ОМС. Однако, по имеющимся данным, отдельные частные поставщики услуг не проявляют заинтересованности в участии в программе ГАОМС. На это может влиять структура формирования цен на услуги и тот факт, что для получения возмещения требуется предварительное разрешение на предоставление услуг в каждом конкретном случае. Все эти страны применяют метод платы за услугу, при этом наблюдаются различия в стратегиях и реформах, проводимых для решения связанных с этим методом проблем.

Постатейные бюджеты

Постатейные бюджеты обычно используются в странах, где нет разделения «поставщик – покупатель» и медицинская помощь предоставляется непосредственно в медицинском учреждении. Они гарантируют определенную степень бесперебойности в деятельности учреждений, но в отсутствие дополнительных мер, таких как механизмы оплаты, учитывающие показатели результативности деятельности, не побуждают повышать эффективность и качество медицинской помощи. В Таджикистане при оплате больничных услуг применяется модель, основанная на финансировании затрат с постатейными бюджетами.

В Армении система здравоохранения, находящаяся в ведении министерства здравоохранения, традиционно использовала постатейное бюджетирование для медицинских учреждений. Недавно система перешла к более комплексным, ориентированным на результат формам возмещения. Этот переход был направлен на решение проблем, связанных с тем, что жесткое бюджетирование не позволяет адаптироваться к меняющимся потребностям здравоохранения и не создает стимулы для повышения качества и затратоэффективности медицинского обслуживания. Ключевыми факторами стали стремление к повышению автономии поставщиков услуг, необходимость повышения эффективности и качества услуг и согласования затрат с более широкими целями системы здравоохранения.

Глобальный бюджет

Глобальный бюджет представляет собой более гибкий по сравнению с постатейным бюджетом метод, поскольку медицинские учреждения получают заранее определенную сумму средств для покрытия агрегированных расходов за определенный период. Несмотря на гибкость, которую обеспечивают глобальные бюджеты, было установлено, что они не создают стимулов для повышения эффективности (Lagarde M. et al., 2010). Глобальные бюджеты до сих пор используются во многих странах, в первую очередь в государственных медицинских учреждениях.

На закупку медицинских услуг Институтом социального обеспечения Турции у государственных учреждений вторичного (специализированного) медицинского обслуживания контракты не заключаются. SGK перечисляет средства министерству здравоохранения за услуги, предоставляемые бенефициарам, на основе глобального бюджета. В Кыргызстане ФОМС заключает договоры с поставщиками различных уровней медобслуживания на предоставление пакета гарантированных государством услуг на основе глобальных бюджетов, которые обновляются каждый год. Консолидированные бюджеты учитывают ожидаемый объем услуг и условия оплаты, если реальный объем оказанных услуг отклоняется от запланированного бюджета. Платежи привязываются к показателям эффективности, что побуждает поставщиков услуг повышать качество предоставляемых услуг.

Оплата по пролеченному случаю

В некоторых странах используется система оплаты медицинской помощи в стационарных условиях по пролеченному случаю, при этом существенно различаются способы определения случаев. Система клиничко-затратных групп (КЗГ) – это подтип оплаты по пролеченному случаю, основанный на группировке больных со сходным диагнозом и ресурсоемкостью лечения, определяемым на основе клинических кодов (диагноз и методы лечения), которым соответствуют определенные суммы возмещения. Для использования метода оплаты на основе КЗГ требуется сложная компьютеризованная система ведения медицинских карт, которой располагают не все медицинские учреждения. Оплачивается набор или пакет услуг, предусмотренных для лечения определенного заболевания. Оплата по пролеченному случаю иногда применяется взамен посуточной оплаты. Посуточная оплата, как правило, увеличивает продолжительность госпитализации, количество госпитализаций и коэффициент средней занятости койко-мест, но при этом может привести к снижению количества услуг, оказанных пациентам, таких как лабораторные анализы, методы визуальной диагностики затрат в расчете на один койко-день. Для сокращения неоправданных необходимостью дней госпитализации иногда – после нескольких первых дней госпитализации – устанавливается более низкий тариф возмещения.

Кыргызстан, Армения, Азербайджан и Узбекистан используют метод оплаты по пролеченному случаю. В Кыргызстане такая оплата определяется контрактами на оказание больничных услуг, заключаемыми между ФОМС и медицинскими учреждениями. Оплата производится по установленным тарифам, но они могут учитывать различия в зависимости от географического местонахождения и уровня здравоохранения, на котором поставщик оказывает услуги. В медицинских центрах национального уровня ставки оплаты превышают ставки городских и районных больниц на 15–20 процентов. В Армении также используется оплата по пролеченному случаю, особенно в стационарных условиях, при этом используются категории, подобные КЗГ. В Узбекистане ФМС производит оплату услуг стационаров в размере 10 процентов от бюджета больницы, классифицируя случаи по КЗГ на основе клинических кодов. Применение одинаковых методов оплаты подчеркивает общее стремление стран эффективно сдерживать затраты и поощрять оказание высококачественной, экономически эффективной медицинской помощи. Различия заключаются в отдельных договорных условиях и классификациях, принятых в каждой стране. В Азербайджане ГАОМС оплачивает стационарное лечение в учреждениях, подведомственных ОУМТП, по затратам на каждый пролеченный случай и по КЗГ, и по глобальному бюджету для контроля затрат. Субсидии, выделяемые ГАОМС, покрывают разницу между заложенной в бюджет суммой и трансфертами, рассчитываемыми по объему предоставляемых услуг. На Кипре НИО сочетает метод оплаты по пролеченным случаям с балльной системой, направленной на сдерживание расходов.

Оплата за результат в дополнение к основному методу оплаты

Оплата за результат может быть важным способом противодействия отрицательным стимулам, свойственным отдельным методам оплаты, особенно таким, как постатейный бюджет и подушевая оплата, когда поставщики не заинтересованы в повышении качества оказываемых услуг. В Кыргызстане и Узбекистане оплата услуг поставщиков ПМСП в основном строится на подушевом принципе с доплатой за результат на основе заранее установленных показателей (Rechel et al., 2023).

В целом рассогласованность и сложность механизмов оплаты могут усложнять финансовое управление, планирование ресурсов и оценку эффективности в рамках системы, а также дезориентировать поставщиков. Например, в Таджикистане в разных районах применяются различные методы возмещения расходов поставщиков ПМСП. В одних районах используется модель оплаты за результат, в других – подушевая оплата, которая к тому же различается по ставкам в городских и сельских районах, что может прямо отражаться на качестве предоставляемых услуг.

► 2.4. Увеличение государственных ресурсов на здравоохранение: необходимость

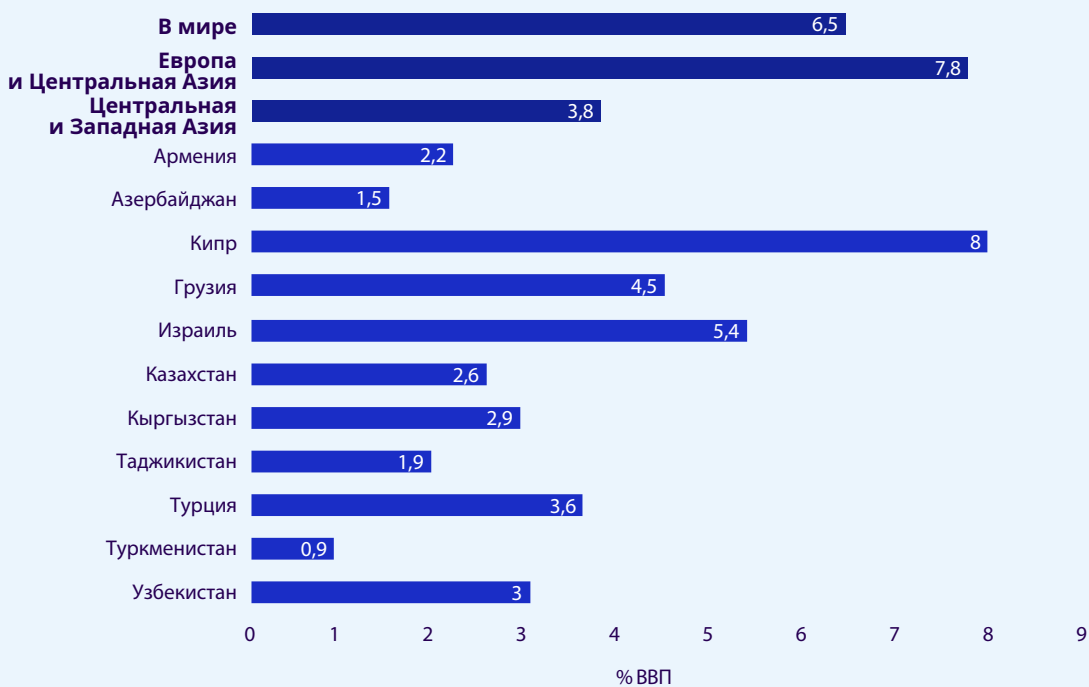
2.4.1. Важнейшая роль государственного финансирования

Тенденции в сфере государственных расходов

Государственные источники финансирования считаются наиболее подходящими для финансирования расходов на здравоохранение в соответствии с принципами солидарности в финансировании и общей и первичной ответственностью государства, закрепленной в Конвенции МОТ 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102), а также в Рекомендациях МОТ 1944 года о медицинском обслуживании (№ 69) и 2012 года о минимальных уровнях социальной защиты (№ 202). Относительная доля государственных ресурсов в национальных расходах на здравоохранение отражает коллективные усилия по расширению охвата здравоохранения. Объем ресурсов, выделяемых на здравоохранение в расчете на душу населения, также показывает степень приоритета, который население придает сектору здравоохранения (см. Рисунок 23).

Государственные расходы на здравоохранение в расчете на долю ВВП являются важным показателем, отражающим приоритетность здравоохранения в стране (Savedoff 2003)²⁹. В Центральной и Западной Азии большинство правительств тратят менее 5 процентов от ВВП на здравоохранение, а в шести странах эта доля составляет менее 3 процентов. Это свидетельствует о том, что ответственность за финансирование расходов на здравоохранение ложится на домохозяйства, что является крайне регрессивным методом финансирования медицинских услуг (см. Рисунок 24).

Рисунок 23. Внутренние государственные расходы на здравоохранение в процентном отношении к ВВП, Центральная и Западная Азия, 2021 г.



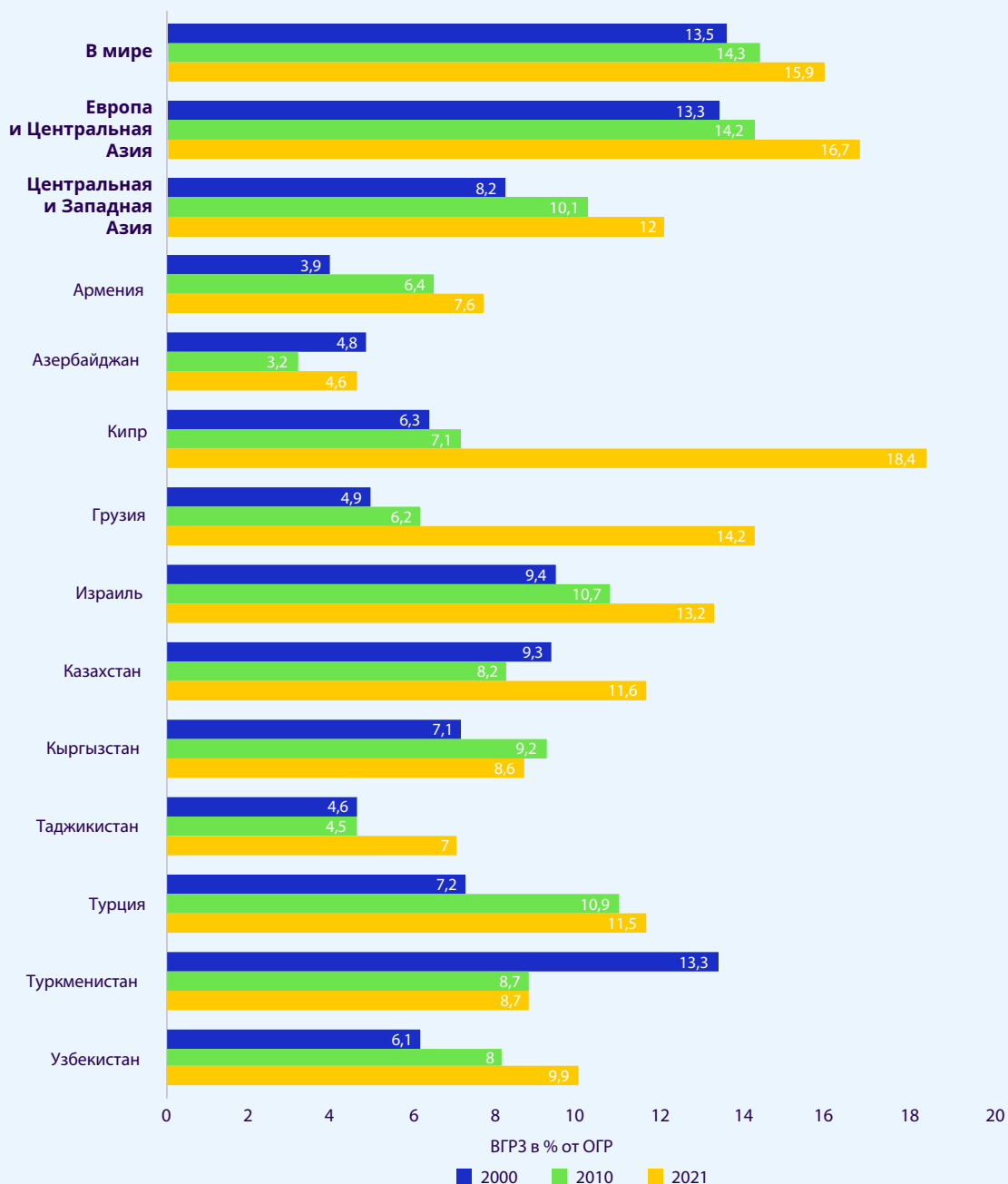
Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по ВВП.

Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Обеспечение адекватного финансирования из государственных источников для достижения всеобщего охвата медицинскими услугами требует устойчивости и предсказуемости источников финансирования. В некоторых странах со временем произошли многомерные изменения, приведшие к увеличению приоритета здравоохранения в общем объеме государственных расходов. Исторические траектории предоставляют полезные сведения для лучшего понимания слабых мест в текущих механизмах финансирования, которые удерживают страны на низких и стагнирующих уровнях государственных расходов. Рисунок 24 показывает общую возрастающую тенденцию в доле внутренних государственных расходов на здравоохранение (включая государственные расходы на здравоохранение из всех публичных источников, включая социальное медицинское страхование) в текущих расходах на здравоохранение, за исключением Кыргызстана и Туркменистана. На Кипре и в Казахстане такой рост в значительной степени стал результатом того, что обе страны начали собирать дополнительные взносы на социальное обеспечение, предназначенные для здравоохранения.

²⁹ Хотя пороговое значение в 5 процентов ВВП часто называют целевым показателем для выделения правительствами средств на цели здравоохранения для достижения ВОУЗ, адекватный уровень расходов зависит от многих факторов, таких как эпидемиологический профиль, желаемый уровень состояния здоровья, эффективность ресурсов медицинского назначения, приобретаемых по действующим ценам, а также относительная ценность и стоимость конкурирующих потребностей в социальных ресурсах. Исследование показало, что для достижения всеобщего доступа к ПМСП данный целевой показатель государственных расходов должен быть дополнен целевым показателем расходов на душу населения в размере 86 долларов США (Mcintyre et al., 2017).

Рисунок 24. Внутренние государственные расходы на здравоохранение (ВГРЗ) как процент от общих государственных расходов (ОГР) (%), Центральная и Западная Азия, 2000, 2010 и 2021 гг.



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по ВВП.

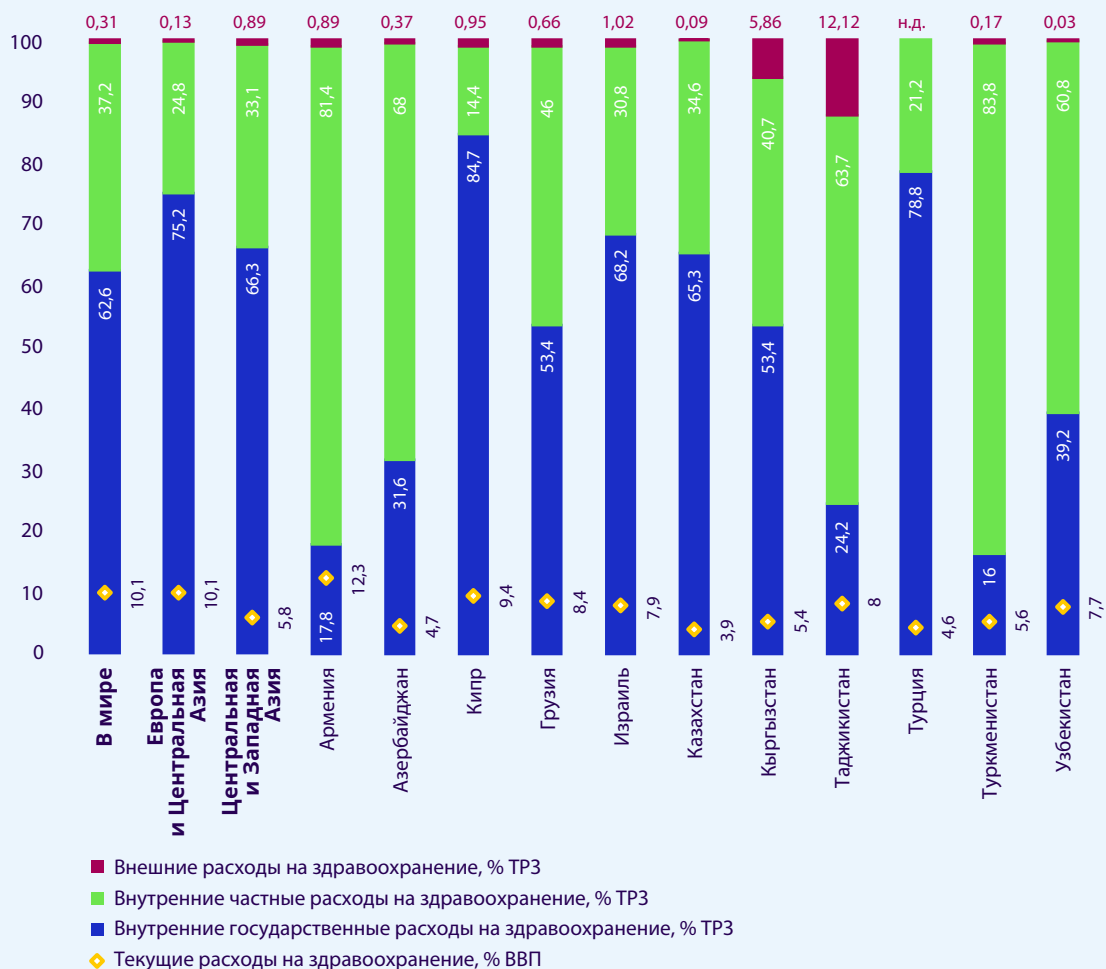
Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Значение доли государственных расходов в текущих расходах на здравоохранение

В целом государственные расходы в ЦЗА составляют большую часть расходов на здравоохранение, что соответствует глобальным и региональным тенденциям. Тем не менее за средним показателем по ЦЗА скрывается существенное различие между странами. Так, в семи странах из 11 государственные расходы составляют менее двух третей текущих расходов на здравоохранение (см. Рисунок 25). Израиль, Кипр, Казахстан и Турция – это четыре страны, в которых на государственные расходы приходится более двух третей ТРЗ, за ними следуют Грузия и Кыргызстан, которые покрывают за счет государственных ресурсов более половины ТРЗ, а пять других стран – менее 40 процентов ТРЗ. В Армении, Таджикистане и Туркменистане более трех четвертей ТРЗ поступает из частных источников, основная часть которых приходится на расходы за медицинское обслуживание из собственных средств домохозяйств, в то время как доля частного медицинского страхования в ТРЗ остается минимальной.

Государственные ресурсы, собранные внутри страны, могут быть дополнены внешними ресурсами. В этом отношении нормы МОТ признают важную роль международного сотрудничества в создании систем СЗЗ в странах с крайне ограниченными ресурсами. Однако такую внешнюю поддержку трудно обеспечивать в течение длительного времени, и в целом в ЦЗА они играют весьма небольшую роль.

Рисунок 25. Структура текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ) и их доля в ВВП (%), Центральная и Западная Азия, данные за 2021–2022 гг.



Примечание: глобальные и региональные оценки агрегированы по ТРЗ и ВВП для соответствующего показателя.

Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Незначительная роль частного медицинского страхования

В целом частное медицинское страхование играет незначительную роль в финансировании расходов на здравоохранение во всем мире, независимо от того, носит ли оно коммерческий или некоммерческий характер.

Существует несколько отличительных особенностей частного добровольного коммерческого медицинского страхования, которые ограничивают его вклад в обеспечение справедливости и эффективности финансовой защиты (MOT 2020g; готовится к публикации). Финансовые взносы в частные страховые компании, как правило, представляют собой индивидуальные премии, ставка которых рассчитывается с учетом характера риска, то есть суммы взносов зависят от состояния здоровья людей и выявленных рисков, а не от их способности платить взносы (Cichon et al., 1999b). Распространена практика применения стратегии «снятия сливок»³⁰, поэтому пожилым людям или людям с уже имеющимися заболеваниями обычно отказывают в страховом полисе или они вынуждены приобретать его по высокой цене. Размер премий также обычно бывает высоким, поскольку частные страховщики, как правило, являются коммерческими предприятиями, имеющими акционеров, которые оценивают их деятельность по полученной прибыли. Это приводит к тому, что частное добровольное коммерческое медицинское страхование, как правило, приобретают в основном наиболее обеспеченные группы населения с хорошим состоянием здоровья (ILO, 2021b; Mathauer I. and Kutzin J., 2018; Normand et al., 2009). Частное медицинское страхование может также привести к повышению стоимости обслуживания, если в нем используются методы и уровни оплаты услуг поставщиков менее эффективные, чем те, которые применяются в государственных программах с широкими пулами рисков. Это может произойти в случаях слабого разделения между частными медицинскими страховыми компаниями и частными поставщиками медицинских услуг, как, например, в Грузии, где частные медицинские страховщики владеют значительной долей частных медицинских учреждений.

В настоящее время во всем мире частное добровольное медицинское страхование в основном используется для предоставления добавочных или дополняющих пособий³¹ тем, кто может себе это позволить. Как таковое оно обычно не рассматривается в качестве способа для расширения охвата услугами здравоохранения и влияет в основном на доступ к дополнительным льготам или условиям, как, например, выбор поставщика медицинских услуг – часто это распространяется только на ограниченные группы населения. Иногда этот вид страхования называют добавочным (top-up). Как показано на Рисунке 26, в 2021 г. доля добровольного медицинского страхования составляла более 5 процентов от текущих расходов на здравоохранение только в трех странах (Грузия, Израиль и Туркменистан). В Грузии сравнительно более высокая доля (5,8 процента ТРЗ в 2021 г.) связана с исключением из государственной программы ВОУЗ всех тех, чей годовой доход домохозяйства превышает 40 тысяч грузинских лари (т. е. менее 15 000 долларов США в год)³² – это сравнительно небольшая группа около 1 процента населения. В Израиле высокая доля ДМС и ЧМС играют взаимодополняющую роль, поскольку правительство жестко регулирует возможность предлагать дополнительные услуги, при том что государственная система обеспечивает практически всеобщий охват (Brammli-Greenberg and Waitzberg, 2020). Рост или распространение спроса на ЧДМС может быть сигналом неадекватности пакета медицинских услуг, предлагаемых государственными программами, и подчеркивает важность периодического пересмотра и постепенного расширения пакетов медицинской помощи по мере экономического и технологического роста страны.

Хотя частное страхование может восполнить эти пробелы, оно не является механизмом перераспределения, поскольку его поступления не объединяются с другими социальными или частными программами страхования. Оно не способствует укреплению солидарности и справедливости

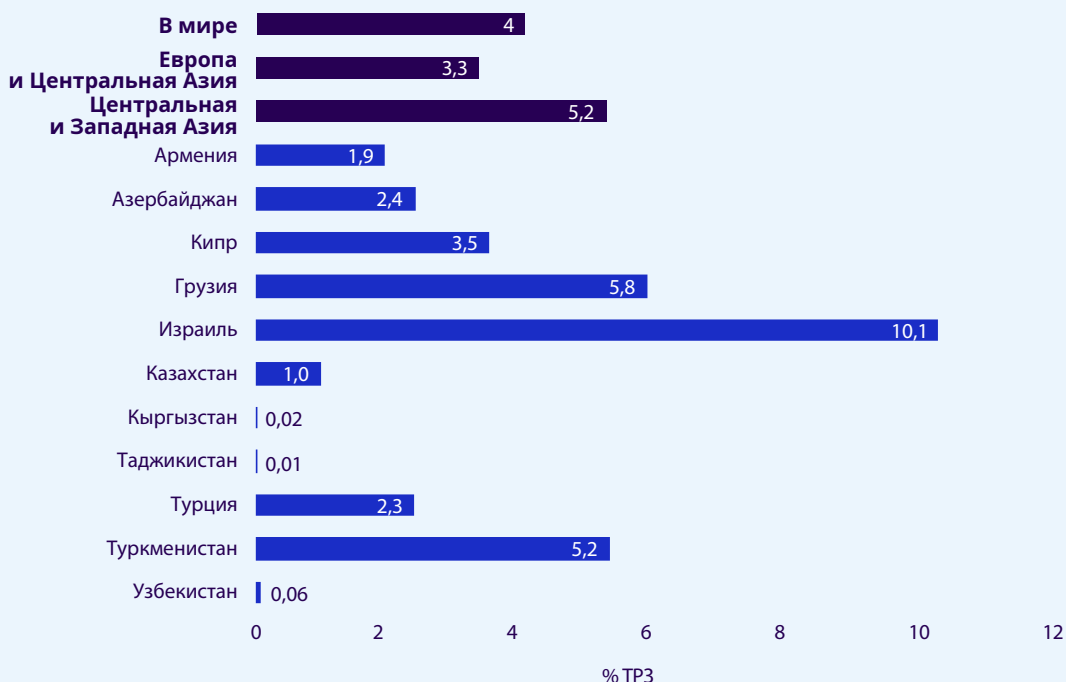
³⁰ Практика отбора клиентов на основе их хорошего состояния здоровья или низкого уровня риска для здоровья с целью повышения прибыльности страховой компании.

³¹ Модель дополнительного страхования используется для покрытия расходов на услуги, которые не полностью покрываются государственными программами (соплатежи), или услуги, не включенные в объем государственных гарантий (например, стоматологические услуги и некоторые медикаменты); добавочная – используется для улучшения доступа к услугам (например, сокращение времени ожидания, обращение к специалисту без направления); замещающая – для охвата исключенных групп населения или тех, кто может отказаться от участия в государственной программе.

³² В 2023 г. средняя годовая зарплата была чуть ниже 25 000 лари.

и, наоборот, может способствовать усилению неравенства в доступе (ILO, 2020f). Необходимо обеспечить государственный надзор, контролировать рост размеров премий и гарантировать защиту потребителей. Также необходимо жесткое регулирование для обеспечения того, чтобы население не могло отказаться от участия в программах обязательного медицинского страхования, что нанесло бы ущерб государственным механизмам объединения и распределения рисков.

Рисунок 26. Расходы на добровольное медицинское страхование в процентах от ТРЗ (%), Центральная и Западная Азия, 2021 г.



Примечание: глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по ТРЗ.

Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Дефицит финансирования социальной защиты в Центральной и Западной Азии

Минимальный уровень социальной защиты (МУСЗ) должен включать в себя необременительный доступ к основному медицинскому обслуживанию и предоставлять пять видов денежных пособий, обеспечивающих минимальный уровень поддержки доходов на протяжении всей жизни: в случае безработицы, по старости, материнству, инвалидности и на детей. В Центральной и Западной Азии это пока не реализовано, и предполагается, что странам подрегиона потребуются мобилизовать дополнительные 2,5 процентных пункта выше регионального среднего уровня ВВП для гарантии социальной защиты (см. Рисунок 27). Это особенно актуально для стран Центральной и Западной Азии, учитывая низкий уровень охвата социальной защитой для некоторых пособий.

Рисунок 27. Дефицит финансирования пособий по социальной защите (пять видов денежных пособий) и основных услуг здравоохранения в год, в процентах от ВВП, Центральная и Западная Азия (за исключением стран с высоким уровнем дохода), 2024 г.



Примечание: денежные пособия по социальной защите представляют собой минимальный уровень денежной поддержки в случае безработицы, по старости, материнству, инвалидности и на детей. Глобальные и региональные агрегированные показатели взвешены по ВВП. Глобальные оценки основаны на данных 133 стран с низким и средним уровнем дохода. Приведенная разбивка не охватывает страны с высоким уровнем дохода.

Источник: Cattaneo et al. (2024).

Для достижения целей всеобщей, адекватной и всеобъемлющей защиты необходимо преодолеть гораздо более существенный разрыв, что говорит о настоящей необходимости расширения бюджетного пространства для социальной защиты и здравоохранения. В следующем разделе рассматриваются способы, которые страны субрегиона использовали для создания такого пространства.

2.4.2. Пути мобилизации ресурсов для социальной защиты здоровья

Доводы о том, что социальная защита здоровья обществу не по карману, становятся все менее убедительными. На самом деле страны не могут позволить себе не иметь СЗЗ и должны инвестировать в устойчивые и оперативно реагирующие на потрясения системы социальной защиты, чтобы обеспечить справедливое восстановление экономики после пандемии COVID-19 и смягчить последствия изменений, вызванных климатическим кризисом. По мере роста доходов появляются дополнительные ресурсы, поэтому национальная политика, законы и институты должны адаптироваться, чтобы обеспечить резервирование этих ресурсов для выполнения национальных обязательств по обеспечению адекватной социальной защиты здоровья. Этого можно добиться за счет расширения бюджетного пространства, т. е. за счет ресурсов, полученных в результате активного изыскания и использования правительством всех возможных источников доходов (Ortiz et al., 2015). Существует множество способов расширения бюджетного пространства для СЗЗ, предусматривающих различные источники финансирования.

В этом разделе подчеркивается, что именно политическая воля определяет мобилизацию бюджетных средств на нужды здравоохранения, социальной защиты и, в частности, СЗЗ. Здесь также приводится обзор возможных стратегий, направленных на увеличение объемов государственных средств, выделяемых на эти цели, в том числе:

- Повышение эффективности существующих ассигнований за счет экономии – иногда необходимо выполнить это требование для того, чтобы получить дополнительные ресурсы.
- Мобилизация дополнительных государственных доходов за счет i) расширения налоговой базы для прогрессивного налогообложения предприятий и домохозяйств, ii) введения дополнительных налогов, iii) изыскания других дополнительных мер для мобилизации средств, iv) приоритизации здравоохранения в государственном бюджете.
- Привлечение дополнительных доходов в государственный бюджет за счет налогов на здравоохранение, которые сами по себе могут принести пользу общественному здоровью, а также, как показывает опыт других регионов, могут быть зарезервированы на цели здравоохранения и социальной политики.
- Привлечение дополнительных целевых поступлений за счет взносов на социальное обеспечение.
- Мобилизация внешних ресурсов на цели здравоохранения.

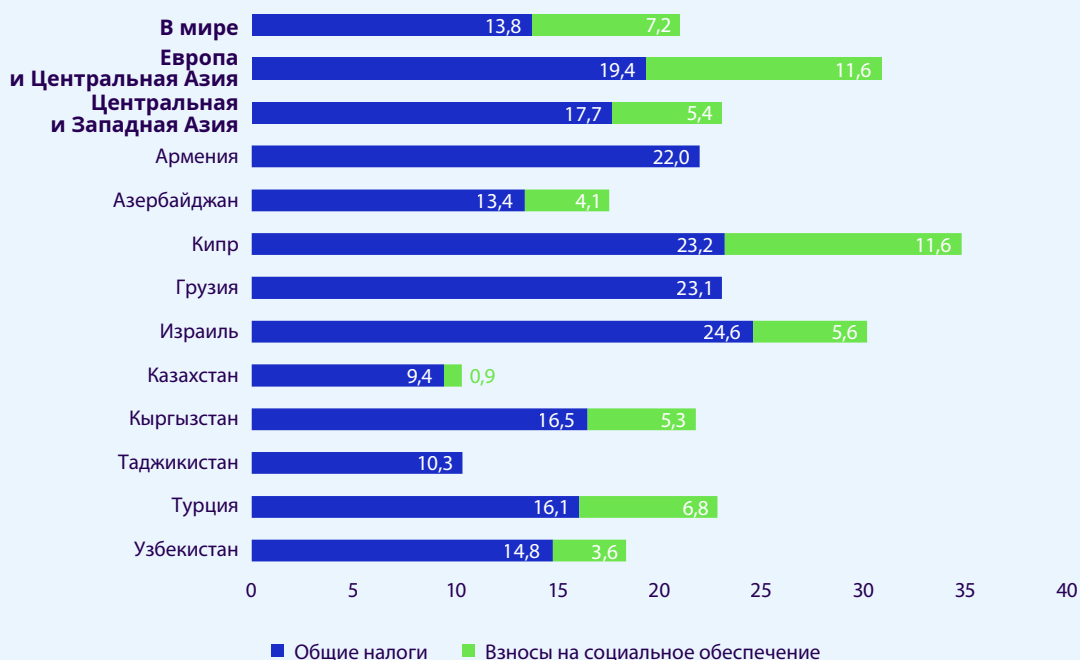
Возможности реализации некоторых из этих методов могут быть шире в одних странах, чем в других, и зависят от ситуации в стране, политики, экономики и исторического пути развития стран.

Политическая воля стимулирует мобилизацию финансовых средств

Сильная и стабильная политическая воля имеет решающее значение для успешной реализации стратегий законодательного оформления и практического осуществления СЗЗ, а также для выделения необходимых ресурсов. В конечном счете бюджет, выделяемый на здравоохранение и обеспечение социальной защиты для всех, зависит от политической идеологии, а не от уровня развития (ВВП на душу населения) или величины бюджета страны (государственные расходы в процентах от ВВП) (Ortiz I. et al., 2019). На Рисунке 28 представлены государственные доходы (включая как доходы от общего налогообложения, так и взносы на социальное обеспечение) в процентах от ВВП в странах ЦЗА. Здесь соотношение налогов к ВВП по меньшей мере на 10 процентных пунктов ниже среднего показателя по ОЭСР, что указывает на необходимость усиления мер по повышению собираемости государственных доходов (ОЭСР, 2021). Без таких усилий объем средств, выделяемых на различные направления государственной политики, становится ограниченным, и секторы здравоохранения, образования и социальной защиты, как правило, начинают конкурировать между собой за ресурсы, подрывая их взаимоусиливающий эффект.



Рисунок 28. Доля налоговых поступлений (включая взносы на социальное обеспечение) в ВВП (%), Центральная и Западная Азия, последний год, за который имеются данные с 2020 по 2022 г.



Примечание: данные по налоговым поступлениям и социальным взносам в процентах от ВВП отсутствуют по Туркменистану. Данные по социальным взносам относятся к 2021 г., а налоговые поступления – к 2020–2022 гг.; Таджикистан и Узбекистан (2020), Азербайджан, Армения, Израиль, Казахстан, Кипр и Кыргызстан (2021), Грузия и Турция (2022). Глобальные и региональные сводные данные взвешены по ВВП.

Источник: на основе данных Индикаторов мирового развития Всемирного банка.

При наличии сильной политической воли увеличение государственных доходов не является недостижимой целью. Обоснованные реформы налогово-бюджетной политики необходимы не только для увеличения этого показателя, но и для сокращения неравенства в доходах за счет повышения ставок прогрессивной шкалы налогообложения (МОТ, готовится к публикации) и соблюдения обязательств по сбору налогов. В этих целях необходимо сократить зависимость от косвенных налогов, которые чаще всего носят регрессивный характер, и усилить прямое налогообложение. Несколько стран со средним уровнем дохода успешно добились стабильной мобилизации государственных ресурсов, выделяемых на расширение охвата населения СЗЗ, закрепив это в законодательстве.

Среди имеющихся вариантов целевые поступления играют важную роль в финансировании СЗЗ. Доводы за и против целевых поступлений многочисленны. В целях обеспечения положительных результатов политика распределения доходов по назначению может варьироваться в зависимости от условий в стране, политических приоритетов и бюджетных процессов. Необходимо тщательно анализировать влияние, которое резервирование средств на цели СЗЗ может оказать на фискальную политику и на управление государственными финансами. В любом случае целевые поступления позволяют министерствам здравоохранения и учреждениям социального обеспечения получать стабильные доходы. В отсутствие структурированного планирования и четкой координации политики и бюджетного процесса или при наличии конкурирующих политических интересов целевые ассигнования защищают учреждения от риска недофинансирования и бессистемных решений. Они также способствуют усилению подотчетности. Целевое использование налоговых поступлений, таких как взносы на социальное обеспечение, налоги на здравоохранение и другие налоги, способствует достижению целей. В то же время необходимо комбинировать различные источники финансовых средств для того, чтобы структуры СЗЗ, независимо от их институционального устройства, получали достаточный объем диверсифицированных поступлений, гарантирующих их устойчивость и справедливость.

Стратегии повышения эффективности

Снижение фрагментации и улучшение административных процессов

Там, где государственные средства на СЗЗ ограничены, а охват населения неполный, важно повышать эффективность использования имеющихся ресурсов. Данные свидетельствуют о том, что значительная часть расходов на здравоохранение могла бы быть использована более эффективно, например, в странах ОЭСР, где пятая часть всех ресурсов, потраченных на здравоохранение, не вносит никакого вклада в улучшение показателей здоровья (ОЭСР, 2017).

Одной из стратегий повышения эффективности может стать сокращение фрагментации закупочных агентств. Так, в Турции путем слияния нескольких разрозненных программ создана национальная система медицинского страхования; одной из целей такого слияния было повышение эффективности (см. Вставку 12).

► **Вставка 12. Слияние страховых программ в Турции: обоснование, процесс и результаты**

В период с конца 1990-х до начала 2000-х гг. финансирование прежней системы СЗЗ в Турции было неадекватным и несправедливым. В ней было пять различных страховых программ, предоставлявших разные пакеты услуг, и уровень государственных средств, выделяемых на здравоохранение, был низким. Признавая необходимость перемен, в 2003 г. правительство Турции инициировало Программу трансформации здравоохранения (ПТЗ).

В рамках ПТЗ в период с 2008 по 2010 г. в соответствии с законом «О социальном страховании и общем медицинском страховании» была создана Программа общего медицинского страхования (ПОМС), объединившая различные существующие страховые фонды в единую систему под управлением Института социального обеспечения (SGK). В 2008 г. три программы – Организация социального страхования, Вај-Kur³³ и Пенсионный фонд государственных служащих – были переданы в ведение SGK, а в 2010 и 2012 гг. к ним присоединились Программа медицинского страхования государственных служащих и «Зеленая карта» соответственно.

Несмотря на политические препятствия, слияние стало возможным благодаря решимости Великого национального собрания Турции и настойчивости команды ПТЗ. Внедрение ПОМС привело к значительному улучшению в плане справедливости в сфере здравоохранения и финансовой защиты населения (Menon et al., 2013). В период с 2000 по 2008 г. доля платежей из собственных средств в ПТЗ снизилась с 29 до 19 процентов, а к 2020 г. она стабилизировалась ниже 18 процентов. (Всемирный банк, н.д.). Кроме того, объединение страховых программ улучшило координацию в системе здравоохранения благодаря использованию единой информационной системы.

Стратегические закупки медицинских услуг вместе с переходом от постатейных бюджетов или платы за услугу (FFS) к методу перспективной оплаты, как и эффективные закупки лекарственных средств могут улучшить использование ресурсов и контроль над затратами (Раздел 2.3).

Рационализация административных процессов может быть обеспечена за счет их упрощения и интеграции в рамках всей системы социальной защиты, как, например, в Кыргызстане, где существует единый социальный фонд, или АСО в Грузии. Так, с целью улучшения координации деятельности и сокращения административных расходов за счет повышения экономии на масштабе АСО выступает в качестве покупателя медицинских услуг и администратора программ социального развития, таких как предоставление ваучеров (в том числе для медицинского страхования), социальная помощь, пенсии и опекунов. Некоторые страны также добились успехов в реализации мер, основанных на новых технологиях. Армения, например, планирует расширить использование существующей электронной системы здравоохранения ARMED в качестве основного компонента плана по повышению эффективности и ускорению реформы первичной медико-санитарной помощи (см. Вставку 13).

³³ Вај-Kur – это программа, предназначенная для самозанятых, ремесленников и организованных групп, которая до мая 2006 г. была в ведении Министерства труда и социального обеспечения (Bazyar et al., 2020).

► Вставка 13. Тематическое исследование на примере Армении: ARMED

В 2017 г. в Армении была запущена общенациональная электронная информационная система здравоохранения ARMED. В настоящее время ARMED функционирует примерно в 560 медицинских учреждениях, шести частных страховых компаниях, а также в Государственном агентстве здравоохранения (ГАЗ) при министерстве здравоохранения. Хотя все медицинские учреждения, работающие по контракту с министерством здравоохранения, используют ARMED для упрощения процедуры подачи заявок в рамках предоставления услуг по базовому пакету медицинских услуг (БПМУ), система также доступна для пациентов, обращающихся за медпомощью к государственным и частным поставщикам. Проект создания ARMED входит в осуществляемый правительством Армении трехлетний план действий по развитию системы электронного здравоохранения – eHealth, предусматривающий полномасштабное внедрение модулей для оформления электронных рецептов и направлений. Интеграция ARMED с реестром населения позволяет в режиме реального времени проверять персональные данные пациентов.

Экономическое обоснование укрепления здоровья и профилактики заболеваний

Мероприятия по укреплению здоровья населения направлены, как правило, на устранение поведенческих факторов риска, обусловленных характером питания и недостаточной физической активностью, на укрепление психического и репродуктивного здоровья и предупреждение травматизма; они предоставляют людям возможности усиливать контроль над своим здоровьем. Первичная профилактика помогает выявить или предотвратить серьезные заболевания, а вторичная – уменьшить вероятность его перехода в серьезную форму. Она включает в себя популяционные и индивидуальные мероприятия, такие как программы иммунизации, обогащение пищевой продукции микронутриентами и назначение диетических добавок, научно обоснованные программы скрининга для раннего выявления заболеваний (Caron R.M. et al., 2023). Эти мероприятия не только способствуют реализации права на здоровье, но и являются экономически целесообразными, поскольку рост числа заболеваний и их серьезность сопряжены с высокими издержками. Включение услуг по укреплению здоровья и профилактике в программу СЗЗ с выделением бюджета на эти мероприятия, несомненно, является эффективным механизмом снижения затрат, а здоровое население обеспечивает более высокую производительность труда.

Существуют подтверждения экономической эффективности профилактических мер, направленных на борьбу с табакокурением и алкоголизмом, улучшение рациона и качества питания людей, позволяющих предотвращать ожирение, и на поощрение физической активности. В этом контексте большое значение приобретают мероприятия по предотвращению дорожно-транспортных происшествий и нейтрализации воздействия вредных химических факторов на окружающую среду. Комбинация этих мероприятий может обеспечить дополнительную пользу для здоровья, оставаясь при этом экономически целесообразными (ВОЗ, 2015с). В Центральной и Западной Азии НИЗ являются одной из основных проблем здравоохранения, и мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний могут сыграть эффективную роль в снижении уровня их распространенности (Раздел 1.3). Некоторые страны, такие как Казахстан, включили в ГОБМП услуги по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, которые предоставляются бесплатно всему населению по месту медицинского обслуживания. Эти услуги включают диспансеризацию для раннего выявления заболеваний; пропаганду здорового образа жизни и повышение медицинской грамотности; профилактические прививки; ведение и контроль беременности; доступ к чистой воде и санитарии; санитарно-профилактические мероприятия в отношении инфекционных болезней; а также диагностику и профилактику ВИЧ и туберкулеза (Раздел 1.3.1). Внедрение комплексного подхода, включающего повышение информированности о нездоровом образе жизни, улучшение мероприятий по предупреждению НИЗ, раннее выявление заболеваний и обследование, а также обеспечение доступа населения к услугам первичной медико-санитарной помощи, может значительно снизить расходы на медицинскую помощь (ВОЗ, 2022e).

Необходим комплексный подход, охватывающий налогово-бюджетную политику, регулирование и улучшение доступа к информации о здоровье, который должен стать неотъемлемой частью более широкой стратегии по расширению бюджетного пространства.

Повышение нецелевых поступлений за счет расширения налоговой базы и обеспечение приоритетности здравоохранения

Увеличение государственных ресурсов может не принести пользы сектору здравоохранения, если здравоохранению не будет присвоен высокий приоритет на уровне политики и не будут приняты соответствующие законы. Для того чтобы директивные органы уделяли приоритетное внимание здравоохранению при распределении государственных ресурсов, законодательство должно явно предусматривать четко прописанные права, связанные с СЗЗ. Азербайджан, Армения, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Таджикистан, Турция и Узбекистан закрепили в законодательстве и в подзаконных актах конкретные цели ВОУЗ, которые служат обоснованием для выделения ассигнований из дополнительных, привлеченных государством, ресурсов.

Расширение налоговой базы за счет формализации

В странах Центральной и Западной Азии существуют значительные различия в масштабах неформальной экономики (Раздел 1.2). В то время как на Кипре экономика почти полностью формализована, в Турции на нее приходится менее трети от всей численности занятых, а в Армении, Грузии и Кыргызстане – более 50 процентов. Значительные размеры неформальной экономики уменьшают налоговую базу, особенно в случае пропорционального или прогрессивного механизмов налогообложения, которые обычно применяются к доходам домохозяйств и предприятий. В связи с этим страны с высоким уровнем неформальной занятости, как правило, имеют ограниченные возможности для мобилизации государственных ресурсов посредством сбора налогов на доходы/прибыль и отчислений на социальное обеспечение.

Поддержка формализации экономики – это залог обеспечения достойного труда и справедливости для всех, это также и предпосылка для расширения охвата налогами на прибыль и доходы. В Рекомендации МОТ 2015 года о переходе от неформальной к формальной экономике (№ 204) излагаются стратегии и направления политики, которые страны могут принять для поддержания этого перехода. Формализация экономики – это длительный процесс, требующий внедрения комплекса хорошо скоординированных мер, которые в основном не относятся к сфере здравоохранения, и это подчеркивает необходимость межсекторального взаимодействия. Оценка и диагностика факторов, характерных причин и обстоятельств неформальности являются основой для разработки и внедрения законодательной и нормативной базы, направленной на решение проблемы неформальности на основе трехсторонних консультаций. Это должно сопровождаться разработкой и реализацией национальной политики занятости, способствующей созданию достойных и продуктивных рабочих мест. Следует обратить внимание на то, что даже официально зарегистрированные самозанятые работники декларируют лишь часть своих доходов. Для содействия эффективному и оперативному переходу от неформальной к формальной экономике, в том числе самых слабозащищенных групп работников, необходимо создавать стимулы для соблюдения законов. Кроме того, необходимо ввести эффективные санкции, направленные на борьбу с уклонением от уплаты налогов и нерегулярным перечислением взносов на социальное страхование (см. Вставку 14).

► Вставка 14. Меры, принимаемые в Турции для формализации сирийских работников

После гражданской войны в Сирии в 2011 г. Турция приняла большую часть сирийских беженцев. Турецкое правительство открыло им доступ к образованию, здравоохранению, социальным услугам и рынку труда. Признавая необходимость долговременных подходов, начиная с 2016 г. правительство предоставило беженцам возможность получать разрешение на работу в Турции через своих работодателей.

В период до 2016 г. правительство Турции уже проводило ряд программ, направленных на поощрение формализации³⁴. В рамках этих программ в течение ограниченного периода времени предприятиям в формальном секторе экономики, желающим оформить одного или нескольких работников, занятых в тот период неформально, предоставлялась субсидия на уплату взносов в фонд социального обеспечения. Правительство приняло решение включить беженцев в эту программу в рамках активизации усилий по улучшению условий жизни и труда беженцев по Программе реагирования на проблемы беженцев. В период с 2017 по 2021 г. эта инициатива способствовала официальному трудоустройству тысяч людей как из числа беженцев, так и из принимающих общин. В рамках программы работодателям были предоставлены стимулы для оплаты разрешений на работу и взносов на социальное обеспечение для 2340 сирийских беженцев. Это позволило официально трудоустроить 4500 человек из числа беженцев и местного населения (МОТ, н.д.).

Необходимо прилагать усилия для содействия переходу малых предприятий и самозанятых работников из неформальной экономики в формальную. Действительно, формализация часто сопряжена с определенными затратами и административными процедурами (расходы на регистрацию бизнеса, налоги на прибыль/доход, взносы на социальное обеспечение, вознаграждение членам семьи, работающим на предприятии, где это применимо), которые могут представляться слишком обременительными по сравнению с непосредственной отдачей, которую могут получать малые предприятия (долгосрочная отдача может заключаться в доступе к государственным рынкам, участию в техническом образовании и профессиональной подготовке, удержании работников и т. д.). Некоторые страны создали режимы условного налогообложения и централизованную систему «единого окна» для регистрации бизнеса и выполнения налоговых обязательств. Это часто требует согласия налоговых органов на введение единого налога, который часто субсидируется для некоторых категорий предприятий. Например, для стимулирования формализации в Казахстане был введен специальный налоговый режим для самозанятых, предусматривавший выплату единого совокупного платежа, в который включены подоходный налог и социальные отчисления (взносы в ОСМС и др.).

► Вставка 15. Распространение охвата социального обеспечения на неформальных работников с помощью Единого совокупного платежа (ЕСП) в Казахстане

В Казахстане на неформальную экономику приходится значительная доля общей занятости (63,2 процента). Правительство предприняло шаги по сокращению неформальности и ввело упрощенный механизм, который объединяет различные налоговые обязательства и взносы на социальное обеспечение (социальное медицинское страхование, а также долгосрочные пособия, такие как пенсии) в единый платеж – Единый совокупный платеж (ЕСП). Таким образом, самозанятые работники могут делать единый взнос по более низкой общей ставке, чем если бы они оплачивали отдельно каждый компонент пакета.

Источник: МОТ (2018).

³⁴ <https://documents1.worldbank.org/curated/en/685191642611488161/pdf/The-Effects-of-Subsidizing-Social-Security-Contributions-Job-creation-or-Informality-Reduction.pdf>.

Введение других налогов

Введение налогов в секторах, которые ранее не облагались налогом, может обеспечить дополнительные доходы для финансирования социальных расходов, включая СЗЗ и другие меры политики.

Все больше стран рассматривают возможность введения схем налогообложения финансового сектора, включая налоги на финансовые операции (НФО), которые определяются как «минимальный налог, взимаемый с различных видов финансовых инструментов и услуг, таких как акции, облигации, операции с иностранной валютой, деривативы, банковские операции по дебету и кредиту, а также другие виды банковских услуг» (Ortiz et al., 2019). Несмотря на растущее число призывов к введению НФО, этот механизм не получил широкого распространения среди стран Центральной и Западной Азии: только Турция и Кипр взимают НФО (Asen, 2021; Dowd C., 2020; Ortiz I. et al., 2019).

Налоги на недвижимость широко распространены в странах ОЭСР, но в большинстве развивающихся стран составляют небольшую долю ВВП. Они являются стабильным источником дохода, от них трудно уклониться, и они не ущемляют интересы беднейших слоев населения, поскольку бремя налога на недвижимость обычно ложится на домохозяйства со средним и высоким доходом. Налог на недвижимость был введен в Кыргызстане с 2009 г. для компаний и физических лиц в дополнение к существующему земельному налогу (Ortiz I. et al., 2019).

Налоги, которыми облагаются природные ресурсы и добывающие отрасли, направляются на социальные нужды и становятся дополнительными источниками дохода, на которые следует обратить пристальное внимание, особенно в условиях климатического кризиса. Однако налогообложение природных ресурсов нестабильно из-за колебаний цен на мировом рынке и изменения структуры потребления, поэтому его следует сочетать с налогообложением других ресурсов. К другим инновационным налогам в секторах, которые ранее не облагались налогом, относятся налоги на выигрыш и на охрану окружающей среды. В контексте климатического кризиса следует более внимательно изучить такие инструменты, а также рассмотреть возможность их использования для финансирования систем социальной защиты здоровья, учитывающих климатические особенности (MOT, готовится к публикации).

Использование доходов публичных компаний

Ряд стран Центральной и Западной Азии обладают значительными природными ресурсами, и некоторые из них направляют на здравоохранение доходы, получаемые публичными компаниями в результате эксплуатации этих ресурсов. В Азербайджане основным источником финансирования здравоохранения являются доходы от продажи публичными компаниями нефти и газа, которые особенно чувствительны к внешним потрясениям, связанным с колебаниями цен. В частности, в 2010 г. в стране наблюдались колебания расходов на здравоохранение, когда государственные расходы на здравоохранение сократились отчасти в связи с нестабильностью цен на нефть. Для решения этой проблемы страна создала многогранную систему, в которой доходы от нефти и газа дополняются налогами на алкогольные напитки и табачные изделия, а также взносами на социальное обеспечение.

Дополнительные возможности

В рамках международного и регионального сотрудничества следует обратить внимание на стратегии борьбы с коррупцией, уклонением от уплаты налогов и незаконным оборотом финансовых средств. Так, Таджикистан предпринял важные шаги по повышению уровня соблюдения налогового законодательства и сокращению уклонения от уплаты налогов предприятиями, используя стратегию интеграции услуг по уплате налогов для снижения административного бремени (Wilkes J. and Goroshko A., 2023). Значимую роль играет транснациональное сотрудничество между налоговыми органами, способствующее политическому диалогу и лучшему выявлению случаев уклонения от уплаты налогов. В рамках этих усилий ОЭСР запустила Стамбульский план действий по борьбе с коррупцией, который был разработан при участии Кыргызстана и Таджикистана и направлен на снижение уровня коррупции в Центральной Азии путем

реализации субрегиональной программы экспертной оценки в соответствии с Конвенцией ООН против коррупции (The Royal United Services Institute, 2017).

Кроме того, правительства могут использовать как налогово-бюджетную, так и денежно-кредитную политику для привлечения и поддержания инвестиций в системы социальной защиты и в сектор здравоохранения. Налогово-бюджетная политика включает в себя государственные доходы и расходы, см. выше в этом разделе, а денежно-кредитная политика касается денежной массы и процентных ставок. При макропруденциальном регулировании потоков капитала и поддерживающей роли государственного обеспечения общественных благ, таких как здравоохранение и образование, страны могут приспособиться к умеренной инфляции и бюджетному дефициту; это означает, что пороговые значения инфляции и дефицита – это политический выбор, предоставляющий правительствам определенную степень гибкости при разработке денежно-кредитной и налогово-бюджетной политики, направленных на обеспечение занятости и социальной защиты (Ortiz et al., 2019). В этом отношении не все страны ЦЗА имеют одинаковое пространство для маневра: если в Армении и Грузии уровень инфляции в 2023 г. был ниже трех (3) процентов, то в Казахстане и Кыргызстане инфляция превышала десять процентных пунктов (МВФ, 2024).

Сбор целевых поступлений по линии взносов на социальное обеспечение

Взносы на социальное обеспечение прямо предназначены для покрытия расходов на здравоохранение и снижение бремени расходов на медицинскую помощь, ложащегося на домохозяйства, путем перераспределения и объединения рисков. Взносы на социальное обеспечение, перечисляемые в системы социального медицинского страхования, представляют собой целевые номинальные финансовые платежи в специальный фонд или учреждение, автономно управляющее этими средствами. Социальные взносы могут взиматься с работников, работодателей и правительств. Социальные взносы на цели здравоохранения часто отчисляются и с других видов социального страхового обеспечения, таких как пенсия по старости, пенсия по потере трудоспособности при производственной травме, пособие по безработице, пособие по беременности и родам, пенсия по инвалидности и др.

Взносы на социальное обеспечение должны рассчитываться таким образом, чтобы каждый человек платил в соответствии со своими возможностями, а права на получение пособий были равными для всех в соответствии с принципом солидарности в финансировании и в зависимости от потребностей. Взносы на социальное обеспечение, согласно рекомендациям, содержащимся в нормах МОТ, должны устанавливаться таким образом, чтобы обеспечивать справедливость и солидарность, и, следовательно, носить прогрессивный характер (МОТ, 2021b, 2020g, готовится к публикации).

Исторически сложилось так, что модели финансирования, гарантирующие необременительный доступ к медицинскому обслуживанию, принято называть моделью Бисмарка и моделью Бевериджа, имея в виду национальные модели финансирования, выбранные в свое время Германией и Великобританией. Отличительными чертами этих двух моделей были, главным образом, источники финансирования и способ предоставления услуг – либо напрямую, либо через поставщиков на договорной основе. В модели Бисмарка работодатели, работники и правительство вносили обязательные взносы в систему социального медицинского страхования, управление которой осуществлялось на основе широкого участия сторон и которая финансировала доступ охваченного населения (работников, пенсионеров и их иждивенцев) к государственным и частным медицинским учреждениям. В модели Бевериджа доступ к бесплатным или в значительной степени субсидируемым медицинским услугам был гарантирован всему населению в рамках сети поставщиков, финансированием и управлением которых занималось непосредственно министерство здравоохранения. Такое устройство не соответствует реальному состоянию финансирования и институциональных механизмов, существующих в большинстве стран, в том числе в ЦЗА. Кроме того, различия, проведенные между этими двумя моделями, не позволяли прогнозировать результаты относительно эффективности и адекватности СЗЗ (МОТ, 2020f; 2021g; готовится к публикации).

Шесть из 11 стран ЦЗА собирают взносы в систему социального медицинского страхования и еще в двух странах обсуждается или уже принято соответствующее законодательство. В их число входят четыре страны, где государственные расходы составляют не менее двух третей ТРЗ и охват социальным медицинским страхованием является обязательным для всего населения без возможности отказа. На Кипре и в Казахстане недавнее увеличение государственных расходов на здравоохранение стало возможным благодаря дополнительному сбору взносов на социальное медицинское страхование. Специалисты отмечают, что это возможно только в том случае, если эти взносы поступают в качестве дополнительных ресурсов в контексте приоритизации сектора здравоохранения, а не рассматриваются как способ сократить существующие бюджетные ассигнования. На практике средства от взносов на социальное медицинское обеспечение должны обязательно сочетаться с другими ресурсами и должны дополнять, а не заменять адекватное распределение государственных ресурсов в рамках более широкого комплекса финансирования. Сочетание ассигнований из общегосударственного бюджета и целевых поступлений от взносов на социальное обеспечение в структуре источников финансирования может принимать следующие формы:

- Налоговые поступления и взносы на социальное обеспечение могут использоваться для покрытия различных статей расходов. Так, во многих странах взносы на социальное обеспечение используются для оплаты услуг, в то время как налоги – для предоставления субсидий поставщикам услуг на финансовое обеспечение определенных затрат, таких как расходы на персонал или капитальные затраты. Так обстоит дело в большинстве стран ЦЗА, которые взимают социальные взносы на здравоохранение.
- Налоговые доходы могут использоваться для субсидирования социальных взносов на здравоохранение отдельных категорий населения, а иногда и для отмены соплатежей (Раздел 1.2), как, например, в Азербайджане, Казахстане, на Кипре и в Турции.
- Налоговые доходы могут использоваться для проведения мер в интересах отдельных групп населения либо всей первичной медико-санитарной помощи, тогда как социальные взносы могут использоваться для финансирования более высоких уровней медицинской помощи, как, например, в Казахстане и Кыргызстане. Как отмечалось в Разделах 1.2 и 1.3, это требует тщательной проработки, поскольку права на оба вида медицинской помощи должны быть всеобщими и гарантировать равный и необременительный доступ к здравоохранению.

Будучи предсказуемым источником дохода, взносы на социальное обеспечение могут играть важную роль в финансировании СЗЗ. Масштаб этой потенциальной роли варьируется от страны к стране и зависит от двух важных факторов. Во-первых, этот потенциал может быть особенно высок там, где отчисления на социальное обеспечение вносят значительный вклад в финансирование социальной политики в целом – в частности, в странах, где эти взносы являются стабильным источником доходов для более широкой политики социальной защиты (например, в Турции) или частью стратегии, направленной на включение социальной защиты в качестве компонента более широкого пакета мер, направленного на формализацию (например, в Казахстане). Во-вторых, этот потенциал может быть реализован только в том случае, если целью действительно является привлечение дополнительных ресурсов, а не просто перенос существующих ассигнований из других источников. Кроме того, при использовании доходов от взносов на социальное обеспечение крайне важно, чтобы невозможность человека платить взносы не становилась ограничительным критерием для доступа к социальной защите (Раздел 1.2). В соответствии с Рекомендацией МОТ 1944 года о медицинском обслуживании (№ 69) социальная защита здоровья должна предоставляться всем членам общества, независимо от их способности платить взносы.

Сбор поступлений от налогов на цели здравоохранения

Ряд стран принимает меры по повышению акцизных сборов на продукты, наносящие вред здоровью, в частности на алкоголь, табак и сахар (или подслащенные напитки), с непосредственной целью сокращения потребления таких продуктов и ожидаемого эффекта увеличения доходов в краткосрочной перспективе (Saxena A et al., 2023; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017; 2FIRSTS.ai, 2023). Так, следуя рекомендациям Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака,

в 2024 г. Туркменистан ввел повышенные акцизы на алкоголь и табак. Страна уже приступила к внедрению мер по борьбе с потреблением табака на других направлениях, добившись определенных успехов по сравнению со своими соседями (Boyarov, 2023; The Times of Central Asia, 2024a). В свою очередь, Казахстан рассматривает возможность повышения налогов на вредные для здоровья продукты (алкоголь и табак), а также введение налогов на некоторые предметы роскоши, при этом Министерство национальной экономики сообщает, что связанное с этим сокращение внутреннего потребления и расходы на проведение реформы могут превысить дополнительные доходы, которые реформа может принести (The Times of Central Asia 2024b; Tobacco Reporter, 2024). Налоги на подслащенные напитки также введены в Азербайджане, Таджикистане и Турции – они облагают такие продукты целевыми акцизами (World Bank, 2023).

Отдельные страны Центральной и Западной Азии по-прежнему значительно отстают по среднему уровню налогообложения таких продуктов, а это значит, что существуют резервы для получения дополнительных доходов (бюджетная цель) и возможность влиять на поведение людей в отношении потребления вредных для здоровья продуктов (цель общественного здравоохранения), таких как табак и алкоголь.

При разработке акцизной политики правительствам рекомендуется принимать во внимание принципы справедливости, солидарности в финансировании и долгосрочной финансовой устойчивости – это позволит избежать двойного бремени для населения с низкими доходами, поскольку табак, алкоголь и вредные для здоровья продукты питания потребляются в основном этими группами населения, а не более обеспеченными (ILO, 2021b; Ortiz I. et al., 2019). Так, в Армении, первой стране, принявшей Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака после распада Советского Союза, есть подтверждения того, что введение более высоких налогов на табак может иметь эффект перераспределения и предотвращать не только смертность, но и обеднение населения (Postolovska et al., 2017).

Взимание потребительских налогов не приводит автоматически к увеличению объемов финансирования здравоохранения – для этого нужны целевые налоги (Wilkes J. and Goroshko A., 2023). Хотя отдельные страны субрегиона рассматривают возможность повышения ставок акцизных налогов, нет гарантий того, что дополнительные поступления будут направлены именно на здравоохранение и социальную политику. Так, Турция ввела акцизы на табак в 2008 г., и, несмотря на положительные результаты в виде снижения числа взрослых курильщиков, дополнительные доходы не были направлены на финансирование здравоохранения (ВОЗ, 2014). В других случаях эти доходы могут быть направлены на цели политики в области здравоохранения, а иногда – непосредственно на финансовую защиту населения от расходов на медицинские услуги. Так, правительство Узбекистана планирует финансировать недавно созданный Государственный фонд социального медицинского страхования (ФСМС) за счет поступлений из государственного бюджета и акцизных налогов, которыми облагаются вредные для здоровья продукты – алкогольные напитки, табак, продукты с высоким содержанием сахара и трансжиры.

Мобилизация внешних ресурсов

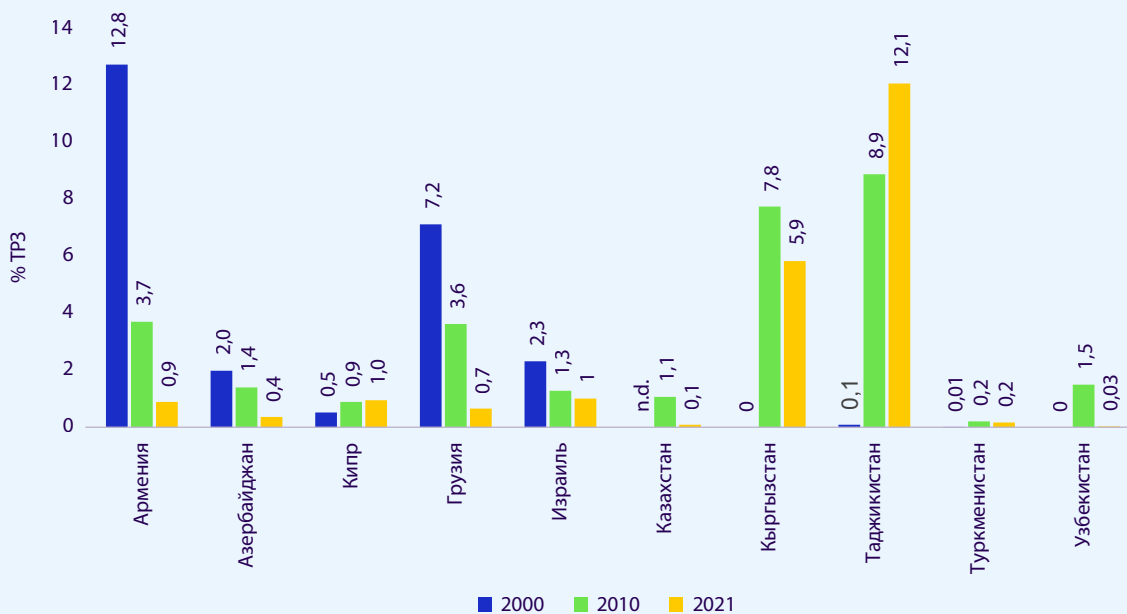
Внешняя помощь со стороны международных организаций или доноров не может считаться устойчивым источником финансирования. Тем не менее она может служить важным источником доходов для поддержки развивающихся стран в переходный период. Ряд бывших советских республик Центральной Азии и страны Западной Азии воспользовались поддержкой внешних доноров, чтобы преодолеть финансовые трудности, вызванные резким изменением институциональной структуры. Так, Азербайджан получил донорские средства для поддержки перехода страны от советской модели здравоохранения – системы Семашко – к системе первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды местного населения. Донорская помощь использовалась для поддержки проектов по повышению доступности и качества ПМСП, по внедрению инновационных методов в области репродуктивного здоровья и по разработке лекарственных препаратов, а также для модернизации финансового управления (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2005; Oxfam GB Оценка программы, 2008).

В Центральной и Западной Азии доля внешнего финансирования в текущих расходах на здравоохранение (ТРЗ) постепенно снижается, хотя в некоторых странах оно продолжает играть важную

роль в качестве источника финансирования дополнительно к внутренним доходам (см. Рисунок 29). В Армении наблюдается тенденция к снижению внешних расходов на здравоохранение в процентном отношении к ТРЗ, которые сократились с 12,8 процента в 2000 г. до примерно 0,9 процента в 2021 г. Раньше страна полагалась на внешнюю помощь для поддержки капитальных вложений в региональную инфраструктуру здравоохранения, и за последние 25 лет в Армении было построено или отремонтировано и оснащено более 170 учреждений первичной медицинской помощи и около 20 областных больниц. В то время как в ряде соседних стран наблюдается снижение объемов внешней финансовой поддержки, в Таджикистане наблюдается противоположная картина: внешние расходы на здравоохранение заметно выросли с 8,9 процента в 2010 г. до 12,1 процента в 2021 г. Эти средства были направлены на реконструкцию старых объектов здравоохранения, особенно в областных и районных центрах, куда инвестиции не поступали.

По всей вероятности, внешнее финансирование не может сохраняться бесконечно, поэтому необходимо постепенно увеличивать объемы внутренних государственных ресурсов. Снижение государственных расходов на здравоохранение в Кыргызстане отчасти объясняется сокращением поступления внешних ресурсов. Переход страны из категории стран с низким уровнем дохода в категорию стран с доходом ниже среднего в 2014 г. сопровождался снижением роли внешних доноров, в то время как государственные расходы переместились на другие сферы (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2021).

Рисунок 29. Тенденции внешних расходов на здравоохранение в процентах от ТРЗ в отдельных странах Центральной и Западной Азии, 2000, 2010 и 2021 гг.



Примечание: данные по внешним расходам на здравоохранение в процентах от ТРЗ по Турции отсутствуют.

Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.





© ООН-женщины/Дэвид Снайдер

Направление дальнейших действий

Опыт стран Центральной и Западной Азии показывает, что не существует универсального решения, которое могло бы сделать СЗЗ реальностью для всех и в более широком смысле продвигаться к цели ВОУЗ и ВСЗ. Успех в значительной степени зависит не от конкретных финансовых или институциональных моделей, а от политических и социальных обязательств, исторических путей развития и применения руководящих принципов в соответствии с международными нормами социального обеспечения.

Это действительно так, но все же страны сталкиваются с рядом общих проблем. СЗЗ основаны на основополагающих принципах солидарности и справедливости, согласно которым все, богатые и бедные, должны иметь равный доступ к медицинскому обслуживанию. В действительности слишком многие страны Центральной и Западной Азии полагаются на прямые платежи домохозяйств для финансирования медицинского обслуживания, что усугубляет неравенство. Те, кто может себе это позволить, обычно обращаются за медицинской помощью, не используя свои права на СЗЗ, когда эти права ограничены или реализуются не в полной мере. Хотя большинство стран проводят политику защиты бедных и уязвимых слоев населения от расходов на здравоохранение, для сокращения масштабов бедности и для обеспечения равенства в сфере здравоохранения требуется более тесное взаимодействие с политикой социальной защиты, поддерживающей гарантированный доход. Для борьбы с хронической бедностью и неравенством необходима эффективная система социальной защиты, которая препятствует развитию дуальных систем, усугубляющих неравенство. Чтобы укрепить социальный договор, который сплачивает общество, необходимо подтвердить приверженность обязательствам, основанным на широком объединении рисков и солидарности в финансировании.

Инвестиции в профилактику заболеваний и первичную медико-санитарную помощь являются неотложным приоритетом для удовлетворения потребностей населения, которое все чаще страдает неинфекционными болезнями (НИЗ) и обеспокоено проблемами безопасности в области здравоохранения. Это требует увеличения инвестиций не только на цели укрепления систем здравоохранения и расширения прав на получение услуг СЗЗ, но и на расширение охвата социальными денежными пособиями, особенно по болезни и материнству, где в странах Центральной и Западной Азии имеются значительные пробелы. Увеличение продолжительности и качества жизни населения достигается благодаря прорывам в области науки и медицинских технологий, а также благодаря эффективному, справедливому и необременительному доступу к медицинскому обслуживанию. Этому также способствует активное устранение социальных детерминант нездоровья на протяжении всей жизни человека. Совокупные лишения, с которыми люди сталкиваются на протяжении всей жизни, – отсутствие доступа к надлежащему медицинскому обслуживанию, периоды отсутствия стабильного дохода и бедность, – влияют на состояние их здоровья. Комплексная социальная защита включает в себя как доступ к медицинскому обслуживанию, так и меры по обеспечению гарантированного дохода в случае болезни, материнства, старости, безработицы, инвалидности, потери кормильца, несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также пособия на поддержку семей и детей, необходимые для предотвращения бедности и обеспечения достойного уровня жизни. Только благодаря такому широкому спектру пособий и услуг система всеобщей социальной защиты может играть ключевую роль в решении проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья.

Внедрение подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), как и принятие мер, направленных на социальные детерминанты здоровья и благополучия, – это межсекторальная задача. Для ее решения необходимо повысить престиж медицинских кадров, для того чтобы гарантировать их наличие и тесную координацию и обеспечить хорошее качество предлагаемых ими услуг в настоящее время и в будущем. СЗЗ и системы социальной защиты в целом должны поддерживать этот крайне необходимый сдвиг. Для этого необходимо преодолеть глубокую разобщенность между политикой в области здравоохранения и политикой в области социальной защиты. Находясь на стыке политики в области здравоохранения и социальной политики, учреждения СЗЗ имеют исключительные возможности для того, чтобы играть центральную роль в этом процессе. Это может позволить мобилизовать большую долю государственных ресурсов и способствовать их перераспределению на взаимоукрепляющей основе.

Политика СЗЗ и в более широком смысле системы социальной защиты и здравоохранения должны быть готовы удовлетворить потребности растущей численности пожилых людей, утративших определенный уровень самостоятельности. В связи с быстрым старением населения растет потребность в услугах по долговременному уходу, которые должны предоставляться с уважением достоинства пожилых людей, содействуя тому, чтобы они как можно дольше продолжали жить в привычной для них среде и окружении. Для обеспечения справедливости также необходимо, чтобы расходы на такие услуги покрывались коллективно. Как подчеркивалось на Международной конференции труда в июне 2021 г., долговременный уход должен рассматриваться как неотъемлемая часть систем социальной защиты, это требует обеспечения достойных условия труда для работников, занятых в экономике ухода. Инвестиции в этот трудоемкий и растущий сектор экономики, который должен соответствовать стандартам достойного труда, могут обеспечивать высокую отдачу.

Необходимо срочно инвестировать в надежные и адаптируемые системы СЗЗ, основанные на правах человека. Время идет, и осталось всего несколько лет до 2030 г. – срока, к которому должны быть достигнуты цели Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г., в том числе цели 1.3 и 3.8. Приоритетность государственных инвестиций, гарантирующих доступ к необременительному медицинскому обслуживанию в рамках, определенных странами минимальных уровней социальной защиты, имеет ключевое значение для выполнения обещаний Повестки дня ООН на период до 2030 г. и для достижения цели «никого не оставить без внимания». Необходимо направить все усилия на достижение ЦУР к 2030 г. для того, чтобы люди и общества могли справиться с глубокими трансформациями, связанными с демографическими, эпидемиологическими, технологическими и климатическими изменениями. Добиваясь прогресса в выполнении обещания достичь ВСЗ и ВОУЗ к 2030 г., защищая и поощряя права человека, государства могут укрепить общественный договор.

Библиография

- 2FIRSTS.ai. 2023. "Azerbaijan Approves New Tax Policy on Tobacco and Alcohol", 2FIRSTS.ai, 5 December, доступно по ссылке: <https://www.2firsts.com/news/azerbaijan-approves-new-tax-policy-on-tobacco-and-alcohol>.
- ADB (Asian Development Bank). 2024. "Sustainable Development Goals (SDGs): Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://www.adb.org/where-we-work/azerbaijan/poverty#:~:text=In%20Azerbaijan%2C%205.5%25%20of%20the,die%20before%20their%205th%20birthday>.
- . 2021. *Enhancing Regional Health Cooperation under CAREC 2030- A scoping Review*. Доступно по ссылке: <https://www.adb.org/publications/carec-2030-regional-health-cooperation-study>.
- Addati, L., 2015. "Extending Maternity Protection to All Women: Trends, Challenges and Opportunities." *International Social Security Review*. 68: 69–93. <https://doi.org/10.1111/issr.12060>
- Addati, L., U. Cattaneo, E. Pozzan. 2022. *Care at Work: Investing in Care Leave and Services for a More Gender Equal World of Work*. International Labour Office. <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-investing-care-leave-and-services-more-gender-equal-world-work>
- Afshari, M., A. Ahmadi Teymourlouy, M. Asadi-Lari, M. Maleki. 2020. "Global Health Diplomacy for Non-communicable Diseases Prevention and Control: A Systematic Review." *Globalization and Health* 16 (41). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00572-5>
- Asen, E., 2021. "Financial Transaction Taxes in Europe", *Tax Foundation*, 4 February, доступно по ссылке: <https://taxfoundation.org/data/all/eu/financial-transaction-taxes-europe-2021/>
- Asylum Information Database. 2023. *Registration of the Asylum Application- Türkiye*. <https://asylumineurope.org/reports/country/turkiye/asylum-procedure/access-procedure-and-registration/registration-asylum-application/>
- Atun, R., S. Aydın, S. Chakraborty, S. Sümer, M. Aran, I. Gürol, S. Nazlıoğlu, S. Özgülcü, U. Aydoğan, B. Ayar, U. Dilmen and R. Akdağ. 2013. "Universal health coverage in Turkey: Enhancement of Equity." *Lancet* 6 382 (9886): 65–99. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61051-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61051-x)
- Atun R., S. Bennet and A. Duran. 2008. *When Do Vertical (Stand-Alone) Programmes Have a Place in Health Systems?* World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/107977>
- Banks L., H. Kupper and T. Shakespeare. 2021. "Social Health Protection to Improve Access to Health Care for People with Disabilities." *Bulletin of the World Health Organization* 99 (8): 543–543A. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.21.286685>
- Barış, M. G. Sert and O. Önder. 2023. "Ethical Challenges in Accessing and Providing Healthcare for Syrian Refugees in Türkiye." *Bioethics* 1–9. <https://doi.org/10.1111/bioe.13233>
- Bazyar, M., Rashidian, A., Yazdi-Feyzabadi, V., Behzadi, A., 2020. "The Experiences of Merging Health Insurance Funds in Turkey, Thailand, South Korea and Indonesia: What Lessons Can Be Learned?" *International Journal for Equity in Health* 20 66 (2021). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-15701/v2>
- Boyarov, E., 2023. "Turkmenistan Hikes Tobacco Taxes Sharply." *Daryo*, 2 December, доступно по ссылке: <https://daryo.uz/en/2023/12/02/turkmenistan-hikes-tobacco-taxes-sharply>
- Brammli-Greenberg, S. and R. Waitzberg. 2020. "Integrating Public and Private Insurance in the Israeli Health System: An Attempt to Reconcile Conflicting Values." In *Private Health Insurance: History, Politics and Performance, European Observatory on Health Systems and Policies*, edited by S. Thomson, A. Sagan and E. Mossialos. 264–303. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139026468.008>

- Buck, D. A. Baylis, D. Dougall and R. Robertson. 2018. *A vision for Population health: Towards a Healthier Future*. The Kings Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/vision-population-health>
- Campbell, S.M., M.O. Roland and S.A. Buetow. 2000. Defining Quality of Care. *Social Science and Medicine* 51 (11): 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Caron R.M., K. Noel, R.N. Reed, J. Sibel and H.J. Smith. 2023. "Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape." *AJPM Focus* 3 (1). 10.1016/j.focus.2023.100167
- Cattaneo, U., H. Schwarzer, S. Razavi, A. Visentin. 2024. "Financing Gap for Universal Social Protection: Global, Regional and National Estimates and Strategies for Creating Fiscal Space", ILO working paper No. 113. <https://www.ilo.org/publications/financing-gap-universal-social-protection-global-regional-and-national>
- Central Intelligence Agency. n.d. "The World Factbook", доступно по ссылке: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>
- Cichon, M., W. Newbrander, H. Yamabana, C. Normand, A. Weber, D. Dror, A. Preker. 1999. *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/modelling-health-care-finance-compendium-quantitative-techniques-health-0>
- Council of Europe. 2023. "Humanitarian Situation in Nagorno-Karabakh- Statement by Council of Europe Secretary General Marija Pejčinović Burić", 28 July, доступно по ссылке: <https://www.coe.int/en/web/portal/-/humanitarian-situation-in-nagorno-karabakh>.
- Dorjsuren B., L. Tessier and A. Ron. 2022. "Universal Health Coverage and Social Health Protection: Policy Relevance to Health System Financing Reforms." *International Social Security Review* 75 (2): 75–99. <https://doi.org/10.1111/issr.12295>
- Dowd C., 2020. "Financial Transactions Taxes Around the World", Center for Economic and Policy Research, доступно по ссылке: <https://cepr.net/report/financial-transactions-taxes-around-the-world/>
- Endeweld M., L. Karadi, R. Pines and N. Kasir. 2023. *Poverty and Income Inequality - 2021, According to Administrative Data*. The National Insurance Institute. https://www.btl.gov.il/English%20Homepage/Publications/Poverty_Report/Pages/oni2021-e.aspx
- Erdoĝan, Z., 2021. "Uzbekistan's Transformation with the New Uzbek Strategy: Shifting Policies towards Mediation of Labor Migration through Migration Infrastructure." *MANAS Journal of Social Studies* 10: 157–171. <https://doi.org/10.33206/mjss.992826>
- Ergin, A. and Y. Kader. 2021. "On the Difference that Turkey's Geographical Limitation to the 1951 Convention Makes in the Protection of Non-European Refugees", RLI Blog on Refugee Law and Forced Migration, 22 June, доступно по ссылке: <https://rli.blogs.sas.ac.uk/2021/06/22/on-the-difference-that-turkeys-geographical-limitation-to-the-1951-convention-makes-in-the-protection-of-non-european-refugees/>
- European Commission. 2024. "Governance of Migrant Integration in Cyprus", доступно по ссылке: https://migrant-integration.ec.europa.eu/country-governance/governance-migrant-integration-cyprus_en#:~:text=According%20to%20Eurostat%27s%20Migration%20and,in%20Cyprus%20at%20the%20time.
- European Observatory on Health Care Systems. 2000. *Health Care Systems in Transition: Turkmenistan*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108347>
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2005. *Health Care Systems in Transition: Azerbaijan*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/107613>

- 2013. *Health Systems in Transition: Armenia*. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/armenia-health-system-review-2013>
- 2014. *Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries*. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/trends-in-health-systems-in-the-former-soviet-countries-study>
- 2021. *Health Systems in Action: Kyrgyzstan*. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kyrgyzstan>
- Frota, L., L. Tessier, C. Pfeleiderer and Z. Ying. 2020. *Technical Note 2: International Review of Financial Protection in Maternal Health Care*. ILO. <https://www.ilo.org/resource/brief/technical-note-2-international-review-financial-protection-maternal-health>
- Global Commission on the Future of Work. 2019. *Work for a Brighter Future*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/work-brighter-future>
- Glonti K., 2015. "Challenges in Specialised and Inpatient Services in Former Soviet Countries." *Eurohealth* 21 (2): 7–10. <https://iris.who.int/handle/10665/332786>
- Government of Azerbaijan. 2023. "Organization of Turkic States", доступно по ссылке: <https://minenergy.gov.az/en/beynelxalq-teskilatlarla-elaqeler/turkdilli-dovletlerin-emekdasliq-surasi>
- Government of Kazakhstan. 2023. "Mandatory Social Health Insurance", *egov Public Services and Online Information*, доступно по ссылке: <https://egov.kz/cms/en/articles/osms>
- Government of Turkmenistan. 2023. *Voluntary National Review of Turkmenistan on the Progress of Implementation of the Global Agenda for Sustainable Development*. UNDP. <https://turkmenistan.un.org/en/239049-voluntary-national-review-turkmenistan-progress-implementation-global-agenda-sustainable>
- Guduk, O. and H. Ankara. 2022. "Factors Affecting Long-Term Care Preferences in Turkey." *Annals of Geriatric Medicine and Research*. 26 (4): 330–339. <https://doi.org/10.4235/agmr.22.0088>
- Gugushvili D, 2017. "Lessons from Georgia's Neoliberal Experiment: A Rising Tide Does Not Necessarily Lift All Boats." *Communist and Post Communist Studies* 50 (1): 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.postcomstud.2016.11.001>
- Habibov, N. and A. Cheung. 2017. "Revisiting Informal Payments in 29 Transitional Countries: The Scale and Socio-Economic Correlates." *Social Science & Medicine* 178: 21–37. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.003>
- Harutyunyan, T. and V. Hayrumyan. 2020. "Public Opinion about the Health Care System in Armenia: Findings from a Cross-Sectional Telephone Survey." *BMC Health Services Research* 20 1005. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05863-6>
- High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2017. *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. WHO.
- Hohmann S. and C. Lefèvre. 2014. "Post-Soviet Transformations of Health Systems in the South Caucasus." *Central Asian Affairs* 1: 4–70. <https://hal.science/hal-01411353/document>
- Hondo D. and Y. Kim. 2023. *Achieving Universal Health Coverage in Developing Asia and the Pacific*. Asian Development Bank Policy Brief. <https://doi.org/10.56506/VUWA5043>
- Human Rights Watch. 1999. *Protecting Refugees: Turkey*. <https://www.hrw.org/reports/2000/turkey2/Turk009-10.htm>
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). n.d. "Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/azerbaijan>

- Ikegami, N. 2015. "Fee-For-Service Payment - An Evil Practice that Must be Stamped Out?" *International Journal of Health Policy and Management* 4 (2):57–9. 10.15171/ijhpm.2015.26
- ILO (International Labour Organization). 2008. *Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_5956.pdf
- 2009. *Protect the Future: Maternity, Paternity and Work*. http://www.ilo.org/gender/Events/WCMS_106262/lang--en/index.htm.
- 2012. *Social Security for All - The Strategy of the International Labour Organization: Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security Systems*, adopted at the 100th Session of the International Labour Conference, 2011. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_34188.pdf
- 2017a. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. <https://www.ilo.org/publications/world-social-protection-report-2017-19-universal-social-protection-achieve>
- 2017b. *Exclusion by Design: An Assessment of the Effectiveness of the Proxy Means Test Poverty Targeting Mechanism*. <https://www.ilo.org/publications/exclusion-design-assessment-effectiveness-proxy-means-test-poverty>
- 2018a. *Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care, Health Services Policy Brief*. ILO Sectoral Policies Department. <https://www.ilo.org/publications/decent-working-time-nursing-personnel-critical-worker-well-being-and>
- 2018b. *Innovative Approaches for Ensuring Universal Social Protection for the Future of Work*. <https://www.ilo.org/publications/innovative-approaches-ensuring-universal-social-protection-future-work>
- 2019. *Universal Social Protection for Human Dignity, Social Justice and Sustainable Development: General Survey Concerning the Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202), ILC.108/III/B*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_673680.pdf
- 2020a. *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles, Social Protection Spotlight*. <https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles>
- 2020b. *Sickness Benefits: An Introduction, Social Protection Spotlight*. <https://www.ilo.org/publications/sickness-benefits-introduction>
- 2020c. *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles*. <https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles>
- 2020d. *Sickness Benefits During Sick Leave and Quarantine: Country Responses and Policy Considerations in the Context of COVID-19, Social Protection Spotlight*. <https://www.ilo.org/publications/sickness-benefits-during-sick-leave-and-quarantine-country-responses-and>
- 2021a. *Building Social Protection Systems: International Standards and Human Rights Instruments*. <https://www.ilo.org/publications/building-social-protection-systems-international-standards-and-human-rights>
- 2021b. *Extending Social Health Protection: Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage in Asia and the Pacific*. <https://www.ilo.org/publications/extending-social-health-protection-accelerating-progress-towards-universal-0>
- 2021c. *World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2020-22-social-protection-crossroads-pursuit>

- 2021d. *Extending Social Protection to Migrant Workers, Refugees, and their Families: Guide for Policymakers and Practitioners*. <https://www.ilo.org/publications/extending-social-protection-migrant-workers-refugees-and-their-families>
- 2021e. *Assessment of the Social Protection System in Georgia*. <https://www.ilo.org/publications/assessment-social-protection-system-georgia>
- 2023. *Spotlight on Work Statistics No 12- New Data Shine Light on Gender Gaps in Labour Market*. <https://www.ilo.org/publications/new-data-shine-light-gender-gaps-labour-market>
- Forthcoming. *World Social Protection Report 2024-26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition*.
- n.d. "Public Health and Social Protection Expenditure, 2020 or Latest Available Year", World Social Protection Data Database. Доступно по ссылке: <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=1461>. Accessed 1 May 2024.
- n.d. "ILO's Support to Refugees and Host Communities in Turkey", доступно по ссылке: <https://www.ilo.org/projects-and-partnerships/projects/ilos-support-refugees-and-host-communities-turkey>.
- ILO and UN Women. 2021. *Assessment of the Social Protection Floor in Armenia*. <https://www.ilo.org/publications/reserch-paper-assessment-social-protection-floor-armenia>
- 2020. *Assessment of the Social Protection System in Georgia*. <https://www.ilo.org/publications/assessment-social-protection-system-georgia>
- ILO and WHO. 2024. *Guidance on Social Protection for People Affected by Tuberculosis*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376542/9789240089327-eng.pdf?sequence=1>
- ILOSTAT. 2023. "New Standards, Increased Visibility: Improving Measurement of the Informal Economy", доступно по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/blog/new-standards-increased-visibility-improving-measurement-of-the-informal-economy/>
- 2022a. "Labour Force Participation Rate by Sex and Age - ILO Modelled Estimates", доступно по ссылке: https://rshiny.ilo.org/dataexplorer36/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_2WAP_SEX_AGE_RT_A. Accessed 1 May 2024.
- 2022b. "Employment in Agriculture - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/data/>. Accessed 1 May 2024.
- 2021. "Working-Age Population by Sex and Age (Thousands)- Annual", доступно по ссылке: https://rshiny.ilo.org/dataexplorer48/?lang=en&id=EMP_TEMP_SEX_AGE_NB_A. Accessed 2 August 2024.
- n.d. "Share of Non-Agricultural Employment Outside the Formal Sector - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/data/>. Accessed 1 May 5 2024.
- IMF (International Monetary Fund). 2024. "Inflation Rate, Average Consumer Prices", доступно по ссылке: <https://www.imf.org/external/datamapper/PCPIPCH@WEO>. Accessed 23 May 2024.
- IOM (International Organization for Migration). 2024. "Migration Data in Central Asia", доступно по ссылке: https://www.migrationdataportal.org/regional-data-overview/central-asia#_edn1
- ISSA (International Social Security Association). 2016. *ISSA Guidelines Information and Communication Technology*. <https://www.issa.int/guidelines/ict/174551>
- Jacobs, E. 2019. "The Politics of the Basic Benefit Package Health Reforms in Tajikistan." *Global Health Research and Policy* 4 14. <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0104-4>

- Jafarova, L.A., V.G. Mammadov and L.E. Mammadov. 2021. "Azerbaijan's Healthcare Legislation: Major Developments Amid the COVID-19 Pandemic." *European Journal of Health Law* 28: 507–524. <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10057>
- Jakab, M., B. Akkazieva and J. Habicht. 2018. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Kyrgyzstan*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/329444>
- Jan, S., T. L. Laba, B.M. Essue, A. Gheorghe, J. Muhunthan, M. Engelgau, A. Mahal, U. Griffiths, D. McIntyre and Q. Meng. 2018. "Action to Address the Household Economic Burden of Non-Communicable Diseases." *The Lancet* 391: 2047–2058. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30323-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30323-4)
- Kaplan, W.A., L.S. Ritz, M. Vitello and V.J. Wirtz. 2012. "Policies to Promote Use of Generic Medicines in Low and Middle Income Countries: A Review of Published Literature, 2000–2010." *Health Policy* 106: 211–224. [10.1016/j.healthpol.2012.04.015](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.015). Epub 2012 Jun 12.
- Kazibwe, J., P.B. Tran and K.S. Annerstedt. 2021. "The Household Financial Burden of Non-Communicable Diseases in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Health Research Policy and Systems*. 19 96. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00732-y>
- Kazungu, J., E. Barasa, M. Obadha and J. Chuma. 2018. "What Characteristics of Provider Payment Mechanisms Influence Health Care Providers' Behaviour? A Literature Review." *International Journal of Health Planning and Management* 33 (4): e892–905. <https://doi.org/10.1002/hpm.2565>
- Kindig, D. and G. Stoddart. 2003. "What is Population Health?" *American Journal of Public Health* 93(3): 380–383. <https://doi.org/10.2105%2Fajph.93.3.380>
- Kühlbrandt, C. and W. Boerma. 2015. "Primary Care Reforms in Countries of the Former Soviet Reform: Success and Challenges." *Eurohealth Observer* 21 (2). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332785/Eurohealth-21-2-3-6-eng.pdf>
- KUN.UZ, 2022. "Number of Climate Migrants Increasing in Uzbekistan due to Aral Sea", 13 August, доступно по ссылке: <https://kun.uz/en/news/2022/08/13/number-of-climate-migrants-increasing-in-uzbekistan-due-to-aral-sea>
- Kupper, H. and M. Banks. 2023. *Towards Universal Health Coverage: The Tole of Disability Inclusive Social Protection - A Review*. UNPRPD. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18976>
- Lagarde, M., T. Powell-Jackson and D. Blaauw. 2010. *Managing Incentives for Health Providers and Patients in the Move Towards Universal Coverage*. Background Paper for the Global Symposium on Health Systems Research, 16-19 November, Montreux, Switzerland. https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/20623/1/1managing_incentives.pdf
- Langenbrunner, J., C. Cashin and S. O'Dougherty. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems- How-to Manuals*. Washington DC: World Bank and USAID. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadr996.pdf
- Lönnroth, K. and D.E. Weil. 2014. "Mass Prophylaxis of Tuberculosis through Social Protection." *Lancet Infectious Diseases* 14 (11): 1032–1034. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(14\)70964-8](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(14)70964-8)
- Lordkipanidze, A., L. Karimi, E. Eliava and T. Maglakelidze. 2020. "The Gatekeeper Model: Patient's View on the Role of the Family Physician." *Family Medicine & Primary Care Review* 22 (1):75-79. <http://dx.doi.org/10.5114/fmpcr.2020.92511>
- Mate, K., A. Rooney, A. Supachutikul and G. Gyani. 2014. "Accreditation as a Path to Achieving Universal Quality Health Coverage." *Globalization and Health* 10 68. <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0068-6>
- Mathauer, I., E. Dale, J. Matthew and J. Kutzin. 2019. *Purchasing Health Services for Universal Health Coverage: How to Make it More Strategic?* WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1>

- Mathauer, I. and J. Kutzin J. 2018. *Voluntary Health Insurance: Potentials and Limits in Moving Towards UHC*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?sequence=1>
- McKee, M., J. Healy, and J. Falkingham. 2002. *Health Care in Central Asia*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/332210>
- Memirie, S., M. Tolla and D. Desalegn. 2019. "A Cost-Effectiveness Analysis of Maternal and Neonatal Health Interventions in Ethiopia." *Health Policy and Planning* 34 (4): 289–297. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz034>
- Menon, R., S. Mollahaliloglu and I. Postolovska. 2013. *Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor*. World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/565451468319153981/Toward-universal-coverage-Turkeys-green-card-program-for-the-poor>.
- Natsvlishvili, B., N. Kapanadze and S. Japaridze. 2022. *Social Consequences of Privatization of Healthcare*. Friedrich Ebert Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/georgien/19905.pdf>
- Normand, C., A. Weber, G. Carrin, O. Doetinchem, I. Mathauer, X. Scheil-Adlung and J.O. Schmidt. 2009. *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning* [Second Edition]. ADB, ILO, WHO and GTZ. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf
- Öcel, Y. 2020. "Evaluation of Complaints in Health Services in Turkey." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 23 (1): 55–80. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/53213/706458>
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2023. *International Migration Outlook 2023*. https://www.oecd.org/en/publications/2023/10/international-migration-outlook-2023_0faed233.html
- 2022. *A Review of Georgian Emigrants*. https://www.oecd.org/en/publications/a-review-of-georgian-emigrants_00df3f32-en.html
- 2021. "Tax-to-GDP ratios: Total tax revenue as a percentage of GDP", доступно по ссылке: <https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/tax-to-gdp-ratios>. Accessed 23 May 2024.
- Ortiz, I., A. Chowdhury, F. Durán-Valverde, T. Muzaffar and S. Urban. 2019. *Fiscal Space for Social Protection. A Handbook for Assessing Financing Options*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/fiscal-space-social-protection-handbook-assessing-financing-options>
- Oxfam GB. 2008. *Evaluation of the Community Based Primary Health Care Programme in Azerbaijan*. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/evaluation-of-the-community-based-primary-health-care-programme-in-azerbaijan-119460/>
- Ozawa, S., R. Shankar, C. Leopold and S. Orubu. 2019. "Access to Medicines through Health Systems in Low-and Middle-Income Countries." *Health Policy and Planning* 34 (3). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz119>
- Postolovska, I., R.F. Washing, G. Tarr and S. Verguet. 2017. *Estimating the Distributional Impact of Increasing Taxes on Tobacco Products in Armenia: Results from an Extended Cost-Effectiveness Analysis*. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/604501492414938391/pdf/114323-REVISED-WP-TTArmeniaR.pdf>
- Rechel, B., M. Ahmedov, B. Akkazieva, A. Katsaga, G. Khodjamurodov and M. McKee. 2012. "Lessons from Two Decades of Health Reform in Central Asia." *Health Policy and Planning* 27 (4): 281–287. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr040>
- Rechel, B., A. Sydykova, S. Moldoiesaeva and D. Sodiqova. 2023. "Primary Care Reforms in Central Asia - On the Path to Universal Health Coverage?" *Health Policy Open* 5. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2023.100110>

- Republic of Türkiye Ministry of Labour and Social Security. n.d. "Social Security Agreements", available at: <http://www.csgeb.gov.tr/digm-en/contents/foreign-relations/bilateral-agreements/social-security-agreements/>
- Richardson, E. and N. Berdzuli. 2017. *Georgia: Health System Review*, Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330206/HiT-19-4-2017-eng.pdf?sequence=7>
- Ron, A. and D. Nitzan. 2023. "The Extension of Social Health Protection to Refugees." *International Social Security Review* 76: 45–61. <https://doi.org/10.1111/issr.12342>
- Saxena, A., A. Chukwuma, S. Qaiser, A. Manookian and G. Minasyan. 2023. *The Impact of Health Taxes in Armenia*. The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099090723132040465/pdf/P17173508bcb4805b09eb90b8ed39b47b15.pdf>
- Schecter, K. 1992. "Soviet Socialized Medicine and the Right to Health Care in a Changing Soviet Union." *Human Rights Quarterly* 14: 206–215. <https://doi.org/10.2307/762424>
- Schwarzer, H., L. Tessier and S. Gammage. 2014. "Coordinación Institucional y Pisos de Protección Social. Experiencias de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay", ESS Documento No. 40. ILO. <https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/encyclopediaEntry/Coordinacion-institucional-y-pisos-de-proteccion/995218612802676>
- Siroka, A., N.A. Ponce and K. Lönnroth, K. 2016. "Association between Spending on Social Protection and Tuberculosis Burden: A Global Analysis." *Lancet Infectious Diseases* 16: 473–479. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00401-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00401-6)
- Spahl, W. and A. Österle. 2019. "Stratified Membership: Health Care Access for Urban Refugees in Turkey." *Comparative Migration Studies* 7 42: <https://doi.org/10.1186/s40878-019-0148-0>
- Stange, K., W. Miller and R. Etz. 2023. "The Role of Primary Care in Improving Population Health." *The Milbank Quarterly* 101 (S1): 795–840. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12638>
- Starfield, B. 1994. "Is Primary Care Essential?" *The Lancet* 8930 344: 1129–1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Terzyan, A. 2021. "Minority Rights in Central Asia: Insights from Kazakhstan, Krygyzstan and Uzbekistan." *Journal of Liberty and International Affairs* 7: 103–115. <https://doi.org/10.47305/JLIA21720103t>
- The Royal United Services Institute. 2017. *Final Report: Corruption and Illicit Flows in Asia*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c7d1566e5274a3b8155480f/DfID_Corruption_Illicit_Financial_Flows_Final_Report.pdf
- The Times of Central Asia, 2024a. "Excise Tax Increase Provokes a Rise in Alcohol Prices", 23 January, доступно по ссылке: <https://timesca.com/excise-tax-increase-provokes-a-rise-in-alcohol-prices/>
- The Times of Central Asia, 2024b. "Kazakhstan to Introduce Luxury Tax on Items from Yachts to Cigars", 13 March, доступно по ссылке: <https://timesca.com/kazakhstan-to-introduce-luxury-tax-on-items-from-yachts-to-cigars/>
- Tobacco Reporter. 2024. "Kazakhstan Mulls Cigar Tax", 14 March, доступно по ссылке: <https://tobaccoreporter.com/2024/03/14/kazakhstan-mulls-cigar-tax/>
- UN (United Nations). 2023. *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage*. A/RES/78/4. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n23/306/84/pdf/n2330684.pdf?token=q2pvD62FsrB80PLOW&fe=true>
- UN. 2022. *World Population Prospects*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf


- 2019. *Economic, Social and Cultural Rights Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. E/2019/52. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/139/41/pdf/g1913941.pdf?token=k6WsCR775y2aHk0BZ8&fe=true>
- 2008. *General Comment No. 19: The Right to Social Security (art. 9)*. E/C.12/GC/19. <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2008/en/41968>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2005. *Central Asia Human Development Report - Bringing Down Barriers: Regional Cooperation for Human Development and Human Security*. <https://hdr.undp.org/content/bringing-down-barriers>
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2023. *Global Trends Forced Displacement in 2022*. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>
- 2011. *The 1951 Convention Relating to the Status of Refugees and its 1967 Protocol*. <https://www.unhcr.org/media/1951-convention-relating-status-refugees-and-its-1967-protocol>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2024. "Under-Five Mortality Rate (per 1,000 live births)", доступно по ссылке: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>. Accessed 1 May 2024.
- United Nations Population Division. 2020. "International Migrant Stock Data 2020", доступно по ссылке: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>. Accessed 9 November 2023.
- USAID. 2022. *Political Economy Analysis of the Health System in Azerbaijan: A Literature Review*. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00ZB6Q.pdf
- Valiyev, A. 2020. "Attaining SDG 8 in Azerbaijan: The Challenges of Economic Transformation and Job Creation", ILO/Sida Partnership on Employment Working paper No. 6. <https://www.ilo.org/publications/attaining-sdg-8-azerbaijan-challenges-economic-transformation-and-job>
- World Bank. 2023. "Global SSB Tax Database", доступно по ссылке: <https://ssbtax.worldbank.org/>. Accessed 23 May 2024.
- 2022a. "Rural Population (% of Total Population) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 29 April 2024.
- 2022b. "Population Ages 65 and Above (% of total population) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 1 May 2024.
- 2022c. "Age Dependency Ratio (% of working-age population) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND?locations=AM-AZ-CY-GE-IL-KZ-KG-TJ-TR-UZ>. Accessed 2 August 2024.
- 2021a. "Population, Total - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 29 April 2024.
- 2021b. "Life Expectancy at Birth, Total (Years) - Azerbaijan, Armenia, Cyprus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 1 May 2024.
- 2019. "Cause of Death, by Non-Communicable Diseases (% of Total) - Azerbaijan, Armenia, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Turkmenistan, Uzbekistan", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 15 April 2024.

- 2016. *Turkey's Integrated Social Assistance System*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/515231530005107572/pdf/Turkey-SA-summary.pdf>
- n.d. "Poverty Headcount Ratio at National Poverty Lines (% of Population)", Poverty Inequity Platform. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC>. Accessed 10 May 2024.
- n.d. "Birth Rate, Crude (per 1,000 people) - Azerbaijan, Armenia, Cyprus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkiye, Uzbekistan", World Development Indicators. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?locations=AZ-AM-CY-GE-KZ-KG-TJ-TR-UZ>. Accessed 27 May 2024.
- n.d. "Out-of-Pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure) - Turkiye", World Development Indicators. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 30 October 2023.
- WHO (World Health Organization). 2024. *World Health Statistics 2024: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>
- 2023a. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240068759>.
- 2023b. *Can People Afford to Pay for Health Care? Evidence on Financial Protection in 40 Countries in Europe*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
- 2022a. *Roadmap for Health and Well-Being in Central Asia (2022–2025)*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5905-45670-65601>
- 2022b. *Health Systems in Action: Georgia*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-georgia-2022>.
- 2022c. *Health Systems in Action: Tajikistan*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-tajikistan-2022>.
- 2022d. *Human Resources for Health Global strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
- 2022e. "Health Data: A Cornerstone for the WHO Roadmap for Health in Central Asia", 6 October, доступно по ссылке: <https://www.who.int/europe/news/item/06-10-2022-health-data--a-cornerstone-for-the-who-roadmap-for-health-in-central-asia>
- 2021a. "Towards Universal Coverage of Maternal Health Services in Tajikistan", 22 October, доступно по ссылке: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/towards-universal-coverage-of-maternal-health-services-in-tajikistan>
- 2021b. *Principles of Health Benefit Packages*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020689>
- 2021c. "Universal Health Coverage (UHC)", доступно по ссылке: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- 2020. *Health-Related SDG Targets in Tajikistan: Implementation of Policies and Measures for Health and Well-Being: Progress Report 2020*. [https://www.who.int/andorra/publications/m/item/health-related-sdg-targets-in-tajikistan--implementation-of-policies-and-measures-for-health-and-well-being--progress-report-2020-\(2020\)](https://www.who.int/andorra/publications/m/item/health-related-sdg-targets-in-tajikistan--implementation-of-policies-and-measures-for-health-and-well-being--progress-report-2020-(2020))
- 2019a. *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>

- 2019b. *World Health Organization Model List of Essential Medicines: 21st List 2019*. <https://iris.who.int/handle/10665/325771>
- 2019c. *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
- 2018. *Essential Public Health Functions, Health Systems and Health Security: Developing Conceptual Clarity and a WHO Roadmap for Action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514088>
- 2017. *Tuberculosis Patient Cost Surveys: A Handbook*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513524>
- 2014. *Raising Tax on Tobacco: What You Need to Know*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112841/?sequence=1>
- 2008. *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report*. <https://iris.who.int/handle/10665/43869>
- WHO. n.d. "The Global Health Observatory", доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho>
- WHO. n.d. "Global Health Expenditure Database", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- WHO Europe. 2023a. "Armenia Takes Steps to Improve its Primary Health-Care System", 16 March, доступно по ссылке: <https://www.who.int/europe/news/item/16-03-2023-armenia-takes-steps-to-improve-its-primary-health-care-system>
- WHO Europe. 2023b. *Georgia: Moving from Policy to Actions to Strengthen Primary Health Care*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7565-47332-69449>
- WHO Europe. 2021a. *Rethinking Primary Health Care Financing in Georgia*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-4202-43961-61960>
- WHO Europe. 2021b. *Georgia: Transforming Primary Health Care During the Pandemic: From Crisis to Opportunity: Advancing Primary Health Care Reform amid the COVID-19 Pandemic*. [https://www.who.int/europe/publications/m/item/georgia-from-crisis-to-opportunity-advancing-primary-health-care-reform-amid-the-covid-19-pandemic-\(2021\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/georgia-from-crisis-to-opportunity-advancing-primary-health-care-reform-amid-the-covid-19-pandemic-(2021))
- WHO Regional Office for Europe. 2022. *Health Systems in Action: Kazakhstan*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kazakhstan-2022>.
- WHO Regional Office for Europe. 2017. *Alcohol Taxation Policy in Kyrgyzstan*. <https://iris.who.int/handle/10665/350747>
- WHO and World Bank Group. 2023. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240080379>
- Wilkes, J. and A. Goroshko A. 2023. *Budgetary Space for Health in the Republic of Tajikistan: Options for More Public Resources*. WHO. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-6296-46061-66635>







▶ 2

Профили стран



► Армения

©МОТ

Данный страновой обзор был подготовлен Артёмом Сичи, Сальмой Эль-Гамаль и Матильдой Мейлферт при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы Саро Цатуряна (эксперта по системам здравоохранения, включая вопросы финансирования), оказавшего помощь в рецензировании и улучшении качества публикации.

► 1. Введение

Армения – это независимое государство, которое ранее было одной из 15 республик бывшего Советского Союза. Ее социально-экономическое развитие обладает типичными чертами, схожими с другими странами этого региона. Население Армении на 2021 г. составило 2,96 миллиона человек (ЕЭК ООН, 2022). Согласно Докладу ПРООН о человеческом развитии за 2021–2022 гг., Армения занимает 85-е место из 191 государства с индексом человеческого развития (ИЧР) 0,759, что ставит ее в ряд стран с высоким уровнем человеческого развития (ПРООН, 2022). В начале 1990-х гг., после обретения независимости, экономика Армении находилась в глубоком кризисе и рецессии. ВВП страны сократился почти вдвое – с 9,8 млрд долларов (1990 г.) до 4,97 млрд долларов (1993 г.) (База данных Всемирного банка без даты-а). Со второй половины 1990-х гг. наступил период экономического роста: ВВП достиг 8,15 млрд долларов в 2000 г. и 43,52 млрд долларов в 2021 г. (База данных Всемирного банка без даты-а). В 2017 г. Армения перешла из категории стран с уровнем дохода ниже среднего в категорию стран с уровнем дохода выше среднего по классификации Всемирного банка, основанной на ВНД на душу населения (метод Атласа). Согласно сведениям Всемирного банка в 2023 г. ВВП в пересчете на покупательную способность составило 20,781 международных долларов (Всемирный банк, 2023).

В 1996 г. правительство Армении ввело в действие базовый пакет медицинских услуг (БПМУ), финансируемый из общих налоговых средств. БПМУ охватывает несколько «вертикальных» программ здравоохранения, которые предоставляют в основном бесплатные, финансируемые государством медицинские услуги для всех граждан Армении, включая первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), неотложную помощь, онкологию, программы материнства и детства, лечение ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

БПМУ также определяет социально уязвимые и другие особые категории населения, для которых основная часть больничных услуг (за некоторыми исключениями) финансируется из государственного бюджета. К этим категориям относятся инвалиды, дети до 18 лет, беременные женщины и лица, имеющие право на участие в Программе семейных пособий (ПСП).

В Армении очень высокая доля оплаты расходов на здравоохранение из собственных средств населения (ПСС), которые включают в себя также расходы на амбулаторные лекарства, официальные соплатежи за услуги в рамках БПМУ, прямые платежи за услуги, не охваченные БПМУ, а также неформальные платежи (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Кроме того, с 2012 г. был введен так называемый «Социальный пакет», который распространяется на государственных служащих, учителей государственных школ, медицинских работников государственных организаций ПМСП и сотрудников других определенных государственных учреждений (но не на их иждивенцев), предусматривающий обязательное вступление в частное медицинское страхование с государственным субсидированием.

▶ 2. Контекст

Армения построила свою систему здравоохранения и социальной защиты на основании планов и программ, существовавших еще в Советском Союзе. Их главными особенностями были высокая степень централизации и бесплатное медицинское обслуживание всего населения с большим упором на вторичную и третичную помощь (модель здравоохранения Семашко широко применялась в бывших республиках Советского Союза)³⁵. Однако в связи с ухудшением экономической ситуации в начале 1990-х гг. после распада Советского Союза эффективность государственной системы здравоохранения значительно снизилась, что привело к снижению доступности и качества медицинской помощи (МОТ и ООН-Женщины, 2021а).

За последние два с половиной десятилетия система здравоохранения Армении претерпела значительные организационные и правовые изменения. В конце 1990-х гг. правительство провело несколько ключевых реформ в сфере здравоохранения, включая реформирование сети первичной медико-санитарной помощи, системы финансирования социальной защиты и здравоохранения и оптимизацию больничной сети (Лавадо, Шибер и Афтаб, 2020). В период с 1990 по 2021 гг. общее количество больничных коек сократилось на 58% (с 30,5 тыс. до 12,7 тыс.), а количество больниц – на 32% (с 183 до 122), в то время как количество учреждений ПМСП существенно не изменилось (503 в 1990 г., 487 в 2021 г.) (Национальный институт здравоохранения Республики Армения, 2022а).

С принятием в 1996 г. закона «О медицинской помощи и услугах населению», провозгласившего всеобщий характер доступа к здравоохранению в Армении, был введен БПМУ, а также новые механизмы оплаты услуг поставщиков. Выделения бюджетных средств по статьям и прямое финансирование расходов на содержание медицинских учреждений были заменены моделью закупки услуг через финансирование стационарных медицинских учреждений по достигаемым результатам и подушевое финансирование первичной медико-санитарной помощи. Важным шагом в реформировании системы социального здравоохранения стало создание в 1997 г. Государственного агентства здравоохранения (ГАЗ) как независимого государственного органа, на который возложена задача закупки от имени населения всех амбулаторных и стационарных медицинских услуг, финансируемых государством (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022). Инициатива Программы «Семейные врачи» в 1996 г., направленная на улучшение предоставления интегрированных услуг первичной медико-санитарной помощи и профилактики хронических заболеваний, также стала крайне важным событием для системы здравоохранения Армении (Всемирный банк).

В то время как большинство основных медицинских услуг в рамках БПМУ бесплатны для всех, население, за исключением уязвимых групп, должно платить за доступ к стационарным услугам,

³⁵ Названная в честь первого министра здравоохранения Советской России Николая Александровича Семашко, эта система организации здравоохранения характеризуется централизованной, интегрированной, иерархически организованной структурой, в рамках которой государство предоставляет всем гражданам медицинскую помощь, финансируемую из бюджета. Она обеспечивала всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию и в целом представляла собой систему «льгот в натуральной форме».

доступным в государственных и частных медицинских учреждениях (Tonoyan T. and Muradyan L., 2012).

В феврале 2023 г. правительство утвердило первый общепромышленный программный документ в сфере здравоохранения (Стратегия развития системы здравоохранения Республики Армения на 2023–2026 гг.) (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения 2022)³⁶ и Концептуальную записку по внедрению системы всеобщего медицинского страхования (ВМС) в Армении³⁷. Система ВМС направлена на расширение охвата населения путем введения налога на здравоохранение для работающего населения, который обеспечит им тот же пакет услуг, который в настоящее время гарантирован только социально уязвимым категориям населения в рамках БПМУ. Правительство также планирует постепенно расширять объем услуг, уже предоставляемых охваченным группам, тем самым устраняя существующие несоответствия между пакетами услуг для различных категорий бенефициаров БПМУ. Согласно последним заявлениям правительства, ожидается, что все население будет переведено на систему ВМС с 2027 г. (Айыпханова, 2023).

► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

Финансирование

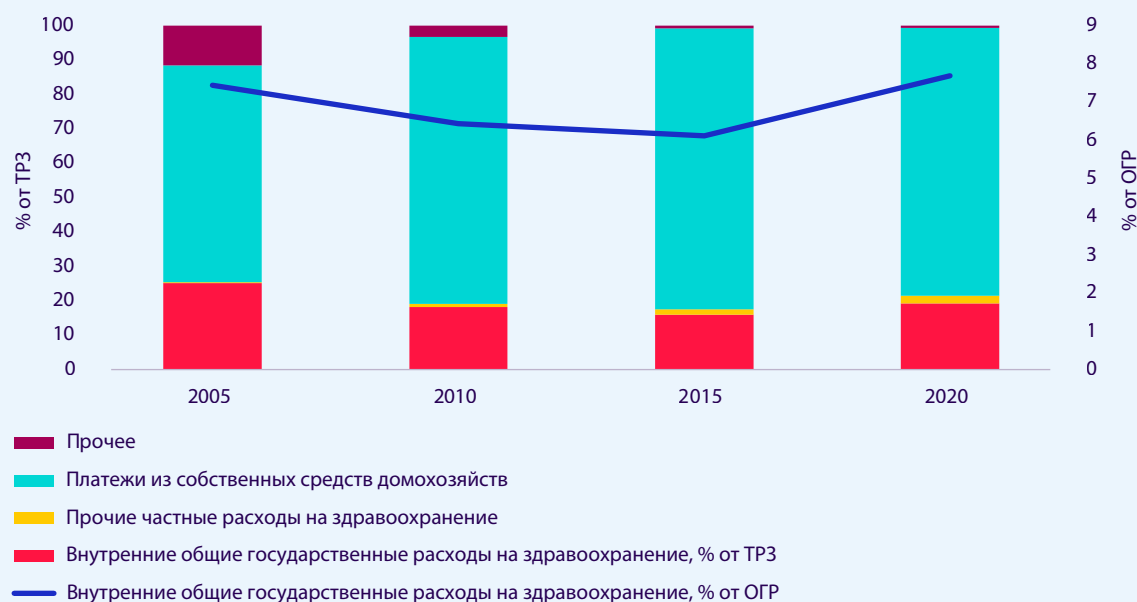
В 2014–2019 гг. расходы на здравоохранение составляли от 5,5 до 6,2% от общих расходов государственного бюджета и от 1,2 до 1,6% от ВВП (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022). В 2021 г. расходы на здравоохранение увеличились до 7,5% от общих бюджетных расходов и 2,3% от ВВП, в основном за счет дополнительных государственных расходов на борьбу со вспышкой COVID-19. Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) на душу населения составили 577 долларов в 2021 г., из которых 454 доллара (или 79%) – собственные расходы домохозяйств. В 2021 г. государственные расходы на здравоохранение в Армении составили 17,8% от ТРЗ (по сравнению с 13,7% в 2019 г.), частные платежи – 81,4% (по сравнению с 85,9% в 2019 г.), а расходы из внешних источников – 0,9%. Основным источником расходов на здравоохранение являются платежи из собственных средств (ПСС) (78,7% в 2021 г., 84,8% в 2019 г.), в то время как добровольное медицинское страхование (ДМС) составляет лишь небольшую часть общих расходов на здравоохранение (1,9% в 2021 г.) (Национальный институт здравоохранения Республики Армения 2022b).

Государственный бюджет (в том числе на здравоохранение) формируется за счет общих налоговых поступлений и консолидируется в казначействе министерства финансов. Около 80% бюджета здравоохранения используется для закупок услуг БПМУ, а оставшиеся 20% уходят на финансирование программ общественного здравоохранения, централизованные закупки лекарств и пр. Бюджет здравоохранения управляется министерством здравоохранения в основном через Государственное агентство здравоохранения или напрямую через его финансово-экономический отдел (Дейл и др., 2018; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

³⁶ Постановление Правительства Республики Армения № 174-L от 9 февраля 2023 г. «Об утверждении стратегии развития системы здравоохранения Республики Армения на 2023–2026 гг. и плана действий по ее реализации». Доступно по ссылке: <https://www.e-gov.am/gov-decrees/item/39848/>.

³⁷ Постановление Правительства Республики Армения № 133-L от 2 февраля 2023 г. «Об утверждении концептуальной записки по внедрению всеобщего медицинского страхования». Доступно по ссылке: <https://www.e-gov.am/gov-decrees/item/39809/>.

Рисунок 30. Структура текущих расходов на здравоохранение в Армении по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Система управления

В период с 1997 по 2001 г. ГАЗ напрямую подчинялось правительству Армении и действовало независимо от министерства здравоохранения (МЗ). Однако в 2002 г. ГАЗ было включено в структуру МЗ, а в 2011 г. переведено в штат МЗ. Таким образом, ГАЗ фактически является отделом МЗ. Руководитель ГАЗ назначается министром здравоохранения. Ныне ГАЗ готовит контракты с поставщиками, держит отчетность и контролирует расход средств из бюджета и проводит аудиты, в то время как все основные коммерческие решения принимаются министерством, включая утверждение контрактов с поставщиками (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

В том, что касается предоставления услуг, МЗ отвечает за разработку и реализацию политики в области здравоохранения в стране и непосредственно управляет ограниченным числом (около 20) медицинских учреждений и институтов, некоторые из которых являются многопрофильными или специализированными медицинскими центрами. Децентрализация системы здравоохранения, которая произошла в 1990-х гг., расширила полномочия муниципальных (региональных) органов власти. Департаменты здравоохранения областных (марзовых) администраций и местные (общинные) органы власти в настоящее время управляют большинством государственных учреждений здравоохранения в Армении, включая областные больницы, городские поликлиники и сельские центры ПМСП (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

МЗ утверждает нормативные акты сектора здравоохранения, такие как стандарты, протоколы и руководящие принципы предоставления услуг (в основном разработанные Национальным институтом здравоохранения), и выполняет свои регуляторные функции, лицензируя поставщиков медицинских услуг через свое агентство по лицензированию (Чуквума, Гуразада и др., 2020). Службы санитарно-эпидемиологического надзора в стране организованы в рамках Национального центра по контролю и профилактике заболеваний, который также подчиняется МЗ (Фаррингтон и др., 2016).

Хотя управление системой здравоохранения децентрализовано, ее финансирование консолидировано на национальном уровне. МЗ выступает в качестве единого покупателя бюджетных медицинских услуг. Как государственные, так и частные медицинские учреждения (всего их около 500) заключают контракты с МЗ для предоставления БПМУ в рамках единой правовой базы (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022; Чуквума, Гуразада и др., 2020).

Механизмы управления в рамках программы социального пакета БПМУ, которая делегирована частным страховым компаниям, имеющим лицензию Центрального банка на предоставление услуг медицинского страхования в Армении, являются иными. В соответствии с этой системой МЗ заключает договоры со страховщиками и обеспечивает пропорциональные ежемесячные выплаты в зависимости от количества бенефициаров, выделенных каждому страховщику. Затем страховщики заключают контракты с поставщиками медицинских услуг, одобренными МЗ, на оказание медицинских услуг бенефициарам. Социальный пакет по данной программе утверждается правительством, а преискурант на покрываемые медицинские услуги утверждается МЗ.

Правовое обеспечение и право на получение медицинских услуг

Конституция Республики Армения 1995 г. (с поправками 2015 г.) гарантирует права населения на социальную защиту, а также на охрану здоровья. В статье 83 говорится, что «Каждый в соответствии с законом имеет право на социальное обеспечение в случае материнства, многодетности, болезни, инвалидности, несчастных случаев на месте работы, нужды в уходе, потери кормильца, старости, безработицы, потери работы и иных случаях». Кроме того, статья 85 Конституции гласит: «каждый в соответствии с законом имеет право на охрану здоровья. Законом устанавливается перечень основных бесплатных медицинских услуг и порядок их оказания»³⁸.

В частности, статья 13 Закона Республики Армения «О медицинской помощи и обслуживании населения»³⁹ 1996 г. предусматривает, что все жители имеют право на получение медицинской помощи и услуг «независимо от национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, возраста, состояния здоровья, политических или иных взглядов, социального происхождения, имущественного или иного положения, в порядке, установленном Конституцией, настоящим законом и другими законами, а также международными договорами Республики Армения». В законе также упоминается, что каждый имеет право на получение медицинской помощи и услуг на бесплатных или льготных условиях (т. е. финансируемых государством услуг, покрываемых БПМУ) в рамках программ охраны и улучшения здоровья, утвержденных правительством, при этом медицинская помощь также может предоставляться вне этих программ за счет пособий по медицинскому страхованию, личных выплат и других источников, не запрещенных законом. Правительство утверждает ежегодные программы охраны и улучшения здоровья и представляет их вместе с проектом бюджета в Национальное собрание Армении в качестве неотъемлемой части бюджета (Дейл и др., 2018; Чуквума, Гуразада и др., 2020).

Перечень социально уязвимых и особых категорий населения (а также покрываемые медицинские услуги для различных категорий бенефициаров, включая механизмы закупок, заключения контрактов и оплаты услуг поставщиков) одобряется правительством. Основным правовым актом, регулирующим БПМУ, является Постановление Правительства Республики Армения № 318-N от 4 марта 2004 г., которое регулирует предоставление услуг БПМУ для населения в целом⁴⁰. Этим постановлением также утверждается перечень социально уязвимых и особых категорий населения. В настоящее время этот перечень включает в себя 22 категории (см. Вставку 16).

³⁸ Конституция Республики Армения – Поправки, принятые 9 декабря 2015 г. Доступно по ссылке: <http://www.parliament.am/parliament.php?id=constitution&lang=eng#2>

³⁹ Закон Республики Армения «О медицинской помощи и обслуживании населения» от 4 апреля 2006 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=153795>

⁴⁰ Постановление Правительства Республики Армения № 318-N от 4 марта 2004 г. «О гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и льготном медицинском обслуживании» (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=175656>

▶ Вставка 16. Социально уязвимые и особые категории населения

- Бенефициары программы семейных пособий с показателем уязвимости не менее 28,01
- Инвалиды с высокой степенью функциональных расстройств
- Инвалиды с тяжелой степенью функциональных расстройств
- Инвалиды с умеренной степенью функциональных ограничений
- Дети (0–18 лет)
- Участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица
- Беременные женщины и молодые матери (в течение 42 дней после родов)
- Молодые люди (в возрасте 18–23 лет), оставшиеся без попечения родителей
- Лица, проходящие медицинские обследования для оценки степени функциональных ограничений
- Лица призывного возраста (в рамках стационарной экспертизы и лечения)
- Военнослужащие и члены их семей, военнослужащие в отставке
- Спасатели и члены их семей, спасатели в отставке
- Лица, находящиеся под стражей
- Лица, находящиеся под опекой в детских домах, домах престарелых и временных приютах для бездомных
- Репрессированные люди (т. е. жертвы политических репрессий советского периода)
- Люди, участвующие в восстановительных работах после чернобыльской катастрофы
- Жертвы торговли людьми
- Лица, ищущие убежища, и члены их семей
- Люди, уволенные с военной службы в связи с увечьями, травмами и заболеваниями, произошедшими во время военной службы, которые не были признаны инвалидами после оценки функциональности
- Лица, уволенные с военной службы в связи с увечьями, травмами и заболеваниями, произошедшими во время военной службы, в течение первых 3 месяцев лечения, до направления на медико-социальную экспертизу
- Члены национальных олимпийских команд и олимпийских семейных спортивных команд
- Люди, направленные на судебно-медицинскую экспертизу

Кроме того, медицинское обслуживание военнослужащих и членов их семей в рамках БПМУ регулируется Постановлением Правительства Республики Армения № 806 от 25 июля 2013 г.⁴¹.

Еще одной особой категорией охваченного населения являются получатели так называемого «социального пакета» – программы, которая была введена правительством в 2012 г. Этот пакет услуг является частью БПМУ, то есть он финансируется из государственного бюджета здравоохранения и охватывает государственных служащих, учителей государственных школ, медицинских работников государственных учреждений ПМСП и сотрудников некоторых других государственных учреждений (иждивенцы таких работников этой программой не охвачены). Предоставление медицинской помощи получателям социального пакета регулируется Постановлением Правительства Республики Армения № 375-N от 27 марта 2014 г.⁴².

Еще одной важной составляющей БПМУ является предоставление лекарств уязвимым категориям и пациентам с определенными заболеваниями за счет государства, что регулируется Постановлением Правительства Республики Армения № 642-N от 30 мая 2019 г.⁴³.

⁴¹ Постановление Правительства Республики Армения № 806-N от 25 июля 2013 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=161119>

⁴² Постановление Правительства Республики Армения № 375-N от 27 марта 2014 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=171451>

⁴³ Постановление Правительства Республики Армения № 642-N от 30 мая 2019 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=179755>

Виды медицинской помощи

Армения впервые ввела БПМУ в 1996 г. С тех пор БПМУ периодически пересматривается и расширяется на основе имеющихся бюджетных ресурсов, выделяемых для сектора здравоохранения. Министерство здравоохранения несет ответственность за определение состава пакета льгот. В то время как первоначальный состав БПМУ был основан на фактических данных, в том числе об эффективности услуг, бремени болезней в стране и экономической эффективности услуг, а также их финансовых последствиях, последующие пересмотры уже не следовали определенной логике (Аданна Чуквума, Грация Лилозиан и Эстель Гонг, 2021). В соответствии с БПМУ жители имеют право на амбулаторную помощь (включая первичную помощь и некоторые визиты специалистов, исключая стоматологическую помощь), неотложную помощь и помощь, предоставляемую в рамках больничных «вертикальных программ»⁴⁴. Доступ к ним бесплатный, за исключением нескольких услуг (услуги по лечению заболеваний, передающихся половым путем, онкологии и гематологии), за которые может потребоваться доплата со стороны лиц, не являющихся инвалидами и не относящихся к уязвимым группам населения (Лавада, Шибер и Афтаб, 2020).

Сооплаты применяются к прочим услугам: стационарному лечению (процентные сооплаты), диагностическим исследованиям (фиксированные сооплаты)⁴⁵, стоматологической помощи и амбулаторным лекарствам (процентные сооплаты)⁴⁶. Некоторые доплаты за больничные услуги различаются между столицей Ереваном и другими регионами из-за различий в стоимости и тарифах поставщиков. В целом сумма доплаты может варьироваться от 10–15% до более чем 50% от общей стоимости услуг.

В дополнение к этому люди, относящиеся к социально уязвимым и особым категориям (составляющим около 50% населения), а также военнослужащие и члены их семей также имеют право на другие виды доступной стационарной помощи, некоторую стоматологическую помощь и дополнительные (так называемые «труднодоступные») диагностические тесты, такие как КТ, МРТ, ПЭТ-КТ и пр., и освобождаются от доплат.

За последние годы (начиная с 2019 г.) охват БПМУ значительно расширился. В частности, были отменены сооплаты за онкологические операции, расширен охват детей с 7 до 18 лет, снижен пороговый балл для бенефициаров программы семейных пособий с 30,01 до 28,01 для предоставления возможности воспользоваться услугами большему количеству людей. Кроме того, дополнительные услуги были включены в список вертикальных программ, доступных для всего населения, включая амбулаторную неотложную помощь в больницах и паллиативную помощь, а также срочное хирургическое лечение острого инфаркта миокарда (коронарное шунтирование), лечение острых или подострых ишемических инсультов головного мозга и операции по устранению последствий разрыва и (или) отслаивания аневризм аорты (МОТ и ООН-Женщины, 2021a; Лавадо, Шибер и Афтаб, 2020).

Стоимость стационарного лечения за услуги, покрываемые БПМУ, бесплатна, за некоторыми исключениями и лимитами. С другой стороны, стоимость амбулаторного лечения субсидируется правительством из государственного бюджета только для определенных категорий населения на основе критериев социального статуса нуждаемости или медицинских условий. В зависимости от социального статуса нуждаемости бенефициары могут получить лекарство, прописанное им поставщиками ПМСП либо бесплатно, либо со скидкой 50% или 30%. Также имеют право на получение бесплатных лекарств пациенты со следующими заболеваниями: туберкулез, психические заболевания, рак, диабет, эпилепсия, инфаркт миокарда, синдром периодической лихорадки, дефекты сердечного клапана, малярия, хроническая почечная недостаточность, фенилкетонурия, синдром респираторных заболеваний у недоношенных детей, ВИЧ/СПИД, гормональные нарушения и вирусный гепатит С (Лавадо, Шибер и Афтаб, 2020).

⁴⁴ А это интенсивная терапия; лечение туберкулеза; лечение психиатрических и наркологических заболеваний; лечение инфекционных заболеваний; медицинские услуги для людей призывного и допризывного возраста; роды; услуги гемодиализа; хирургическое лечение онкологических заболеваний; амбулаторная неотложная помощь в больницах; паллиативная помощь; срочное хирургическое лечение острого инфаркта миокарда (коронарное шунтирование); лечение острых или подострых ишемических инсультов головного мозга; операции устранения последствий разрыва и (или) отслаивания аневризм аорты.

⁴⁵ Постановление Правительства Республики Армения № 375-N от 27 марта 2014 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=171451>

⁴⁶ Постановление Правительства Республики Армения № 642-N от 30 мая 2019 г. (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=179755>

Таблица 5. Социальные категории, имеющие право на полностью или частично субсидируемую амбулаторную медицину

Охватываемые категории лиц	
Лица, пользующиеся полностью субсидируемой амбулаторной медициной	<ul style="list-style-type: none"> • Инвалиды с глубокой, тяжелой или умеренной степенью функциональных расстройств • Дети с ограниченными возможностями – до 18 лет • Участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица • Дети, оставшиеся без попечения родителей, и лица, относящиеся к детям, оставшимся без попечения родителей (до 18 лет) • Дети многодетных семей (с 4 и более несовершеннолетними детьми в возрасте до 18 лет) • Члены семей военнослужащих, погибших при обороне Республики Армения, а также при исполнении служебных обязанностей • Дети семей, состоящих из лиц с ограниченными возможностями – до 18 лет • Дети до 7 лет • Бенефициары, включенные в программу семейных пособий с показателем уязвимости 28,01 и выше • Различные категории жертв военных действий
Лица, пользующиеся частично субсидируемой амбулаторной медициной (скидка 50%)	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, участвовавшие в восстановительных работах после черноморской катастрофы • Репрессированные лица (люди, подвергшиеся политическим репрессиям в советский период) • Неработающие одинокие пенсионеры • Неработающие пенсионеры, входящие в состав домохозяйств без какого-либо работающего члена • Дети (7–18 лет) с одним родителем
Лица, пользующиеся частично субсидируемой амбулаторной медициной (скидка 30%)	<ul style="list-style-type: none"> • Неработающие пенсионеры, входящие в состав домохозяйств с другими работающими членами, включая детей

Источник: Лавачи, Шибер и Афтаб, 2020.

Оказание медицинской помощи и услуг

Поставщики медицинских услуг в Армении могут быть государственными или частными. В 2021 г. в Армении было 487 учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (из которых 371 государственное и 19 частных) и 122 больницы (80 государственных и 42 частных). В стране было 12,7 тыс. больничных коек, 14,5 тыс. врачей и 16,6 тыс. медсестер. Около трети этих ресурсов приходилось на частный сектор, в том числе 4,3 тыс. врачей (или 34% от общего числа), 4,8 тыс. медсестер (29%) и 4,1 тыс. больничных коек (32%) (Национальный институт здравоохранения Республики Армения, 2022а). Чтобы иметь право претендовать на контракт, финансируемый БПМУ (также называемый «государственным заказом»), медицинские учреждения должны обладать лицензией на медицинские услуги, на которые поставщик запрашивает финансирование из государственного бюджета (Чуквума, Гуразада и др., 2020).

В сельской местности услуги ПМСП предоставляются сельскими амбулаториями или центрами семейной медицины, тогда как в городах эти услуги предоставляются поликлиниками – амбулаторными учреждениями, в которых под одной крышей работают как поставщики ПМСП, такие как семейные врачи или врачи общей практики и педиатры, так и основной набор специалистов с предоставлением диагностических услуг. Поликлиники в настоящее время существуют как самостоятельные учреждения только в столице Ереване, а также в городах Гюмри и Ванадзор, в то

время как в других городах они входят в структуру областных медицинских центров (как правило, наряду с больницей и родильным домом). Некоторые сельские амбулатории также включают в себя фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), которые юридически не считаются отдельными медицинскими учреждениями и существуют только в селах, где имеется медсестра. Как правило, первичная медико-санитарная помощь оказывается населению по месту жительства (Лавадо, Шиббер и Афтах, 2020; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2013). Один врач ПМСП обслуживает в среднем от 1500 до 2500 человек, а один педиатр – от 700 до 800 детей (Атун и др., 2005).

Стационарные услуги предоставляются различными государственными и частными больницами и медицинскими центрами. Областные больницы, которые в основном предоставляют вторичные специализированные услуги, находятся в государственной собственности и управляются областными (марзовыми) администрациями. Больницы в Ереване находятся в ведении либо муниципалитета Еревана, либо министерства здравоохранения, и включают в себя частные учреждения. Они предоставляют как вторичные, так и третичные (т. е. узкоспециализированные) стационарные услуги (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Чтобы получить доступ к медицинским услугам, покрываемым БПМУ, необходимо зарегистрироваться у поставщика услуг ПМСП. Доступ к диагностическим тестам, покрываемым БПМУ, амбулаторным специализированным услугам и стационарному уходу требует направления врача, а доступ к включенным в пакет амбулаторным лекарствам осуществляется по рецепту от поставщиков услуг ПМСП.

Медицинские услуги, покрываемые программой БПМУ, предоставляются в виде льгот в натуральной форме. Если пациенты предпочитают посещать либо частную клинику, не связанную контрактом с МЗ, либо другое учреждение первичной медико-санитарной помощи (т. е. отличное от того, где они зарегистрированы), они должны оплатить полную стоимость услуг. Медицинские учреждения (как государственные, так и частные), предоставляющие услуги БПМУ, заключают контракты с МЗ на ежегодной основе и действуют в соответствии с одинаковыми контрактными договоренностями и видами отчетности вне зависимости их формы собственности (Чуквума, Гуразада и др., 2020). Услуги ПМСП финансируются на душу населения в соответствии с количеством зарегистрированных людей у каждого поставщика услуг, в то время как больничные услуги в основном финансируются в каждом отдельном случае на основе заявлений, которые учреждения подают в ГАЗ через национальную систему электронного здравоохранения ARMED (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Программа ARMED была запущена в 2017 г. и в настоящее время работает примерно в 560 медицинских учреждениях, шести частных страховых компаниях и МЗ/ГАЗ. К системе ARMED подключены все медицинские учреждения, с которыми МЗ заключило контракт на оказание услуг БПМУ для облегчения подачи заявок и управления ими. Кроме того, доступ к системе могут получить сами пациенты, а также другие государственные и частные пользователи. В феврале 2021 г. МЗ был утвержден трехлетний план действий по дальнейшему развитию системы электронного здравоохранения, включающий полномасштабное внедрение электронных формуляров для рецептов и направлений, а также реестров заболеваний. ARMED подключен к реестру населения, что позволяет в режиме реального времени проверять персональные данные пациентов. Продолжается дальнейшая интеграция ARMED с другими системами электронного правительства, такими как база данных регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения министерства юстиции, а также реестры социального статуса министерства труда и социальных вопросов (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

В рамках «социального пакета» БПМУ страховщики должны заключать контракты для предоставления медицинских услуг бенефициарам со всеми поставщиками на одинаковых условиях, по существу выступая в качестве сторонних администраторов (СА) системы. Таким образом, страховщики выполняют только определенные основные функции: заключение договоров с поставщиками, ведение отчетности и обработка претензий. Как государственные, так и частные поставщики медицинских услуг ежемесячно сообщают страховщикам о количестве страховых случаев, включая как амбулаторные, так и стационарные вмешательства, и получают оплату на основе заявленного объема услуг. Фактический размер ежемесячных выплат от МЗ страховщикам

отражает утвержденный бюджет, который фиксируется договором по каждому страховщику, и не привязан к фактическому объему оказанных медицинских услуг. Если страховая компания тратит меньше общей суммы, полученной от МЗ, она получает прибыль. Однако если она получает больше претензий от поставщиков медицинских услуг, чем первоначально ожидалось, они должны урегулировать эти претензии на свой страх и риск (Чуквама, Мессен и др., 2020).

▶ 4. Результаты

Охват

Законодательство Армении в области здравоохранения гарантирует ПМСП и базовые больничные медицинские услуги для всех. Однако на практике доступ к услугам ограничен, что обусловлено в первую очередь финансовыми барьерами по уходу и нехваткой медицинских специалистов в регионах.

Теоретически БПМУ призван покрывать услуги первичной медико-санитарной помощи для всего населения. Однако большинству бенефициаров все еще приходится нести прямые расходы при обращении за медицинской помощью. Вполне вероятно, что многие отказываются от базового медицинского обслуживания из-за неспособности покрыть расходы на сооплаты, а также неформальные платежи. Согласно Комплексному обследованию условий жизни 2019 г., даже среди «уязвимых групп» эффективный охват относительно невысок (28,6% детей в возрасте 0–4 лет; 21,9% бенефициаров льгот по повышению уровня жизни семей (FLSEB); 11,8% лиц в дециле с самым низким уровнем потребления; 52,3% лиц, зарегистрированных как инвалиды) (МОТ и ООН-Женщины, 2021b).

Хотя охват является невысоким для всех возрастных групп, охват среди детей является самым высоким (17,5%), вероятно, из-за того, что все дети в возрасте до 7 лет и несколько других групп в этой демографической когорте населения считаются «уязвимыми» и освобождаются от сооплат в рамках БПМУ. Охват среди лиц трудоспособного возраста является самым низким (8,3%) и лишь незначительно увеличивается для пожилых людей (9,5%). Это также можно объяснить тем фактом, что безработные пенсионеры классифицируются как «особая группа» согласно БПМУ. Наконец, БПМУ охватывает более значительную долю мужского населения (11,3%), чем женского (9,8%). И это несмотря на то, что все женщины репродуктивного возраста считаются «особой группой» (МОТ и ООН-Женщины, 2021b).

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Из-за ограниченности эффективного охвата населения Армении, финансовая защита при обращении за услугами здравоохранения сильно ограничена. Платежи населения из собственных средств (ПСС) на здравоохранение в Армении являются одними из самых высоких в мире. Доля ПСС в текущих расходах на здравоохранение составила 78,7% ТРЗ в 2021 г. по сравнению с 84,8% в 2019 г., но все еще намного выше среднего показателя для стран с уровнем дохода выше среднего (44,1% ТРЗ), что, конечно же, препятствует доступности медицинских услуг для населения. ПСС включают расходы пациентов на амбулаторные лекарства, официальные доплаты за услуги в рамках БПМУ, прямые платежи за услуги, не покрываемые БПМУ, и неформальные платежи (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Исторически сложилось так, что неофициальные платежи обычно выплачивались медицинскому персоналу для пополнения их дохода из-за низкой заработной платы (Чуквама, Гуразада и др., 2020). Внедрение официальных сооплат за определенные услуги БПМУ в 2011 г. было одной из мер, направленных на сокращение и постепенную ликвидацию неформальных платежей в секторе здравоохранения. Но основными факторами высоких платежей из собственных средств в Армении являются отсутствие стационарного медицинского обслуживания для всех групп населения, кроме уязвимых, и необходимость оплачивать все амбулаторные фармацевтические препараты (МОТ и ООН-Женщины, 2021b; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Кроме того, Армения имеет относительно высокие показатели катастрофических медицинских расходов, которые считаются наступившими, когда 20,98% от общего потребления или 10% от общих доходов домохозяйств пошло на здравоохранение и когда доля медицинских расходов в общем потреблении или доходах домохозяйств достигает 25% и 7,9% соответственно (ВОЗ, без даты). Широкое распространение катастрофических расходов на здравоохранение в Армении толкает бедные домохозяйства в еще более глубокую нищету. Поэтому наиболее обездоленными являются жители с низкими доходами, жители сельских районов и работники неформальной экономики, которые не имеют адекватной финансовой защищенности для получения доступа к медицинской помощи (ВОЗ – Региональный офис для Европы, 2019).

Удовлетворение потребностей населения

Доступность и наличие

Армения постоянно увеличивает свой индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения с 2000 г., повысив его почти в 1,5 раза с 45 пунктов до 69 пунктов в 2019 г. (ВОЗ, без даты). Хотя показатель Армении в этом отношении был выше, чем в среднем по миру (64 балла), он все еще ниже среднеевропейского уровня (77 баллов) (портал ВОЗ, без даты). В 2021 г. в Армении на 10 тыс. человек приходилось 49,1 врачей, 56,1 медсестер, 42,9 больничных коек, а на 100 жителей приходилось 16 госпитализаций (Национальный институт здравоохранения Республики Армения, 2022а).

Несмотря на, казалось бы, удовлетворительные национальные показатели укомплектованности кадрами, в Армении существуют значительные различия в предоставлении медицинской помощи между столицей и другими районами. В 2021 г. в Ереване проживало около 37% от общей численности населения, но при этом там базировалось 74% всех врачей. Хотя у этой ситуации есть и объективная причина, а именно концентрация большинства специализированных больниц третичного уровня в Ереване, дисбаланс в распределении медицинских кадров объясняется также более низкими зарплатами в регионах и худшими жилищными и социальными условиями по сравнению со столицей (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022). Число медсестер на 100 тыс. населения в Армении ниже среднего показателя по региону Европы и Центральной Азии и немного выше среднего по субрегиону Центральной и Западной Азии, в то время как число врачей немного ниже среднего значения по региону и выше среднего значения по субрегиону.

Географическое распределение больничных коек по стране также неравномерно. Поскольку 44% больниц и 65% больничных коек приходятся на столицу, плотность больничных коек в Ереване больше, чем в других регионах страны. Больничная помощь вторичного уровня, такая как общая хирургия, родовспоможение и акушерство, общетерапевтические и педиатрические услуги, доступна во всех 122 больницах по всей стране (Национальный институт здравоохранения Республики Армения, 2022а), а пациентов, нуждающихся в более сложных высокотехнологичных или специализированных услугах, обычно доставляют в Ереван. Таким образом, третичная специализированная больничная помощь и предоставление определенных высокотехнологичных диагностических процедур (например, КТ или МРТ) по-прежнему в основном доступны только в Ереване. Услуги скорой помощи полностью покрываются БПМУ (включая воздушную скорую помощь, которая может оперативно эвакуировать раненых или других пациентов, нуждающихся в срочном лечении, в медицинские центры в Ереване)⁴⁷.

До 2018 г. инвестиции в инфраструктуру здравоохранения в основном обеспечивались партнерами по развитию. С 1998 г. было отремонтировано и оснащено более 170 региональных учреждений ПМСП (сельских амбулаторий) и центров семейной медицины) и около 20 региональных медицинских центров (больниц), в основном при поддержке программ кредитования Всемирного банка. В настоящее время дальнейшая реконструкция или строительство медицинских учреждений включены в правительственную программу на 2021–2026 гг., которая будет финансироваться из государственного бюджета. В том числе планируется отремонтировать более 30 медицинских центров и оснастить их современным оборудованием (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

⁴⁷ Постановление Правительства Республики Армения № 318-N от 4 марта 2004 г. «О гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и льготном медицинском обслуживании» (на армянском языке). Доступно по ссылке: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=175656>

Однако по-прежнему существуют проблемы, связанные с недостаточным развитием инфраструктуры и дефицитом современного медицинского оборудования. В большинстве поликлиник по-прежнему имеется только базовое оборудование для медицинских осмотров, которое часто является морально устаревшим (например, рентгеновские аппараты или лабораторное оборудование). Поэтому виды патологий, которые могут быть диагностированы на уровне ПМСП, ограничены. Модернизация учреждений здравоохранения является важнейшим приоритетом, который государство должно учитывать для повышения качества медицинских услуг (ЯАМС и Исследовательский институт Номура, LTD 2019).

В то время как большинство стоматологических клиник в стране и некоторые из крупнейших многопрофильных больниц в столице Ереване являются частными, остальные учреждения системы оказания медицинских услуг (особенно в регионах) по-прежнему находятся в государственной собственности и управлении. В 2021 г. около 71% всех человеческих ресурсов (врачей и медсестер) были заняты в государственных медицинских учреждениях, на которые также приходилось более двух третей общего количества больничных коек в стране (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

Качество и приемлемость

В Армении на настоящий момент отсутствует комплексная система мониторинга и управления качеством медицинской помощи. Исследование, проведенное в 2018 г., показало, что среди предотвратимых смертей в Армении большинство (53%) было обусловлено низким качеством медицинской помощи, а не с неиспользованием услуг (Крук и др., 2018). Ситуационный анализ качества медицинской помощи в Армении, проведенный Азиатским банком развития (АБР) с помощью двух исследований в 2019 г., которые также легли в основу стратегии улучшения медицинских услуг, утвержденной министерством здравоохранения в апреле 2022 г.⁴⁸, выявил такие недостатки, как недостаточное внимание к вопросам качества, включая отсутствие общей структуры управления, низкое использование системы электронного здравоохранения и данных для улучшения качества, недостаточная вовлеченность пациентов и нехватка знаний и навыков по управлению качеством среди руководителей учреждений и медицинских работников. Несмотря на то, что имеются больничные эпидемиологи, которым поручено отслеживать и сообщать о внутрибольничных инфекциях, соблюдать руководящие принципы по профилактике инфекций и инфекционному контролю, а также исследовать причины в случае высоких уровней инфицирования, внутрибольничные инфекции по-прежнему зачастую замалчиваются.

Хотя система лицензирования медицинских учреждений существует, причем эту функцию выполняет МЗ через свое агентство по лицензированию, процесс лицензирования фокусируется в основном на наличии физических ресурсов (обученный медицинский персонал, инфраструктура и оборудование), и не включает в себя какие-либо стандарты качества. Раньше лицензии на осуществление деятельности выдавались без фиксированного срока продления, но это правило было недавно пересмотрено, и отныне лицензию необходимо будет продлевать каждые пять лет, что поможет внедрить элементы контроля качества (Чуквума, Мессен и др., 2020; Чуквума, Гуразада и др., 2020).

Кроме того, недостаточное количество персонала в регионах и перегруженность семейных врачей, у которых может быть более 3000 пациентов, в то время как стандартное количество пациентов не должно превышать 2000 человек на одного семейного врача, негативно сказывается на качестве услуг. Точно так же низкая заработная плата врачей, особенно в региональных медицинских учреждениях, затрудняет набор высококвалифицированных специалистов в учреждения здравоохранения, способных оказывать качественные медицинские услуги населению (ЯАМС и Исследовательский институт Номура, LTD 2019).

В результате население часто неохотно пользуется первичной медико-санитарной помощью, главным образом из-за предполагаемого низкого качества услуг и негативного имиджа среди пользователей. Данные комплексного обследования условий жизни 2021 г. показывают, что 61,9% небедных и 63,2% бедных граждан указали самолечение в качестве основной причины, по которой они не посещают учреждения ПМСП, указывая на проблемы, связанные с доверием и качеством медицинской помощи, в то время как отсутствие финансовых средств было второй ведущей причиной отказа обращаться к структуре ПМСП (15,7% бедных, 13,5% крайне бедных).

⁴⁸ Приказ Министерства здравоохранения Республики Армения № 1614-L от 20.04.2022 «Об утверждении стратегии и плана мероприятий по повышению качества медицинских услуг».

При этом на слишком большое расстояние до учреждения ПМСП («удаленность») пожаловались лишь 0,1% небедных респондентов, в то время как другие группы вообще не упоминали об этом факторе (Статистический комитет Республики Армения, 2022).

Обходя услуги первичной медико-санитарной помощи, пациенты усугубляют состояние своего здоровья. Люди зачастую обращаются за вторичной и третичной медицинской помощью, когда их состояние здоровья уже значительно ухудшилось, что обычно требует оказания высокоспециализированных и срочных медицинских вмешательств (Чуквума, Мессен и др., 2020).

С 1990 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 70,7 лет до 76,5 лет в 2019 г. (Статистический комитет Республики Армения, 2022). Уровень младенческой смертности на 1000 живорождений в Армении снизился более чем на 60% в период с 2000 по 2019 г.: с 27 до 10,5 (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022). Самые последние национальные данные о детской смертности показывают, что в 2021 г. она составляла 6,9 (Национальный институт здравоохранения (а), 2022). Коэффициент материнской смертности (КМС) на 100 тыс. живорождений снизился с 43 в 2000 г. до 26 в 2017 г. (База данных Всемирного банка, без даты). Однако, поскольку абсолютное число рождений и материнских смертей в Армении относительно низкое, национальные данные по КМС могут демонстрировать значительные колебания из года в год: 8,0 в 2017 г., 21,9 в 2018 г., 33,3 в 2019 г., 22,0 в 2020 г. и 43,7 в 2021 г. (Статистический комитет Республики Армения, 2022). Для решения этой проблемы министерство здравоохранения публикует трехгодичное скользящее среднее значение КМС, которое составило 33,0 за 2019–2021 гг. (Национальный институт здравоохранения, 2022). Показатели охвата иммунизацией для плановых детских прививок остаются высокими (более 95%), а общий уровень смертности в Армении является самым низким среди стран Содружества Независимых Государств (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022).

► 5. Направление дальнейших действий

В целом Армения демонстрирует положительные тенденции по общим достижениям в сфере здравоохранения. Однако в стране отсутствует адекватная система социальной защиты здоровья, обеспечивающая финансовую защиту для всего населения, и сохраняется необходимость повысить эффективность работы и управления своей системой здравоохранения для улучшения качества услуг. Необходимо стремиться к обеспечению доступности услуг по всей стране, финансовой защите населения и сокращению наличных платежей, тем самым улучшая доступ к медицинским услугам.

Главными целями для системы здравоохранения являются обеспечение защиты от финансовых рисков для повышения доступности медицинских услуг, включая увеличение расходов на здравоохранение и повышение качества медицинского обслуживания.

Приоритеты реформы государственного сектора здравоохранения изложены в Государственной программе на 2021–2026 гг., а также в Стратегии развития системы здравоохранения на 2023–2026 гг.⁴⁹ и Концептуальной записке по всеобщему медицинскому страхованию (ВМС), которые были утверждены в феврале 2023 г.⁵⁰. Правительство планирует увеличить финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение, до минимум 4% от валового внутреннего продукта, начиная с 2027 г., для полного внедрения системы ВМС. Стратегия включает в себя комплекс целей и мероприятий, направленных на укрепление системы здравоохранения и улучшение ее инфраструктуры.

⁴⁹ Постановление Правительства Республики Армения № 174-L от 9 февраля 2023 г. «Об утверждении стратегии развития системы здравоохранения Республики Армения на 2023–2026 гг. и плана действий по ее реализации». Доступно по ссылке: <https://www.e-gov.am/gov-decrees/item/39848/>.

⁵⁰ Постановление Правительства Республики Армения № 133-L от 2 февраля 2023 г. «Об утверждении концептуальной записки по внедрению всеобщего медицинского страхования». Доступно по ссылке: <https://www.e-gov.am/gov-decrees/item/39809/>.



©Unsplash

Одним из важнейших направлений реформы является создание системы обязательного медицинского страхования для официальных работников в стране, которая, в случае ее утверждения и успешной реализации, может привести к улучшению доступа и качества медицинских услуг, а также к улучшению показателей здоровья.

Новая программа будет охватывать официально занятое население, а также уязвимые категории⁵¹ в рамках централизованного и управляемого государством фонда медицинского страхования (которое объединяет социальные отчисления и налоговое финансирование). Новую систему страхования планируется внедрять поэтапно, начиная с 2024 г., при условии своевременного утверждения соответствующих законов Национальным собранием Армении.

Реализация предложения ВМС предполагает создание нового независимого закупочного агентства (Фонда ВМС), которое объединит финансовые ресурсы и будет выполнять текущие функции ГАЗ и, таким образом, освободит министерство здравоохранения от его двойственной роли поставщика и покупателя медицинских услуг, финансируемых государством. Согласно плану фонд ВМС будет выступать в качестве стратегического покупателя в рамках новой программы, тем самым обеспечивая лучшее качество ухода за пациентами и большую финансовую прозрачность поставщиков (Лавадо, Шибер и Афтаб, 2020).

В рамках этой программы правительству также необходимо приложить беспрецедентные усилия для расширения охвата неформального сектора экономики, который по состоянию на 2021 г. составляет 50,2% от общей занятости (ILOSTAT, без даты), продолжая работу по выводу экономики на формальное поле. Решение проблемы неформальной экономики расширит налоговое пространство для финансирования социальных программ здравоохранения.

С другой стороны, необходимо упорядочить и сделать более всеобъемлющим базовый пакет услуг, финансируемых из государственного бюджета, чтобы устранить все еще существующие различия в охвате различных категорий населения и между различными видами услуг. Имеющаяся на настоящий момент сегментация БПМУ не только не позволяет обеспечить равенство,

⁵¹ Все категории населения, охваченные БПМУ в рамках вертикальных программ или других программ бюджета здравоохранения, включая социально уязвимые группы населения, детей, людей с определенными заболеваниями и т. п.

но и трудна для понимания среди бенефициаров. На настоящем этапе включение или исключение услуг из БПМУ не соответствует какой-либо установленной логике и процедурам и в основном носит несистематический характер. Кроме того, при разработке БПМУ необходимо внедрить анализ затрат и выгод и применять методологии оценки технологий здравоохранения (ОТЗ).

В целях расширения охвата социальным здравоохранением Армения должна провести дальнейшие комплексные реформы в секторе здравоохранения, не только инвестируя в инфраструктуру и человеческие ресурсы на местном уровне и увеличивая расходы на общественное здравоохранение, но и радикально улучшая управление системой здравоохранения⁵².

В том, что касается аспектов администрации, правительство планирует и дальше расширять использование существующих электронных систем здравоохранения, повышать кадровый потенциал, модернизировать медицинские учреждения и внедрять реформы первичной медико-санитарной помощи. Основными целями программ являются расширение охвата, обеспечение доступа к медицинской помощи, улучшение медицинского обслуживания и степени финансовой защищенности населения.

► 6. Основные выводы

- Система социальной защиты здоровья в Армении недостаточна для обеспечения приемлемой финансовой защищенности всего населения. Высокий уровень платежей из собственных средств приводит к необходимости экономии и ограничивает доступ к медицинским услугам, поэтому задачей правительства должно быть сокращение таких платежей. В нынешних условиях правительство не гарантирует равный доступ к медицинским услугам для всех, а качество предоставляемых услуг остается низким. Проблемы в основном вызваны недостаточным финансированием, ограниченной по своим возможностям и морально устаревшей инфраструктурой и нехваткой квалифицированных кадров в сельских районах. В 2017 г. начала постепенно набирать темпы цифровизация отрасли за счет перевода здравоохранения на информационные рельсы, что является обнадеживающим фактором.
- Поскольку система социальной защиты населения Армении в значительной степени зависит от ассигнований государственного бюджета, низкие финансовые отчисления из государственного бюджета в систему здравоохранения имеют самые неблагоприятные последствия. С другой стороны, правительство выразило твердое намерение изыскать устойчивые источники финансирования для покрытия бюджетного дефицита.
- Несмотря на существующие проблемы, Армении удалось сохранить относительно хорошие показатели здоровья, в том числе высокую ожидаемую продолжительность жизни, удовлетворительный уровень вакцинации детей, а также низкие показатели младенческой и материнской смертности.
- Всеобщее право населения на пользование услугами здравоохранения является обязательной общей предпосылкой, но само по себе оно не гарантирует эффективного охвата для всех, о чем свидетельствуют фактические низкие показатели. Страны, желающие достичь всеобщего охвата услугами здравоохранения, должны прилагать усилия для повышения осведомленности населения о правах, укрепления финансовой поддержки услуг, включенных в пакет льгот, а также для повышения качества и приемлемости услуг.

⁵² Положительным шагом в этом направлении стало принятие стратегии улучшения качества медицинской помощи и плана действий министерства здравоохранения в апреле 2022 г., который предусматривает создание центрального подразделения в МЗ, ответственного за координацию деятельности, связанной с повышением качества медицинской помощи по всей стране, и внедрение измеримых показателей качества и системы их мониторинга во всех медицинских учреждениях.

Библиография

- Aiypkhanova, Ainur. 2023. "Armenia Decided to Gradually Introduce National Health Insurance - P4H Network", *P4H Social Health Protection Network*, 29 June 2023, доступно по ссылке: <https://p4h.world/en/news/armenia-decided-to-gradually-introduce-national-health-insurance/>
- Armenian, H. B. Crape, R. Grigoryan and H. Martirosyan. 2009. *Analysis of Public Health Services in Armenia*. American University of Armenia, Centre for Health Services and Development. [https://www.aua.am/chsr/UserFiles/File/PHA_Final%20English_2010\(2\).pdf](https://www.aua.am/chsr/UserFiles/File/PHA_Final%20English_2010(2).pdf)
- Atun, R., A. Ibragimov, G. Ross and A. Meimanaliev. 2005. *Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Executive Summary*. The World Bank. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/6141/>
- Chukwuma, A., S. Gurazada, M. Jain, S. Tsaturyan and M. Khcheyan. 2020a. *FinHealth Armenia: Reforming Public Financial Management to Improve Health Service Delivery*. World Bank Group. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/259401608732628871/finhealth-armenia-reforming-public-financial-management-to-improve-health-service-delivery>
- Chukwuma, A., B. Messen, H. Lylozian, E. Gong and F. Ghazaryan 2020b. *Strategic Purchasing for Better Health in Armenia*. World Bank Group. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/174831600184459793/pdf/Strategic-Purchasing-for-Better-Health-in-Armenia.pdf>
- Chukwuma, Adanna, Hratchia Lylozian and Estelle Gong. 2021. "Challenges and Opportunities for Purchasing High- Quality Health Care: Lessons from Armenia." *Health Systems & Reform* 7 (1). <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1898186>
- Dale E, Kyurumyan A, Kharazyan S, and Barroy H. 2018. "Budget Structure in Health and Transition to Programme Budgeting: Lessons from Armenia." <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276702/WHO-UHC-HGF-HEF-CaseStudy-18.12-eng.pdf?sequence=1>.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2022. *Health Systems in Action: Armenia*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-armenia>
- Farrington J, Korotkova A, Stachenko S, and Johansen A. 2016. "Better Non-Communicable Disease Outcomes: Challenges and Opportunities for Health Systems: Armenia Country Assessment." <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367150/WHO-EURO-2016-7426-47192-69143-eng.pdf?sequence=1>.
- ILO and UN Women. 2021. *Assessment of the Social Protection System in Armenia*. <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/11/assessment-of-the-social-protection-system-in-armenia>
- ILOSTAT. n.d. "Statistics on the Informal Economy", ILOSTAT database. Доступно по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/topics/informality/>. Accessed 26 October 2023.
- JICA (Japan International Cooperation Agency) and Nomura Research Institute, LTD. 2019. *Health Care in Armenia*.
- Kruk, Margaret, E., Anna D. Gage, Naima T. Joseph, Goodarz Danaei, Sebastián García-Saisó and Joshua A. Salomon. 2018. "Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries." *The Lancet* 392 (10160): 2203–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Lavado, Rouselle F., George Schieber and Ammar Aftab. 2020. *An Actuarial Model for Costing Universal Health Coverage in Armenia*. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/publications/actuarial-model-costing-universal-health-coverage-armenia>.

- National Institute of Health of the Republic of Armenia. 2022a. *Health and Healthcare: Statistical Yearbook 2022*. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/7b60e7d3520176ec109727456ba47eb0.pdf>
- 2022b. *National Health Accounts Report 2022*. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/eb11f1eb3d5a0583109374cc27a6a244.pdf>
- Statistical Committee of the Republic of Armenia. 2020. *Statistical Yearbook of Armenia, 2020*. <https://armstat.am/en/?nid=586&year=2020>
- 2022. *Social Snapshot and Poverty in Armenia, 2022*. <https://armstat.am/en/?nid=81&id=2529>
- Tonoyan, T. and L. Muradyan. 2012. "Health Inequalities in Armenia - Analysis of Survey Results." *International Journal for Equity in Health* 11: 32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430552/>
- UNDP. 2022. *Human Development Report 2021-22 - Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). 2021. *Armenia - Statistical Database*. <https://w3.unece.org/CountriesInFigures/en/Home/Index?countryCode=051>
- WHO. n.d. "Armenia", Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/armenia?countryProfileId=6602b1e6-5f80-4d21-a356-6f319d61601a>. Accessed 16 January 2023.
- n.d. "UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)", Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>. Accessed 16 January 2023.
- WHO Regional Office for Europe. 2019. *Can People Afford to Pay for Health Care? Regional Report*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Bank. 2005. *Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia (Volume II: Armenia Case Study)*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/501581468030852285/Armenia-case-study>
- 2018. "New Country Classifications by Income Level: 2017-2018." *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/en/opendata/new-country-classifications-income-level-2017-2018>
- World Bank database. n.d. "GDP, PPP (Current International \$) in Armenia", The World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.PP.CD?locations=AM>. Accessed 16 January 2023.
- n.d. "Maternal Mortality Ratio (Modelled Estimate, per 100,000 Live Births) - Armenia", the World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=AM>. Accessed 26 January 2023.



▶ Азербайджан

©Unsplash

Данный страновой обзор подготовлен Матильдой Мейлферт и Романом Честновым при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы Гедиминаса Черняускаса (Sveikatos Ekonomikos Centras), оказавшего помощь в рецензировании и улучшении качества публикации.

▶ 1. Введение

Азербайджан – страна с уровнем дохода выше среднего, население которой в 2022 г. составляло около 10,2 млн человек (Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики, 2024). По оценкам, около 56,4% населения проживает в городах и около 43,4% – в сельской местности (Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам, 2018).

Глубокая экономическая стагнация, наблюдавшаяся в 1990–1999 гг., сменилась быстрым экономическим ростом в 2000–2011 гг. благодаря высоким нефтегазовым доходам⁵³. Однако резкое падение цен на нефть в 2014–2015 гг. и вспышка COVID-19 существенно замедлили темпы роста экономики и свели рост ВВП практически до нуля. По данным Всемирного банка, ВВП на душу населения по паритету покупательной способности в 2022 г. составлял 17 764 международных доллара. В Азербайджане широко распространена неформальная экономика, на долю которой приходится около 50% ВВП (Bayratov, Hasanov, and Gasimova, 2021; Valiyev, 2020). По оценкам, в 2019 г. около 33% всех работников были заняты неформально (Novruzov, 2021).

Начавшийся в начале 2000-х гг. быстрый экономический рост привел к значительному сокращению масштабов бедности: уровень бедности снизился с почти 50% в 2001 г. до приблизительно 6% в 2012 г. (рассчитано по национальной черте бедности) (Всемирный банк, 2022с). В 2021 г. Азербайджан занимал 91 место по индексу человеческого развития (ИЧР) со значением 0,745 (ПРООН, 2022).

⁵³ Нефтегазовая промышленность вносит значительный вклад в экономику страны, обеспечивая около 90% всех экспортных поступлений [3] и более половины общего государственного бюджета (60% в 2018 г.) (Bayratov, Hasanov, and Gasimova 2021; Aslani, 2016).

Несмотря на заметный прогресс в снижении материнской и младенческой смертности с 1990-х гг., эти показатели остаются сравнительно высокими (26 на 100 000 живорожденных в 2017 г. и 16 на 1000 живорожденных в 2022 г.) (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и ООН, 2019; Всемирный банк, 2022b). По данным Всемирного банка, это сопровождалось значительным увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 64,9 до 73,1 года в период с 2000 по 2019 г. К сожалению, пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на показатели здоровья населения и привела к снижению средней продолжительности жизни до 66,9 лет в 2020 г. (Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики, 2024).

После обретения Азербайджаном независимости охват населения социальными программами охраны здоровья был ограниченным, что негативно отражалось на его финансовой защищенности. После ряда структурных реформ в организации здравоохранения и реализации первого пилотного проекта в 2017–2019 гг. по всей стране была развернута государственная программа обязательного медицинского страхования (ОМС), охват которой, согласно официальным данным, в апреле 2021 г. составлял 100 процентов (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-с). Вполне можно ожидать, что эта мера позволит приблизиться к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения и улучшить показатели здоровья. В то же время ОМС способствует дальнейшему развитию первичной медико-санитарной помощи и позволяет улучшать услуги по диагностике и лечению неинфекционных заболеваний, которые вызывают все большую обеспокоенность в стране.

► 2. Контекст

В начале 1990-х гг. военный конфликт и неэффективное управление экономикой привели к финансовому краху. Резко сократившийся государственный бюджет не мог покрывать все расходы достаточно обширной инфраструктуры здравоохранения Азербайджана. Чтобы преодолеть дефицит финансирования, медицинские учреждения перешли на оказание платных услуг. Как правило, государственные учреждения взимали плату со всех пользователей медицинских услуг, за исключением отдельных групп населения⁵⁴, официально полностью освобожденных от их оплаты (WHO et al., 2010). В условиях ограниченного объема государственного финансирования меры по увеличению официальных платежей за медицинские услуги из собственных средств домохозяйств (ПСС) оказались недостаточными для покрытия расходов здравоохранения, поэтому стали расти неофициальные платежи, в том числе за услуги, предоставляемые лицам, формально освобожденным от оплаты медицинской помощи (WHO et al., 2010). Несмотря на рост прямых платежей, стабилизировать доходы медицинских учреждений не удавалось, поскольку в условиях экономического спада и высокого уровня ПСС население стало реже обращаться за медицинскими услугами. В конце 1990-х гг. попытки разорвать порочный круг снижения доходов, увеличения ПСС, снижения спроса и снижения доходов привели в 1999 г. к принятию закона «О медицинском страховании», ознаменовавшем начало введения всеобщего социального страхования (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Однако реализация этого процесса затянулась из-за сложной политической и экономической обстановки, высокой распространенности неформальной занятости, которая в 2001 г. достигала 58,3% (Novruzov, 2021), а также существования большой доли населения, не имеющего финансовых средств для уплаты страховых взносов (Bağatov, Hasanov, and Gasimova, 2021). В связи с этим реформирование национальной системы здравоохранения происходило постепенно.

В 2007 г. парламент учредил Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию (ГАОМС). В ходе подготовки к введению обязательного медицинского страхования в январе 2008 г. была утверждена «Национальная концепция реформы финансирования

⁵⁴ Освобожденные от оплаты медицинских услуг группы – это дети, пенсионеры, студенты, военнослужащие, призывники, женщины в период беременности и после родов, инвалиды, беженцы, вынужденные переселенцы, члены национальных спортивных команд и заключенные.

здравоохранения», которая включала в себя официальный гарантированный государством базовый пакет медицинских услуг. С этого момента все услуги, предоставляемые государственными медицинскими учреждениями, должны были полностью финансироваться государством. Параллельно правительство инвестировало средства в совершенствование и оптимизацию системы здравоохранения, в том числе в укрепление первичной медико-санитарной помощи, повышение доступности медицинских услуг и улучшение регулирования этой сферы (WHO et al., 2010). Однако многие специализированные услуги и лекарственные препараты до сих пор предоставляются за плату, что существенно ограничивает финансовую защищенность населения. Официальные доплаты за услуги вместе с неразрешенными платежами из собственных средств населения способствовали усилению финансирования частного здравоохранения. Начиная с 2016–2018 гг. доля государственных расходов на здравоохранение не превышала 30% от совокупных расходов на здравоохранение (WHO, 2022).

Нерешительность в отношении проблемы дефицита финансирования системы социальной защиты здоровья и, как следствие, низкий уровень финансовой защищенности населения сохранялись в течение почти двух десятилетий до тех пор, пока Указом Президента Азербайджанской Республики № 765 от 15 февраля 2016 г. в двух регионах страны (город Мингечевир и Евлахский район) в пилотном режиме не была введена система обязательного медицинского страхования (ОМС). ГАОМС стало самостоятельным государственным механизмом, «аккумулирующим денежные средства для финансирования медицинских услуг в рамках страхового пакета ОМС и являющимся покупателем этих услуг» (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-с). В рамках этой программы населению предоставлялся пакет базовых и специализированных медицинских услуг. В течение следующих пяти лет система ОМС была распространена на другие регионы и, хотя ее развертывание было отложено из-за пандемии COVID-19, к апрелю 2021 г. ОМС охватило всю страну (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; A. Aiyukhanova, 2021).

▶ 3. Структура системы социальной защиты здоровья

Финансирование

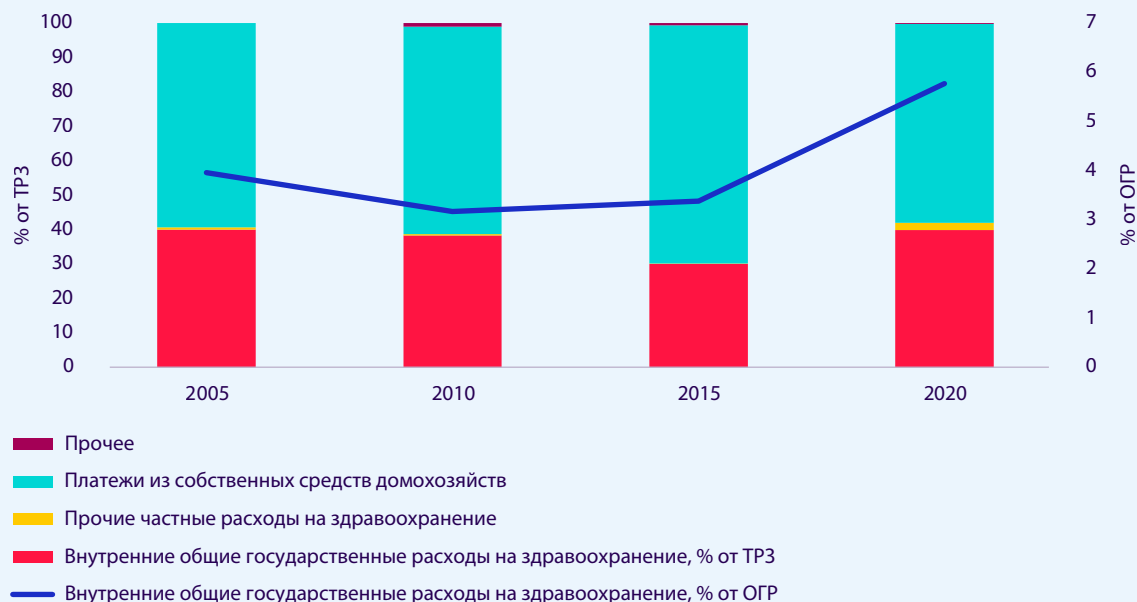
Начиная с 2000-х гг. внутренние общие государственные расходы на здравоохранение составляли менее 5% от совокупных государственных расходов, что свидетельствовало о низком приоритете здравоохранения в государственном бюджете. В 2020 г. бюджетные ассигнования на здравоохранение составляли 3,9% от общих государственных расходов (или 1,6% ВВП).

По оценкам Всемирного банка, в 2019 г. доля налоговых поступлений в госбюджет составляла 14,2%, а отчисления в фонды социального обеспечения в 2021 г. составили 10,3% (Всемирный банк, без даты-а; без даты- b).

Важная роль в финансировании социальных секторов Азербайджана (включая стратегию социальной защиты здоровья и здравоохранение) принадлежит нефтегазовым доходам, но это создает риск уязвимости к внешним потрясениям, обусловленным колебаниями цен на нефть (Garnett E., 2022).

По последним имеющимся данным, несмотря на проводимые реформы и поэтапное внедрение ОМС, начатое в 2016 г., платежи за медицинские услуги из собственных средств (ПСС) населения остаются основным источником финансирования здравоохранения (Рисунок 31). В 2020 г. на их долю приходилось около 65,2% текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ), а остальные 34,5% покрывались за счет внутренних государственных расходов на здравоохранение (ВОЗ, без даты). Согласно этим данным, доля ПСС в текущих расходах на здравоохранение в Азербайджане выше, чем в большинстве других стран региона, и в два раза превышает средний показатель для стран с уровнем дохода выше среднего (ВОЗ, без даты).

Рисунок 31. Структура текущих расходов на здравоохранение в Азербайджане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

На момент написания настоящего доклада данные национальных счетов здравоохранения (НСЗ) были доступны лишь до 2021 г. Однако учитывая, что полномасштабное внедрение обязательного медицинского страхования было завершено только в 2021 г., а сбор обязательных платежей был перенесен на январь 2021 г., трудно судить о том, в какой степени введение новой системы ОМС способствовало снижению расходов собственных средств населения на здравоохранение.

С 2021 г. государственное финансирование здравоохранения осуществляется в основном через систему ОМС. Согласно законодательству, деятельность ГАОМС должна финансироваться за счет страховых взносов (ряд категорий граждан освобождены от уплаты взносов – их взносы покрываются из государственного бюджета). Отчисления, как правило, производятся ежемесячно. В соответствии с законом Азербайджана «О медицинском страховании» 1999 г.⁵⁵, установлены следующие ставки страховых взносов:

- 2% от части заработной платы до 8000 манатов (около 4700 долларов США) в месяц – для работодателей и физических лиц, выполняющих работы (услуги) на основании гражданско-правовых договоров. Ставка взносов на часть заработной платы, превышающую 8000 манатов, составляет 0,5%. Взносы в ОМС автоматически вычитаются из суммы ежемесячной заработной платы работающих граждан и перечисляются в ГАОМС (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021).
- 4% минимальной месячной заработной платы – ставка для физических лиц (индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, членов коллегии адвокатов), зарегистрированных в качестве налогоплательщиков в соответствии с Налоговым кодексом, за исключением случаев временного приостановления предпринимательской деятельности или иных налогооблагаемых операций. В настоящее время минимальная месячная заработная плата в стране составляет 250 манатов (147 долл. США), поэтому ежемесячный

⁵⁵ Закон Азербайджанской Республики № 725-IQ от 28 октября 1999 г. «О медицинском страховании». Доступно по ссылке: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=64874&p_lang=fr.

взнос в ОМС составляет 10 манатов (5.8 долл. США). Страховой взнос уплачивается не позднее 15-го числа очередного месяца. В случае неуплаты применяются штрафные санкции, в том числе штраф в размере от 30 до 70% от неуплаченной суммы (уплата страхового взноса лицом, совершившим нарушение впервые, освобождает его от административной ответственности) (BM Morrison Partners, 2021).

Безработные и некоторые категории самозанятых граждан освобождены от обязанности уплачивать взносы на ОМС до 1 января 2024 г. – выплаты за них осуществляет государство (BM Morrison Partners, 2021; Jafarova, Mammadov, and Mammadov, 2021).

Согласно законодательству, государство также покрывает страховые взносы по ОМС для следующих категорий населения (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-б):

- ▶ несовершеннолетние до 18 лет;
- ▶ студенты в возрасте до 23 лет, получающие профессиональное образование, среднее специальное образование или обучающиеся по очной форме в высших учебных заведениях;
- ▶ военнослужащие;
- ▶ лица, получающие трудовые пенсии в соответствии с Законом № 54-IIIГ 2006 г. «О трудовых пенсиях» (по старости, инвалидности, по случаю потери кормильца);
- ▶ лица, назначенные на должность парламентом Азербайджана или иным государственным органом исполнительной власти, имеющим соответствующие полномочия;
- ▶ лица, занимающие выборные оплачиваемые должности.

В целях обеспечения социальной защитой здоровья всех жителей страны и с учетом трудностей, возникающих в связи со сбором взносов с неформально занятых работников, в 2023 г. из государственного бюджета выплачиваются фиксированные ежегодные взносы (почти 100 манатов) за каждого жителя страны. Правительство рассматривает вопрос о продлении такого «льготного» периода до 2027 г.

Другими источниками финансирования деятельности ГАОМС являются акцизные сборы на бензин, алкогольные напитки и табачные изделия, взимаемые Главным налоговым управлением. Доходы ОМС, утвержденные на 2023 г., представлены в Таблице 6.

► **Таблица 6. Доходы ОМС, утвержденные на 2023 г., млн манатов (на 2023 г. 1 долл. США = 1,7 маната)**

Источники дохода	Сумма, млн манатов	Доля в доходах ОМС, %
Ассигнования из государственного бюджета	1 264, 8	52,8
• Обязательное медицинское страхование населения за счет средств государственного бюджета	1 134,1	47,4
• Средства, выделяемые на государственные программы и мероприятия в области здравоохранения	129,7	5,4
Страховые взносы, уплачиваемые работодателем и работником на обязательное медицинское страхование	764,7	32,0
Пошлины на импорт и внутреннее потребление автомобильного бензина, дизельного топлива, сжиженного газа, акцизы на алкогольную продукцию и табачные изделия	122,3	5,1
Прочие доходы	26,5	1,1
Сумма, выделенная на расходы текущего года из неиспользованных в предыдущие годы средств фонда обязательного медицинского страхования	215,9	9,0
Всего	2 393,2	100

Источник: Указ Президента Азербайджанской Республики «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2023 г.».

Управление

Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики осуществляет надзор за функционированием системы здравоохранения в целом, разрабатывает и реализует соответствующие мероприятия и программы в области здравоохранения, устанавливает нормы и стандарты, разрабатывает руководящие принципы, контролирует оказание медицинской помощи и результаты медицинского обслуживания.

Деятельность ОМС регулируется Законом «О медицинском страховании» 1999 г. и последующими изменениями, внесенными в 2018 г. (Закон № 1441-VQD)⁵⁶, которые легли в основу правового регулирования социального медицинского страхования в Азербайджане (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты). Указы Президента Азербайджанской Республики № 1125 от 24 ноября 2016 г. и № 1592 от 6 сентября 2017 г. регламентируют деятельность Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию (ГАОМС), наделенного статусом юридического лица публичного права и отвечающего за введение и управление медицинским страхованием (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты). Указом Президента Азербайджанской Республики № 418 учреждено Объединение по управлению медицинскими территориальными подразделениями (ОУМТП),

⁵⁶ Изменения внесены Указом Президента Азербайджанской Республики № 520 от 7 февраля 2019 г. «Об уставе Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию», Указом Президента Азербайджанской Республики от 20 декабря 2020 г. «О ряде мер по обеспечению применения обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике».

на которое возложена обязанность по управлению и контролю за медицинскими учреждениями, участвующими в оказании медицинских услуг в рамках ОМС (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-е).

В существующей системе управления здравоохранением ГАОМС является специализированным юридическим лицом публичного права, обеспечивающим введение ОМС и достижение следующих целей (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-с):

- ▶ охват населения обязательным медицинским страхованием;
- ▶ аккумулирование денежных средств для финансирования медицинских услуг в рамках базового страхового пакета;
- ▶ проведение мероприятий по повышению качества медицинских услуг и обеспечению доступности этих услуг для населения;
- ▶ защита прав и законных интересов застрахованных лиц;
- ▶ обеспечение эффективного расходования накопленных средств и своевременного осуществления страховых выплат.

ГАОМС управляет закупкой услуг в соответствии с потребностями бенефициаров ОМС и действует как независимый орган, подотчетный Кабинету министров Азербайджанской Республики (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). ГАОМС представлен во всех регионах страны через свои одиннадцать филиалов, которые координируют реализацию ОМС на местах.

Объединение по управлению медицинскими территориальными подразделениями (ОУМТП TABIB) является второй крупной государственной структурой, участвующей в управлении медицинским обслуживанием. После реформы оно взяло на себя ответственность за управление большинством государственных медицинских учреждений, которые ранее находились в ведении министерства здравоохранения (однако узкоспециализированные учреждения третичной медицинской помощи остались в ведении МЗ) (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Наблюдательный совет ОУМТП назначается Президентом Азербайджанской Республики и состоит из председателя правления ГАОМС, заместителя министра здравоохранения Азербайджанской Республики, заместителя министра труда и социальной защиты населения Азербайджанской Республики, заместителя председателя правления ГАОМС и председателя профсоюза работников здравоохранения. Текущее руководство деятельностью ОУМТП осуществляют исполнительный директор, назначаемый и освобождаемый от должности Наблюдательным советом ОУМТП, и его три заместителя⁵⁷.

Разделение функций между ГАОМС и недавно учрежденным ОУМТП создает определенный риск дублирования функций ГАОМС и ОУМТП и может привести к неопределенности для поставщиков медицинских услуг относительно роли МЗ, ГАОМС и ОУМТП.

Устав ОУМТП утвержден Указом Президента Азербайджанской Республики от 1 мая 2023 г. и определяет следующие задачи ОУМТП:

- ▶ осуществлять руководство и контроль за деятельностью медицинских учреждений;
- ▶ обеспечивать качество и доступность медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями;
- ▶ обеспечивать координацию деятельности медицинских учреждений;
- ▶ обеспечивать повышение качества медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, и адаптацию этих услуг к современным требованиям.

ОУМТП принимает самое активное участие в управлении деятельностью поставщиков медицинских услуг (решает вопросы найма руководящего состава, закупает большую часть расходных материалов, планирует инвестиции) и рассматривает вопрос о предоставлении больницам большей автономии.

⁵⁷ Постановление Президента Азербайджанской Республики (май 2022 г.). Доступно по адресу: <https://its.gov.az/page/tabib>.

Правовое обеспечение и право на получение медицинских услуг

Всеобщее право на охрану здоровья закреплено Конституцией Азербайджанской Республики⁵⁸. Статья 41(I) гласит: «Каждый имеет право на охрану своего здоровья и медицинскую помощь». Кроме того, согласно статье 41(II) правительство обязано содействовать доступу к медицинским услугам и медицинскому страхованию: «Государство принимает необходимые меры по развитию всех видов здравоохранения, функционирующего на основе различных видов собственности, гарантирует санитарно-эпидемиологическое благополучие, создает возможности для различных форм медицинского страхования».

Согласно закону о медицинском страховании, система ОМС распространяется на всех граждан Азербайджанской Республики, иностранцев, которые официально (постоянно или временно) проживают и получают заработную плату в Азербайджанской Республике, иностранцев и лиц без гражданства, получивших статус беженца в Азербайджанской Республике, а также на лиц без гражданства, взятых под опеку представительством Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Эти категории населения должны уплачивать взносы в систему ОМС (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-d). Иностранцы, временно проживающие в стране и нуждающиеся в медицинском обслуживании, имеют право на получение неотложной медицинской помощи.

ОМС не распространяется на лиц, заключенных под стражу; лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы (за исключением тех, кто отбывает наказание в исправительных учреждениях участкового типа); лиц без гражданства, не имеющих официального статуса (МЦРМП и MOBILAZE, 2018). В большинстве случаев оказание медицинской помощи лицам, заключенным под стражу, осуществляется медицинскими организациями, подведомственными министерству юстиции (Минюст). Услуги, предоставляемые им государственными медицинскими учреждениями, финансируются ГАОМС в соответствии с договором между ГАОМС и Минюстом.

В соответствии с законом о медицинском страховании, работники неформального сектора экономики должны быть включены в программу, поскольку они относятся к категории лиц, зарегистрированных в качестве налогоплательщиков, и их обязательный взнос установлен в фиксированном размере 4% МРОТ (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaaya, 2018b). Другие лица имеют возможность добровольно вступить в ОМС, для этого необходимо подтвердить личность соискателя в соответствии с действующими национальными правилами. Однако доля работников неформального сектора экономики, уплачивающих взносы в ОМС, крайне мала. С целью распространения социальной медицинской защиты на всех жителей страны и с учетом трудностей сбора взносов с неформально занятых работников, в 2023 г. за счет средств государственного бюджета будут покрыты фиксированные ежегодные взносы (почти 100 манатов) всех проживающих в стране. В настоящее время обсуждаются меры, направленные на повышение соблюдения налогового законодательства.

Виды медицинской помощи

На начальном этапе пилотного введения ОМС страховой пакет охватывал 1829 видов медицинской помощи (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-с), а постановлением Кабинета министров № 5 от 10 января 2020 г. их количество было увеличено до 2500.

Страховой пакет ОМС четко определен и в настоящее время в него входят следующие виды медицинской помощи⁵⁹ (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-с):

- экстренная медицинская помощь (включая скорую неотложную помощь);
- первичная медицинская помощь (семейный врач);
- амбулаторные услуги;

⁵⁸ Конституция Азербайджанской Республики 1995 г. Доступно по адресу: : https://www.stat.gov.az/menu/3/Legislation/constitution_en.pdf

⁵⁹ Полный перечень услуг доступен на сайте: <https://its.gov.az/page/benefits-package-1>

- ▶ стационарные услуги;
- ▶ инструментальная диагностика;
- ▶ физиотерапия;
- ▶ лабораторные обследования;
- ▶ медицинская помощь в период беременности, во время и после родов;
- ▶ экстренная вакцинация;
- ▶ плановая вакцинация детей;
- ▶ хирургические операции;
- ▶ специализированная долгосрочная медицинская помощь.

Лица, застрахованные в системе ОМС, имеют право незамедлительно получить услуги, входящие в полис ОМС. За услуги, предоставляемые государственными медицинскими учреждениями, входящими в утвержденный реестр, официальная доплата не взимается. Однако частные медицинские учреждения могут взимать с пациентов плату сверх тарифов, согласованных с ГАОМС. Дополнительные расходы покрываются за счет ПСС или – очень редко – за счет индивидуального (добровольного) медицинского страхования, которым охвачено лишь около 1% населения.

Некоторые медицинские услуги предоставляются в рамках специализированных национальных программ, а не структурами, входящими в утвержденный реестр. Так, программы лечения туберкулеза, СПИДа и диабета финансируются за счет бюджетных средств и предоставляют медицинские услуги (стационарные и амбулаторные) и медикаменты. Перечень лекарственных средств, финансируемых в рамках национальных программ, ежегодно устанавливается министерством здравоохранения. Для каждой программы министерство финансов утверждает определенный бюджет, которым распоряжается ГАОМС.

В страховой пакет не входит большинство стоматологических услуг, косметических процедур, пластическая хирургия и трансплантация органов. Также исключаются лекарственные препараты, кроме тех, которые назначаются в ходе стационарного лечения и/или программами, финансируемыми из госбюджета (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-б). Это существенно ограничивает финансовую защищенность населения, ведь значительную долю расходов на лечение, как правило, составляют именно затраты на медикаменты.

Страховой пакет подлежит регулярному пересмотру в тесной консультации с министерством здравоохранения. Однако между МЗ, ГАОМС и ОУМТП пока нет соглашения о точном распределении обязанностей в отношении разработки и утверждения страхового пакета ОМС.

Действующий в настоящее время страховой пакет формируется в соответствии с клинической практикой, принятой в Азербайджане, однако недавно сотрудники ГАОМС приступили к изучению международной практики анализа эффективности затрат в системе ОМС, оценки воздействия на здоровье населения и оценки технологий здравоохранения.

Пособия по беременности и родам, как и пособия по болезни, предоставляются по линии социального страхования работникам, в том числе индивидуальным предпринимателям, членам колхозов, землевладельцам и иностранным гражданам, проживающим в Азербайджане. Пособие по беременности и родам выплачивается в размере полного среднемесячного заработка застрахованного лица за последние 12 месяцев в течение 70 дней до и 56 дней после предполагаемой даты родов. Пособие по болезни составляет от 60 до 100% полного среднемесячного заработка застрахованного лица за последние 12 месяцев в зависимости от продолжительности общего трудового стажа, но не более 6 месяцев в календарном году.

Оказание медицинской помощи и услуг

За медицинскими услугами ОМС можно обратиться в любое местное медицинское учреждение, зарегистрированное в ОУМТП. К ним относятся учреждения первичного звена здравоохранения, поликлиники, больницы среднего и высшего звена, а также специализированные медицинские учреждения (научно-исследовательские институты, лаборатории и т. д.), которые имеются во всех районах страны; их полный список приводится на официальном сайте ГАОМС и регулярно

обновляется по мере регистрации новых учреждений⁶⁰. В настоящее время выбор медика или медицинского учреждения ограничивается условиями, установленными в интегрированной системе оказания медицинской помощи. В большинстве районов имеется медицинское учреждение / государственная больница с отделениями, которые оказывают первичную и специализированную медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях. Если в местном медицинском учреждении, зарегистрированном в ОУМТП, невозможно получить ту или иную услугу, пациентов направляют в другое соответствующее медицинское учреждение, работающее по контракту с ГАОМС.

Специализированная медико-санитарная помощь по ОМС оказывается по направлению семейного (участкового) врача. Всем застрахованным рекомендуется зарегистрироваться у семейного врача (застрахованные имеют право выбирать семейного врача в пределах возможностей местной системы здравоохранения), для этого необходимо подать заявление и копию удостоверения личности в местное государственное учреждение первичной медико-санитарной помощи. Согласно Положению об организации оказания медицинской помощи, семейный врач является первым контактным лицом для получателей услуг ОМС (за исключением экстренных случаев) (Garnett E., 2022), который после первичной консультации направляет пациентов на дальнейшую диагностику/лечение – однако это правило не всегда соблюдается. Пациенты могут (минуя консультацию семейного врача) самостоятельно обратиться за получением медицинских услуг, при этом доплата не взимается и санкции не применяются. Доплата за предоставление услуг без направления взималась на пилотном этапе внедрения ОМС (2018–2019 гг.), но впоследствии была отменена по ряду причин – из соображений справедливости, сложности администрирования и пандемии COVID-19. По информации ГАОМС, доплата (5 манатов, или 3 долл. США, за визит) за оказание услуг без направления будет вновь введена в 2024 г.

Государственные медицинские учреждения преобладают в большинстве регионов, за исключением столицы Баку. Правительство Азербайджана пытается обеспечить сбалансированное развитие государственных и частных больниц путем выдачи предварительного одобрения на обращение в частные клиники. Для возмещения расходов на услуги ОМС необходимо предварительное согласие ГАОМС на оплату медицинских услуг частной клиники. Основным критерием для получения предварительного одобрения является невозможность получения соответствующих услуг в государственных медицинских учреждениях. Лимит на оплату предварительно одобренных ГАОМС услуг ОМС не установлен. Планируется переход на стратегические закупки медицинских услуг, что может изменить договорные отношения между ГАОМС и медицинскими учреждениями в зависимости от конкретных обстоятельств каждого отдельного случая (Всемирный банк, 2022а).

Для некоторых видов услуг могут быть установлены сроки ожидания. Согласно действующим правилам, продолжительность периода ожидания должна составлять:

- не более 14 дней с даты выдачи направления на специализированное амбулаторное лечение;
- не более 14 дней с даты выдачи направления на инструментальные диагностические и лабораторные исследования;
- не более 20 дней с даты выдачи застрахованному лицу направления на плановое стационарное лечение, за исключением кохлеарной имплантации и замены внутрисуставного эндопротеза.

Экстренная медицинская помощь оказывается незамедлительно в соответствии с медицинскими показаниями (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-б).

ГАОМС использует следующие способы расчетов с медицинскими учреждениями, подведомственными ОУМТП: подушевой платеж по фиксированной ставке на уровне первичной медико-санитарной помощи (с учетом показателей результативности деятельности); платеж

⁶⁰ Исчерпывающий список медицинских учреждений, зарегистрированных в ОУМТП, доступен на сайте: <https://its.gov.az/files/17/TEBIB%20SIYAHI-%20yeni.pdf>

за единицу объема медицинской помощи на уровне специализированной амбулаторной помощи; платеж за законченный случай лечения в стационарных условиях; бюджетирование. До настоящего времени дотации, распределяемые ГАОМС, компенсируют разницу между бюджетной суммой и трансфертами, выделяемыми в зависимости от объема предоставляемых услуг. Рассматривается вопрос о возможном введении скорректированной по возрасту подушевой платы за ПМСП и оплаты на основе КСГ (клинико-статистических групп болезней) в стационарных условиях, а также вопрос о снижении зависимости от дотаций.

Агентство может заключать договоры с государственными и частными медицинскими учреждениями, имеющими официальную лицензию, выданную министерством здравоохранения. Услуги, включенные в утвержденные списки, возмещаются по тарифам, установленным Кабинетом министров.

Все частные медицинские учреждения имеют право на заключение контрактов с ГАОМС, однако некоторые из них не проявляют заинтересованности в этом или не представляют счета-фактуры после заключения генерального соглашения. Причинами нежелания частных медицинских учреждений работать в сфере ОМС являются необходимость получения предварительного разрешения на предоставление услуг в каждом конкретном случае и относительно низкие тарифы, применяемые ГАОМС.

Начиная с 2023 г. годовые контракты между ГАОМС и государственными медицинскими учреждениями включают в себя общую информацию и годовой бюджет. Бюджет исполняется независимо от объема услуг, предоставляемых в течение года. В настоящее время обсуждается вопрос о контрактах на стратегическую закупку медицинских услуг, которые будут включать в себя согласованные среднесрочные цели, а также объем и структуру услуг, которые должны быть оказаны в течение года. Пилотное внедрение стратегических закупок может начаться в 2024 г.

▶ 4. Результаты

Охват

С 2021 г. программа ОМС реализуется на всей территории страны. По данным ГАОМС, ОМС распространяется на всех резидентов, т. е. постоянно проживающих в стране граждан (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты -с), поскольку закон предусматривает включение в систему ОМС резидентов, которые должны осуществлять уплату взносов на ОМС, но освобождены от них до 2024 г. В настоящее время обсуждается вопрос об отделении обязанности уплаты страховых взносов от доступа к услугам.

В соответствии с действующими правилами вступление в систему ОМС происходит автоматически и незамедлительно для (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; BM Morrison Partners, 2021; Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-d):

- ▶ всех наемных работников в Азербайджане (граждане и иностранцы);
- ▶ всех лиц, зарегистрированных в качестве налогоплательщиков в Азербайджане;
- ▶ всех лиц, уплачивающих взносы;
- ▶ всех лиц, освобожденных от уплаты взносов в ОМС, и тех, чьи взносы покрываются государством.

На практике любой человек, имеющий документ, удостоверяющий личность, имеет право на доступ к медицинским услугам.

Официальная информация свидетельствует о практически всеобщем охвате ОМС, хотя и с некоторыми ограничениями для следующих категорий:

- ▶ По последним оценкам Отдела народонаселения ООН и УВКБ ООН, в Азербайджане насчитывалось более 250 тыс. мигрантов в 2019 г. и около 5771 беженцев в 2023 г. (Отдел

народонаселения ООН, 2020; УВКБ ООН, 2023). Общая численность международных мигрантов относительно невелика по сравнению с некоторыми другими странами региона и в последние годы снижается. По оценкам, миграция в Азербайджан обусловлена в основном поисками работы (МЦРМП и MOBILAZE, 2018), но установленные квоты могут создавать некоторым мигрантам трудности при получении разрешения на трудовую деятельность.

- Появились сообщения о присутствии нелегальных мигрантов на территории страны. В 2016 г. было зафиксировано более 26 тыс. случаев нелегального пребывания иностранцев в Азербайджане (МЦРМП и MOBILAZE, 2018). Для уточнения информации и выработки политики в отношении проблем со здоровьем, обусловленным статусом нелегальной миграции, необходимо провести дополнительные исследования.
- Кроме того, численность перемещенных лиц могла резко возрасти в результате недавнего конфликта в Нагорном Карабахе. Неясно, какие шаги предпринимаются ГАОМС и другими соответствующими учреждениями для обеспечения доступа этих людей к механизмам социальной защиты здоровья.

В системе ОМС Азербайджана нет официального реестра застрахованных. От него отказались по следующим причинам:

- С учетом масштабов неформальной экономики достаточно сложно обеспечить регистрацию всех лиц, имеющих право на получение услуг ОМС (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaaya, 2018b). Согласно имеющимся данным, в 2019 г. ориентировочно лишь каждый пятый работник был зарегистрирован в качестве налогоплательщика (Valiyev, 2020), поэтому они не удовлетворяли требованиям включения в ОМС для тех, кто не является наемным работником.
- Наличие периода отсрочки уплаты страховых взносов подразумевает, что национальные документы, удостоверяющие личность, могут служить для определения права на получение услуг, предоставляемых ОМС. Предполагается, что все население Азербайджана, численность которого превышает 10 миллионов, будет охвачено программой ОМС (по состоянию на 2023 г.).
- ГАОМС имеет онлайн-доступ к национальным регистрам населения.

Адекватность льгот / финансовой защищенности

До введения ОМС население Азербайджана несло большие финансовые затраты на оплату медицинских услуг. Это усиливало финансовое давление на домохозяйства, усугубляло риск бедности и препятствовало обращению за медицинскими услугами. Опрос населения, проведенный в 2015 г., показал, что домохозяйства тратили на здравоохранение в среднем 12,5% своего потребления, при этом до 23% домохозяйств отмечали катастрофические расходы на здравоохранение (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaaya, 2018b). Основная доля этих расходов была связана с приобретением лекарств, проведением лабораторных исследований и официальной и неофициальной оплатой услуг медицинских работников (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaaya, 2018b). В конце 2022 г. министерство здравоохранения совместно с ВОЗ приступило к реализации проекта по созданию Национальной системы счетов здравоохранения (НССЗ).

В рамках ОМС уже удалось снизить неофициальные платежи и увеличить использование медицинских услуг, но предстоит сделать еще больше, в том числе значительно увеличить количество амбулаторных посещений и госпитализаций. В течение пилотного периода с 2017 по 2020 г. и на начальном этапе внедрения ОМС (2021–2022 гг.) ГАОМС и ОУМТП добивались цели снижения неофициальных ПСС путем увеличения государственного финансирования здравоохранения и повышения потенциала медицинских учреждений посредством развития национальной ИКТ-системы, модернизации лабораторий и закупки машин скорой помощи. Учитывая, что эффект от этих инвестиций был ослаблен пандемией COVID-19, повышение уровня использования услуг и производительности сектора здравоохранения остаются в числе ключевых задач страны.

В разгар пандемии COVID-19 были зарегистрированы случаи, когда медицинские учреждения (как государственные, так и частные) использовали бюрократические барьеры, чтобы искусственно препятствовать доступу пациентов к бесплатным услугам и взимать прямую плату за консультации и госпитализацию (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Отмечались также

случаи необоснованных ограничений на оказание услуг по ОМС частными больницами, а также административные препятствия в процессе направления пациентов на консультацию к специалистам (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Поскольку ОМС постепенно становится новой нормой, в будущем ситуация может улучшиться, и тем не менее сохраняется риск того, что ОМС не сможет решить основные проблемы, которые привели к высокой распространенности неофициальных платежей в сфере здравоохранения, а именно: низкая зарплата медицинских работников и неоптимальное качество управления медицинскими учреждениями (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaya, 2018b).

Пока еще рано делать выводы о результатах введения ОМС, однако первые оценки свидетельствуют о сохранении неофициальных платежей за услуги ОМС (Baku Research Institute, 2022).

Положительным моментом является то, что в страховой пакет ОМС входит широкий спектр медицинских услуг, актуальных для населения. Он содержит более 730 лабораторных, 950 хирургических, 500 амбулаторных и 250 стационарных терапевтических услуг (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, без даты-а). Многие из них имеют решающее значение для профилактики, ведения пациентов и клинического лечения НИЗ, которые вызывают все большую озабоченность у населения.

В то же время действующий страховой пакет не покрывает стоимость медикаментов, на которые население тратит большую долю своих собственных медицинских расходов (за исключением тех, которые предоставляются в период стационарного и амбулаторного лечения и оплачиваются в рамках национальных программ здравоохранения). По данным опроса 2015 г., до 80% ПСС связаны с покупкой медикаментов (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaya, 2018b). Вопреки тому, что амбулаторные лекарственные средства должны бесплатно предоставляться слабозащищенным группам населения в рамках адресных программ социальной помощи и пропаганды здорового образа жизни, данные свидетельствуют о том, что они редко предоставляются пациентам бесплатно. В то же время, поскольку частным поставщикам медицинских услуг разрешено взимать плату сверх тарифов, возмещаемых ГАОМС, такая доплата может быть достаточно высокой. Подобные механизмы потенциально могут привести к созданию дуальных систем оплаты медицинских услуг.

Удовлетворение потребностей населения

Наличие и доступность

По данным ВОЗ, индекс охвата населения услугами ОМС в 2019 г. составил 65 по сравнению с 43 в 2000 г., однако это ниже среднего показателя для стран с уровнем дохода выше среднего (77 в 2019 г.) и для стран СНГ (71). В 2020 году 100% деторождений происходило при квалифицированном родовспоможении, что отражает прогресс в области охраны здоровья матери и ребенка за последние два десятилетия.

Бурный рост национальной экономики, обусловленный доходами от продажи нефти, позволил вложить крупные средства в инфраструктуру здравоохранения. В период с 2005 по 2015 г. было модернизировано или реконструировано около 600 медицинских учреждений и построено несколько новых областных больниц (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaya, 2018b). Однако во многих сельских районах страны учреждения первичной медико-санитарной помощи, которые должны быть первой точкой доступа для пациентов к услугам ОМС, остаются все еще слабо развитыми (Vatansever et al., 2020).

Нехватка квалифицированных медицинских кадров (врачей) также представляет собой проблему, которая, по имеющимся данным, в последнее время усугубляется «совокупным воздействием низкой заработной платы и уходом на пенсию действующих врачей, которых нечем заменить» (Vatansever et al., 2020). Действительно, в период с 1991 по 2020 г. численность медицинских работников в стране значительно уменьшилась. Число медсестер и акушерок сократилось вдвое – с 11,3 на 1000 человек до всего лишь 5,5 на 1000 человек, а число врачей – с 3,8 до 3,2 на 1000 человек (Государственный комитет по статистике Азербайджанской

Республики, 2024). Стране необходимо задуматься не только об улучшении качества медицинских услуг, но и об улучшении подготовки медицинских работников с учетом старения населения.

По данным национальной статистики, в период с 1991 по 2022 г. количество больничных коек на 10 тыс. жителей постепенно сократилось с 99,9 до 38,8 (Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики, 2023). Столь большой коечный фонд лежал тяжелым бременем на системе здравоохранения, особенно ввиду низкого уровня занятости коек – 25–30% мощности коечного фонда (WHO et al., 2010). На смену старой советской модели финансирования здравоохранения, при которой средства выделялись в зависимости от расходов за предыдущий период, коечного фонда и расходов на медицинские кадры, пришла модель, ориентированная на потребности населения. Такой переход предусматривает повышение эффективности использования медицинских ресурсов (Garnett, 2022). В 2014 г. коечный фонд больниц сократился с 10 до 4,8 (данные ВОЗ), и это соответствует сокращению средней продолжительности пребывания в стационаре (СППС). Большую озабоченность вызывает значительное различие в доступности и качестве медицинских услуг между столицей и отдаленными районами – большинство учреждений третичного уровня по-прежнему располагаются в Баку (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaya, 2018a; Jafarova, Mammadov, and Mammadov, 2021).

Национальные статистические данные показывают, что уровень младенческой смертности по всей стране выше, чем в сельской местности (Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики, 2022). Одной из основных причин такой картины, противоречащей международной практике, являются трудности в определении места проживания детей. Чтобы лучше понимать такое региональное неравенство в показателях здоровья, необходимо повысить качество медицинской статистики.

Более высокое соотношение численности среднего медицинского персонала и врачей в сельской местности по сравнению со столицей свидетельствует о региональных усилиях по сокращению неравенства в здравоохранении. Например, в январе 2023 г. в одной из больниц на юге страны (Ленкоранский район) было открыто отделение инвазивной кардиологии. За пределами столицы нет медицинских вузов. Одним из подходов к повышению справедливости здравоохранения в стране может стать децентрализация подготовки медицинских кадров.

Внедрение ОМС способствовало расширению объема предоставляемых услуг и росту производительности сектора (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, 2021). До введения ОМС в Азербайджане существовала проблема недостаточного использования медицинских услуг, особенно в сельской местности (Footman et al., 2013). Так, в 2017 г. число амбулаторных обращений составило всего 4,7 на человека в год, что значительно ниже среднего показателя по странам Содружества Независимых Государств, равного 7 в 2020 г. (ВОЗ Европа, 2023). Причинами недостаточного использования медицинских услуг являются нехватка медицинских кадров, финансовые барьеры, связанные с высоким уровнем официальных и неофициальных соплатежей, низкое качество услуг, обусловленное недостаточным финансированием здравоохранения и отсутствие финансовых стимулов для повышения производительности труда медперсонала (Vatansever et al., 2020). Это отражается на структуре использования медицинских услуг – люди обращаются за медицинской помощью в зарубежные страны (Израиль, Россия, Турция) (Safarova D., 2016).

По данным ГАОМС, использование медицинских услуг увеличилось после введения ОМС. В 2021 г. в медицинских учреждениях, оказывавших услуги ОМС, медицинскими услугами воспользовались 4 053 636 граждан, из которых 25% – дети (0–17 лет). В медицинских учреждениях наблюдался рост хирургической активности. Так, по сравнению с 2020 г. в 2021 г. объем стационарных хирургических операций увеличился на 10% (Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию, 2021).

Рост обращений за медицинскими услугами продолжился и в 2022 г., по мере того как транзакции по ОМС замещали платежи из собственных средств населения, рос спрос на медицинские услуги (см. Таблицу 7).

Таблица 7. Услуги, оказываемые в рамках ОМС в Азербайджане

№	Индикаторы	2021	2022
1	Население	10 130 114	10 156 400
2	Количество посещений врача, включая профилактические визиты	21 694 189	27 666 955
3	Госпитализация	413 284	464 115
4	Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дни	6,2	5,1
5	Количество хирургических операций	127 539	179 199

Источник: Доклад ГАОМС «О деятельности Агентства в 2022 г. и состоянии обязательного медицинского страхования».

В будущем желательно проводить правильную оценку использования медицинских услуг (в разбивке по возрасту, полу, области и социальным группам) для улучшения понимания обращений за медицинской помощью, медицинских потребностей по заболеваниям, регионам и социальным группам, что открывает новые возможности для Азербайджана. ГАОМС определил оптимальный национальный уровень амбулаторных посещений и госпитализаций, но региональные показатели отсутствуют. Существует неопределенность в отношении потребности в медицинских услугах в разбивке по возрасту, полу и состоянию здоровья населения.

Качество и приемлемость

На качество услуг также влияет нехватка и неадекватная квалификация медицинских кадров, что тесно связано с недофинансированием здравоохранения. Качество медицинских услуг признано проблемой, отчасти по причине слабого регулирования и защиты прав пациентов. Довольно часто случаются врачебные ошибки, отсутствует медицинская адвокатура, что затрудняет адекватную защиту пациентов от плохого обращения, медицинской халатности или дискриминации (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021; Vatansever et al., 2020). Наблюдатели отмечают, что в настоящее время ни ГАОМС, ни ОУМТП не сформулировали свою позицию в отношении защиты прав пациентов, а апелляционный совет при ГАОМС, похоже, не осуществляет контроль за соблюдением и защитой прав пациентов (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). В 2020 г. Кабинет министров принял «Правила проведения экспертизы качества медицинских услуг», однако эти правила также не содержат прямых ссылок на права пациентов и почти полностью посвящены медицинским услугам (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021). Отсутствие правовых и административных механизмов для защиты прав пациентов может оказать долгосрочное негативное влияние на доверие застрахованных по ОМС к официальным медицинским процедурам и закрепить практику неофициальных платежей врачам и самолечения.

По результатам опроса, проведенного в 2013 г., в целом 56% респондентов выразили удовлетворенность системой здравоохранения в Азербайджане (Footman et al., 2013). Однако исследование, в котором изучалась взаимосвязь между качеством государственных медицинских услуг и готовностью платить более высокие налоги на здравоохранение, выявило негативное влияние неофициальных платежей (Habibov, Luo, and Auchunnikava, 2019).

Лицензирование поставщиков медицинских услуг входит в компетенцию министерства здравоохранения. Лицензирование является обязательным требованием для государственных и частных медицинских учреждений. Правительство осознает необходимость улучшения качества медицинского обслуживания и планирует создать автономное агентство по аккредитации медицинских учреждений и медиков.

За последние 30 лет доля детского населения значительно уменьшилась, а доля пожилых людей увеличилась. Старение населения приводит к изменению медицинских потребностей в здравоохранении – от акушерско-педиатрической помощи до лечения НИЗ. Развитие долгосрочного

ухода в учреждениях и на дому является одной из задач, стоящих перед системой здравоохранения. В то же время развитие долгосрочного ухода представляет собой возможность трудоустройства для населения Азербайджана.

На протяжении многих лет ресурсы здравоохранения в Азербайджане использовались недостаточно эффективно. По причине ограниченной финансовой защищенности населения число обращений за медицинской помощью уменьшилось, а это привело к сокращению практического опыта некоторых специалистов-медиков. Отсутствие клинической практики в сочетании с недостаточными инвестициями в медицинские технологии и переподготовку медицинского персонала подрывает качество медицинской помощи. Обращение за медицинской помощью в зарубежные страны свидетельствует об ограниченном доверии населения к качеству медицинской помощи в стране.

► 5. Направление дальнейших действий

Завершив развертывание системы ОМС на всей территории страны, Азербайджан сделал важный шаг в направлении расширения правового обеспечения медицинскими услугами всего населения. Однако, чтобы гарантировать, что ни одна группа населения не будет исключена из эффективного охвата, включая неформальный сектор, необходимо собрать больше данных. Кроме того, для обеспечения максимального и равномерного распределения выгод от использования ОМС необходимо предусмотреть ряд дополнительных мер.

По уровню использования медицинских услуг Азербайджан отстает от большинства стран ЕС, а также от соседних государств (Казахстан, Россия и Турция). В то же время в стране есть необходимые кадровые ресурсы (врачи и медсестры) и материальная инфраструктура (больницы и поликлиники) для того, чтобы поднять показатели оказания медицинской помощи до уровня соседних стран. Пилотирование реформы финансирования здравоохранения в Мингечевире и Евлахском районе показало, что всего за два года (2017–2018) уровень использования услуг может вырасти на 30%. Стратегический план ГАОМС на период 2022–2024 гг. включает в себя цели по увеличению числа ежегодных амбулаторных посещений с 3,8 в 2020 г. до 7 в 2024 г. Выписки из стационаров также будут расти.

Следующие несколько лет могут стать проверкой финансовой стабильности ОМС. В настоящее время значительная часть страховых взносов субсидируется государством, а ставки взносов на ОМС относительно низкие (Bonilla-Chacin, Afandiyeva, and Suaaya, 2018b). Страховой пакет весьма обширен и может потребовать значительных затрат в случае увеличения спроса и предложения услуг. Азербайджан может столкнуться с необходимостью или повышения ставок взносов, или увеличения субсидий из государственного бюджета, или реализации обеих мер. Важным компонентом реформы социальной защиты населения в Азербайджане является частичное замещение платежей за счет собственных средств населения (ПСС) государственным финансированием через ОМС.

В связи с тем, что ОМС не покрывает стоимость амбулаторных медикаментов, поэтому даже если объем ресурсов увеличится и разрыв между потребностями и предложением медицинских услуг сократится, финансовая защищенность населения может остаться недостаточной и сохранится риск нарушения условий оказания медицинской помощи – неофициальный доступ к услугам, незаконное взимание доплаты и самолечение антибиотиками. Многие из этих проблем обусловлены более широкими системными проблемами, такими как низкое качество медицинской помощи, недостаточный доступ к медицинским услугам, нехватка квалифицированного персонала, низкий уровень доверия к медицинским работникам и отсутствие механизмов защиты прав пациентов. Эти проблемы, в свою очередь, тесно связаны с проблемой неадекватного финансирования системы здравоохранения, которую призвана решить программа ОМС.

В Азербайджане уделяется большое внимание снижению финансовых барьеров для доступа к медицинскому обслуживанию. Однако до сих пор не рассматривался вопрос о соответствии пакета услуг ОМС эпидемиологическому профилю страны, а это также отражается на финансовой защищенности населения. Международное сообщество может оказать помощь МЗ, ГАОМС и ОУМТП в развитии компетенций, необходимых для использования современных инструментов, позволяющих оптимизировать расстановку приоритетов и распределение ресурсов здравоохранения (например, оценка технологий здравоохранения, анализ воздействия на здоровье и анализ затрат и выгод).

Для обеспечения устойчивости ГАОМС необходимо повысить прогрессивность ставок взносов в ОМС в дополнение к увеличению финансирования за счет налогов. В любом случае, для того чтобы гарантировать обращение пользователей за получением услуг ОМС, такое повышение ставок необходимо обосновать результатами исследования относительно готовности и способности пользователей осуществлять такие платежи.

ОМС дает возможность повысить эффективность здравоохранения за счет применения ориентированного на результат ценообразования, заключения контрактов и оплаты услуг. Новые методы (например, стратегические закупки) находятся в стадии становления и могут быть внедрены в управление ОМС начиная с 2024 г. Предоставление поставщикам медицинских услуг возможности принимать решения по большому спектру управленческих вопросов способствует устойчивому прогрессу.

Для решения проблемы нехватки медицинских кадров необходимо повысить уровень подготовки врачей и медсестер, а также увеличить набор технических специалистов. Необходимо заранее планировать потребности организации в персонале, чтобы удовлетворять нужды стареющего населения и соответствовать возрастающим ожиданиям населения в отношении качества медицинских услуг. Кроме того, большинство третичных медицинских учреждений в настоящее время находится в Баку. Для устранения региональных различий в показателях здоровья рекомендуется частично децентрализовать предложение медицинских услуг. Необходимо продолжать усилия по обеспечению доступности медицинских услуг в пределах «золотого часа». Еще одной важной перспективной мерой является укрепление нормативно-правовой базы, касающейся прав пациентов и механизмов обжалования действий администрации ОМС. Необходимо принять соответствующие директивы и законодательные акты. В рамках ГАОМС и ОУМТП могут быть созданы специальные органы для контроля и мониторинга деятельности в этой области (Jafarova, Mammadov, and Mammadova, 2021).

▶ 6. Основные выводы

- ▶ Программа управления ОМС, когда отдельная организация (ОУМТП) управляет поставщиками медицинских услуг, стала важным нововведением, которое может улучшить управление медицинскими учреждениями и повысить качество услуг.
- ▶ Значительное бюджетное субсидирование системы ОМС может повысить ее зависимость от государственных средств и сделать уязвимой к внешним потрясениям, связанным с колебаниями цен на нефть. Можно рассмотреть вопрос об увеличении ставок страховых взносов, о введении прогрессивных ставок после тщательного анализа готовности и способности пользователей платить их.
- ▶ Финансовая стабильность и устойчивость ОМС также зависят от приоритетности здравоохранения в национальном бюджете. Помимо возможности пересмотра ставок страховых взносов, можно также рассмотреть возможность диверсификации источников финансирования. Дополнительным источником финансирования могут стать акцизы на продукты, которые считаются вредными для здоровья. Однако необходимо иметь больше информации о потенциально регрессивном характере таких косвенных налогов в Азербайджане.

- Внедрение системы социального медицинского страхования должно сопровождаться мерами по повышению эффективности системы здравоохранения в целом. Азербайджан инвестировал значительные средства в совершенствование системы здравоохранения до введения ОМС, но это не позволило устранить системные недостатки, которые могут тормозить введение и воздействие ОМС, оставляя население уязвимым перед медицинскими и финансовыми рисками.
- Сохраняющиеся недостатки в качестве, организации, регулировании и оказании медицинских услуг влияют на восприятие ценности ОМС и способствуют сохранению проблем с платежами из собственных средств домохозяйств (например, в форме неофициальных выплат медицинским работникам).

Библиография

- Aiyupkhanova, Ainur. 2021. "Azerbaijan's Compulsory Health Insurance Expanded to 100% of Population from April 1, 2021." *P4H Social Health Protection Network*, 10 May 2021, доступно по ссылке: <https://p4h.world/en/news/azerbajians-compulsory-health-insurance-expanded-to-100-of-population-from-april-1-2021/>
- Baku Research Institute. 2022. "The Implementation of Mandatory Health Insurance: Visible and Invisible Dimensions of the Process", доступно по ссылке: <https://bakuresearchinstitute.org/en/the-implementation-of-mandatory-health-insurance-visible-and-invisible-dimensions-of-the-process-2/>
- Bayramov, Vugar, Rashad Hasanov, and Narmina Gasimova. 2021. "Perspectives on the Analysis and Development of Social Policies in Azerbaijan." In *Social Policy in the Islamic World. International Series on Public Policy*, edited by Ali Akbar Tajmazinani, 225–40. Palgrave MacMillan Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57753-7_10
- BM Morrison Partners LLC. 2021. "Basics of Azerbaijani Mandatory Medical Insurance", Mondaq, available at: <https://www.mondaq.com/insurance-laws-and-products/1084532/basics-of-azerbaijani-mandatory-medical-insurance>
- Bonilla-Chacin, Maria Eugenia, Gulara Afandiyeva and Agustina Suaya. 2018. "Challenges on the Path to Universal Health Coverage: The Experience of Azerbaijan", World Bank Working Paper. <https://doi.org/10.1596/29180>
- Footman, Katharine, Bayard Roberts, Anne Mills, Erica Richardson and Martin McKee. 2013. "Public Satisfaction as a Measure of Health System Performance: A Study of Nine Countries in the Former Soviet Union." *Health Policy, Health System Performance Comparison: New Directions in Research and Policy* 112 (1): 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.004>.
- Garnett, E. 2022. *Political Economy Analysis Of The Health System In Azerbaijan: A Literature Review*. US Agency for International Development. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00ZB6Q.pdf
- Habibov, Nazim, Rong Luo and Alena Auchynnikava. 2019. "The Effects of Healthcare Quality on the Willingness to Pay More Taxes to Improve Public Healthcare: Testing Two Alternative Hypotheses from the Research Literature." *Annals of Global Health* 85 (1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2462>.
- Ibrahimov, Fuad, Aybaniz Ibrahimova, Jenni Kehler, and Erica Richardson. 2010. *Azerbaijan: Health System Review*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330333>
- ICMPD and MOBILAZE. 2018. *Baseline Study on Migration in Azerbaijan: Study Developed within the Framework of the Implementation of the Mobility Partnership with Azerbaijan (MOBILAZE) Project*. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD). <https://www.icmpd.org/file/download/48400/file/Baseline%2520Study%2520on%2520Migration%2520in%2520Azerbaijan%2520EN.pdf>.
- ISSA (International Social Security Association). 2021. *Azerbaijan - Country Profile*. <https://www.issa.int/sites/default/files/2021-12/Country%20submission-Azerbaijan-Oct-2021.pdf>
- Jafarova, Lala A., Vugar G. Mammadov and Leyli E. Mammadova. 2021. "Azerbaijan's Healthcare Legislation: Major Developments Amid the COVID-19 Pandemic." *European Journal of Health Law* 1–18. <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10057>
- Mehman A. 2024. "Azerbaijan Creating Center for Accreditation and Quality Control of Medical Institutions - Decree", *Trend News Agency*, 15 May 2024, доступно по ссылке: <https://en.trend.az/azerbaijan/politics/3899707.html>

- Novruzov, Nofel. 2021. "Informal Economy in the World and in Azerbaijan." *KANT Social Sciences & Humanities* 1 (5): 30–38. <https://doi.org/10.24923/2305-8757.2021-5.3>.
- OECD (Observatory of Economic Complexity). n.d. "Azerbaijan (AZE) Exports, Imports, and Trade Partners", доступно по ссылке: <https://oec.world/en/profile/country/aze>. Accessed 20 February 2022
- Safarova D. 2016. "Azerbaijan: Growing Number of Citizens Heading Abroad for Medical Care", Eurasianet, 15 August 2016, доступно по ссылке: <https://eurasianet.org/azerbaijan-growing-number-citizens-heading-abroad-medical-care>
- The State Agency on Mandatory Health Insurance. 2021. *State Agency for Compulsory Medical Insurance: Report regarding Activity for 2021* [available in Azerbaijani]. <https://its.gov.az/files/17/%C4%B0llik%20hesabat%202021.pdf>
- 2022. *State Agency for Compulsory Medical Insurance: Report Regarding the Activity for 2022* [available in Azerbaijani]. <https://its.gov.az/files/17/%C4%B0llik%20hesabat%202022.pdf>
- n.d.-a. "Benefits Package", available [in Azerbaijani] at: <https://its.gov.az/page/benefits-package-1>
- n.d.-b. "FAQ", available [in Azerbaijani] at: <https://its.gov.az/page/faq>
- n.d.-c. "General Information", available [in Azerbaijani] at: <https://its.gov.az/page/general-information-1>
- n.d.-d. "TABIB", available [in Azerbaijani] at: <https://its.gov.az/page/tabib>
- The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. 2022. "Infant Mortality in Urban and Rural Areas", доступно по ссылке: <https://www.stat.gov.az/source/gender/?lang=en>
- 2023. "Health Care Development and Medical Staff - Main Indicators", доступно по ссылке: <https://bit.ly/3QaniCr>
- 2024. "Population of Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://www.stat.gov.az/source/demography/ap/>
- UN Department of Economic and Social Affairs. 2018. *2018 Revision of World Urbanization Prospects 2018*. <https://population.un.org/wup/>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2022. *Human Development Report 2021-22*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2023. "Refugee Data Finder - Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=2DchW6>
- United Nations Population Division. 2020. "International Migrant Stock Data 2020", доступно по ссылке: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- Valiyev, Anar. 2020. "Attaining SDG 8 in Azerbaijan: The Challenges of Economic Transformation and Job Creation", ILO working paper. <https://ideas.repec.org/p/ilo/ilowps/995085493502676.html>
- Vatansever, Kevser, Mehmet Akman, Ayla Alasgarova, Halil Ibrahim Durak, Hande Harmanci, Zulfiya Pirova and Jose Cerezo Cerezo. 2020. *Azerbaijan - Transforming Primary Health Care during the Pandemic: Applying Participatory Approaches in Designing a Stronger Service Delivery Model in Remote Rural Areas*. WHO. [https://www.who.int/andorra/publications/m/item/azerbaijan-applying-participatory-approaches-in-designing-a-stronger-service-delivery-model-in-remote-rural-areas-\(2021\)](https://www.who.int/andorra/publications/m/item/azerbaijan-applying-participatory-approaches-in-designing-a-stronger-service-delivery-model-in-remote-rural-areas-(2021))
- Verdiyeva, N. 2019. "How the Population of the Republic of Azerbaijan Is Ageing: Causes and Potential for Social and Economic Development." *Population and Economics* 3 (3): 23 - 42. <https://populationandconomics.pensoft.net/article/47233/>

- WHO (World Health Organization). n.d. "Global Health Expenditure Database", доступно по ссылке: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en. Accessed 11 February 2022.
- WHO Europe. 2023. "European Health Information Gateway - Outpatient Contacts per Person per Year", доступно по ссылке: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/visualizations/#id=19638
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank and UN. 2019. *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/featured-publication/trends-maternal-mortality-2000-2017>
- World Bank. 2022a. *Azerbaijan Provider Payment System: Diagnostics and Recommendations*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099065502202396831/P1756340a8e82807092eb04a1733fa8f83.docx>
- 2022b. "Mortality Rate, Infant (per 1,000 Live Births) - Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=AZ>
- 2022c. "World Bank Poverty and Inequality Platform - Azerbaijan", доступно по ссылке: <https://pip.worldbank.org/country-profiles/AZE>
- n.d. "World Development Indicators", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>. Accessed 12 September 2023.



► Кипр

©ILO/APEX

Этот страновой обзор подготовили Константинос Ставракис, Артем Сичи, Матильда Майлферт (МОТ) и Сальма Эль-Гамаль в сотрудничестве с Йесле Ким.

► 1. Введение

Республика Кипр – островное государство, расположенное в самой восточной части Средиземного моря, с населением 0,92 миллиона человек (Евростат, 2023). В 2021 г. две трети населения острова жили в городах, что мало изменилось по сравнению с 2011 г. (Управление прессы и информации, Министерство внутренних дел, 2023). Остров занимает стратегически выгодное положение относительно Европы, Ближнего Востока, Северной Африки и Азии, что делает его важным региональным деловым центром и узлом международных связей. Кипр обладает высоким индексом человеческого развития (ИЧР) – 0,896 в 2021 г. (ПРООН, 2021) и ВВП на душу населения в 32 048 долларов США в 2022 г., что на 2,44 выше, чем в среднем по странам Западной и Центральной Азии (ЗЦА), но немного ниже, чем в среднем по ЕС (Всемирный банк, 2022а).

В течение последних десятилетий на Кипре наблюдалось устойчивое экономическое развитие, что способствовало усилению инвестиций в социальную сферу, включая здравоохранение. Однако динамика экономического роста менялась со временем: в 1980-х гг. наблюдался быстрый рост на 6,3%, который затем замедлился в 1990-х гг. до 4,1%. Следует отметить, что Кипр сильно пострадал от глобальной экономической рецессии, которая привела к экономическому спаду в 2009–2014 гг., во время которого правительство ввело меры жесткой экономии, в том числе в системе здравоохранения. Затем последовала кратковременная фаза восстановления экономики с 2015 по 2019 г. с ростом на 5,3% в 2020 г., несмотря на кризис, вызванный пандемией COVID-19, после чего экономические показатели вновь снизились на 5,2% в выражении реального ВВП. (МОТ, 2022; Контемениотис и Теодору, 2021).

Исторически сложилось так, что Кипр выделял лишь небольшую долю ВВП на здравоохранение, в значительной степени полагаясь на частные расходы на здравоохранение за счет платежей из собственных средств (ПСС) населения (Контемениотис и Теодору, 2021). Однако в 2019 г. правительство Кипра запустило новую кардинальную реформу национальной системы здравоохранения – Генеральной системы медицинского обслуживания (ГЕСИ), которая объединила в единое целое ранее разрозненную систему, состоявшую из двух параллельных и несогласованных между собой секторов: коммерческого частного сектора и жестко регулируемого государственного сектора (Петру, 2021). Новая реформа направлена на обеспечение равного доступа и улучшение финансовой защиты для всех законных резидентов Кипра.

► 2. Контекст

Основы нынешней национальной системы социального здравоохранения на Кипре были заложены в начале 1990-х гг. благодаря инициативе правительства по созданию всеобщей системы бесплатного медицинского обслуживания на местах. Эти усилия правительств привели к принятию закона о генеральной системе медицинского обслуживания⁶¹, одобренного парламентом в 2001 г., в котором изложена суть реформы ГЕСИ. Несмотря на то, что Организация медицинского страхования (ОМС), выступающая в качестве государственного органа для управления фондом ГЕСИ, была создана в том же году, наблюдался медленный прогресс на пути к полному внедрению реформы. В 2012 г. Кабинет министров Кипра подтвердил свою приверженность реформе в соответствии с рекомендациями Европейской комиссии, подчеркнув важность осуществления реформы социальной защиты здоровья (СЗЗ) за счет создания «дорожной карты», которая обеспечивает всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) на финансово устойчивой основе (Сайлус и пр. 2013).

До 2019 г. национальная система здравоохранения Кипра сталкивалась с многочисленными проблемами, включая ограниченный доступ к финансируемым государством медицинским услугам, высокий уровень оплат из собственных средств (ПСС) населения и повышенную зависимость от частного сектора здравоохранения. Кроме того, недостаточная координация между государственным и частным секторами привела к низкой эффективности планирования данной сферы с точки зрения человеческих ресурсов и инфраструктуры. Ситуация еще более ухудшилась после финансового кризиса в 2013 г., когда большое число медицинских работников покинуло государственный сектор. Это побудило правительство подписать меморандум о заморозке набора нового персонала в государственный сектор до 2016 г. (Петру, 2021).

В 2017 году была принята поправка к закону о ГЕСИ, определяющая принципы организации предоставления медицинских услуг в рамках национальной системы здравоохранения. Кроме того, была проведена еще одна структурная реформа, приведшая к созданию государственных организаций здравоохранения (ГОЗ), направленных на реализацию четкого разделения на поставщиков и покупателей, что привело к созданию Государственной организации здравоохранения (ГОЗ) как органа, отдельного от ОМС. В соответствии с новой системой Министерство здравоохранения Республики Кипр возьмет на себя регулирующую функцию национальной системы здравоохранения, в то время как ГОЗ будет отвечать за предоставление медицинских услуг, а ОМС будет выступать в качестве единого закупщика, управляющего ГЕСИ (Петру, 2021).

В июне 2019 г. правительство Кипра начало внедрение системы ГЕСИ, опираясь на юридическую основу, заложенную в законе об общей системе здравоохранения 2001 г. и поправках, внесенных в него вплоть до 2017 г.⁶² В положениях о поправках 2017 г. содержится план поэтапного внедрения новой системы ГЕСИ в два этапа. В рамках этой программы был создан фонд медицинского страхования, источником финансирования которого стали взносы, отчисляемые с заработной платы, доходов, пенсий и государственных доходов. Первый этап внедрения был сосредоточен на расширении охвата и доступности амбулаторной помощи для всего населения при небольших доплатах со стороны пользователей. Эти амбулаторные услуги включали в себя доступ к врачам общей практики, специалистам, лекарствам и лабораторным услугам. Вторым этапом, который начался в июне 2020 г., включал в себя расширение охвата стационарной медицинской помощью и специализированными фармацевтическими препаратами.

Примечательно, что после внедрения ГЕСИ финансирование системы здравоохранения перешло от оплаты преимущественно за счет налогов и из собственных средств населения к программе, в рамках которой социальная охрана здоровья финансируется за счет социальных взносов и государственных субсидий. Новая реформа ГЕСИ направлена на улучшение доступа к услугам и финансовой защите за счет сокращения времени ожидания, повышения

⁶¹ Общий закон о системе здравоохранения 2001 - 89(I)/2001 (cylaw.org).

⁶² Общий закон о системе здравоохранения 2001 г. и внесенные в него поправки до 2017 г. Доступен по ссылке: https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=en_US&lookuphost=/en-us/&lookuppage=hiollegislation

качества медицинских услуг и сокращения платежей из собственных средств населения, а также на усиление роли единого национального закупочного агентства (ОМС), которому поручено закупать услуги как у государственных, так и у частных поставщиков (ВОЗ, 2021e).

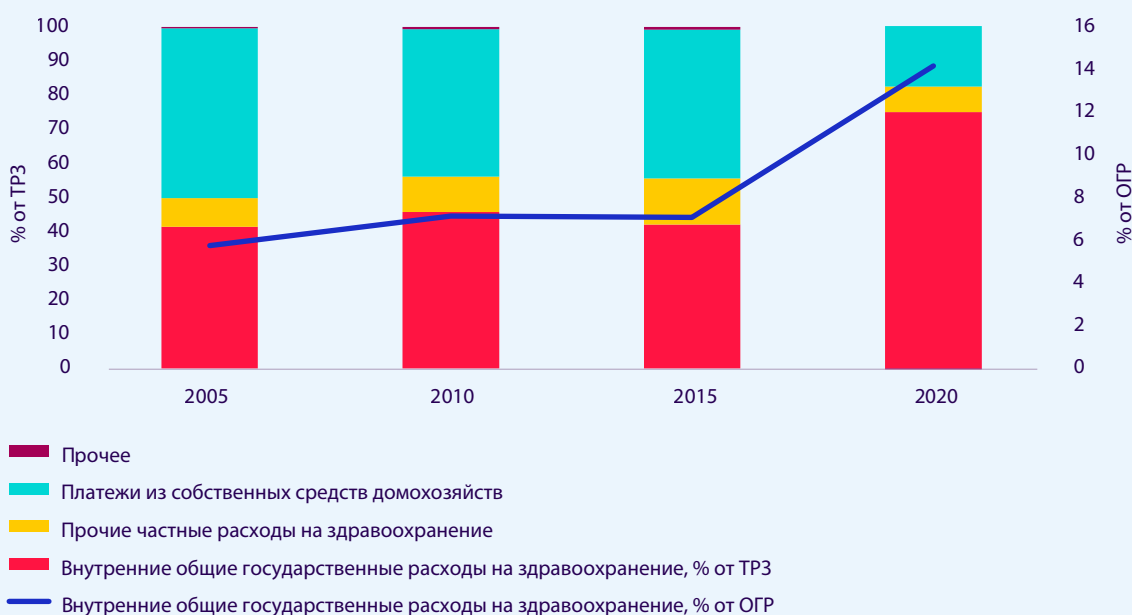
Основная цель ГЕСИ состояла в том, чтобы интегрировать государственные и частные медицинские услуги в единую взаимосвязанную систему под началом единого плательщика, создавая таким образом конкурентную среду, способствующую повышению эффективности и качества (Петру, 2021). Кроме того, усилия по проведению реформ были подкреплены созданием интегрированной информационной системы в целях мониторинга и оценки (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

Финансирование

Текущие расходы на здравоохранение составили на Кипре в 2021 г. 9,4% от ВВП. Несмотря на рост расходов на здравоохранение за последние несколько лет, они все еще отстают от среднего показателя по ЕС, который составил 11% ВВП, но превышают уровень стран ЗЦА (7,1%) за тот же год (ВОЗ, 2021a). Примечательно, что эта тенденция к росту расходов на здравоохранение началась с введения ГЕСИ. Доля ТРЗ в ВВП выросла с 7,1% в 2019 г. до 8,41% в 2020 г., значительно увеличившись по сравнению с предыдущими годами (ВОЗ, 2023b). Кроме того, государственные расходы на здравоохранение в процентах от ТРЗ также значительно возросли, достигнув 84,7% в 2021 г. по сравнению с 42,03% 2018 г. (ВОЗ, 2023c).

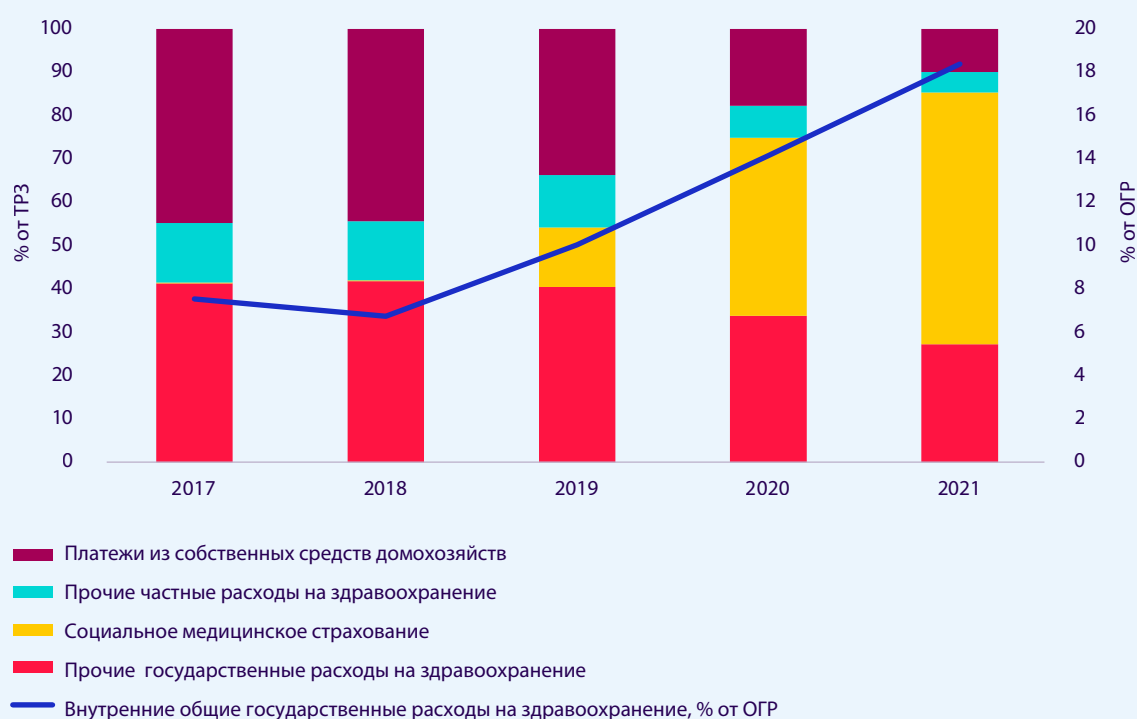
Рисунок 32. Структура текущих расходов на здравоохранение на Кипре по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Введение взносов на социальное страхование, предназначенных для ОМС, позволило мобилизовать дополнительные ресурсы на цели здравоохранения. С момента их введения взносы на социальное страхование, которые включают в себя как взносы работников и работодателей, так и взносы из бюджета сектора государственного управления для финансирования безвозмездного охвата ряда групп, в настоящее время составляют большую часть ТРЗ (Рисунок 33). Доля ППС в ТРЗ с момента реализации реформы ГЕСИ значительно снизилась. Частное медицинское страхование и внешние расходы на здравоохранение играют относительно небольшую роль в ТРЗ.

Рисунок 33. Относительная доля социального медицинского страхования и других программ финансирования в текущих расходах на здравоохранение, 2017–2021 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

В рамках реформы финансирование системы ГЕСИ в первую очередь поставлено в зависимость от государственных доходов и социальных отчислений. Взносы взимаются с работников, работодателей, государственных служащих, самозанятых, лиц, получающих доход⁶³, и пенсионеров в процентах от их заработной платы или дохода. Ответственными органами по сбору или удержанию взносов (в случае наемных работников) являются служба социального страхования (ССС), налоговый департамент и казначейство республики. Собранные взносы и государственный фонд затем передаются и консолидируются в фонде медицинского страхования, управляемом ОМС, который, в свою очередь, закупает услуги ГЕСИ у государственных и частных поставщиков (Организация медицинского страхования Генеральной системы медицинского обслуживания, без даты-а). Ставки взносов в систему страхования по состоянию на март 2020 г. для нижеуказанных категорий лиц были следующими:

- работодатели – 2,9%;
- работники, государственные служащие, пенсионеры и лица, получающие доход – 2,65%;
- самозанятые – 4%;
- государство/правительство на каждого работника, самозанятого, государственного служащего, пенсионера – 4,7%.

⁶³ Доходы от аренды, процентов или дивидендов.

Все вышеперечисленные категории лиц должны уплачивать взносы в зависимости от своего валового дохода, при этом максимальный валовой годовой доход, из которого взимаются взносы, составляет 180 тыс. евро (Организация медицинского страхования Генеральной системы медицинского обслуживания, без даты-а). Однако некоторые уязвимые группы населения, такие как безработные и дети, освобождаются от уплаты взносов или налогов (Европейская комиссия, 2023).

► **Таблица 8. Выручка организации медицинского страхования, 2019–2020 гг. (в евро)**

	2019	2020
Взносы	454 787 925	855 111 866
Сооплаты	16 434 314	35 476 337
Скидки от фармацевтических компаний	13 272 547	35 145 924
Прочие статьи дохода	4 059 789	2 119 139
Прочие доходы	395 061	17 101 445
Общие поступления	488 949 637	944 954 711

Примечание: ОСМС была введена в действие в июне 2019 г., поэтому приведенные выше финансовые результаты (взносы и расходование) за 2019 г. не отражают полного итога по тому календарному году.

Источник: Отчет МОТ об актуарной оценке для Организации медицинского страхования (2022 г.).

Система управления

Министерство здравоохранения Республики Кипр отвечает за национальную политику в области здравоохранения и следит за тем, чтобы стандарты и законодательство в области здравоохранения правильно применялись как частными, так и государственными поставщиками медицинских услуг. Министерство также отвечает за планирование, организацию и управление сектором здравоохранения, включая контроль за предоставлением услуг в учреждениях здравоохранения.

Являясь крупнейшим поставщиком медицинских услуг, Государственная организация здравоохранения (ГОЗ) отвечает за развитие, управление, контроль и надзор за больницами и медицинскими центрами в государственном секторе, что ранее было задачей министерства здравоохранения (ОЭСР и ВОЗ, 2021; Государственная организация здравоохранения, 2022).

ОМС выступает единоличным покупателем услуг как у государственных, так и у частных поставщиков и гарантирует бенефициарам доступ к медицинским услугам. Кроме того, ОМС осуществляет надзор и контроль за работой поставщиков медицинских услуг, обеспечивая соблюдение условий контракта, следя за тем, чтобы услуги предоставлялись эффективно и с минимальными затратами.

ОМС является независимым публичным юридическим лицом, созданным в соответствии с законом N.89(I)/2001 для внедрения и мониторинга общей системы медицинского страхования (ОСМС) на Кипре. ОМС отвечает за управление фондом ОСМС, объединение собранных взносов и государственного бюджета, регистрацию бенефициаров, заключение договоров с поставщиками медицинских услуг и обеспечение доступа пациентов к качественным медицинским услугам (Петру, 2021). Системой управляет совет директоров, реализующий Национальную систему здравоохранения и управляющий имуществом и ресурсами ОМС. Совет директоров состоит из 13 членов, включая представителей правительства, работодателей, работников, самозанятых, пациентов, все они назначаются Советом министров (Генеральная система медицинского обслуживания, 2022b).

Правовое обеспечение и право на получение медицинских услуг

На Кипре действует Закон (1(1)/2005) «О предоставлении и защите прав пациентов»⁶⁴, подтверждающий право населения на качественную медицинскую помощь, а в случае чрезвычайной ситуации – право на безусловное лечение в соответствии со статьей 4 этого закона. Имеется также статья 5 о праве пациентов на достойное обращение и статья 6 о доступе к медицинским услугам, которые должны быть доступными, приемлемыми и обеспеченными надлежащими ресурсами.

Закон № (89(1)/2001) об «Общей системе здравоохранения» 2001 г. и последующие поправки к нему до 2017 г.⁶⁵ заложили основу для создания системы социальной защиты здоровья на Кипре. ГЕСИ направлена на обеспечение всеобщего доступа к здравоохранению для всех бенефициаров без какой-либо дискриминации.

Согласно национальному законодательству охватываются системой ОСМС все граждане Республики Кипр, граждане ЕС, а также законно проживающие граждане третьих стран и беженцы. Законодательные акты, включая законы, правительственные и другие ведомственные постановления, обеспечивают правовую защиту населения Кипра в области здравоохранения. Система также предоставляет возможность свободного выбора поставщика медицинских услуг как из частного, так и из государственного сектора (ОЭСР и ВОЗ, 2021).

С другой стороны, соискатели убежища (лица, ходатайствующие о предоставлении международной защиты), независимо от их статуса занятости или взносов, имеют право на доступ к медицинскому обслуживанию исключительно через уже существующую систему государственных учреждений в соответствии с законодательством о беженцах, но не имеют права на ОСМС (Совет Европы и Европейский союз, 2022). Аналогичным образом мигранты без документов и студенты, не являющиеся гражданами ЕС, имеют лишь право на профилактическую и лечебную помощь в случае инфекционных заболеваний (ОЭСР и ВОЗ, 2021).

Виды медицинской помощи

Как определено в законе о ГЕСИ (статья 24) и правилах ОМС, пакет медицинской помощи включает в себя комплексный и широкий спектр медицинских услуг, покрывающих первичную, амбулаторную и стационарную помощь. Кроме того, с декабря 2020 г. в социальный пакет включены некоторые профилактические стоматологические услуги, однако стоматологические процедуры, такие как пломбирование или удаление зубов, остаются исключенными (ОЭСР и ВОЗ, 2021; Правительство Кипра, 2022). Как было отмечено ранее, ГЕСИ была внедрена в два этапа. Первый этап включал в себя внедрение амбулаторных услуг (семейные врачи, амбулаторные специалисты, фармацевтические препараты и лаборатории) и начался 1 июня 2019 г. Второй этап включал в себя все остальные услуги (стационарное лечение, неотложная помощь, скорая помощь, сопутствующие медицинские услуги, реабилитационная и паллиативная помощь, а также профилактическая стоматологическая помощь) и вступил в действие с июня 2020 г. (Таблица 9)⁶⁶.

Социальный пакет включает консультации и услуги врачей, лекарства, лабораторные обследования, стационарное лечение, неотложную медицинскую помощь и услуги скорой помощи, паллиативную помощь, профилактические стоматологические услуги (например, осмотр и чистка зубов). Кроме того, в рамках этой программы предоставляется помощь медсестер и акушерок, клинических психологов, клинических диетологов, физиотерапевтов, трудотерапевтов и логопедов (Генеральная система медицинского обслуживания, без даты-а). Хотя реабилитация, долгосрочный уход и паллиативная помощь включены в социальный пакет ГЕСИ, все же сохраняются проблемы, связанные с обеспечением эффективного охвата населения из-за нехватки медицинских работников, работающих по контракту (Совет Европы и Европейский союз, 2023).

⁶⁴ Закон о правах и защите прав пациентов 2004 г. (1(1)/2005) (на греческом языке). Доступен по ссылке: https://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2005_1_1/full.html

⁶⁵ Закон о внедрении Генеральной системы медицинского обслуживания (ГЕСИ) 2001 г. со внесенными в него поправками до 2017 г. Доступен по ссылке: https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=en_US&lookupphost=en-us/&lookuppage=hiollegislation

⁶⁶ Для получения более подробной информации см. Таблицу A1.1. Медицинские услуги, подпадающие под действие ГЕСИ, на дату внедрения отчета об актуарной оценке за 2020 г. (МОТ, 2022).

- **Расширение социальной защиты здоровья: ускорение прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в Центральной и Западной Азии**

► **Таблица 9. Медицинские услуги, охватываемые ГЕСИ, и с какого времени они предоставляются**

Дата внедрения	Медицинское обслуживание
1 июня 2019 г.	<ul style="list-style-type: none"> Участковые врачи для взрослых и детей Врачи-специалисты по амбулаторному лечению Аптеки и фармацевтические препараты для амбулаторного лечения Лаборатории амбулаторной помощи
1 июня 2020 г.	<ul style="list-style-type: none"> Стационарное лечение
1 сентября 2020 г.	<ul style="list-style-type: none"> Службы экстренной и неотложной помощи, а также скорой помощи
1 декабря 2020 г.	<ul style="list-style-type: none"> Стоматологи для профилактической стоматологической помощи Медсестры и смежные медицинские работники (физиотерапевты, клинические психологи, клинические диетологи, логопеды, профессиональные терапевты) в рамках амбулаторного лечения
1 октября 2021 г.	<ul style="list-style-type: none"> Акушерки
1 января 2022 г.	<ul style="list-style-type: none"> Паллиативный уход
1 января 2023 г.	<ul style="list-style-type: none"> Услуги по институциональной реабилитации

Источник: Отчет МОТ об актуарной оценке для Организации медицинского страхования (2022 г.).

Кипр применяет соглашения о совместном несении расходов, состоящие из низких сооплат с годовыми лимитами. Визиты к участковому врачу и стационарное лечение предоставляются бесплатно. За другие виды услуг и лекарства взимается доплата, хотя и по минимальным тарифам. Например, консультация врача-специалиста по направлению врача общей практики стоит 6 евро, лабораторный анализ – 1 евро за анализ, рецептурный препарат – 1 евро (независимо от цены препарата), а посещение больницы в связи с несчастными случаями и экстренными ситуациями – 10 евро (см. Таблицу 10). Для обеспечения защиты населения от катастрофически высоких личных медицинских расходов правительство Кипра ввело ежегодный лимит для сооплат. Для большинства населения он установлен в размере 150 евро в год. Для наиболее уязвимых категорий населения, таких как малообеспеченные пенсионеры, получатели денежной помощи и дети, он установлен в размере 75 евро в год (Организация медицинского страхования при Генеральной системе медицинского обслуживания, без даты-а).

► **Таблица 10. Список взимаемых доплат по каждой медицинской услуге**

Медицинское обслуживание	Применяемая соплата	Сумма соплаты (€)
Лекарства	За каждый артикул	1
Медицинские изделия / расходные материалы	За каждый артикул	1
Вакцины	Отсутствует	0
Лабораторные тесты (до 10 лабораторных тестов на один лабораторный заказ)	За каждый тест или набор тестов	1
Амбулаторные специалисты (кроме радиологии, патологической анатомии, цитологии)	За каждое посещение	6

Медицинское обслуживание	Применяемая сооплата	Сумма сооплаты (€)
Радиология	За каждую процедуру	10
Патологическая анатомия, цитология	Отсутствует	0
Участковые врачи	Отсутствует	0
Смежные медицинские работники (профессиональные терапевты, клинические диетологи, клинические психологи, логопеды, физиотерапевты)	За каждое посещение	10
Медсестры и акушерки	За каждое посещение	6
Отделения аварийной и экстренной помощи	За каждое посещение (при сортировке пациентов)	10
Стоматологи	Отсутствует	0
Стационарные услуги	Отсутствует	0
Услуги скорой помощи	Отсутствует	0

Источник: Организация медицинского страхования Генеральной системы медицинского обслуживания, без даты-а.

Отдельные группы населения освобождены от доплаты за амбулаторные визиты, назначенные амбулаторные лекарства, диагностические исследования и стоматологическую помощь (см. Вставку 17).

► Вставка 17. Категории лиц, освобожденных от доплат в рамках ГЕСИ

- Люди с тяжелыми психическими расстройствами или психическими отклонениями
- Дети с особыми потребностями, находящиеся в учреждениях
- Дети, находящиеся под опекой и надзором служб социального обеспечения
- Заключенные и арестанты
- Незастрахованные пожилые граждане Греции, проживающие на Кипре
- Различные другие небольшие группы людей

Источник: (Контемениотис и Теодору, 2021).

ПМСП выступает в качестве контролирующего механизма, и для доступа к таким медицинским услугам, как амбулаторные специалисты, медсестры, акушерки, смежные медицинские работники, лаборатории, аптеки и больницы, для получения стационарных услуг необходимо направление. В соответствии с положениями части VII статьи 26 законов ГЕСИ 2001–2017 гг. бенефициары должны зарегистрироваться в ГЕСИ и выбрать участкового врача из имеющихся списков. Участковый врач отвечает за консультирование бенефициара в рамках ГЕСИ, направляя пациента к соответствующему поставщику медицинских услуг. Бенефициары могут регистрироваться либо онлайн самостоятельно, либо участковым врачом, который осуществляет регистрацию пациентов от их имени.

Врача для детей (педиатра) должен выбрать родитель или опекун. В случае болезни пациент должен сначала обратиться к своему личному врачу для постановки первоначального диагноза и назначения соответствующего лечения. В более сложных ситуациях, требующих привлечения

профильных врачей, семейный врач выдает направление к врачу-специалисту (Генеральная система медицинского обслуживания, 2022а). Направления не требуются для стоматологических вмешательств или в случаях неотложной помощи. Как правило, пациенты могут напрямую обратиться к стоматологам-хирургам за профилактической стоматологической помощью без направления от семейного врача. Это исключение также применяется к женщинам старше 15 лет, которые нуждаются в медицинской помощи гинекологов и акушеров (Генеральная система медицинского обслуживания, 2022а). При доступе к услугам на уровне специалиста без направления или при выборе более дорогих лекарств предусмотрены более высокие сооплаты. Например, предусмотрена сооплата в размере 6 евро за амбулаторные визиты к специалисту без направления, причем она не зачисляется в ежегодный лимит (MOT, 2022).

Стоимость выписанных лекарственных препаратов и вакцин возмещается, и ОМС полностью возмещает стоимость фармацевтического препарата с наименьшей стоимостью, при этом получатель совершает доплату в размере 1 евро за каждый назначенный препарат для амбулаторного использования, если он отпускается в государственной аптеке. В список лекарств в каталоге ОМС включены в основном дженерики и некоторые оригинальные продукты в случае отсутствия дженерика или если определенное активное вещество все еще находится под действием патента. Кроме того, ОМС возмещает стоимость некоторых безрецептурных препаратов в соответствии с медицинскими показаниями. Из-за ограниченной доступности лекарств в государственных аптеках людям достаточно часто все же приходится платить из своего кармана и приобретать лекарства в частных аптеках (ОЭСР и ВОЗ, 2021; Петру, 2021; Генеральная система медицинского обслуживания, без даты-а). Если же бенефициары предпочитают выбрать более дорогой фармацевтический продукт, чем тот, стоимость которого полностью возмещается ГЕСИ, они платят личный взнос типа II, который равен разнице между ценой фармацевтического продукта, охватываемого ОСМС, и ценой фармацевтического продукта, который выбрал сам бенефициар. Личный взнос типа II уплачивается в дополнение к доплате или личному взносу типа I (MOT, 2022).

Во время пандемии COVID-19 все диагностические и терапевтические услуги были бесплатными (ОЭСР и ВОЗ, 2021).

В дополнение к льготам ОСМС кипрская общая программа социального страхования предусматривает выплату денежных пособий в качестве компенсации дохода во время отпуска по болезни и беременности и родам для занятых и самозанятых. Пособия по временной нетрудоспособности, связанной с болезнью, предоставляются застрахованным лицам в возрасте от 16 до 63 лет в течение 156 дней. Денежное пособие по болезни состоит из базового пособия (60% от годового базового дохода) и дополнительного пособия (50% от среднего недельного дохода). Работающие женщины имеют право на отпуск по беременности и родам продолжительностью 18 недель. Пособие по беременности и родам составляет 72% от среднего еженедельного базового страхового дохода за соответствующий год. Эта доля может быть увеличена до 80%, если у женщины есть зависимый член семьи, до 90%, если их двое, и до 100%, если их трое. Страховые органы осуществляют эти выплаты из фонда социального страхования (MACO, 2018).

Оказание медицинской помощи и медицинских услуг

Система здравоохранения на Кипре состоит из государственных и частных медицинских учреждений. К государственным учреждениям относятся следующие медицинские учреждения: 8 государственных больниц и 37 государственных медицинских центров по всей стране (Государственная организация здравоохранения, без даты), а также несколько больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи, предоставляющих услуги в сельских и горных районах (Ламнисос и др., 2019). В частном секторе насчитывается около 43 частных больниц и 75 клиник, кроме того, в настоящий момент несколько частных больниц находятся в процессе получения лицензии на ведение своей деятельности (Петру 2021; проект CHERRIES 2020; Ньюз Хтимерини, 2024). В сельской местности больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи явно не хватает.

Услуги первичной медико-санитарной помощи на Кипре предоставляются участковым врачами в городских медицинских центрах и сельских подразделениях здравоохранения, охватывающих как государственные, так и частные медицинские услуги. В принципе, первичная

медико-санитарная помощь по определению оказывается населению ближе к месту проживания. Вторичная помощь в рамках ОСМС предоставляется государственными и частными больницами, клиниками и крупными медицинскими центрами, которые оказывают специализированные амбулаторные услуги. Третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь общей системы здравоохранения осуществляется в основном в больницах и специализированных клиниках крупных городов.

Чтобы заключить договор с ОМС, все поставщики должны зарегистрироваться в качестве медицинских работников в соответствии с нормативно-правовой базой, применимой к предоставлению каждой услуги. После подачи заявки через портал поставщиков все заявители должны отправить в ОМС подписанную форму заявки, а также подтверждающие документы. После получения одобрения процесс зачисления осуществляется подписанием контракта в присутствии заинтересованного лица (Организация медицинского страхования Генеральной системы медицинского обслуживания, без даты-с).

Поставщики медицинских услуг получают возмещение ежемесячно в соответствии со своей профессиональной категорией. Чтобы получить возмещение, поставщики должны подать заявку через портал поставщиков. Участковые врачи системы ПМСП получают вознаграждение по подушевому принципу в зависимости от возраста зарегистрированного бенефициара. Большинство поставщиков услуг⁶⁷ получают возмещение по принципу оплаты за услугу с некоторыми поправками. Например, амбулаторные специалисты получают вознаграждение в соответствии со списком видов деятельности по каждой специальности и методом начисления баллов. По методу балльной системы вознаграждение услуг производится исходя из количества баллов за конкретную медицинскую деятельность и накопленных баллов за конкретный месяц (МОТ, 2022).

В больницах, оказывающих стационарную помощь, оплата производится за каждый случай госпитализации в соответствии с диагностическими группами (ДГ). Фармацевтические препараты, которые аптеки выдают амбулаторным пациентам, оплачиваются за каждую упаковку (коробку), переданную фармацевтом бенефициару. Применение принципа оплаты лекарств за упаковку призвано отделить способ оплаты от потенциального снижения цен на лекарства и стимулировать использование непатентованных препаратов.

Чтобы обеспечить финансовую устойчивость программы, ОМС установила заранее определенный годовой глобальный бюджет для каждой категории услуг, предоставляемых ОСМС. Независимо от объема предоставленных услуг, поставщики медицинских услуг не могут превысить выделенный бюджет на одну услугу в течение финансового года. ОМС определяет годовой ассигнованный бюджет после консультации с соответствующими представителями поставщиков медицинских услуг (Организация медицинского страхования при Генеральной системе медицинского обслуживания, без даты-а). Размер компенсационных выплат за стационарные и амбулаторные услуги может ежемесячно корректироваться в зависимости от объема услуг в соответствии с выделенным глобальным бюджетом. Такой подход направлен на то, чтобы фактические затраты не превышали бюджетные расходы, выделенные на каждую категорию услуг (Организация медицинского страхования при Генеральной системе медицинского обслуживания, без даты-б).

ОМС готовится к переходу на модель возмещения расходов на первичные и стационарные медицинские услуги, основанную на результатах. Что касается первичной медико-санитарной помощи, то это предполагает переход от нынешнего подушевого метода оплаты труда и интеграцию возмещения расходов в увязку с показателями качества. Что касается стационарной помощи, то план предполагает переход от подхода возмещения на основе объема к внедрению заранее определенной единичной цены для каждой больницы (Правительство Кипра, 2022).

⁶⁷ Амбулаторные специалисты по оказанию медицинских услуг амбулаторным пациентам; лаборатории; медсестры, акушерки и смежные медицинские работники; стоматологи; услуги скорой помощи; отделения неотложной помощи; медицинские реабилитационные центры (и/или посуточная оплата); центры паллиативной помощи (и/или посуточная оплата).

► 4. Результаты

Охват

С июля 2020 г. более 99% населения Кипра, включая граждан Кипра, законных резидентов и беженцев, охвачены медицинской программой. Целью реформы было покрытие пробелов, существовавших в предыдущей системе медицинской помощи. До введения ГЕСИ в 2013 г. только 85% населения имело доступ к системе, финансируемой государством, при этом права на пользование этой системой были привязаны к гражданству и доходу. С физических лиц взималась плата за доступ к услугам. В период с 2013 по 2019 г. были введены дополнительные критерии доступности (связанные с уплатой налогов и пенсионных накопительных взносов). В результате этой политики охват населения за этот период снизился до 75% населения (Контемениотис и Теодору, 2021).

Адекватность льгот / финансовой защищенности

До 2019 г. доля ПСС в ТРЗ была очень высока и сопряжена с отсутствием всеобщего охвата, длительным временем ожидания, высокими пользовательскими сборами и повышенной зависимостью от доступа к платным услугам в частном секторе. Все это создало серьезные проблемы в смысле доступа и финансовой защиты, особенно затрагивающие бедные и уязвимые домохозяйства, которые часто сталкивались с трудностями, вызванными ростом медицинских расходов, которые могли значительно повлиять на их способность удовлетворять другие основные потребности. С реформой платежи из собственных средств населения (ПСС) значительно сократились наряду с расширением охвата и интеграцией государственных и частных поставщиков медицинских услуг в рамках единой системы управления. Общие ПСС в процентах от ТРЗ резко снизились с 44,36% в 2018 г. до 33,73% в 2019 г., затем до 14,01% в 2020 г., достигнув уровня менее 10% в 2021 г. (ВОЗ, 2023d).

Наряду с этим, увеличились государственные расходы на амбулаторное, стационарное лечение и фармацевтические препараты. До реформы ГЕСИ на амбулаторное лечение приходилась наиболее значительная доля ПСС (10,4%), в то время как на фармацевтические препараты приходило 7,7% ПСС (ОЭСР и ВОЗ, 2021). В настоящее время основная доля ПСС приходится на стоматологическую помощь, составляющую до трети ПСС. Это обусловлено тем фактом, что в пакет ОСМС включено лишь несколько профилактических услуг (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

Помимо стоматологических услуг, другими пробелами являются долгосрочный уход, реабилитация и паллиативная помощь. Эти услуги были интегрированы в новую систему, но их мощности недостаточны для удовлетворения существующих потребностей.

Домохозяйства на Кипре тратят примерно 3% от общего объема потребления на здравоохранение. В 2015 г., несмотря на высокую долю ПСС в сфере здравоохранения для покрытия медицинских расходов, всего лишь 5% кипрских домохозяйств понесли катастрофически высокие расходы на цели здравоохранения (ОЭСР и ВОЗ, 2021). Правительство Кипра выдвинуло целый ряд инициатив в рамках ГЕСИ в целях защиты населения от катастрофических расходов, в основном за счет процедуры взимания платы с пользователей за медицинские услуги. Так, например, все доплаты имеют годовой лимит, установленный для всех пользователей, с особыми преимуществами для детей и семей с низкими доходами.

Ранее амбулаторные лекарства, диагностические тесты и посещения отделений неотложной помощи облагались сборами с пользователей – в основном без софинансирования из государственного бюджета и освобождений (Контемениотис и Теодору, 2021). Пациенты платили в среднем от 20 до 60 евро за прием у специалиста и около 100 евро за рентгеновское и ультразвуковое исследование. В настоящее время эти услуги практически бесплатны при низкой доплате 6–10 евро. Другим примером является стоимость вакцинации детей, которая составляла от 50 до 100 евро, в то время как сейчас основные прививки полностью бесплатны.

Согласно последнему исследованию Европейского обследования доходов и условий жизни (EU-SILC), уровень неудовлетворенных потребностей в здравоохранении на Кипре довольно

низок. Только 0,1% респондентов в 2022 г. сообщили о невозможности доступа к медицинским услугам из-за высоких затрат, далекого расстояния или долгого времени ожидания, по сравнению с 1% в 2019 г. Стоит отметить, что различия между группами населения по уровню доходов весьма значительны. Например, 1,9% людей из квинтиля с самым низким доходом сообщают о неудовлетворенных потребностях в сфере здравоохранения, тогда как лишь 0,2% из квинтиля с самым высоким доходом пожаловались, что их потребности в области здравоохранения остались неудовлетворенными. До внедрения ГЕСИ длительное время ожидания в государственных учреждениях было значительным барьером для доступа, что считалось основным препятствием на пути удовлетворения потребностей в области здравоохранения (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

Удовлетворение потребностей населения

Доступность и наличие

Согласно сведениям Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ в 2021 г. индекс ВОУЗ на Кипре, отражающий охват основными медицинскими услугами, достиг 80,7 балла (ЦУР 3.8.1), что выше на 11 баллов значения этого индекса в 2010 г. Таким образом, Кипр показал лучшие результаты, чем в среднем по странам Западной и Центральной Азии (74,6 балла в 2021 г.) и по европейскому региону (77 баллов в 2021 г.) (ВОЗ, 2021f). Показатели по репродуктивному здоровью, здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков достигли 84 баллов, по инфекционным заболеваниям – 90 баллов, по неинфекционным заболеваниям – 65 баллов, по доступу к услугам – 86 баллов, по наличию первичных данных по индексу ВОУЗ – 56 баллов. В целом эти показатели свидетельствуют о значительных достижениях Кипра в области предоставления и доступа к медицинскому обслуживанию.

Однако некоторые проблемы остаются нерешенными. Так, несмотря на то, что рак является одной из основных причин смерти на Кипре, показатели профилактики раковых заболеваний в последние годы не улучшились. Рак молочной железы является единственным видом рака, покрываемым существующей национальной программой скрининга для населения в целом, ориентированной на женщин в возрасте от 50 до 69 лет. Услуги скрининга предоставляются бесплатно в учреждениях, расположенных в крупных городах страны. Согласно опросам, проведенным в 2019 г., примерно 65,8% женщин воспользовались этой услугой за последние два года, что близко к среднему показателю по ЕС (59% в 2019 г.). Однако существует заметное неравенство в доступе в зависимости от уровня дохода. В 2019 г. только 53% женщин из квинтиля с самым низким уровнем дохода сообщили, что прошли скрининг, что значительно ниже, чем среди женщин из квинтиля с самым высоким уровнем дохода (79%) (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

На Кипре плотность врачей составляет 5 человек на 1000 жителей, что немного превышает средний показатель в странах ЗЦА и регионе ЕС (ВОЗ, 2021d). Плотность медсестер составляет примерно 5 медсестер на 1000 жителей, что значительно ниже среднего показателя в ЕС, но примерно соответствует среднему значению в странах ЗЦА (ОЭСР и ВОЗ, 2023). Однако эти цифры не отражают более широкого дисбаланса в распределении рабочей силы между государственным и частным секторами, ибо врачи работают преимущественно в частных медицинских учреждениях, а медсестры – в государственном секторе здравоохранения (см. Таблицу 11). До введения ГЕСИ у врачей был стимул переходить в частный сектор здравоохранения, ибо это означало повышение зарплаты и улучшение условий труда, что было следствием ужесточения мер жесткой экономии, последовавших за финансовым кризисом.

► Таблица 11. Численность государственного и частного врачебного и сестринского персонала в 2021 г.

	Врачи	Медсестры
Государственный сектор	797	3 375
Частный сектор	3 636	1 524
Всего	4 433	4 899

Источник: Статистическая служба Кипра, 2021.

Кроме того, ранее система здравоохранения в значительной степени зависела от выпускников медицинских вузов, которые учились за границей и возвращались работать в свою страну в основном потому, что до 2013 г. на Кипре не было своих медицинских учебных заведений. Однако ситуация теперь изменилась и, по оценкам, 10 врачей на 100 тыс. жителей закончили местную медицинскую школу в 2021 г., причем этот показатель последовательно растет, начиная с 2019 г. В настоящее время на Кипре работают четыре медицинские школы, способные повысить ежегодный выпуск врачей, что значительно улучшает ситуацию с доступностью медицинских кадров (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

Чтобы удовлетворить высокий спрос на медицинское обслуживание во время пандемии COVID-19, государственные больницы наняли дополнительный медицинский персонал. Врачи и медсестры, работавшие в частном секторе, были наняты для работы в государственных больницах в рамках создания резервного потенциала, необходимого для борьбы с дополнительным бременем, связанным с пандемией COVID-19 (ОЭСР и ВОЗ, 2023). До пандемии на Кипре было 2,2 койко-места на 1000 человек, что ниже, чем в странах ЗЦА (в среднем 3,9 койко-места в 2019 г.) и значительно ниже, чем в ЕС (в среднем 5,3 койко-места в 2019 г.). Для удовлетворения дополнительных потребностей, возникших во время пандемии, министерство здравоохранения также организовало перевод больничных коек из частных больниц в государственные больницы (ОЭСР и ВОЗ, 2021; ВОЗ, 2021с).

Качество и приемлемость

В период с 1978 по 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни на Кипре увеличилась примерно на 11% (МОТ, 2022). В 2022 г. средняя продолжительность жизни при рождении составила 81,7 года, причем у женщин ожидаемая продолжительность жизни была больше (83,6 года) по сравнению с мужчинами (79,9 года). В 2020 г. уровень предотвратимой смертности составил 112 на 100 тыс. населения, в то время как уровень смертности от излечимых причин на Кипре составил 70 на 100 тыс. населения (ОЭСР и ВОЗ, 2023). Уровень смертности детей в возрасте до пяти лет снизился более чем на 0,5 на 1000 живорождений, достигнув показателя 2,80 в 2020 г. (ВОЗ, 2020с). Кроме того, на Кипре наблюдается высокий уровень охвата регулярной детской иммунизацией (за исключением кори) и низкий уровень инфицирования ВИЧ/СПИДом (ВОЗ, 2020а). Эти цифры свидетельствуют о некотором улучшении с течением времени уровня доступа к качественной медицинской помощи, однако отсутствие систематического сбора данных по показателю качества медицинской помощи ограничивает оценку эффективности и качества системы здравоохранения. Например, в период с 2000 по 2020 г. ухудшилась материнская смертность (с 33 до 68). В 2000 г. в стране было зарегистрировано четыре случая смерти матерей, в 2005 г. – три случая, в 2010 г. – четыре случая, в 2015 г. – шесть случаев, а в 2020 г. – девять (ВОЗ, 2020b). Переориентация поставщиков медицинских услуг на меры реагирования на COVID-19 является одним из возможных объяснений внезапного удвоения коэффициента материнской смертности, который является одним из самых высоких в мире.

В прошлом долгое время ожидания при получении услуг в государственных учреждениях было одной из самых серьезных проблем, отрицательно влияющих на качество обслуживания. Это было в значительной степени вызвано дисбалансом медицинских кадров между государственным и частным секторами, иными словами нехваткой врачей и медсестер в государственном секторе. Внедрение ГЕСИ в значительной степени устранило эту проблему за счет заключения контрактов с частными поставщиками и сокращения очереди пациентов, особенно в стационарных отделениях (ОЭСР и ВОЗ, 2021). Кроме того, во время пандемии медицинские услуги стали все чаще оказываться в условиях телемедицины, чтобы компенсировать ограничения, обусловленные карантином. Это привело к большему распространению услуг телемедицины по телефону или через Интернет, которые увеличились до 48% в 2021 г. по сравнению с 33% в 2020 г. (ОЭСР и ВОЗ, 2023).

В настоящее время на Кипре не существует полноценной системы аккредитации или системы качества для оценки работы больниц, за исключением нескольких больниц и лабораторий, в которых такая система находится на начальной стадии. Разработка и развитие надежной программы аккредитации крайне необходимы. При разработке такой программы следует стремиться к простоте, минимальным затратам и вовлечению всех заинтересованных сторон,

включая представителей пациентов. Кроме того, необходимо создать специальные учреждения, отвечающие за контроль качества медицинской помощи и осуществляющие вовлечение пациентов в мероприятия по повышению качества (Паллари, Самутис и Рудд, 2020; ОЭСР и ВОЗ, 2021).

Следует отметить, что в рамках своего Национального плана экономического восстановления и устойчивости на период 2021–2026 гг. Кипр определил целевые сферы усовершенствования и модернизации государственных больниц в рамках ГЕСИ. Основные инвестиции включают в себя не только предоставление поддержки для содействия плану аккредитации государственных и частных больниц, но и модернизацию информационной системы общественного здравоохранения (Генеральный директорат развития, Министерство финансов, 2023). Ожидается, что внедрение ГЕСИ создаст ситуацию, при которой данные о качестве услуг будут регистрироваться в интегрированной информационной системе, которая будет использоваться для оценки и повышения качества услуг, предоставляемых государственным или частным секторами (ОЭСР и ВОЗ, 2021). Одним из фундаментальных аспектов новой системы является то, что она целиком основана на использовании электронных технологий. Это означает большую прозрачность, лучший контроль и более тесное взаимодействие поставщиков услуг между собой, а также между поставщиками услуг и ОМС. Оформление направлений, выписка рецептов, подача претензий, медицинский аудит, выполнение протоколов, а также быстрая связь между поставщиками услуг и бенефициарами – все это осуществляется через информационно-компьютерную систему (ИКС) (Петру, 2021).

Механизм оценки медицинских технологий (ОМТ) на Кипре находится на ранних стадиях и контролируется отделом ОМТ министерства здравоохранения (ЕвроСетьОМТ, 2017). Его основная цель заключается в принятии решений и возмещении расходов по внедрению новых экономических технологий, а также защита от внедрения вредных технологий в систему здравоохранения. Однако, учитывая то, что работа находится на начальном этапе, в настоящее время основное внимание уделяется скорее оценке, чем анализу. Причем оценка осуществляется внутри самой организации, и ей может не хватать прозрачности, ибо рекомендации остаются внутренними и не публикуются. Тем не менее предпринимаются постоянные усилия по развитию официальной системы оценки, опирающейся на соответствующее законодательство и структуру (Фонтриер, Визинтин и Канавос, 2022; Европейская комиссия, 2017; Панайотопулу и др., 2019). Следует также отметить, что в качестве инструмента, гарантирующего безопасность и эффективность медицинских изделий, применяется европейская маркировка соответствия (СЕ). Конкретные медицинские технологии, такие как МРТ, КТ-сканеры, гамма-камеры и рентгеновские установки, эксплуатируются в соответствии с законом о защите от ионизирующего излучения (№ 115(I)/2002), контроль за соблюдением которого возложен на Департамент инспекции труда при Министерстве труда и социального страхования Республики Кипр (ВОЗ, 2012).

В соответствии с правовыми нормами ГЕСИ все мигранты и беженцы имеют бесплатный доступ к финансируемым государством медицинским услугам. Однако, как показало одно исследование, среди мигрантов и беженцев существует ощутимая дискриминация в доступе к медицинским услугам, в основном вследствие наличия языкового барьера (Джил-Сальмерон и др., 2021).

► 5. Направление дальнейших действий

На разработку и внедрение правительством Кипра новой амбициозной системы здравоохранения (ГЕСИ) потребовалось много лет. Благодаря реформам удалось объединить ранее разрозненную систему с серьезными проблемами, обусловленными дисбалансом ресурсов между государственными и частными поставщиками услуг, высокими платежами из собственных средств населения, значительным неравенством в доступе и длинными очередями. Это особенно показательно, учитывая, что новая система здравоохранения была внедрена в 2020 г. (начало пандемии COVID-19) и что платежи из собственных средств населения существенно снизились (ОЭСР и ВОЗ, 2021).

Министерство здравоохранения, ОМС и государственные организации здравоохранения также запустили дополнительную масштабную программу по цифровизации предоставления медицинских услуг и разработке комплексной системы мониторинга электронного здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Кипр, 2021; G-NUIS, без даты).

Несмотря на принцип всеобщего доступа к ГЕСИ, некоторые группы населения по-прежнему не имеют полноценного доступа из-за наличия косвенных ограничений, в частности языкового барьера, с которым сталкиваются мигранты и беженцы; кроме того, озабоченность вызывает неравенство в доступе к целому ряду услуг среди групп населения с различными уровнями доходов (Джил Салмерон и др. 2021).

► **6. Основные выводы**

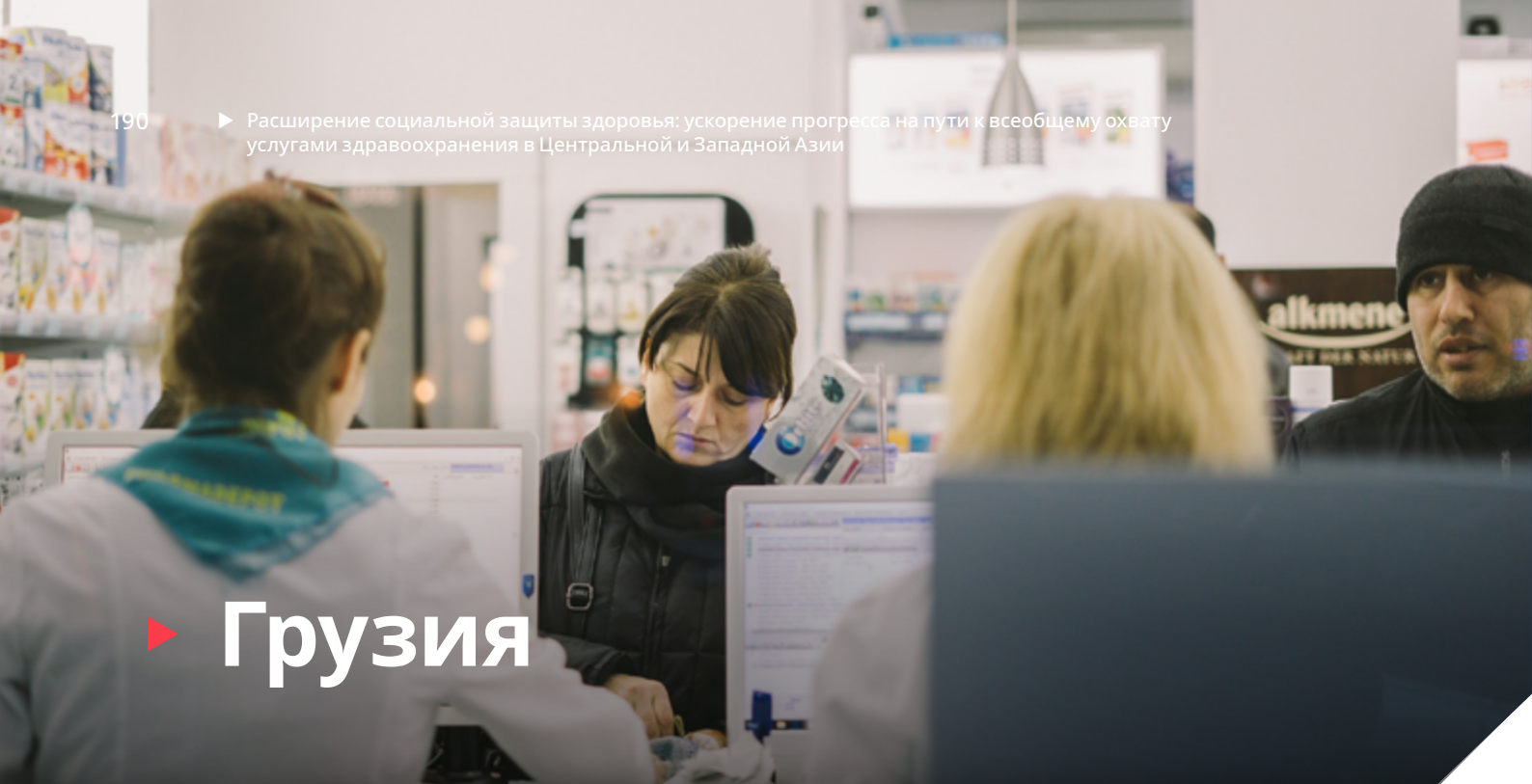
- Проведение реформ, в том числе расширение правового охвата населения, увеличение государственных расходов на здравоохранение и введение разделения поставщиков и покупателей, привело к успешному проведению комплексной реформы системы здравоохранения и в ее рамках к расширению единой национальной системы медицинского страхования. Такой подход позволил успешно интегрировать в единое целое ранее разрозненные и неэффективные программы. Это привело к усилению финансовой защиты населения, снижению ПСС и увеличению охвата.
- Подходы к увеличению государственных ресурсов на цели здравоохранения и повышению финансовой устойчивости включают в себя переход от недостаточно финансируемой системы общественного здравоохранения и высокой зависимости от ПСС к программе, финансируемой за счет взносов на социальное страхование и государственных субсидий, а также переход к низовым и упрощенным механизмам распределения рисков и создание заранее определенного годового глобального бюджета на услуги здравоохранения, предоставляемые ГЕСИ.
- К числу нерешенных проблем относятся неравенство в доступе к услугам здравоохранения, отражающее различия социального статуса, и другие виды дискриминации, связанные с миграционным статусом. В перспективе может потребоваться включение дополнительных услуг, таких как реабилитация, паллиативная помощь, долгосрочный уход, чтобы более полно удовлетворять потребности населения.

Библиография

- Cherries Responsible Healthcare Ecosystems. 2020. "Cyprus", доступно по ссылке: <https://www.cherries2020.eu/community/pilot-regions/cyprus/>
- Council of Europe and European Union. 2022. *Baseline Overview and Assessment of Integration Policies in the Republic of Cyprus*. <https://rm.coe.int/cyprus-baseline-assessment-integration-policies/1680a77b35>
- Cylus, Jonathan, Irene Papanicolas, Elisavet Constantinou and Mamas Theodorou. 2013. "Moving Forward: Lessons for Cyprus as it Implements its Health Insurance Scheme." *Health Policy* 110 (1): 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.007>
- Cyprus Business News. 2024. "General Healthcare System Revenue at €1.58 Bln in 2023, Expenditure at €1.44 Bln." CBN, 11 March, доступно по ссылке: <https://www.cbn.com.cy/article/2024/3/11/763473/general-healthcar-system-revenue-at-eur158-bln-in-2023-expenditure-at-eur144-bln/>
- Directorate General Growth, Ministry of Finance. 2023. *Cyprus Recovery and Resilience Plan - Axis 1. Public Health, Civil Protection and Lessons Learned from the Pandemic*. <https://www.fundingprogrammesportal.gov.cy/en/programs/publichealth/>
- EUnetHTA. 2017. *An Analysis of HTA and Reimbursement Procedures in EUnetHTA Partner Countries: Final Report*. <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/02/WP7-Activity-1-Report.pdf>
- European Commission. 2017. Mapping of HTA National Organisations, Programmes and Processes in EU and Norway. https://health.ec.europa.eu/document/download/18a3dc1d-4876-4553-a292-84fc4a7f9e31_en
- . 2023. "Cyprus - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission", доступно по ссылке: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1105&langId=en&intPageId=5001>
- Eurostat. 2023. "Population by Broad Age Group", доступно по ссылке: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/CENS_21AG/default/table?lang=en
- Fontrier, A.M., E. Visintin and P. Kanavos 2022. "Similarities and Differences in Health Technology Assessment Systems and Implications for Coverage Decisions: Evidence from 32 Countries." *Pharmacoecon Open* 6 (3): 315–328. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9043057/>
- Gil-Salmerón, Alejandro, Konstantinos Katsas, Elena Riza, Pania Karnaki and Athena Linos. 2021. "Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (15): 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- G-NUIS. n.d. "E-Health in Cyprus", доступно по ссылке: <https://gnius.esante.gouv.fr/en/international-digital-health-systems/ehealth-cyprus>
- Government of Cyprus. 2022. *Cyprus National Reform Programme 2022*. https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/nrp_cyprus_2022_en.pdf
- Health Insurance Organisation of the General Healthcare System. n.d.-a. "GHS - Financing and Global Budget", доступно по ссылке: <https://www.gesy.org.cy>. Accessed 22 March 2024.
- . n.d.-b. "How Are Providers Reimbursed for Their Services?", доступно по ссылке: <https://www.gesy.org.cy>. Accessed 22 March 2024.

- n.d.-c. "How to Register in the GHS and Contract with HIO?", доступно по ссылке: <https://www.gesy.org.cy>. Accessed 22 March 2024.
- ILO. 2022. *Report to the Health Insurance Organization Actuarial Valuation of the General Healthcare System as of 31 December 2020, Covering the Period 2021–2030*. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action;jsessionid=vG6qTyIbMkc-uLA8hjDMoLNY1GzTffh9zTRaCKXc4Q9YHTHnSup9!1818001608?id=58210>
- ISSA (International Social Security Association). 2018. "Country profiles - Cyprus", доступно по ссылке: <https://www.issa.int/node/195543?country=838>
- Knews Kthimerini. 2024. "Nineteen New Private Hospitals to Transform Health Sector in Cyprus", 28 February. Доступно по ссылке: <https://knews.kathimerini.com.cy/en/news/nineteen-new-private-hospitals-to-transform-health-sector-in-cyprus>
- Kontemeniotis, Antonis and Mamas Theodorou. 2021. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Cyprus*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339324>
- Lamnisis, Demetris, Nicos Middleton, Nikoletta Kyprianou and Michael A. Talias. 2019. "Geodemographic Area Classification and Association with Mortality: An Ecological Study of Small Areas of Cyprus." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16162927>
- Ministry of Health of the Republic of Cyprus. 2021. "E-Health"m доступно по ссылке: https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page20_en/page20_en?OpenDocument
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) and WHO (World Health Organization). 2021. *Cyprus: Country Health Profile 2021*. <https://www.oecd.org/countries/cyprus/cyprus-country-health-profile-2021-c2fe9d30-en.htm>
- 2023. *Cyprus: Country Health Profile 2023*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/cyprus-country-health-profile-2023>
- Pallari, Elena, George Samoutis and Anthony Rudd. 2020. "Re-Engineering the Cypriot Healthcare Service System." *BMC Health Services Research* 20 (April): 293. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5048-3>
- Panayiotopoulou, E. G. Charalambous, D. Kaitelidou and E. Jelastopulu. 2019. "Health Technology Assessment: Choices That Must be Made for Reviewing the Evidence - The Cyprus Perspective." *International Journal of Public Health and Health Systems* 4 (3): 80-84. https://www.researchgate.net/publication/333162868_Health_Technology_Assessment_Choices_That_Must_Be_Made_for_Reviewing_the_Evidence_-The_Cyprus_Perspective
- Petrou, Panagiotis. 2021. "The 2019 Introduction of the New National Healthcare System in Cyprus." *Health Policy* 125 (3): 284–89. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.018>
- Press and Information Office, Ministry of Interior, Republic of Cyprus. 2023. "Census of Population and Housing 2021: Preliminary Results by District and Municipality/Community", 4 August. Доступно по ссылке: <https://www.pio.gov.cy/en/press-releases-article.html?id=36338#flat>
- State Health Services Organisation. n.d. "SHSO at a Glance", доступно по ссылке: <https://shso.org.cy/en/profil-organismou/>
- Statistical Service of Cyprus. 2021. "Health and Hospital Statistics - 2021", доступно по ссылке: <https://www.cystat.gov.cy/en/KeyFiguresList?s=38>
- The General Healthcare System. 2022a. "GHS Health Services", доступно по ссылке: https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=en_US&lookuphost=/en-us/&lookuppage=hioprovidercategories

- 2022b. "HIO Organizational Role and Mandate", доступно по ссылке: https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=en_US&lookuphost=/en-us/&lookuppage=hiroleandresponsibilities
- UNDP (UN Development Programme). 2022. Human Development Report 2021-22. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- WHO (World Health Organization). 2012. *Cyprus: Health System Review 2012*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/cyprus-health-system-review-2012>
- 2018. "Current Health Expenditure as % of GDP - Cyprus", Global Health Expenditure Database. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- 2020a. "Global Health Observatory data", доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho>
- 2020b. "Under-Five Mortality Rate (per 1000 Live Births) (SDG 3.2.1)", Global Health Observatory. Доступно по ссылке: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-\(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births))
- 2021a. "Hospital Beds (per 10 000 Population) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Türkiye and Uzbekistan", доступно по ссылке: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population))
- 2021b. "Medical Doctors (per 10,000 Population) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Türkiye and Uzbekistan", доступно по ссылке: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))
- 2021c. Reforms Move Cyprus Closer to Universal Health Coverage. <https://www.who.int/europe/news/item/07-03-2021-reforms-move-cyprus-closer-to-universal-health-coverage>
- 2021d. "UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Türkiye and Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>
- 2023a. "Global Health Observatory Data Repository - Current Health Expenditure (CHE) as Percentage of Gross Domestic Product (GDP) (%) Data by Country - Cyprus", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDP SHA2011>
- 2023b. "Global Health Observatory Data Repository - Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as Percentage of Current Health Expenditure (CHE) (%) Data by Country - Cyprus", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDGGHEDCHESHA2011v>
- 2023c. "Global Health Observatory Data Repository - Out-of-Pocket Expenditure as Percentage of Current Health Expenditure (CHE) (%) - Cyprus", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>
- World Bank. 2022. "GDP per Capita (Current US\$) - European Union, Cyprus", World Bank Open Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>



► Грузия

©Unsplash

Данный страновой обзор был подготовлен Артёмом Сичи, Матильдой Мейлферт, Сальмой Эль-Гамаль при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы Гедиминаса Черняускаса (Литовский Центр экономики здравоохранения), оказавшего помощь в рецензировании и улучшении качества публикации.

► 1. Введение

Грузия расположена в западной части Закавказья на восточном побережье Черного моря. Страна имеет средний уровень развития (индекс человеческого развития в 2021 г. составлял 0,802) (ПРООН, 2022). Население – 3,728 миллиона человек. ВВП на душу населения по паритету покупательной способности в 2023 г. составил 24 681 международный доллар (Всемирный банк, 2021). В начале 1990-х гг., после обретения независимости, страна столкнулась с экономическим и политическим кризисами, которые кардинальным образом повлияли на уровень жизни и социальную защиту населения. В 1994 г. реальный ВВП Грузии упал на 72,5% по сравнению с 1990 г. Однако с 1994 г. наблюдается почти постоянный экономический рост с заметным снижением в 2009 и 2020 гг. (причина последнего – пандемия COVID-19). В 2021 г. ВВП достиг 18,7 млрд. долларов США (Всемирный банк, без даты).

Однако экономический рост до 2010 г. не сопровождался расширением доступа к социальной медицине и улучшением состояния здоровья населения. Основной причиной было недостаточное финансирование системы здравоохранения, отказ от всеобщего охвата услугами здравоохранения в период 2006–2010 гг. в связи с курсом на приватизацию системы социального здравоохранения⁶⁸, война 2008 г., а также среди прочего высокая распространенность курения и употребления алкоголя в период с 1994 по 2009 г. (Ричардсон и Гугешашвили, 2016). 2010–2019 гг. ознаменовались улучшениями: меры, направленные на повышение безопасности движения на дорогах, обеспечение всеобщего доступа и повышение качества медицинских услуг,

⁶⁸ После раннего внедрения обязательного медицинского страхования в 1990-х гг. правительство окончательно ввело частную систему медицинского страхования лишь в 2006 г. В соответствии с этой системой частные медицинские страховщики отвечали за закупку медицинских услуг, а правительство приобретало страховое покрытие для беднейших слоев населения.

укрепление финансовой защищенности населения и совершенствование системы управления здравоохранением, создали необходимые предпосылки для улучшения некоторых показателей здоровья населения. В частности, показатели младенческой смертности, преждевременной смертности от четырех основных неинфекционных заболеваний людей в возрасте 30–69 лет и охвата детей иммунизацией против кори и краснухи за этот период претерпели изменения к лучшему (ВОЗ Европа, 2017b). К сожалению, в 2020 г. улучшение состояния здоровья населения приостановилось из-за пандемии COVID-19.

▶ 2. Контекст

До 1991 г. система здравоохранения Грузии основывалась на модели Семашко, которая характеризовалась высокой централизацией и бесплатным медицинским обслуживанием в государственных учреждениях, управляемых системой государственного здравоохранения (СГЗ). Модель Семашко в Грузии характеризовалась высокой плотностью медицинского персонала и больничных коек, превышающей средний показатель по ЕС, интегрированностью ПМСП в рамках муниципальных больниц, в то время как медицинские технологии по качеству значительно отставали от западноевропейских стандартов и широко практиковалась система неформальных денежных подарков медицинскому персоналу от пользователей (так называемая «благодарность за услугу»).

В начале 1990-х гг. из-за экономических проблем, политических волнений и перехода к рыночной экономике сектор здравоохранения пришел в упадок:

- ▶ государственное финансирование сократилось из-за экономического спада и роста неформальной экономики, которая с трудом покрывала расходы на относительно щедрый пакет пособий и достаточно высокий уровень финансовой защищенности;
- ▶ материальный дефицит медицинских товаров, характерный для системы Семашко, усугубился из-за распада рынка бывшего СССР и трудностей с интеграцией в мировые рынки;
- ▶ частые отключения электричества, деградация системы центрального отопления параллельно с почти полным отсутствием инвестиций приводили к разрушению инфраструктуры здравоохранения.

Для адаптации к вышеупомянутым обстоятельствам поставщики услуг здравоохранения действовали следующим образом:

- ▶ «благодарственные выплаты» стали основной формой дохода медицинского персонала. Платежи из собственных средств (ПСС) стали намного превышать государственные расходы на здравоохранение;
- ▶ экономия затрат осуществлялась за счет сокращения численности медицинского персонала. Соотношение медсестер и врачей сократилось с 1,5 в 1996 г. до 1,2 в 2000 г. и далее до 0,9 в 2010 г.⁶⁹;
- ▶ для многих врачей и медсестер предпочтительным вариантом стал поиск заработка в немедицинских отраслях Грузии или работа за границей. Международная мобильность медицинских специалистов из Грузии явно обрела черты «утечки мозгов» и потенциально даже «мозготраты», что случается, например, когда грузинская дипломированная медсестра работает в качестве неформальной сиделки за пожилым человеком в Западной Европе;
- ▶ самолечение, а также траволечение стало способом, которым многие пациенты пользуются, чтобы справиться с дефицитом медицинских товаров и растущими затратами на лечение;
- ▶ по всей стране широко практиковались работа только в светлое время суток и отопление медицинских учреждений самодельными печками.

⁶⁹ Данные извлечены из: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&Topic=8#>.

Из-за всех этих обстоятельств, эффективность системы государственного здравоохранения значительно снизилась, что привело к снижению качества и доступности медицинской помощи и негативно сказалось на здоровье населения.

Первая серьезная реформа здравоохранения в Грузии началась в 1995 г. Преобразования были направлены на разработку нового законодательства, укрепление финансирования системы и пропаганду здорового образа жизни среди населения. Одним из ключевых стимулов к проведению реформы стало отсутствие доступа к бесплатным высококачественным медицинским услугам для всего населения (Рухадзе, 2013)⁷⁰. В 1990-х гг. движение в сторону более справедливого медицинского обслуживания основывалось на внедрении системы обязательного медицинского страхования. В 1997 г. был создан надзорный орган – Служба государственного страхового надзора (СГСН) Грузии для реализации государственных задач в сфере страхования и обеспечения государственного регулирования страховой деятельности. Объединение государственных ресурсов, оплата ПМСП на основе подушевой оплаты, наращивание потенциала учреждений ПМСП на национальном и региональном уровне были основными чертами реформы финансирования здравоохранения конца 1990-х гг. Несмотря на все усилия, в период 1997–2005 гг. система ОМС не смогла устранить основные факторы, определяющие низкий уровень медицинского обслуживания, такие как критически низкое государственное финансирование, распространенность неформальных ПСС и устаревшая инфраструктура здравоохранения. Главными нововведениями этого периода были приватизация фармацевтического сектора и появление частных медицинских организаций. В 2004 г. система ОМС была отменена.

В 2007 г. правительство ввело программу под названием «Медицинская помощь бедным» (МПБ), в рамках которой оно финансировало ваучеры для бедных и уязвимых слоев населения, чтобы они могли быть охвачены частным медицинским страхованием. В 2011 г. на МПБ приходилась почти половина государственных расходов на здравоохранение. После начального периода конкурентного друг с другом, дело кончилось тем, что частные медицинские страховые компании выиграли тендеры по регионам таким образом, что за каждый регион в этой программе отвечала одна компания. В 2012 г. соответствующие компании получали высокие прибыли (в среднем от 30 до 40 процентов на начальном этапе и 18 процентов в 2012 г.), и поэтому было принято решение прекратить делегирование им функций по управлению программой (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

В 2013 г. правительство запустило программу базового пакета медицинских услуг (БПМУ), который вскоре преобразовался в программу всеобщего охвата здравоохранением (ПВОЗ) под управлением АСО. Таким образом, частные страховые компании потеряли управление государственными фондами социальной защиты здоровья в пользу государственного Агентства социального обслуживания (АСО), автономного органа при министерстве труда, здравоохранения и социальных дел, отвечающего за управление всеми социальными пособиями в стране. Это изменение отразилось на распределении расходов на общественное здравоохранение, при этом первоначально произошло значительное снижение административных расходов. Помимо изменения институциональных механизмов программы, ПВОЗ также расширила охват населения, поскольку до 2013 г. применялся тест нуждаемости с относительно узкими критериями для получения права на ваучеры частного медицинского страхования⁷¹. ПВОЗ является почти универсальной, исключая только домохозяйства с самыми высокими доходами. Первоначально эта программа была предназначена для незастрахованных лиц в частном порядке, но поскольку между частными страховщиками и АСО нет обмена данными, на практике домохозяйства с доходом ниже определенного порога могут иметь доступ как к ПВОЗ, так и к частному медицинскому страхованию. Программа предусматривает периодическое амбулаторное лечение, неотложную стационарную и амбулаторную помощь, плановые хирургические вмешательства, лечение рака, акушерскую помощь и основные лекарственные препараты. Как и ее предшественница, ПВОЗ финансируется из бюджета сектора государственного управления за счет

⁷⁰ Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Системы здравоохранения в период перемен, обзор, 2010 г.

⁷¹ Первоначально в него включались только бедные слои населения, находящиеся за чертой бедности, и постепенно в него включались дополнительные категориальные группы (государственные служащие, дети, пенсионеры).

налоговых поступлений. В дополнение к ПВОЗ министерство здравоохранения финансирует всеобщие доступные вертикальные программы.

В Стратегии «Грузия 2020» были обозначены следующие приоритеты реформ:

- ▶ совершенствование систем государственных расходов на здравоохранение;
- ▶ повышение качества медицинского обслуживания;
- ▶ укрепление первичной медико-санитарной помощи.

Эти преобразования позволили расширить доступ к медицинскому обслуживанию и сократить платежи из собственных средств населения на оплату медицинских услуг. Был также отмечен прогресс по некоторым показателям здравоохранения, таким как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, детская смертность, заболеваемость туберкулезом и лечение новых регрессий в области здравоохранения. Например, младенческая смертность снизилась от 27,3 в 2000 г. до 9,0 в 2021 г. (Геостат, 2021b). Заболеваемость туберкулезом снизилась от 3 609 случаев в 2015 г. до 1 831 случая в 2020 г., в том числе количество новых случаев заболеваемости снизилось от 2 776 до 1 537 случаев (Геостат, 2021d).

▶ 3. Структура системы социальной защиты здоровья

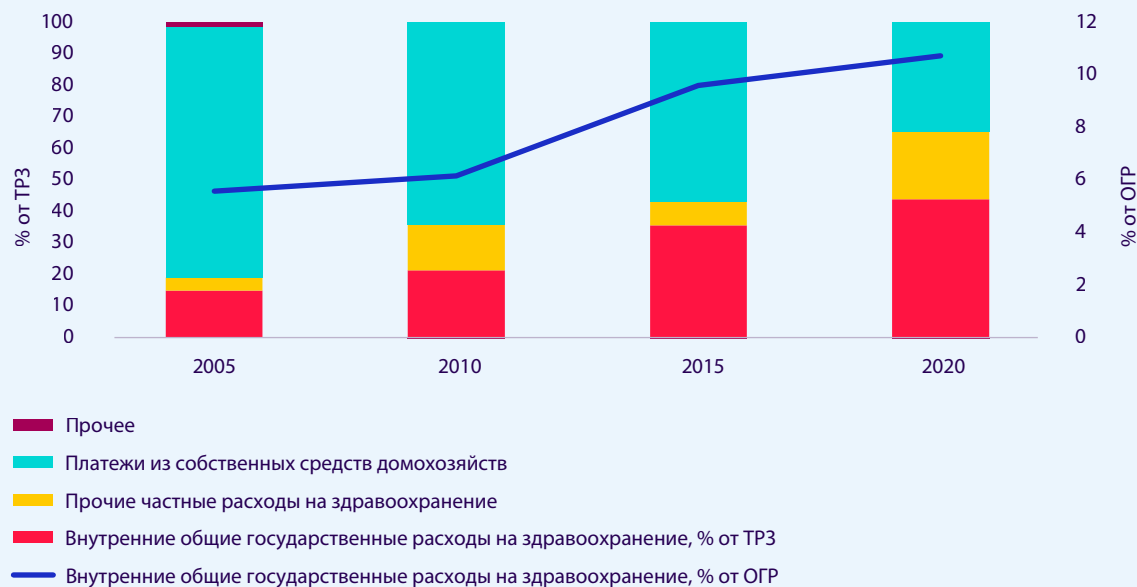
Финансирование

За последнее десятилетие в Грузии наметилась тенденция к увеличению доли финансирования здравоохранения в государственных расходах и ВВП. В 2019 г. доля внутренних государственных расходов на здравоохранение составила 8,1% от общих государственных расходов и 2,8% от ВВП. В 2011 г. эти показатели составляли лишь 5,0% от общих государственных расходов и 1,4% от ВВП (ВОЗ, 2019а).

В Грузии отмечается высокий уровень расходов на оплату услуг из собственных средств из-за низкого уровня государственного финансирования (Рисунок 34). В 2020 г. внутренние государственные расходы на здравоохранение составили 47% от текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ), расходы ПСС – 47% от ТРЗ и добровольные предоплаты (в основном частное медицинское страхование) – 6% от ТРЗ. С 2013 г. произошло снижение выплат ПСС и увеличение уровня государственного финансирования за счет введения ПВОЗ.

Следует отметить относительно высокую долю добровольного частного страхования, на которое приходится возрастающая часть ТРЗ, а также наличие внешних поступлений на нужды здравоохранения с 2008 г.

Рисунок 34. Структура текущих расходов на здравоохранение в Грузии по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Система управления

Министерство здравоохранения, труда и социальных дел Грузии⁷² отвечает за разработку политики, здоровье и социальную защиту населения, контролирует реализацию политики в области здравоохранения, включая адекватность медицинских услуг, и обеспечение всеобщего доступа к медицине. В ведении министерства находятся Агентство социального обслуживания (АСО), Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья (НЦКЗОЗ), Государственное агентство регулирования медицинской деятельности (ГАРМД) и Центр координации и неотложной помощи в чрезвычайных ситуациях (ЦКНП).

- Агентство социального обслуживания (АСО) осуществляет администрирование и управление программами социального здравоохранения и социальной защиты, включая ПВОЗ, через свои 68 местных отделений. АСО управляет страховыми выплатами и выступает в качестве единого покупателя медицинских услуг (МОТ и ООН-Женщины, 2020). Другими основными программами, которыми управляет АСО, являются пенсионное обеспечение, социальная помощь (включая программу пособий для детей-инвалидов, по потере кормильца, по инвалидности; социальный пакет и адресная социальная помощь), социальное обслуживание, опека и попечительство (МОТ и ООН-Женщины, 2020). В целом агентство покрывает многомиллионные расходы на поддержку получателей пособий и бенефициаров услуг этих программ⁷³.
- Национальному центру контроля заболеваний и общественного здоровья (НЦКЗОЗ) делегированы такие вопросы, как профилактика и контроль инфекционных и неинфекционных заболеваний, укрепление здоровья населения, эпиднадзор, иммунизация, лабораторная работа, проведение исследований и реагирование на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.

⁷² Полное название учреждения – Министерство по делам вынужденно перемещенных лиц из оккупированных территорий, труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии.

⁷³ Веб-страница Агентства социального обслуживания: <https://www.sa.gov.ge/>

- ▶ Государственное агентство по регулированию медицинской деятельности (ГАРМД) отвечает за выдачу лицензий и разрешений для медицинских учреждений, регулирует работу медицинских работников и фармацевтического сектора.
- ▶ Центр координации и неотложной помощи в чрезвычайных ситуациях (ЦКНП) координирует оказание экстренной медицинской и справочной помощи, направленной на улучшение здоровья населения во время стихийных бедствий и военного положения; его отделения расположены почти во всех муниципалитетах, кроме столицы.

Правовое обеспечение и право на получение медицинских услуг

Когда ПВОЗ была впервые введена в 2013 г., правовое покрытие было действительно всеобщим и охватывало все население (МОТ и ООН-Женщины, 2020). Доступ к медицинским услугам был гарантирован всем проживающим, независимо от социального класса, национальности, расы, пола, языка, религии, возраста, политических или иных взглядов.

Однако с 2018 г. покрытие медицинскими услугами по закону стало распространяться на граждан Грузии с годовым доходом ниже 40 тыс. лари, а также на лиц без гражданства, постоянно (легально) проживающих в Грузии, в соответствии с законом Грузии о здравоохранении (1997 г. с последующими изменениями)⁷⁴. Таким образом, ПВОЗ стала недоступна для лиц с самыми высокими доходами, зарабатывающих более 40 тыс. лари, хотя за ними сохраняется право на бесплатную неотложную помощь и лечение рака на условиях сооплаты.

Все грузинские домохозяйства имеют право быть зарегистрированными в базе данных АСО, которая используется для оценки уровня их доходов. Каждый год они могут подать заявление вновь, чтобы их право на участие в программе было переоценено. АСО также проводит на регулярной основе пересмотр своих правил, это происходит каждые пять лет (Зоидзе и др., 2013).

Несмотря на то, что охват является почти всеобщим, важно отметить два аспекта:

- ▶ процесс пересмотра верхнего предела дохода для целей ПВОЗ должен рассматриваться в долгосрочной перспективе. В настоящее время исключена лишь небольшая доля домохозяйств с высоким уровнем дохода. Однако если программа периодически не будет пересматриваться с учетом инфляции и других факторов, то может оказаться исключена значительная доля населения, что приведет к росту ПСС в секторе частного медицинского обслуживания и замещающего частного медицинского страхования;
- ▶ в рамках ПВОЗ уровень прав варьирует (как с точки зрения состава пакета пособий, так и с точки зрения финансовой защиты) в зависимости от группы населения.

Виды медицинской помощи

ПВОЗ предоставляет различные пакеты льгот и возмещение расходов для различных групп населения. АСО распоряжается ваучерами и выступает в качестве единого покупателя медицинских услуг. Комплексность услуг и глубина покрытия программой защиты зависят в первую очередь от возраста и уровня дохода человека, а также от конкретных целевых групп его принадлежности, при этом преференциальный режим предоставляется уязвимым и беднейшим слоям населения.

Различные пакеты услуг распределяются следующим образом:

- 1. Универсальный пакет медицинского обслуживания для определенных возрастных и уязвимых групп населения:** дети в возрасте до 6 лет, пенсионеры и некоторые другие определенные категории (например, внутренне перемещенные лица) имеют доступ к комплексному пакету, включающему первичную помощь, госпитализацию и другие услуги, а также дополнительную страховку.
- 2. Стандартный пакет медицинского обслуживания:** дети старше 6 лет и люди трудоспособного возраста, прошедшие тест на нуждаемость, могут получить стандартный государственный пакет универсального медицинского обслуживания, предоставляющий меньшую финансовую защиту по сравнению с пакетом для уязвимых групп населения.

⁷⁴ Закон Грузии о здравоохранении доступен по ссылке: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/29980>

3. Минимальный пакет медицинского обслуживания: этот минимальный пакет предлагается тем, кто ранее был застрахован в частном порядке и чей срок действия полиса истек. Право на минимальный пакет имеют те, кто был застрахован до 2017 г. Пакет включает в себя услуги врача общей практики, бесплатный уход, анализы крови и мочи, а также экстренные амбулаторные и стационарные услуги по более чем 450 конкретным заболеваниям, определенным программой.

В Грузии существуют единые положительные списки медицинских услуг, которые включены в пакет для уязвимых слоев населения и стандартный пакет, но они предполагают различный уровень сооплат в зависимости от социальной группы бенефициара (см. Вставку 18). Малоимущие, дети, пенсионеры, ветераны войны освобождены от соплатежей, или такие соплатежи находятся на минимальном уровне. Другие группы населения получают базовые услуги ПМСП (за исключением лекарств) без сооплаты, но вынуждены оплачивать около 30 процентов стоимости вторичных амбулаторных и стационарных услуг. ПВОЗ покрывает 70–100% стоимости амбулаторно-поликлинических услуг. Такой пакет включает в себя ряд услуг первичной и вторичной медико-санитарной помощи – в частности, диагностические услуги (20–30% от стоимости, совместно оплачиваемой пациентом), плановую хирургию, онкологическое лечение, акушерскую помощь, некоторые основные лекарства и неотложную помощь. Плановые хирургические операции покрываются государством в размере 70% от стоимости с годовым лимитом в 15 тыс. лари (или 5300 долларов США), в то время как нехирургическое лечение онкологических больных покрывается в размере 80% с годовым лимитом в 12 тыс. лари (или 4200 долларов США). Государство также покрывает стоимость услуг врачей специализированного профиля на 70%.

До 2020 г. список покрываемых амбулаторных лекарств в рамках ПВОЗ был ограничен примерно 50 основными лекарственными препаратами для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, респираторных заболеваний, желудочно-кишечных заболеваний и аллергии, а также антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Государство также финансирует медицинские услуги для всех легальных резидентов младше 23 лет за счет приоритетных программ охраны здоровья населения. Эти программы направлены на обеспечение широкого географического охвата и доступа к профилактике заболеваний, иммунизации, раннему выявлению заболеваний и скринингу, лечению заболеваний и консультированию по снижению риска для определенных состояний здоровья или услуг, включая: психическое здоровье, лечение диабета, детский лейкоз, диализ и трансплантацию почек, паллиативную помощь, некоторые редкие заболевания, услуги скорой помощи, услуги сельских врачей и реферальные услуги, борьбу с туберкулезом, эпиднадзор за малярией, скрининг на вирусный гепатит и лечение ВИЧ/СПИДа. В мае 2020 г. стартовала новая программа по борьбе с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Весьма необычной особенностью данной социальной системы здравоохранения на европейском горизонте является то, что расходы на конкретные медицинские услуги, покрываемые государством, ограничиваются определенным потолком, что является типичной чертой частного медицинского страхования. Предельный уровень устанавливается либо по каждому эпизоду лечения, либо на ежегодной основе. Например, государство не будет покрывать услуги стоимостью более 15 тыс. лари за каждый эпизод неотложной стационарной помощи, или более 15 тыс. лари в год для плановой хирургии, или более 12 тыс. лари в год для лечения рака. Еще одна проблематичная особенность связана с тем, что медицинским учреждениям разрешено взимать с пациентов плату сверх установленной государством цены (так называемые балансовые платежи), то есть они могут взимать с пациентов разницу между тарифом, согласованным по ПВОЗ, и своим тарифом как за амбулаторное, так и за стационарное обслуживание (Гогинашвили Кетеван, Мамука и Триин, 2021).

В дополнение к ПВОЗ министерство здравоохранения финансирует ряд вертикальных программ по борьбе с заболеваниями, доступ к которым открыт для всех (включая тех, кто исключен из УНСР).

▶ Вставка 18. Сооплаты и освобождения в рамках ПВОЗ

АСО применяет различные правила сооплат и льгот в зависимости от групп населения, что особенно затрудняет понимание и делает сложной ориентацию в системе социального здравоохранения. Действуют следующие правила:

- Медицинские и санитарные услуги для уязвимых групп населения, таких как дети до 5 лет, пенсионеры, студенты, дети-инвалиды до 18 лет и лица с выраженной инвалидностью, полностью субсидируются государством. Таким образом, как возрастные, так и уязвимые целевые группы имеют 100-процентный охват программными услугами (включая первичную медико-санитарную помощь) с определенными ограничениями, указанными в стандартном пакете (описанном выше). Кроме того, они имеют право на 100-процентное покрытие ультразвуковых и рентгеновских исследований (флюороскопии, рентгенографии и маммографии). Посещение специалистов для этих групп также бесплатное по направлению семейного/сельского/районного врача.
- Посещение амбулаторного семейного врача предоставляется без каких-либо официальных сооплат для имеющих на это право бенефициаров, за исключением тех, чей доход превышает 40 тыс. лари.
- Экстренная амбулаторная помощь предоставляется без каких-либо официальных сооплат для домохозяйств, находящихся за чертой бедности, детей, пенсионеров, ветеранов и лиц с низким доходом. Лица с доходами выше среднего порога должны оплачивать 50% от стоимости услуг.
- Посещение амбулаторных специалистов первичной медико-санитарной помощи и проведение базовых лабораторных анализов для малоимущих, детей, пенсионеров и ветеранов проводятся без официальной сооплаты. Другие застрахованные лица должны оплатить 30% от стоимости услуги.
- Амбулаторные лекарства частично покрываются для малоимущих, детей, пенсионеров, ветеранов в пределах годового лимита в зависимости от конкретных условий.
- Стоматологическая помощь ПВОЗ не покрывается.
- Диагностические исследования, включая УЗИ, ЭКГ и рентген, не требуют официальной сооплаты со стороны малоимущих и ветеранов. Однако для детей и пенсионеров взимается плата в размере от 10 до 20% от стоимости КТ. Для других физических лиц взимается комиссия в размере 30% от стоимости услуги.
- Материнство покрывается без сооплат, но есть ограничения по объему государственного финансирования. При нормальных родах и кесаревом сечении официальные сооплаты до 500 лари за нормальные роды и 800 лари за кесарево сечение не взимаются.
- Долгосрочная медицинская помощь (уход), за исключением неотложного психиатрического лечения, не покрывается государственным финансированием.
- Что касается плановых операций, то с малоимущих и ветеранов плата не взимается. Однако с других физических лиц взимается плата в размере 10–30% от стоимости услуги, при этом максимальная сумма составляет 15 тыс. лари за операцию.
- Химиотерапия, гормональная и лучевая терапия доступны без официальной сооплаты для лиц, классифицированных как бедные и ветераны. С других взимается комиссия в размере от 10 до 20% от стоимости услуги, с потолком до 15 тыс. за каждый случай.
- Обычные пациенты, за исключением уязвимых слоев населения, приобретают лекарства за свой счет. Правительство обеспечивает частичное возмещение (от 50 до 100%) затрат для уязвимых групп, лиц пожилого возраста и инвалидов (Гогинашвили Кетеван, Мамука и Трин, 2021).

В дополнение к этим пакетам в соответствии с органическим законом Грузии № 1393 от 27 сентября 2013 г., Трудовым кодексом Грузии⁷⁵, имеются другие льготы, связанные со здоровьем, которые включают в себя (МОТ и ООН-Женщины, 2020):

- пособия по болезни для всех официально работающих лиц в размере 100% от предыдущей заработной платы и любые пособия на срок до 30 дней (могут быть продлены при определенных обстоятельствах)⁷⁶. Однако обязанность выделять эти пособия возлагается на работодателей, что ограничивает охват, ибо около 30% занятых работают в неформальном секторе экономики;
- пособия по беременности и родам для всех официально работающих женщин (государственное пособие для частного сектора и ответственность работодателя для государственного сектора). Единовременная сумма, равная полной зарплате за шесть месяцев (183 дня) или 1 тыс. лари в зависимости от того, какая сумма меньше. Никаких льгот для экономически неактивных или неформально работающих женщин не предусмотрено.

Сеть поставщиков медицинских услуг

В наследие от неолиберальной политики 2004–2012 гг. осталась ситуация, при которой большинство поставщиков медицинских услуг на первичном и вторичном уровнях являются частными организациями с низким уровнем регулирования, и частное медицинское страхование играет относительно большую роль в консолидации рисков, связанных с заболеваниями. Многие медицинские учреждения принадлежат частным медицинским страховым или фармацевтическим компаниям.

С 2013 г. АСО взяло на себя функцию приобретения финансируемого государством пакета льгот, который ранее приобретался и предоставлялся частными страховыми компаниями. В настоящее время АСО закупает медицинские услуги у различных поставщиков услуг, обеспечивая участие как государственных, так и частных медицинских учреждений (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Услуги базовой первичной медико-санитарной помощи оказывают фельдшеры, семейные врачи или врачи общей практики. Первичную медико-санитарную помощь в городах оказывают центры семейной медицины, а в сельской местности – семейные врачи, которые преимущественно являются частными.

Медицинские услуги второго уровня оказываются в поликлиниках и многопрофильных медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь, а также проводящих лабораторную диагностику. Пациенты также могут обслуживаться по направлению семейного врача. Прикрепление к клинике по месту жительства не предполагается, поэтому пациент может выбрать то или иное медицинское учреждение по своему усмотрению.

Медицинские услуги третьего уровня оказывают специализированные узкопрофильные медицинские учреждения, такие как кардиологические центры, центры нейрохирургии, центры трансплантации, ожоговые центры, где проводят высокоточную диагностику и сложные хирургические операции.

Все медицинские учреждения работают как независимые организации. В этой ситуации частные медицинские страховые компании играют ключевую роль. Преобладающий механизм оплаты в основном следует принципу «платы за услуги» (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Поставщики медицинских услуг могут участвовать в ПВОЗ, подав заявку на предложение своих услуг и получив возмещение от АСО по фиксированным ценам. Чтобы иметь право на возмещение от АСО, поставщики услуг должны согласиться придерживаться установленных агентством процедур возмещения. АСО устанавливает стандартизированный перечень цен на

⁷⁵ Доступно по ссылке: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/1155567?publication=21>

⁷⁶ Согласно Трудовому кодексу Грузии, государство предоставляет программы, ответственность за которые возлагается на работодателей, включая оплачиваемый отпуск по болезни (денежные пособия по болезни) и обязательное страхование от производственного травматизма (еще не вступило в силу с 2020 г.).

больничные услуги на основе перечня заболеваний, а также подушевые тарифы на услуги первичной медико-санитарной помощи, покрываемые в рамках ПВОЗ. При этом эти структуры ценообразования, как правило, соответствуют тем, которые используются частными страховыми компаниями (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Кроме того, процедура госпитализации часто требует, чтобы пациент запросил предварительное разрешение в АСО, после чего выдается ваучер на процедуру, на основании которого пациент может пройти процедуру. Такой порядок может привести к задержкам и ложится тяжелым административным бременем на пациента (МОТ и «ООН-Женщины», 2020; Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

АСО закупает услуги как у государственных, так и у частных поставщиков медицинских услуг на равных основаниях. Все учреждения имеют финансовую автономию и самостоятельно нанимают своих медицинских работников. ПВОЗ использует систему подушевой оплаты для первичного обслуживания и сочетание платежей на основе конкретного случая и оплаты за услугу для других уровней услуг. Цены, как правило, соответствуют тем, которые практикуют частные страховщики. Контрактная модель представляет собой видоизмененную систему, которая действовала до введения ПВОЗ. С 2017 г. АСО постепенно переходит на более стратегические методы закупок для отдельных видов услуг (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

▶ 4. Результаты

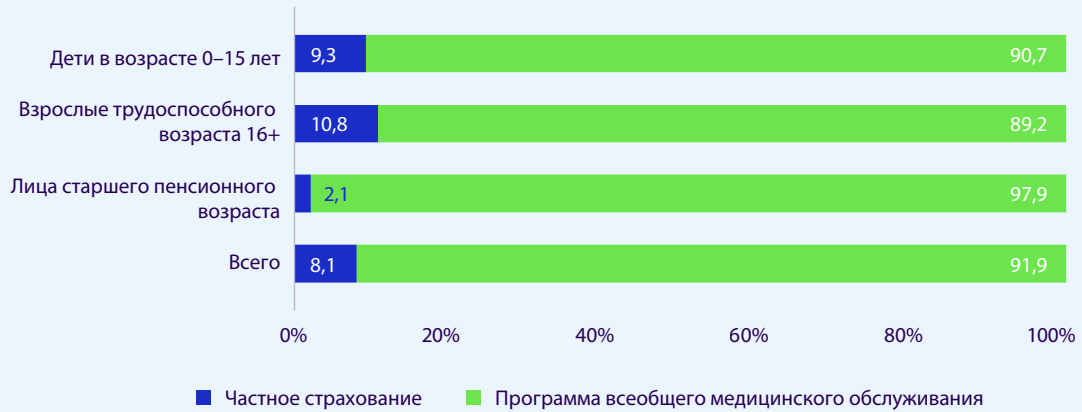
Охват

Почти универсальная программа медицинского страхования Грузии охватывает около 90,2% всего населения. Частное страхование, предоставляемое в рамках программ работодателей или других частных программ, также составляет весомую долю от общей численности населения (около 8%). Высокий уровень сооплат и относительно низкие потолки государственных субсидий являются причинами высокого спроса на частное медицинское страхование.

Согласно данным 2018 г., среди охваченного населения пенсионеры по старости являются наиболее вероятной возрастной группой, которая пользуется государственными ваучерами (98%), в то время как лица трудоспособного возраста являются наименее вероятными пользователями (89%), при этом значительная доля (9,3%) застрахованных детей покрывается частными планами (МОТ и ООН-Женщины, 2020). Начиная с апреля 2017 г. правительство проводит политику, согласно которой наиболее обеспеченные семьи не имеют более права на государственные пособия, а вместо этого им предлагается оформить частное медицинское страхование (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

После ряда реформ в области социальной защиты доля населения Грузии, имеющего право на ПВОЗ, увеличилась с 20% в 2011 г. до 90% в 2014 г. Это было достигнуто в основном за счет увеличения государственных расходов на здравоохранение, что существенно улучшило доступ к медицинской помощи (Томсон, Сайлус и Эветовиц, 2019).

Рисунок 35. Сторонние плательщики услуг здравоохранения в Грузии: процент населения, охваченного медицинским страхованием, с разбивкой по основным видам страхования и возрастным группам, 2018 г.



Источник: МОТ, Оценка системы социальной защиты в Грузии, заключительный доклад, 2020.

Группа с самым высоким уровнем дохода (около 1% населения) исключена из большинства льгот ПВОЗ, но по-прежнему имеет право на услуги, предлагаемые в рамках вертикальных программ. В 2020 г. большинство обеспеченных людей были охвачены частной медицинской страховкой. 0,3% населения не имели никакой формы покрытия (ПВОЗ или частное медицинское страхование) (Томсон, Сайлус и Эветовиц, 2019).

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Внедрение программы ПВОЗ коррелирует со снижением платежей из собственных средств (ПСС), которые остаются высокими и непропорционально сильно отражаются на населении в квинтилях с самыми низкими доходами. В 2021 г. доля катастрофических расходов на здравоохранение (т. е. домохозяйств, расходы на здравоохранение которых составляют более 10% годового дохода) составила 31,21%, причем для порогового уровня в 25% от годового дохода этот показатель составил 9,74% (Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ, 2023). Эти цифры являются самыми высокими в Европе и указывают на то, что наиболее уязвимые группы населения могут быть лишены доступа к медицинским услугам из-за финансовых трудностей.

Пробелы в финансовой защите в значительной степени обусловлены конструктивными особенностями ПВОЗ, ограничивающими финансовую защиту, такими как ограниченный спектр услуг, сооплаты выше 20% по многим позициям и группам населения, применение предельных значений, а также разрешение поставщиков услуг выставлять балансовые счета по остаточному принципу. Действительно, поставщикам медицинских услуг разрешено выставлять балансовые счета пациентам, то есть им разрешается взимать с них больше, чем тариф ПВОЗ, как за амбулаторную, так и за стационарную помощь (Гогинашвили, Мамука и Триин, 2021), что еще больше ограничивает финансовую защиту бенефициаров.

Общие ПСС, особенно в квинтилях населения с наименьшим достатком, являются следствием платы за лекарственные препараты. Большинство амбулаторных фармацевтических препаратов не включено в ПВОЗ. Кроме того, Грузия установила потолок подушевых расходов, который покрывается правительством (50 лари, или 20 долларов США). Однако для случаев тяжелых заболеваний этот лимит может быть быстро исчерпан (Томсон, Сайлус и Эветовиц, 2019).

Программой ПВОЗ покрывается стоимость около 50 лекарств амбулаторного лечения. С 2017 г. лекарства первой необходимости для лечения хронических заболеваний (таких как сердечно-сосудистые заболевания, включая гипертонию, хронические заболевания легких, диабет, заболевания щитовидной железы, эпилепсия и болезнь Паркинсона) для бедных слоев населения частично субсидируются. Тем не менее данные исследования бюджетов домохозяйств показывают, что доля домохозяйств, которые оплачивают амбулаторные лекарства за счет собственных сбережений, увеличилась с 72% в 2011 г. до 79% в 2015 г. (Томсон, Сайлус и Эветовиц, 2019).

С 2018 г. пенсионерам и инвалидам субсидируется 50% стоимости этих лекарств.

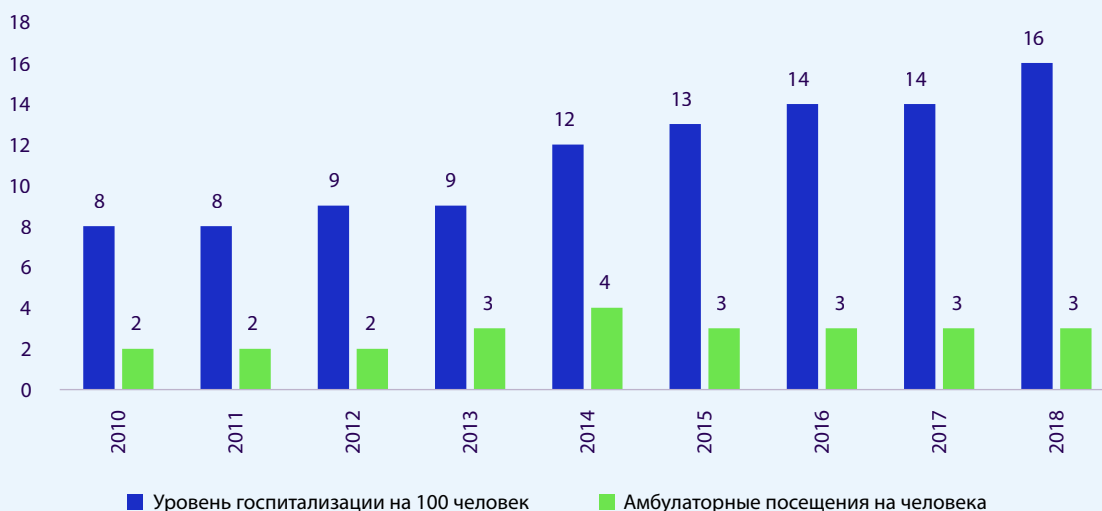
Удовлетворение потребностей населения

Наличие и доступность

В 2019 г. индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения составил 69 пунктов (ВОЗ, 2019b), что немного ниже, чем четырем годами ранее. Этот уровень ниже среднего показателя по Европейскому региону в 77 баллов.

Рисунок 36 иллюстрирует пользование медицинскими услугами, из которого видно, что, хотя число госпитализаций в Грузии растет и в настоящее время соответствует среднему показателю по ЕС (около 18 на 100 человек), количество амбулаторных посещений намного ниже среднего показателя по ЕС (около 7 посещений на человека в год), оставаясь неизменным во времени. Низкое потребление амбулаторных услуг в Грузии объясняется высокими расходами пользователей и ограниченным охватом населения амбулаторными лекарствами.

Рисунок 36. Пользование медицинскими услугами в Грузии: ежегодный показатель амбулаторных посещений и госпитализаций, 2010–2018 гг.



Источник: «Могут ли люди позволить себе оплачивать медицинское обслуживание? Новые данные о финансовой защите в Грузии».

Число всех медицинских работников на 10 тыс. населения достигло 1316 специалистов в 2018 г., что немного выше среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ (1303 специалиста) (ВОЗ Европа, 2020). В 2021 г. количество врачей в стране составило 23 тыс. (Геостат, 2021a). Однако какое-то время в Грузии не хватало медсестер. Этот дефицит был восполнен притоком дополнительной рабочей силы на 37%, показатель вырос с 16 400 в 2015 г. до 22 тыс. в 2021 г. Аналогичным образом в последнее время ситуация с нехваткой больничных коек улучшилась: количество больничных коек увеличилось с 12 800 в 2015 г. до 21 тыс. в 2021 г. (Геостат, 2021a).

Многие частные медицинские учреждения в Грузии хорошо организованы, оснащены высокотехнологичным оборудованием и укомплектованы квалифицированным персоналом. Однако большинство частных клиник расположено в городских районах. Напротив, медицинские клиники (государственные и частные) в сельской местности лишены качественной инфраструктуры, а в некоторых случаях не имеют даже необходимого медицинского оборудования, что является существенным препятствием для оказания качественных медицинских услуг в сельской местности.

Местные государственные больницы сталкиваются с нехваткой медицинского оборудования и дефицитом врачей. Большинство из них остро нуждаются в материально-техническом обеспечении и модернизации, а также обновлении медицинского оборудования (ЯМС и Исследовательский институт Номура, LTD, 2019).

С одной стороны, следует отметить прогресс, достигнутый в области иммунизации детей и дородового ухода, с другой стороны, доступ к услугам по лечению ВИЧ, туберкулеза и планированию семьи до сих пор ограничен. Согласно данным ВОЗ, иммунизация детей (94%) и доступ к дородовому уходу (87%) отличаются сравнительно высокими показателями охвата, в отличие от недостаточных показателей по лечению ВИЧ (28%), лечению туберкулеза (66%) и услугам по планированию семьи (53%) (Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк, 2017).

Необходимо усовершенствовать неотложную медицинскую помощь, учитывая постоянный рост числа вызовов скорой помощи с 2015 г. Сложилась ситуация, при которой поступали вызовы, которые, особенно в туристический сезон, оставались без ответа, главным образом, из-за нехватки машин скорой помощи. По этой причине Министерство здравоохранения Грузии изыскивает возможности совершенствования системы экстренной медицинской помощи, чтобы эффективно реагировать на вызовы, особенно во время пикового сезона (ВОЗ Европа, 2023).

Поскольку в Грузии финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется преимущественно за счет собственных средств населения, во время пандемии COVID-19 высказывались опасения по поводу сохранения возможности доступа к основным медицинским услугам (ВОЗ Европа, 2021). Кроме того, Грузия столкнулась с проблемой рабочей перегруженности и выгорания медицинского персонала. В Грузии по состоянию на конец июня 2021 г. COVID-19 был диагностирован в общей сложности у 24 345 медицинских работников. Примерно 30% из них были врачами, а 40% – медсестрами (это около трети всех практикующих врачей и более половины работающих медсестер). Все эти факторы негативно повлияли на доступность медицинских услуг в Грузии (Надарейшвили и др., 2022).

Качество и приемлемость

В системе здравоохранения Грузии наблюдается перекоп в сторону оказания дорогостоящей стационарной помощи, а не экономически более эффективной первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на реформы, средства, выделяемые на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), составляют всего 12% от общих государственных расходов на здравоохранение, а доля этих расходов в ВВП составляет всего 0,3% (ВОЗ, 2021).

Оценка технологий здравоохранения еще не интегрирована в систему социального здравоохранения Грузии, но ведутся дискуссии о потенциальном использовании оценок, разработанных в других странах (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Уровень осведомленности населения о профилактической медицине и проблемах здоровья остается низким. Об этом свидетельствует низкое количество амбулаторных посещений на человека, которое в 2014 г. составило лишь 3,5. Для сравнения, в Европейском регионе эти данные составляли в среднем 7,6 (ВОЗ Европа, 2017а). С 2014 по 2020 г. уровень посещаемости медицинских учреждений, оказывающих амбулаторную помощь населению в Грузии, существенно не изменился (Геостат, 2021а).

Как отмечалось ранее, медицинские учреждения на местном уровне сталкиваются с трудностями из-за нехватки оборудования и ограниченных диагностических возможностей медицинских центров. Государственная медицинская программа включает скрининговые обследования и другие

инициативы, направленные на улучшение первичной медико-санитарной помощи. При этом некоторые медицинские учреждения до сих пор не обладают оборудованием для скрининга (ЯАМС и Исследовательский институт Номура, LTD, 2019; Гокиели и др., 2021). Грузия также испытывает проблемы с межпоколенческой преемственностью навыков и знаний и обновлением медицинского персонала. В областных больницах в тяжелых условиях работают много пожилых врачей и женщин. Правительство должно стремиться к обновлению кадрового состава больниц (ЯАМС и Исследовательский институт Номура, LTD, 2019).

В соответствии с законом о выдаче лицензий и разрешений на предпринимательскую деятельность (2005 г.) Агентство государственного регулирования медицинской деятельности (ГАРМД) занимается лицензированием поставщиков медицинских услуг, выдает разрешения медицинским учреждениям и аптекам, а также регулирует деятельность медицинских работников, обращение фармацевтических препаратов и использование медицинских изделий. Однако работа этого учреждения осложняется отсутствием четкой правовой базы для регулирования системы здравоохранения и ограниченностью ресурсов (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Кроме того, первоначально предполагалось, что аккредитация больниц будет осуществляться Ассоциацией больниц Грузии, созданной в 2009 г. Однако отчет ВОЗ показал, что этого так и не произошло. При этом следует учесть, что сфера регулирования поставщиков услуг очень обширна и простирается от первичной медико-санитарной помощи до долгосрочной помощи, включая вторичную медико-санитарную помощь, стоматологическую помощь и амбулаторные фармацевтические препараты. Примечательно, что услуги общественного здравоохранения не подпадают под действие лицензирования или аккредитации ГАРМД. Частные поставщики медицинских услуг работают в условиях относительно ограниченного нормативного надзора (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Эта ситуация неизбежно сказывается на восприятии услуги населением. Согласно исследованию, проведенному в 2019 г., несмотря на расширение охвата населения через ПВОЗ, уровень удовлетворенности услугами здравоохранения остается низким в том, что касается оценки квалификации и коммуникативных способностей медицинского персонала, своевременного предоставления, а также стоимости и доступности услуг. Примечательно, что в исследовании отмечалось, что лица с частным страхованием (67,8%) сообщили о более высоком уровне удовлетворенности по сравнению с бенефициарами ПВОЗ, не имеющими доступа к частным страховым пособиям (50,4%). Основным фактором низкой удовлетворенности является стоимость медицинского обслуживания (Гокиели и др., 2021).

С другой стороны, дополнительное исследование, посвященное удовлетворенности женщин услугами по материнскому уходу, показывает высокий уровень удовлетворенности, особенно среди городских жителей, которые не платят за услуги по дородовому, родовому и непосредственно послеродовому уходу (Шехгелия, Павлова и Грут, 2021).

Наконец, система оценки медицинских технологий до сих пор не включена в систему социального здравоохранения Грузии. Однако сейчас ведутся дискуссии о возможности заимствования систем оценок, разработанных в других странах (Ричардсон Э. и Бердзули Н., 2017).

Существуют примеры интеграции и координации между денежными пособиями по социальной защите и пособиями по медицинскому обслуживанию в рамках ПВОЗ. В частности, АСО управляет центральной базой данных для идентификации населения и наиболее уязвимых групп для предоставления как денежных пособий, так и самого щедрого пакета ПВОЗ. Почти все программы финансируются за счет налогов и проверяются на нуждаемость, за исключением всеобщей пенсии по старости, которая, хотя и является всеобщей, установлена на очень низком уровне (МОТ и ООН-Женщины, 2020).

► 5. Направление дальнейших действий

Несмотря на то, что Грузия провела комплексные реформы в сфере здравоохранения и социальной защиты, в стране сохранились барьеры, которые по-прежнему препятствуют устойчивому развитию и адекватной охране здоровья всего населения. Правительство Грузии намерено решать существующие проблемы и предпринимать дальнейшие шаги для развития системы социальной защиты здоровья. В стране приняты важнейшие стратегические документы, отражающие перспективы развития системы.

Национальная концепция системы здравоохранения предполагает развитие системы здравоохранения на основе внедрения международных и национальных стандартов. Основными целями государственной политики являются увеличение продолжительности жизни населения, снижение материнской и детской смертности, улучшение здоровья и качества жизни. Обеспечение всеобщего доступа к здравоохранению и адекватное финансирование сектора здравоохранения призваны способствовать достижению национальных целей⁷⁷ (ВОЗ, 2021a). Перенос акцента с задач, не имеющих большого значения для общественного здравоохранения (приватизация, развитие добровольного медицинского страхования), на ВОУЗ является многообещающим событием.

В 2017 г. для повышения эффективности охраны здоровья матери и ребенка была принята долгосрочная Стратегия охраны здоровья матери и ребенка (на период 2017–2030 гг.). Цели, заложенные в стратегию, заключаются в обеспечении надлежащей защиты матерей и детей и значительном улучшении их здоровья. Для обеспечения успешности этой стратегии скорее всего потребуются меры по дальнейшему усилению системы ПМСП.

► 6. Основные выводы

- Эпохальный переход от узконаправленного и проверяемого на нуждаемость медицинского страхования, управляемого частными медицинскими страховщиками, к почти универсальной ПВОЗ, управляемой АСО, был успешным во многих отношениях. Он проиллюстрировал ущербность прежней системы в плане эффективного обеспечения качественного и экономически эффективного охвата для всех, а также ограниченность как узкой адресности, так и управления льготами в частном медицинском страховании. Тем не менее остаются проблемы в улучшении финансовой защиты от расходов на здравоохранение и эффективности расходов в условиях, когда доминирует частный коммерческий сектор здравоохранения.
- Хотя широкий охват населения является важным достижением, оценка адекватности существующих льгот Грузии указывает на наличие некоторых критических недочетов. Домохозяйства все еще берут на себя значительную долю расходов на здравоохранение, а две трети ПСС идут на фармацевтику. Необходимо предлагать более щедрые пакеты льгот в рамках ПВОЗ с охватом амбулаторных лекарств, начиная с обладающих высоким уровнем эффективности, а также вносить изменения в параметры структуры ПВОЗ, влияющие на финансовую защиту. Такие реформы, как ограничение сооплат и потолков, а также регулирование выставления балансовых счетов, совершенно необходимы.
- В перспективе следует отметить, что для повышения адекватности пособий по ПВОЗ и в более широком смысле пособий по социальной защите, уровень многих из которых остается относительно низким, потребуются дополнительные государственные средства. Для мобилизации большего объема государственных средств на здравоохранение и социальную защиту на справедливой основе требуется расширенная налоговая база с прогрессивными источниками доходов.

⁷⁷ Правительство Грузии, 2014 г. «Об утверждении Государственной концепции системы здравоохранения Грузии на 2014–2020 гг. «Всеобщее здравоохранение и контроль качества для защиты прав пациентов», доступно по адресу <https://matsne.gov.ge/en/document/view/2657250>

Библиография

- Goginashvili Ketevan, Nadareishvili Mamuka and Habicht Triin. 2021. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Georgia*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342814>
- Gokieli, Nino, Shalva Zarnadze, Irine Zarnadze, Lili Lomtadze, Marina Kajrsvili and Tamar Bakradze. 2021. "Assessment of Social Characteristics, Access to and Satisfaction with Healthcare Services in the Population of Georgia." *International Journal of Medical Science and Health Research* 05: 214–22. <https://doi.org/10.51505/IJMHR.2021.5217>
- ILO and UN Women. 2020. *Assessment of the Social Protection System in Georgia*. http://www.ilo.org/moscow/information-resources/publications/WCMS_767261/lang-en/index.htm
- JICA [Japan International Cooperation Agency] and Nomura Research Institute, LTD. 2019. *Data Collection Survey on Infrastructure Development in Central Asia and the Caucasus: Final Report Armenia*. <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12345427.pdf>.
- Nadareishvili, Iliana, Ana Zhulina, Aleksandre Tskitishvili, Gvantsa Togonidze, David E. Bloom and Karsten Lunze. 2022. "The Approach to the COVID-19 Pandemic in Georgia—A Health Policy Analysis." *International Journal of Public Health* 67: 1604410. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604410>
- National Statistics Office of Georgia. 2021a. "Healthcare Indicators", Geostat. Доступно по ссылке: <https://www.geostat.ge/en/modules/categories/54/healthcare>
- 2021b. "Infant Mortality Rates", Geostat. Доступно по ссылке: <https://www.geostat.ge/en/modules/categories/320/deaths>
- 2021c. "Morbidity of Patients with Tuberculosis, Persons", Geostat. Доступно по ссылке: <https://www.geostat.ge/en/modules/categories/54/healthcare>
- Richardson, Erica and Nino Berdzuli. 2017. *Georgia Health System Review*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972130/>
- Richardson, Erica, and Nana Gugeshashvili. 2016. "Georgia." In *Voluntary Health Insurance in Europe: Country Experience*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447726/>
- Rukhadze, Tamari. 2013. "An Overview of the Health Care System in Georgia: Expert Recommendations in the Context of Predictive, Preventive and Personalised Medicine." *The EPMA Journal* 4 (1): 8. <https://doi.org/10.1186/1878-5085-4-8>
- Sehngelia, Lela, Milena Pavlova and Wim Groot. 2021. "Women's Satisfaction with Maternal Care Services in Georgia." *Health Policy OPEN* 2: 100028. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100028>
- Thomson, Sarah, Jonathan Cylus and Tamás Evetovits. 2019. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2022. *Human Development Report 2021-22*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- WHO (World Health Organization) and World Bank. 2017. *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>
- WHO. 2017a. *Georgia: Highlights on Health and Well-Being*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344134>

- 2017b. *Georgia: Profile on Health and Well-Being*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344133>.
- 2019. "UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)", WHO Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>
- 2021a. *Rethinking Primary Health Care Financing in Georgia*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350562>
- 2021a. *Spending on Health in Europe: Entering a New Era*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055079>
- 2023a. "Percentage of Population with Catastrophic Spending on Health -Georgia", WHO Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.UHCFINANCIALPROTECTION01v?lang=en>
- 2023b. *Georgia: Moving from Policy to Actions to Strengthen Primary Health Care* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371854/WHO-EURO-2023-7565-47332-69449-eng.pdf?sequence=1>
- 2023c. "Health Worker density Data by Country", Global Health Observatory Data Repository. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.UHCHRHv>
- n.d. "Global Health Expenditure Database." Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>. Accessed 26 October 2023.
- World Bank. 2023. "GDP per Capita, PPP (Current International \$) - Georgia", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=GE>
- n.d. "GDP (Current US\$) - Georgia", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=GE>. Accessed 26 January 2023.
- World Bank Group. n.d. "DataBank: World Development Indicators", доступно по ссылке: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&Topic=8#>
- Zoidze, Akaki, Natia Rukhazde, Ketevan Chkhatarashvili and George Gotsadze. 2013. "Promoting Universal Financial Protection: Health Insurance for the Poor in Georgia – a Case Study." *Health Research Policy and Systems* 11 (1): 45. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-45>



► Казахстан

© МОТ/Киванц Озварда

Данный страновой обзор был подготовлен Романом Честновым, Матильдой Мейлферт и Сальмой Эль-Гамаль при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы Айдара Абеуова (Исполнительный совет Фонда социального медицинского страхования, страновой координатор сети Р4Н), оказавшего помощь в рецензировании, подборе материалов и улучшении качества публикации.

► 1. Введение

Казахстан – страна с уровнем дохода выше среднего, с населением около 19,8 млн человек⁷⁸ и ВВП на душу населения (ППС) 36 618,6 международных долларов (Всемирный банк, 2022). Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) в Казахстане в 2021 г. составил 0,811, что позволило стране занять по этому показателю 56-е место в мире (ПРООН, 2022). В 2021 г. доля населения, живущего за национальной чертой бедности составила 5,2% от общей численности населения (Всемирный банк, 2022). Несмотря на снижение доли неформальной экономики в ВВП с 28,75% в 2017 г. до 19,75% в 2021 г., она по-прежнему составляет значительную часть национальной экономики (Национальное бюро статистики, 2022).

В результате быстрого экономического роста и постоянных усилий по модернизации системы здравоохранения за последнюю пару десятилетий было достигнуто значительное улучшение показателей здоровья населения. В Казахстане имеется гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), доступный для всех граждан и постоянно проживающих жителей страны (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). Кроме того, в 2015 г. Казахстан начал предпринимать шаги по внедрению системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) в дополнение к существующей бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) с целью улучшения финансирования и доступа к здравоохранению, тем самым способствуя улучшению здоровья населения⁷⁹. Система ОСМС была введена в действие в 2020 г. (Электронное правительство Республики Казахстан, 2023).

⁷⁸ Бюро национальной статистики. <https://www.stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/6>.

⁷⁹ Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 г. № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (на казахском языке). Доступен по адресу: <https://adilet.zan.kz/eng/docs/Z1500000405>.

► 2. Контекст

В Казахстане ранее действовала национальная служба здравоохранения без взносов, в рамках которой всем гражданам бесплатно предоставляется пакет гарантированных государством медицинских услуг. Этот пакет услуг был со временем расширен и теперь включает в себя постоянных жителей и беженцев, причем большую часть финансового бремени взяло на себя государство.

В 1996 г. была введена первая версия программы обязательного медицинского страхования, но ее финансовая жизнеспособность оказалась ограниченной, и в 1999 г. программа была отменена. В начале 2000-х гг. финансирование социального здравоохранения было еще более децентрализовано: финансирование стало осуществляться на районном уровне, а затем была проведена консолидация средств на уровне областей (при этом областные органы власти выступали в качестве единых покупателей медицинских услуг) (Катсага и др., 2012).

С 2010 г. был проведен ряд важных реформ системы здравоохранения, в том числе повышение автономии государственных медицинских учреждений. Наиболее значимой из реформ является перевод государственных предприятий на права хозяйствующих субъектов, что было предусмотрено Государственной программой развития здравоохранения на 2016–2019 гг.⁸⁰. Реформы включали в себя улучшение регулирования и централизацию закупок медицинских услуг, укрепление первичной медико-санитарной помощи, активную цифровизацию, направленную на создание единой системы медицинской документации, а также обеспечение взаимодействия между различными учреждениями и государственными базами данных. Эти реформы способствовали внедрению ФСМС (Фонд социального медицинского страхования, 2022а).

В 2015–2016 гг. в стране началась новая реформа системы социального медицинского страхования, в рамках которой был разработан новый механизм и создан Фонд социального медицинского страхования (ФСМС). ФСМС был призван управлять как ГОБМП, так и новым ОСМС. ОСМС было впервые опробовано в 2019 г. в Карагандинской области, а затем в 2020 г. внедрено на всей территории страны (Фонд социального медицинского страхования, 2022а).

► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

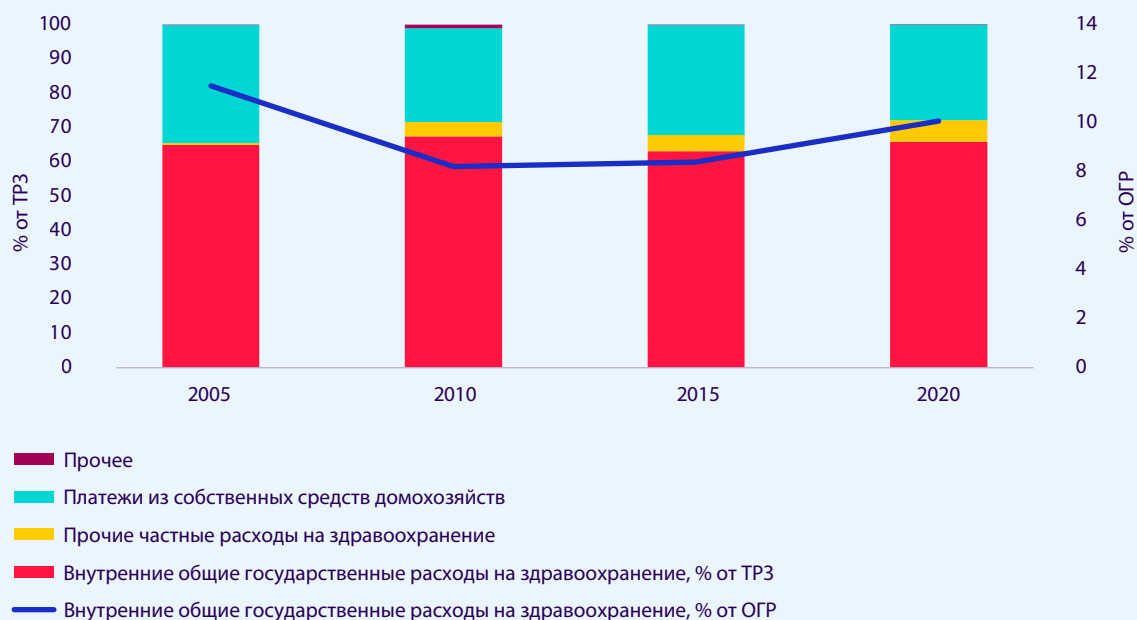
Финансирование

Относительный уровень финансирования здравоохранения в процентах от ВВП в Казахстане сравнительно невысок – 2,8% в 2019 г., что стало самым низким показателем среди стран СНГ (ВОЗ, 2020). Низкая доля расходов на здравоохранение частично компенсировалась значительным ростом ВВП: хотя текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в доле от ВВП постоянно снижались с 2000 г., расходы на здравоохранение на душу населения увеличились (с 51 доллара США в 2000 г. до 273 долларов США в 2019 г.) (ВОЗ, 2020). Тем не менее уровень расходов на здравоохранение необходимо повысить, ибо он ниже среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ (4,9% от ВВП) (ВОЗ, 2020).

В период с 2000 по 2020 г. доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете оставалась на удовлетворительном уровне: внутренние общегосударственные расходы на здравоохранение варьировали от 7,6 (минимум) до 11,7% (максимум) от общих государственных расходов (см. Рисунок 37). В результате в период с 2000 по 2020 г. доля государственных механизмов финансирования в ТРЗ составила в среднем почти две трети (63,1%) – один из самых высоких показателей среди стран СНГ и выше среднего показателя в группе стран с уровнем дохода выше среднего (ВОЗ, 2020). Платежи из собственных средств (ПСС) были вторым основным источником финансирования здравоохранения, составляя в среднем одну треть или точнее 34,3% в период с 2000 по 2020 г., и снизились до 27% в 2020 г. (ВОЗ, 2020). В 2020 г. дополнительное финансирование осуществлялось также за счет средств социального медицинского страхования, которое составило 16% от ТРЗ (ВОЗ, 2020).

⁸⁰ Аналитический отчет о реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 гг. https://www.gov.kz/uploads/2020/3/12/0bb5456b4fb62358644e8ce2bf22f5f3_original.57414.docx.

Рисунок 37. Структура текущих расходов на здравоохранение в Казахстане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

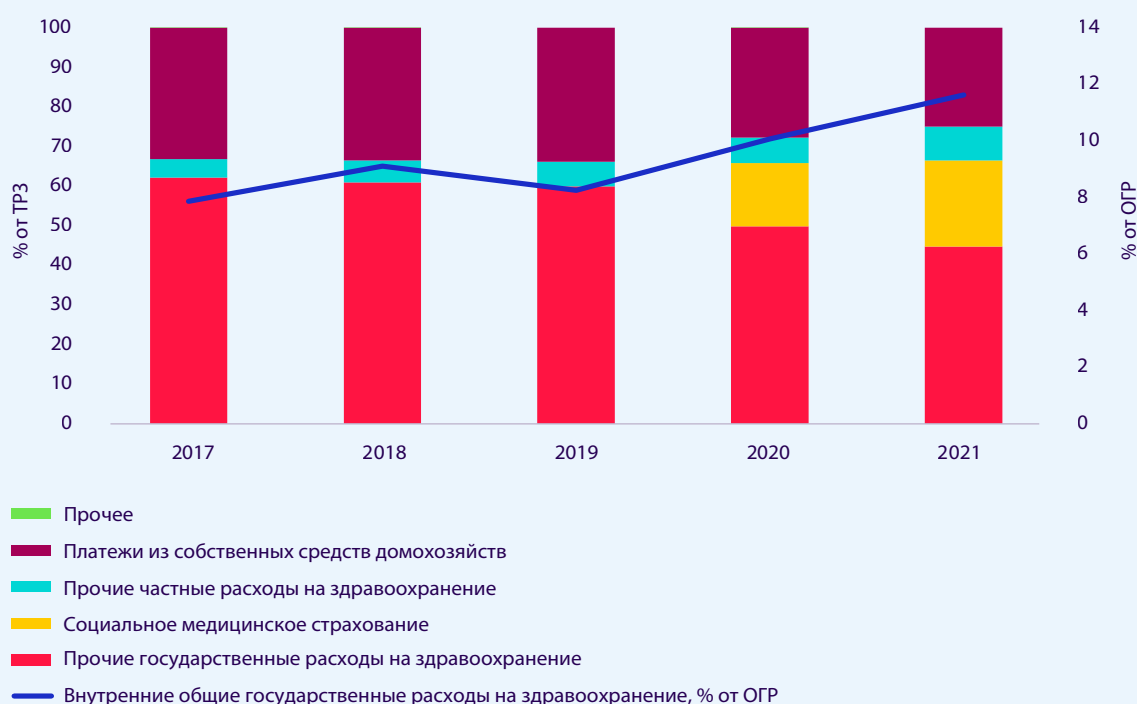
Вступление в силу ОСМС в 2020 г. создало дополнительный источник финансирования для национальной системы здравоохранения. Для плательщиков взносов в ОСМС закон устанавливает следующие требования по взносам на 2022 г.⁸¹

- Работающие по найму лица (трудовые и гражданско-правовые договоры) как работники, так и работодатели должны уплачивать взносы (работник – 2% от своего дохода, работодатель – 3% от налогооблагаемого дохода работника). Для взносов, оцениваемых по доходам/зарплате, расчет дохода ограничивается 10-кратным размером минимальной месячной зарплаты (суммарно по всем применимым источникам вместе взятым), что составляет около 1500 долларов США.
- Предприниматели и частнопрактикующие субъекты платят 5% от 1,4-кратной минимальной зарплаты (взнос около 10 долларов США). В течение трех месяцев после прекращения выплат взносов люди остаются условно застрахованными. Однако впоследствии они обязаны возместить суммы за неоплаченные периоды.
- Самостоятельные плательщики ежемесячно выплачивают 5% минимальной заработной платы (взнос составляет около 7 долларов США). Любое лицо, имеющее право на участие в ОСМС и не подпадающее под страхование без взносов, может получить страховку, заплатив полагающийся взнос в качестве самоплательщика. Чтобы стать самостоятельным плательщиком, человек обязан уплатить неуплаченные взносы за предыдущие 12 месяцев или внести предоплату за предстоящие 12 месяцев. Уплата за будущие месяцы — это недавняя инициатива в целях увеличения степени покрытия.
- Для поощрения формализации самозанятых был введен предполагаемый налоговый режим, включающий среди прочего взносы в ОСМС. Плательщики единого совокупного платежа (ЕСП) вносят объединенные взносы по льготной ставке. Эта инициатива была направлена на то, чтобы привлечь к участию в формальной экономике тех, кто имеет

⁸¹ Закон Республики Казахстан от 13 мая 2020 г. № 327-VI «Об обязательном социальном медицинском страховании» доступен по ссылке: <https://adilet.zan.kz/eng/docs/Z1500000405>

неформальный доход в основном от продажи сельскохозяйственной продукции или услуг другим лицам (без регистрации в качестве предпринимателя). Каждый такой человек ежемесячно выплачивает расчетный коэффициент в зависимости от места жительства⁸², который затем засчитывается в подоходный налог (10%), взносы на социальное страхование (20%), взносы на социальное медицинское страхование (40%), пенсионные выплаты (30%) и другие пособия (20%). В отличие от других механизмов, плательщики считаются застрахованными после осуществления выплат в течение 3 последовательных месяцев.

Рисунок 38. Относительная доля социального медицинского страхования и других программ финансирования в текущих расходах на здравоохранение, 2017–2021 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Для категорий населения, взносы которых уплачиваются государством, с 2022 г. действует следующая ставка: 1,7% от среднемесячной заработной платы за два предыдущих года. К 2025 г. ставку планируется постепенно увеличить до 2%.

Все вклады ОСМС поступают на банковский счет Государственной корпорации «Правительство для граждан», которая затем передает их в ФСМС.

ФСМС собирает взносы в ОСМС с 2017 г., однако значительное увеличение взносов произошло три года спустя, т. е. в 2020 г. На Рисунке 39 представлена дополнительная подробная информация о средствах, накопленных через ОСМС, на основе данных, предоставленных ФСМС. Эти средства представляют собой как поступления от взносов, так и государственные субсидии (Рисунок 39). В 2021 г. эти субсидии составили 346 млрд тенге или 46% от полученных средств (Рисунок 40). Данные ФСМС за 2021 г. указывают на то, что средства, накопленные через ОСМС, привели к удвоению уровня расходов на финансируемые государством медицинские услуги по сравнению с 2019 г. (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2022а).

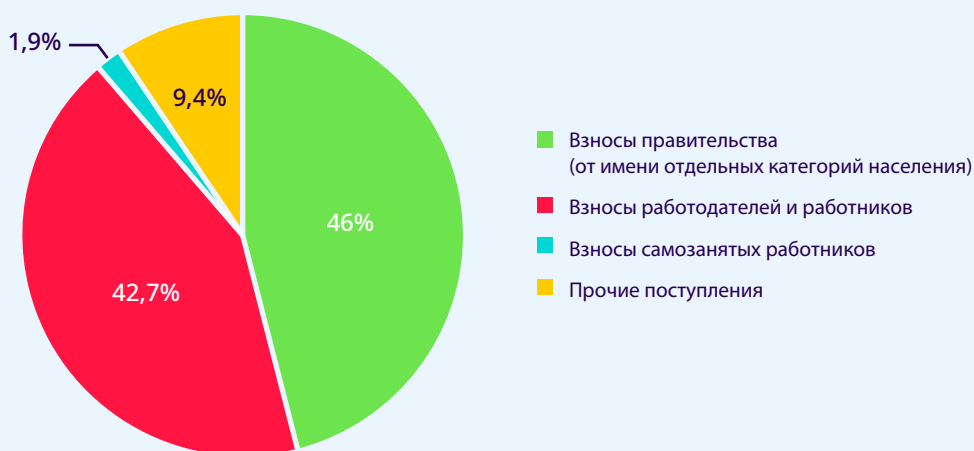
⁸² Один месячный расчетный коэффициент для проживающих в столице, городах республиканского и областного значения; половина месячного расчетного коэффициента для жителей остальных населенных пунктов.

Рисунок 39. Средства, собранные в системе ОСМС, 2017–2021 гг.



Источник: Фонд социального медицинского страхования Казахстана (2022b; 2021; 2020).

Рисунок 40. Структура финансирования ОСМС по источникам, 2021 г.



Источник: Фонд социального медицинского страхования Казахстана, Годовой доклад 2021 (2022b)

В будущем переход от неформальной к формальной занятости станет важным залогом укрепления финансовой устойчивости ОСМС. В этом отношении правительство Казахстана уже достигло важных результатов, включая достижение цели, поставленной в Национальном плане развития Республики Казахстан по сокращению размера неформальной экономики до 20% ВВП к 2025 г.⁸³. К 2050 г. планируется сократить размер неформальной экономики до 15% ВВП, что является еще одной целью, установленной Национальным планом развития⁸⁴. Следует отметить,

⁸³ Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 г. утвержден Указом Президента Республики Казахстан № 636 от 15 февраля 2018 г., доступен [на казахском языке] по ссылке: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1800000636>

⁸⁴ Обращение Президента Республики Казахстан, Лидера Нации Н. Назарбаева «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» доступно по ссылке: https://www.akorda.kz/en/addresses/addresses_of_president/address-by-the-president-of-the-republic-of-kazakhstan-leader-of-the-nation-nazarbayev-strategy-kazakhstan-2050-new-political-course-of-the-established-state.

что предусмотренная цель на 2050 г. представляется вполне достижимой, учитывая, что уже в 2021 г. было достигнуто снижение до 19,75% ВВП (Национальное бюро статистики, 2022). Поиск дополнительных источников финансирования здравоохранения также представляется перспективным, особенно с учетом того, что в стране введены дополнительные акцизы на вредные для здоровья продукты.

Система управления

Медицинские услуги регулируются следующими правовыми актами: Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 г. № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»; Законом Республики Казахстан № 405-V ЗРК от 16 ноября 2015 г. «Об обязательном социальном медицинском страховании»; постановлением Правительства Республики Казахстан № 389 от 1 июля 2016 г.; постановлением Правительства Республики Казахстан № 421 от 20 июня 2019 г. «Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями 2020 г.); постановлением Правительства Республики Казахстан № 672 от 16 октября 2020 г. «Об утверждении перечня гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых предыдущих решений Правительства Республики Казахстан» и другими постановлениями и приказами, регулирующими предоставление, управление и мониторинг медицинских услуг в стране.

Кодекс № 193-IV 2009 г., Закон № 405-V ЗРК 2015 г. и Указ № 421 2019 г. наряду с другими нормативными актами наделяют полномочиями и регулируют предоставление медицинских услуг в рамках ОСМС. Декрет № 389 2016 г. институционализирует ФСМС. Указ № 389 и Кодекс 2009 г. определяют роль ФСМС как единого закупщика медицинских услуг (Амирова М.А. и Абилкасимов О.А., 2020).

ФСМС отвечает за накопление средств и приобретение медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС, проведение экспертизы качества предоставляемых услуг и оказание поддержки населению в получении медицинских услуг. ФСМС управляется Советом директоров, которые назначаются министерством здравоохранения (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, без даты-б). В него входят:

- три независимых директора, один из которых является председателем правления;
- председатель правления ФСМС;
- первый заместитель министра здравоохранения;
- председатель Комитета государственного имущества и приватизации Министерства финансов Республики Казахстан.

В соответствии с законодательством, регулирующим деятельность ФСМС, его основной задачей является обеспечение финансовой защиты каждого гражданина Казахстана и повышение доступности и качества медицинской помощи (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, без даты-а). В рамках этой миссии ФСМС призван:

- обеспечивать всеобщий охват населения услугами ОСМС;
- укреплять свою роль в качестве стратегического покупателя медицинских услуг;
- защищать права пациентов;
- обеспечивать устойчивое функционирование системы.

В том, что касается предоставления услуг, поставщики медицинских услуг в основном принадлежат местным органам власти, хотя некоторые из них принадлежат министерству здравоохранения. Кроме того, имеется множество частных провайдеров, предоставляющих услуги в рамках ГОБМП и ОСМС (ВОЗ, 2018; ВОЗ Региональный офис для Европы, 2022).

Правовой охват и право на получение услуг

В Конституция Республики Казахстан 1995 г. в статье 29 отмечено, что «граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья. Граждане Республики имеют право на бесплатную, гарантированную, широкую медицинскую помощь, установленную законом».

ГОБМП включает в себя основные медицинские услуги, доступные всем гражданам Казахстана, постоянно проживающим иностранцам и лицам без гражданства, а также беженцам, в то время как ОСМС охватывает расширенный пакет услуг, доступный тем, кто имеет на это право и застрахован либо путем уплаты взносов, либо в силу принадлежности к льготной категории населения (Электронное правительство Республики Казахстан, 2023). Право на участие в ОСМС имеют граждане, постоянно проживающие иностранцы и лица без гражданства, но не беженцы и не соискатели убежища (УВКБ ООН, 2021). В 2021 г. в среднем 81,3% населения было застраховано в системе ОСМС (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»⁸⁵ ГОБМП доступен для всех лиц, проживающих в Казахстане, к которым относятся:

- все граждане Казахстана;
- «кандасы» – этнические казахи, в том числе и те, которые не имеют казахского гражданства в соответствии с нормативными актами, предусмотренными Законом Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам регулирования миграционных процессов» 2020 г.;
- люди, которым предоставлен статус беженцев;
- иностранцы, постоянно проживающие в Казахстане и имеющие соответствующий вид на жительство;
- лица без гражданства, постоянно проживающие в Казахстане и имеющие соответствующий вид на жительство.

Временно проживающие иностранцы, лица без гражданства и соискатели убежища не имеют доступа к пакету ГОБМП за исключением того случая, когда они обращаются за лечением заболевания/состояния, которое представляет риск для здоровья окружающих [14], или за срочным жизненно важным лечением (неотложная медицинская помощь), которое осуществляется в соответствии с условиями договоров СНГ⁸⁶ и ЕАЭС⁸⁷.

Право на ГОБМП определяется на основе документации, подтверждающей правовой статус лица, желающего получить медицинские услуги ГОБМП.

В том, что касается ОСМС, предусмотрено два способа присоединения к программе: с уплатой взносов и без взносов. Чтобы застраховаться в системе ОСМС, необходимо иметь казахстанское гражданство или постоянный вид на жительство и регулярно уплачивать взносы в систему ОСМС, как предусмотрено законодательством, за исключением случая, если лицо принадлежит к категории населения, освобожденной от уплаты взносов. Взносы уплачиваются в фонд не менее трех месяцев подряд, предшествующих дате получения медицинской помощи⁸⁸. Кроме того, право на участие в ОСМС имеют трудовые мигранты из стран ЕАЭС и члены их семей на основании условия международного договора.

Основные категории участников ОСМС, определенные законом 2015 г. (статья 14):

- работники (как в государственном, так и в частном секторе);
- физические лица, выполняющие работы (предоставляющие услуги) по гражданско-правовым договорам;
- физические лица, являющиеся плательщиками единого совокупного платежа в соответствии со статьей 774 Кодекса Республики Казахстан «О налогах и других обязательных платежах в бюджет» (Налоговый кодекс);

⁸⁵ Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 360-VI от 7 июля 2020 г. (на казахском языке). Доступен по адресу: <https://adilet.zan.kz/eng/docs/K2000000360>

⁸⁶ Постановление Правительства Республики Казахстан № 320 от 29 февраля 2000 г. «О ратификации Протокола о реализации Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам Содружества Независимых Государств». Доступно по ссылке: https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P0000000320_

⁸⁷ Договор о Евразийском экономическом союзе 2014 г. Доступен по ссылке: https://docs.eaeunion.org/docs/en-us/0017353/itia_05062014_doc.pdf

⁸⁸ Закон Республики Казахстан № 405-V от 16 ноября 2015 г. «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 1 июля 2023 г.) [на казахском языке]. Доступен по ссылке: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32908862

- ▶ предприниматели;
- ▶ самозанятые и частнопрактикующие врачи;
- ▶ другие лица, имеющие право на участие в программе, которые уплачивают взносы в качестве самостоятельных плательщиков.

Некоторые уязвимые категории населения являются членами ОСМС без необходимости уплачивать взносы, эквивалент их взносов уплачивается из общего бюджета правительства от их имени. Эти категории населения определены статьей 26 закона 2015 г. и к ним относятся⁸⁹:

- ▶ дети;
- ▶ физические лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- ▶ беременные женщины, которые не занимаются каким-либо видом трудовой деятельности (для этого необходимо, чтобы они не получали никакого официального дохода и не были зарегистрированы в качестве предпринимателей);
- ▶ многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа» или «Күміс алқа», ранее удостоенные звания «Мать-героиня» или ранее награжденные орденами «Материнская слава» I или II степени;
- ▶ лица, осуществляющие уход за детьми-инвалидами и не занятые каким-либо видом трудовой деятельности;
- ▶ лица, не занятые каким-либо видом трудовой деятельности и воспитывающие детей в возрасте до трех лет;
- ▶ кандасы, которые не занимаются какой-либо трудовой деятельностью;
- ▶ заключенные под стражу и задержанные;
- ▶ учащиеся, получающие среднее специальное образование, высшее образование или иную форму признаваемого очного образования;
- ▶ получатели официальной социальной помощи;
- ▶ пенсионеры (в том числе ветераны войны).

Виды медицинской помощи

Охват услугами в первую очередь регулируется Кодексом 2020 г., Законом 2015 г., Указом № 421 2019 г. и Указом № 672 2020 г., а также другими нормативными актами, устанавливающими порядок доступа, распределения и управление медицинскими услугами:

- ▶ гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) – регулируется Указом № 672 2020 г.
- ▶ пакет обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) – регулируется в первую очередь Указом № 421 2019 г. наряду с Кодексом 2009 г.

Пакет ГОБМП направлен на обеспечение всеобщего доступа к наиболее важным услугам. К основным категориям услуг, предоставляемых в рамках ГОБМП, относятся (но не ограничиваются)⁹⁰:

- ▶ неотложная медицинская помощь (в том числе транспортировка);
- ▶ первичная медико-санитарная помощь, включая (но не ограничиваясь):
 - диагностику, лечение и ведение распространенных заболеваний;
 - профилактические осмотры целевых групп населения;
- ▶ проведение мероприятий по раннему скринингу для выявления поведенческих факторов риска и повышения грамотности в вопросах здоровья;
 - профилактические прививки;
 - наблюдение за беременностью и последующее наблюдение;
 - санитарно-эпидемиологические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний;

⁸⁹ Закон Республики Казахстан № 405-V от 16 ноября 2015 г. «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 1 июля 2023 г.) [на казахском языке], доступен по ссылке: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32908862.

⁹⁰ Постановление Правительства Республики Казахстан № 672 от 16 октября 2020 г. «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан».

- специализированная амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь:
 - для диагностики и профилактики ВИЧ и туберкулеза;
 - для лечения травм, интоксикаций (отравлений) и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи;
 - для диагностики и лечения социально значимых заболеваний и состояний, определенных министерством здравоохранения (МЗ)
 - для диагностики и лечения хронических заболеваний, требующих динамического наблюдения, по перечню, установленному МЗ;
- стационарозамещающее лечение заболеваний и состояний по перечню, установленному МЗ, в том числе лечение социально значимых и хронических заболеваний, требующих динамического наблюдения;
- стационарные услуги:
 - карантин и изоляция лиц, бывших в контакте с лицами, страдающими инфекционными или паразитарными заболеваниями (а также в случае подозрения на заболевание), представляющими опасность для окружающих, по перечню, установленному МЗ;
 - лечение инфекционных и паразитарных заболеваний, в том числе представляющих опасность для окружающих, по перечню, установленному МЗ;
 - лечение заболеваний и состояний, требующих неотложной медицинской помощи для лиц, не застрахованных в системе ОСМС;
 - плановое лечение определенных заболеваний и состояний по перечню, установленному МЗ;
- медицинская реабилитация во время лечения заболевания по программе ГОБМП, а также медицинская реабилитация пациентов с туберкулезом;
- паллиативная помощь в случае заболеваний по перечню, установленному МЗ;
- обеспечение препаратами крови и ее компонентами;
- бесплатное обеспечение лекарственными средствами при оказании скорой помощи, стационарозамещающего и стационарного лечения, вакцинации и амбулаторных лекарственных средств по перечню из 54 групп заболеваний/состояний для групп населения, определенных МЗ.

Пакет ОСМС дополняет программу ГОБМП и включает в себя следующие категории услуг, предусмотренные законодательством⁹¹:

- Специализированная амбулаторная медицинская помощь, в том числе:
 - расширенный охват профилактическими медицинскими осмотрами целевых групп населения;
 - консультации и визиты к специалистам вторичной медицинской помощи по направлению врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи.
- Динамическое наблюдение и обследование хронических больных:
 - диагностические услуги и процедуры, в том числе лабораторная диагностика по перечню, установленному МЗ;
 - оказание неотложной и плановой стоматологической помощи отдельным категориям лиц по перечню, установленному МЗ.
- Дополнительный объем стационарозамещающего лечения на основе расширенного перечня заболеваний и состояний, установленных МЗ.
- Дополнительный объем планового стационарного лечения на основе расширенного перечня заболеваний и состояний, установленных МЗ.
- Стационарное лечение заболеваний и состояний, требующих оказания неотложной медицинской помощи лицам, застрахованным в системе ОСМС.
- Дополнительный объем медицинской реабилитации на основе расширенного перечня заболеваний и состояний, установленных МЗ.
- Бесплатное обеспечение лекарственными средствами при стационарозамещающем и стационарном лечении, а также амбулаторными лекарствами по перечню из 128 групп заболеваний/состояний для групп населения, определенных МЗ.

⁹¹ Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 360-VI от 7 июля 2020 г. [на казахском языке]. Доступен по ссылке: <https://adilet.zan.kz/eng/docs/K2000000360>

Кроме того, ОСМС в настоящее время обеспечивает доступ к пакету профилактических услуг с учетом конкретных обстоятельств.

Эти услуги должны быть доступны без каких-либо соплатежей, потолков или вычетов (Электронное правительство Республики Казахстан, 2023). В 2021 г. в соответствии с приказом Министра здравоохранения⁹² была введена система сооплаты лекарственных средств и медицинских изделий. Однако его реализация приостановлена до 2025 г. (Букатов Ю., Гимранова Г., 2022).

Изложенные выше медицинские услуги дополняются некоторыми денежными пособиями. Денежные пособия по беременности и родам предоставляются работницам в рамках социального страхования, контролируемого Министерством труда и социальной защиты населения и находящегося в ведении Государственного фонда социального страхования. Они начисляются на основе среднемесячного заработка за последние 12 месяцев и выплачиваются в течение 126 дней (70 дней до и 56 дней после родов). Этот срок может быть продлен еще на 14 дней в случае осложненных и многоплодных родов. Всем женщинам, независимо от их трудового статуса, выплачивается единовременное пособие при рождении ребенка. Денежные пособия по болезни доступны для работающих лиц в рамках ответственности работодателя и основаны на средне-суточном заработке при условии предоставления справки о состоянии здоровья (МАСО, 2018).

Трудовой кодекс гарантирует, что беременным женщинам, женщинам, родившим ребенка/детей, женщинам и мужчинам, усыновившим новорожденного ребенка/детей, предоставляется следующий отпуск в связи с рождением ребенка: отпуск по беременности и родам, отпуск работникам, усыновившим новорожденного ребенка/детей, отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет. Продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 70 дней до родов и 56 дней после родов. При осложненных родах или рождении двух и более детей – 70 дней. Продолжительность отпуска не зависит от стажа работы у текущего работодателя. После отпуска по беременности и родам дополнительный отпуск по уходу за ребенком может быть предоставлен на срок до 3 лет. Такой отпуск может получить отец или мать ребенка, а если ребенок останется без попечения родителей, то и ближайшие родственники⁹³.

Всем женщинам, независимо от их трудового статуса, предоставляется единовременное пособие на рождение ребенка. Кроме того, в случае, если работающие женщины уплачивают взносы в Государственный фонд социального страхования, пособия по беременности и родам определяются на основе размера среднемесячного дохода за последние 12 календарных месяцев [20].

Оказание медицинской помощи и услуг

Согласно закону ФСМС закупает и оплачивает услуги субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором на закупку медицинских услуг и оплату иных функций⁹⁴. Как государственные, так и частные поставщики медицинских услуг имеют право подписывать контракты с ФСМС для предоставления пакета услуг ОСМС. В 2020 г. ФСМС заключил договоры с 1258 поставщиками услуг обязательного социального медицинского страхования, в том числе с 657 государственными (52%) и 601 частной (48%) медицинскими организациями (Eslakiev et al., 2021).

Поставщик, чтобы предоставлять услуги ГОБМП или в системе ОСМС, должен быть включен в базу данных поставщиков ФСМС. Поставщик может подать заявку на оказание услуг по прямому контракту или предоставлять услуги в качестве субподрядчика⁹⁵. Распределение объемов

⁹² Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № КР ДСМ-61 от 16 июля 2021 г. «Об утверждении правил осуществления сооплаты». Доступен по ссылке: <https://adilet.zan.kz/eng/docs/V2100023589>

⁹³ Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан, Трудовой кодекс No 414-V ЗРК от 23 ноября 2015 г. [на казахском языке]. Доступно по адресу: https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/r/natlex/fe/details?p3_isn=102038&cs=1bzwBwsqXcZeNAWrDCxjIYoxfgxJlxLUV1KB12ezrG9djzjm0kctFMqqmntjBiTOGmBr36VCgO1YxoyBtlG7iWw

⁹⁴ Закон Республики Казахстан № 405-V от 16 ноября 2015 г. «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 1 июля 2023 г.). https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32908862

⁹⁵ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 424/2020 от 8 декабря 2020 г. «Об утверждении правил приобретения услуг у субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в рамках системы обязательного социального медицинского страхования» [на казахском языке]. Доступен по адресу: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V2000021744>

медицинской помощи осуществляется областными или республиканскими комиссиями под председательством ФСМС. По оценкам, в 2023 г. 63% поставщиков услуг, с которыми заключены контракты, были частными. Список поставщиков опубликован на сайте ФСМС (Электронное правительство Республики Казахстан, 2023).

Прежде чем получить доступ к медицинским услугам, пациенты могут проверить свой страховой статус с помощью специализированного мобильного приложения Qoldau 24/7, Telegram-бота, посетив национальный портал электронного правительства или официальные сайты министерства здравоохранения и ФСМС. ФСМС также располагает «горячей линией» (1406), которая может использоваться пациентами для получения дополнительной информации (Электронное правительство Республики Казахстан, 2023).

Пользователи ГОБМП и ОСМС обязаны в первую очередь обращаться в пункты первичной медико-санитарной помощи, где они могут получить направление для доступа к специализированной вторичной и третичной помощи. Процесс направления к специалистам можно миновать в случае необходимости получения экстренной медицинской помощи или планового посещения специалистов по определенному списку, составленному МЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

Для обеспечения эффективного предоставления услуг и управления ими всем жителям рекомендуется зарегистрироваться у местного поставщика первичной медико-санитарной помощи. Ежегодно с 15 октября по 15 ноября проводится регистрационная кампания. В течение этого периода бенефициары могут выбрать клинику, расположенную рядом с местом жительства, и зарегистрироваться у врача первичной медико-санитарной помощи по своему выбору (Электронное правительство Республики Казахстан, 2024).

Регистрация должна осуществляться через национальный портал электронного правительства и требует заполнения электронного формуляра и подтверждения через личную электронную цифровую подпись (ЭЦП). Для получения ЭЦП требуется иметь действительный национальный документ, удостоверяющий личность, или паспорт, подтверждающий гражданство (Электронное правительство Республики Казахстан, без даты). После подачи и проверки заявления вновь зарегистрированные бенефициары получают электронное подтверждение, заверенное ЭЦП выданного ими медицинского учреждения.

Существует альтернативная процедура регистрации для следующих категорий населения (Электронное правительство Республики Казахстан, без даты):

- пенсионеры;
- люди с ограниченными возможностями;
- лица, обеспечивающие уход;
- заключенные;
- студенты;
- призывники, проходящие военную службу;
- отвечающие определенным критериям лица, родившиеся в других странах;
- лица, оформляющие регистрацию по доверенности..

Лица, подпадающие под вышеуказанные категории, могут зарегистрироваться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи без ЭЦП при предъявлении документов, удостоверяющих их личность и принадлежность к вышеуказанным категориям. Регистрация возможна только у поставщиков первичной медико-санитарной помощи, которые входят в систему ГОБМП.

▶ 4. Результаты

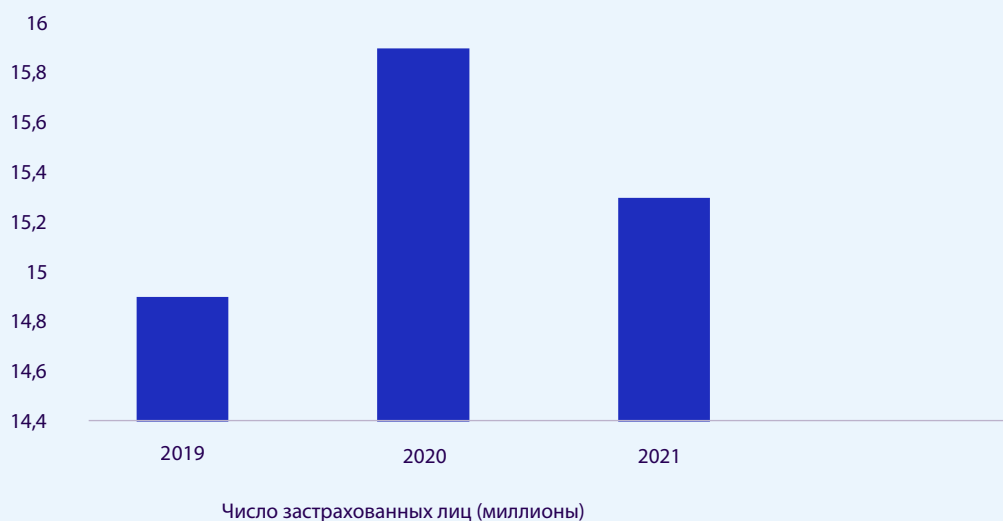
Охват

Доступ к пакету ГОБМП имеют все жители, постоянно проживающие в Казахстане и имеющие документальное подтверждение статуса постоянного проживания. Это означает, что, обеспечивая покрытие большинства населения, пакет ГОБМП не охватывает многие группы мигрантов, проживающих в стране временно или не имеющих документов, представляя им весьма ограниченные льготы в первую очередь по заболеваниям, представляющим опасность для окружающих (УВКБ ООН, 2021b).

Благодаря своему географическому положению и ускоренному экономическому росту в 2000-х гг. Казахстан стал привлекательной страной для многих трудовых мигрантов из Центральной Азии. Имеющиеся данные позволяют предположить, что Казахстан привлек одну из крупнейших популяций мигрантов в регионе (в сравнении с численностью своего населения). Согласно оценкам, в период 2000–2019 гг. доля международных мигрантов в Казахстане достигала 20% от численности населения (ООН, 2020). В то время как многие мигранты, которые приезжают в страну, получают официальный статус резидента (через разрешения на работу или иным образом), существует значительное количество сезонных или нелегальных работников с временными видами на жительство и много мигрантов без документов. Такие мигранты исключены из доступных программ социального обеспечения, включая пакет ГОБМП, и могут оформить лишь добровольное медицинское страхование (Международная федерация за права человека, 2016). По некоторым данным, в 2015 г. в Казахстане проживало и работало от 300 тыс. до 1,5 миллиона трудовых мигрантов с нелегальным статусом (Международная федерация за права человека, 2016). И это свидетельствует о большом пробеле в охвате.

Охват системы ОСМС в 2021 г. оценивался в 81,3% населения, что является существенным снижением по сравнению со средним показателем в 85%, зарегистрированным в 2020 г. (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021).

Рисунок 41. Число лиц, состоящих в Фонде социального медицинского страхования (миллионы), 2019–2021 гг.



Источник: Фонд социального медицинского страхования Республики Казахстан.

Снижение количества застрахованных лиц в период с 2020 по 2021 г., вероятно, вызвано неплатой регулярных взносов в систему ОСМС отдельными категориями населения. Кроме того, согласно данным, предоставленным ФСМС, около 2,6 миллиона человек не внесли никаких взносов в систему ОСМС в 2021 г. и поэтому были исключены из нее.

ФСМС в сотрудничестве с другими государственными учреждениями и средствами массовой информации проводит широкомасштабную информационную кампанию с целью привлечения населения к участию в системе ОСМС и повышения осведомленности общественности о соответствующих процедурах и требованиях (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021).

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Программы ГОБМП и ОСМС гарантируют бесплатный доступ к широкому спектру медицинских услуг. Согласно данным, представленным ФСМС, внедрение системы ОСМС привело к значительному увеличению использования многих медицинских услуг населением. В частности, увеличилось количество хирургических операций по лечению хронических заболеваний, повысилось разнообразие методов лечения и профилактики инвалидности, медицинских реабилитационных услуг (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021, 2020).

Платежи из собственного кармана снизились с 34% от ТРЗ в 2019 г. до 27% от ТРЗ в 2020 г. (данные ВОЗ, 2024) отчасти из-за расширения охвата системы ОСМС. Однако некоторые финансовые риски остаются все же неучтенными. В частности, большая доля расходов ПСС в Казахстане связана с закупкой лекарств (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). Согласно Обзору системы здравоохранения за 2018 г., подготовленному ОЭСР, домохозяйства платят в среднем более 80% стоимости лекарств из своего кармана (что в два раза больше, чем в других странах ОЭСР) (ОЭСР, 2018). Хотя стоимость некоторых амбулаторных лекарств покрывается системой ОСМС, количество таких лекарств ограничено. Остается актуальной проблема самолечения (ВОЗ, 2015), и в некоторых исследованиях указывается на злоупотребление определенными категориями лекарств (Zhusupova et al., 2020).

Практика неформальных платежей также угрожает подорвать уровень финансовой защиты, предоставляемой через программы социальной защиты здоровья. Неофициальные платежи обычно используются пациентами для обхода определенных формальных процедур и/или для получения «преференциального» лечения (Ока, 2019). Хотя внедрение системы ОСМС с течением времени, вероятно, будет способствовать сокращению практики неформальных платежей, каковы будут ее последствия в ближайшей краткосрочной перспективе все еще не ясно.

Способность реагировать на потребности населения

Наличие и доступность

Целевой показатель ЦУР 3.8.1 по охвату основными медико-санитарными услугами ВОУЗ за период 2000–2019 гг. увеличился с 39% до 80% (данные ВОЗ, 2024), что ближе к среднему показателю 77% в Европейском регионе ВОЗ. Квалифицированное родовспоможение в 2018 г. составило 100% (Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ, 2023).

В 2020 г. на 100 тыс. жителей приходилось 407 врачей и 752 медсестры. В это же время количество больничных коек сократилось с 719 до примерно 450 на 100 тыс. населения, с небольшим увеличением до 574 в 2020 г. ввиду пандемии COVID-19 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). Средняя продолжительность срока госпитализации неуклонно снижается, составив 8,6 дней в 2020 г. против 12,3 дней в 2019 г. Загруженность коек в больницах неотложной помощи колеблется на уровне более 85%, хотя самого низкого уровня (61%) она достигла в 2020 г. (ВОЗ, Европейский портал сведений по здравоохранению, 2023а).

Считается, что внедрение системы ОСМС облегчило доступ к целому ряду медицинских услуг. Общее количество провайдеров, нанятых ФСМС для обеспечения услуг ГОБМП и ОСМС, составило 1390 организаций в 2021 г. (в 2020 г. – 1290, в 2019 г. – 1417). В частности, ФСМС сообщает, что в период с 2019 по 2020 г. в рамках ОСМС произошло существенное увеличение

(с 64 до 539) числа контрактных поставщиков медицинских услуг для оказания реабилитационных услуг (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021).

Однако одной из основных проблем, с которыми сталкивается система здравоохранения в Казахстане, является значительный разрыв в доступности медицинских услуг между сельскими и городскими регионами (Гулис и др., 2021; Правительство Республики Казахстан, 2019). Из-за географических особенностей страны сельское население очень рассредоточено, а некоторые общины расположены в отдаленных регионах, где необходимая инфраструктура здравоохранения отсутствует или развита недостаточно. Нехватка кадров в сельских медицинских учреждениях и клиниках представляет собой особенно актуальную проблему (Жобалаева и др., 2024; Гулис и др., 2021). В ответ на это в 2009 г. Правительство Казахстана запустило программу стимулирования перемещения поставщиков медицинских услуг в сельскую местность. Эта программа предусматривала выплату единовременного пособия и предоставление жилья. С 2009 по 2020 г. число сельских медицинских учреждений значительно увеличилось, но этот прирост в перерасчете на душу населения был не столь значителен (Жобалаева и др., 2024). В период с 2000 по 2018 г. количество врачей, медсестер и акушерок на 10 тыс. жителей в городских районах было в 2,5 раза больше, чем в сельских районах (Shaltynov et al., 2021). По данным ФСМС, внедрение системы ОСМС позволило увеличить ресурсы, выделяемые на стационарзамещающее и стационарное обслуживание сельских жителей – с 72 млрд тенге в 2019 г. до 92 млрд тенге в 2020 г. (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2020; 2021). Однако необходимо принять дальнейшие меры по укреплению потенциала поставщиков амбулаторных и первичных медико-санитарных услуг, особенно в сельских районах (Гулис и др., 2021). В настоящее время общая численность медперсонала в сельской местности в три раза меньше, чем в городе (16,1 против 56,8 на 10 тыс. человек соответственно). Среднее количество врачей общей практики на 1000 населения оценивается всего в 0,28 (ОЭСР, 2018).

Ограниченные возможности и малодоступность поставщиков первичной медицинской помощи часто вынуждают жителей отдаленных сельских населенных пунктов преодолевать большие расстояния в поисках консультации и лечения в учреждениях вторичного и третичного уровня. Это снижает эффективность и приводит к дополнительным расходам для пациентов (связанным с проездом, проживанием, пропущенными рабочими днями, неофициальными платежами и сооплатами за доступ к услугам вторичного уровня без официального направления и т. д.) (Жирав, Астале и Киссие, 2022).

Ввод в действие централизованной системы закупок лекарственных средств и «Единой системы распределения», сократив количество местных коммерческих дистрибьюторов, играющих роль посредников, позволил сэкономить значительные средства, гарантируя доступность медицинских услуг на амбулаторном уровне (SK-Pharmacy LLP, 2022; Букатов и Гирманова, 2022).

Следует отметить, что основными факторами заболеваемости и смертности в стране являются неинфекционные заболевания (НИЗ). По оценкам, на НИЗ приходится 84% всех смертей в стране, а риск смерти в возрасте до 70 лет от одного из четырех основных НИЗ (сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, хронических респираторных заболеваний и рака) составляет 27% для среднестатистического жителя Казахстана (Амирова и Абилкасимов, 2020).

Включение профилактических услуг в состав ГОБМП играет важную роль в адаптивном реагировании на изменение демографической ситуации и бремени заболеваний, включая ежегодные медицинские осмотры, а также диагностику и лечение хронических и социально значимых заболеваний, определяемых министерством здравоохранения.

С 2010 г. в Казахстане наблюдается неуклонный рост (на 39%) числа ВИЧ-инфицированных (Мухтаева и др., 2022). Будучи первой страной Центральной Азии, которая предоставила гражданам бесплатную антиретровирусную терапию, Казахстан принял интенсивные профилактические и лечебные меры⁹⁶ в целях борьбы с эпидемией ВИЧ (ВОЗ, Региональный офис для Европы, 2022). Эта ситуация требует дополнительной координации мер с другими направлениями социальной политики в целях снижения социальных факторов, создающих восприимчивость к ВИЧ.

⁹⁶ Эти меры включают в себя услуги тестирования и консультирования, информационно-просветительскую работу, доступ к презервативам, доступ к иглам и шприцам, экспресс-тестирование среди ключевых групп населения и профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Качество и приемлемость

Ряд исследований, проведенных в Казахстане, показали, что пациенты в целом удовлетворены услугами, которые они получают от поставщиков медицинских услуг (Селезнев, Алибекова и Клементи, 2020). Однако доступность данных о качестве помощи, ориентированной на пациента, ограничена. (Селезнев, Алибекова и Клементи, 2020). На показатели удовлетворенности, о которых сообщали сами пользователи, может повлиять ряд мотивировок, которые трудно учесть. С другой стороны, можно утверждать, что сохранение неофициальных платежей поставщикам медицинских услуг (Ока, 2019) свидетельствует о желании пациентов получать услуги и лечение более высокого качества, чем те, которые обычно предлагаются системой. Тем не менее условия, в которых осуществляются неофициальные платежи, могут значительно различаться и не обязательно связаны с восприятием пациентом качества медицинской помощи.

Имеющиеся макропоказатели свидетельствуют о том, что качество здравоохранения в Казахстане со временем улучшилось. Улучшение оказания медицинских услуг проявляется в значительном снижении материнской смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет за последние два десятилетия (Гулис и др., 2021; Правительство Республики Казахстан, 2019), а также в снижении смертности от болезней системы кровообращения, от злокачественных новообразований и туберкулеза (Orazymbetova and Sultanbekova, 2021).

С 2000 г. значительные средства были вложены в модернизацию национальной системы здравоохранения (Гулис и др., 2021). Частью продолжающихся реформ является оптимизация стационарной помощи и укрепление служб первичной медико-санитарной помощи (Правительство Республики Казахстан, 2019). В настоящее время из-за растущего бремени НИЗ профилактика заболеваний и своевременный скрининг приобретают особое значение (Фаррингтон и др., 2019).

Тем не менее сохраняется ряд проблем, которые затрудняют предоставление качественных медицинских услуг населению, среди которых недостаточное финансирование первичных медико-санитарных услуг и медицинских учреждений (Barbaza et al., 2019). По некоторым данным, более 50% всех медицинских учреждений работают уже более 30 лет без капитального ремонта, а дефицит медицинского оборудования составляет в среднем 30% (Амирова и Абилкасимов, 2020). В одном из исследований 2019 г., в ходе которого были собраны отзывы 198 врачей, работающих в амбулаторных клиниках, был выявлен ряд жалоб на тяжелые условия труда, в том числе на недостаточное количество оргтехники и расходных материалов и неадекватное освещение рабочего места. Около 20% врачей сообщили, что работают посменно по 9 часов и более, а около 36% указали на отсутствие положенных перерывов в работе (Алдабергенова и Тургамбаева, 2021).

Чтобы повысить оперативность реагирования медицинских услуг на потребности пациентов, ФСМС организовал сбор отзывов пользователей медицинских услуг. В 2020 г. через «горячую линию» ФСМС было получено и обработано почти 720 тыс. запросов, в том числе 7 865 жалоб (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021). Уделяется внимание сокращению времени ожидания госпитализации. Как сообщает ФСМС, в период с 2019 по 2020 г. доля пациентов, которым пришлось ждать более 30 дней поступления на стационарное лечение в больницу, снизилась с 12 до 5% (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021, 2020).

Еще одним фактором, который может способствовать улучшению качества здравоохранения в будущем, является активная цифровизация национальной системы здравоохранения. Цифровизация способствует повышению эффективности и может привести к существенной экономии, благодаря оптимизации, принятию решений на основе фактических данных и снижению затрат на координацию, мониторинг и сбор данных (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

► 5. Направление дальнейших действий

Национальная долгосрочная стратегия развития «Казахстан–2050» определяет следующие приоритеты в области здравоохранения (Республика Казахстан, 2012): доступные медицинские услуги с высокими стандартами обслуживания, развитие системы профилактической медицинской помощи, внедрение интеллектуальной медицинской помощи, дистанционной диагностики и лечения, а также электронной медицинской помощи. Внедрение системы ОСМС способствует достижению всех этих приоритетных целей, мобилизуя дополнительные ресурсы для финансирования здравоохранения и предоставляя новые средства для структурирования и регулирования предоставления медицинской помощи населению.

В дальнейшем, вероятно, приоритетной задачей будет удержание плательщиков взносов в системе ОСМС, чтобы постепенно сделать ее менее зависимой от государственного финансирования. Это должно быть достигнуто путем тщательного анализа и понимания факторов, мотивирующих отсев. Среди прочего расширение пакета льгот системы ОСМС для включения общих амбулаторных лекарств и снижение административных барьеров может повысить привлекательность системы для участников, тем более что основная доля платежей из собственных средств населения (ПСС) приходится именно на закупку лекарств.

Еще одним стратегическим приоритетом должна стать формализация занятости и предпринимательства и обеспечение медицинского страхования временных жителей и трудовых мигрантов. Учитывая высокую долю мигрантов в составе рабочей силы Казахстана, расширение охвата социальной защитой здоровья является не только необходимым условием для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, но и может оказать положительное влияние на социальную сплоченность, обеспечивая будущие возможности для их поддержки и интеграции этих групп населения.

В то же время дальнейшее внедрение и укрепление системы ОСМС должно сопровождаться увеличением инвестиций в усиление потенциала и качества первичной медико-санитарной помощи и совершенствованием политики общественного здравоохранения, в том числе для устранения разрыва в качестве и доступности услуг между сельскими и городскими регионами.

Своевременный скрининг, раннее лечение и профилактика могут укрепить финансовую устойчивость системы ОСМС, позволяя предотвратить расходы, связанные с высоким потреблением услуг вторичного и третичного уровня, которые неизбежны при слабой системе первичной медико-санитарной помощи и при наличии трудностей с получением направления к врачам-специалистам. Это особенно актуально, учитывая растущее бремя НИЗ (Farrington et al., 2019).

Дальнейшая цифровизация здравоохранения и оптимизация медицинских данных также способствуют повышению эффективности и устойчивости системы. Именно эти меры были намечены в качестве одного из следующих ключевых шагов на пути к достижению Цели 3 в последнем добровольном национальном обзоре о достижении Целей в области устойчивого развития в Казахстане (Правительство Казахстана, 2019).

▶ 6. Основные выводы

- ▶ Внедрение системы ОСМС дало ряд положительных результатов, включая увеличение финансирования и использования определенных категорий медицинских услуг. Это стало возможным благодаря значительным усилиям, направленным на расширение охвата и обеспечение доступности системы социальной защиты здоровья для всего населения, включая неформальных работников и самозанятых, благодаря объединенной системе взносов на социальную защиту. Такой подход заслуживает всяческого одобрения и применения в других странах со значительной долей неформальной экономики. Однако проблемы в охвате остаются и особенно отражаются на этой группе населения.
- ▶ В дополнение к реформам, направленным на улучшение охвата населения, в стране прилагаются усилия по укреплению и оптимизации оказания медицинской помощи, в том числе за счет стратегических инвестиций в развитие первичной медико-санитарной помощи и широкомасштабного внедрения цифрового здравоохранения. Правительство также предпринимает шаги для решения проблемы дефицита медицинских работников, в том числе путем увеличения их окладов (Фонд социального медицинского страхования Казахстана, 2021).
- ▶ Однако повышение уровня финансовой защищенности может быть достигнуто только при условии расширения масштаба и охвата двух предлагаемых пакетов и обеспечения адекватности пособий, которые должны пересматриваться и обновляться на регулярных основаниях.
- ▶ Финансирование здравоохранения в Казахстане находится на сравнительно низком уровне. Внедрение системы ОСМС поспособствовало привлечению дополнительных целевых ресурсов в сферу здравоохранения, но для улучшения потенциала первичной медико-санитарной помощи и дальнейшей оптимизации системы оказания медицинской помощи необходимы дополнительные средства, которые должны привлекаться из разнообразных бюджетных источников.
- ▶ Одна из потенциальных проблем, связанных с использованием цифровых медицинских услуг для расширения охвата медицинской помощью в сельских регионах, заключается в отсутствии надежной связи и цифровой инфраструктуры, что может препятствовать их внедрению в отдаленных сельских общинах. Эта проблема решаемая, но для обеспечения успешного и устойчивого внедрения цифровых медицинских услуг могут потребоваться дополнительные инвестиции.

Библиография

- Aldabergenova, G., and A. Turgambayeva. 2021. "Satisfaction with the Working Conditions of Kazakhstan Physicians". *Public Health* 4. <https://cyberleninka.ru/article/n/satisfaction-with-the-working-conditions-of-kazakhstan-physicians/viewer>
- Amirova, M.A. and O. Abilkasimov. 2020. *Analysis of the Current State of Insurance Medicine in the Republic of Kazakhstan* [in Kazakh]. <https://www.ssa-rss.ru/files/File/PublikaciiROS/Grosheva.%20Socialnaya%20bezopasnost%20v%20evraziyskom%20prostranstve.pdf#page=117>
- Barbazza, Erica, Saltanat Yegeubayeva, Baktygul Akkazieva, Elena Tsoyi, Evgeny Zheleznyakov and Juan E. Tello. 2019. "Improving Clinical Practice in Primary Care for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: A Multi-Actor Approach to Two Regional Pilot Projects in Kazakhstan." *Cardiovascular Diagnosis and Therapy* 9 (2): 129–39. <https://doi.org/10.21037/cdt.2018.01.07>
- Bukatov, Y. and G. Gimranova G. 2022. "Government Measures to Address Out-of-Pocket Health Expense in Kazakhstan." *Cogent Economics and Finance* 11 (1). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23322039.2022.2164409>
- Chanturidze, T., M. Esau, S. Hölzer and E. Richardson. 2016. "Introducing Diagnosis-Related Groups in Kazakhstan: Evolution, Achievements, and Challenges." *Health Policy* 120 (9): 987-991. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016301798>
- Electronic government of the Republic of Kazakhstan. 2023. "Mandatory Social Health Insurance (MSHI)", доступно по ссылке: <https://egov.kz/cms/en/articles/osms>
- 2024. "Assignment to a Polyclinic in Kazakhstan", доступно по ссылке: https://egov.kz/cms/en/articles/health_care/2Fvybor_polikliniki
- n.d. "Getting a Digital Signature Remotely", доступно по ссылке: https://egov.kz/cms/en/services/pass_onlineesp
- Eskaliev, A.R., N.E. Glushkova, A.A. Kauysheva, A.A. Nauryzbaeva and S.S. Kyrykbaeva. 2021. "The Market of Medical Services for Compulsory Medical Insurance: Current State, Opportunities and Risks of Medical Organisations." *Science and Healthcare* 23 (4): 180-189. <https://www.cabidigitalibrary.org/doi/pdf/10.5555/20220085677>
- Farrington, Jill, Anna Kontsevaya, Vladislav Dombrovskiy, Roy Small, Chiara Rinaldi, Alexey Kulikov and Saltanat Yegeubayeva. 2019. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Kazakhstan: The Case for Investment*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346422>
- FIDH (International Federation of Human Rights). 2016. *Migrant Workers in Kazakhstan: No Status, No Rights*. https://www.fidh.org/IMG/pdf/note_kazakhstan_681a_6_sept_2016_uk_web.pdf
- Gizaw, Z., T. Astale and G.M. Kassie. 2022. "What Improves Access to Primary Healthcare Services in Rural Communities? A Systematic Review." *BMC Primary Care* 23 (313). <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01919-0>
- Government of Kazakhstan. 2019. *Voluntary National Review 2019 on the Implementaton of the 2030 Agenda f or Sustainable Development in the Republic of Kazakhstan*. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/252302019_VNR_Synthesis_Report_DESA.pdf
- Gulis, Gabriel, Altyn Aringazina, Zhamilya Sangilbayeva, Kalel Zhan, Evelyne de Leeuw and John P. Allegrante. 2021. "Population Health Status of the Republic of Kazakhstan: Trends and Implications for Public Health Policy." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (22): 12235. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212235>

- ISSA (International Social Security Association). 2018. *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2018*. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/asia/index.html>
- Jobalayeva, B., Z. Khismetova, N. Glushkova and Z. Kozhekenova. 2024. "The Impact of Incentive Schemes on Rural Healthcare Workforce Availability: A Case Study of Kazakhstan." *Human Resources for Health* 22: 23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11010400/>
- Katsaga, Alexandr, Maksut Kulzhanov, Marina Karanikolos and Bernd Rechel. 2012. *Kazakhstan Health System Review*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/330319>
- Mukhamedyarova, A., T. Rakhypbekov, A. Dyusupova, A. Tursynbekova, R. Faizova, T. Belyaeva and O. Tsigengagel. 2021. "The Impact of COVID-19 on the Performance of Primary Health Care Services Providers in a Capitation Payment System in the Republic of Kazakhstan." *Science & Healthcare* 5 (23): 6-12. <https://newjournal.ssmu.kz/en/publication/452/2021-5-6-12/>
- Mukhatayeva, Ainur, Aidana Mustafa, Natalya Dzissyuk, Alpamys Issanov, Zhussipbek Mukhatayev, Bauyrzhan Baysarkin, Sten H. Vermund and Syed Ali. 2022. "Antiretroviral Therapy Resistance Mutations among HIV Infected People in Kazakhstan." *Scientific Reports* 12 (1): 17195. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22163-7>
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). 2018. *OECD Reviews of Health Systems: Kazakhstan 2018*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en
- Oka, Natsuko. 2019. "Changing Perceptions of Informal Payments under Privatization of Health Care: The Case of Kazakhstan." *Central Asian Affairs* 6 (1): 1–20. <https://doi.org/10.1163/22142290-00601001>
- Orazymbetova, Aigul and Galiya Sultanbekova. 2021. "Assessment of the Effectiveness of Implemented State Programs in the Healthcare Sector in Kazakhstan [in Kazakh]" *Journal of Health Development* 2 (42). [http://jhdzk.org/gallery/Volume%202.%20Number%2042%20\(2021\).pdf#page=40](http://jhdzk.org/gallery/Volume%202.%20Number%2042%20(2021).pdf#page=40)
- QAZSTAT. 2022. "The Share of the Uncontrolled Economy in the Gross Domestic Product", available [in Kazakh] at: <https://stat.gov.kz/api/iblock/element/5285/file/kk/>
- QAZSTAT. n.d. "Bureau of National Statistics Data", доступно по ссылке: <https://stat.gov.kz/en/>
- Republic of Kazakhstan. 2020. *Analytical Report on the Implementation of the State Health Development Programme of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2019* [in Kazakh]. https://www.gov.kz/uploads/2020/3/12/0bb5456b4fb62358644e8ce2bf22f5f3_original.57414.docx
- Republic of Kazakhstan. 2012. "Address by the President of the Republic of Kazakhstan, Leader of the Nation, N. Nazarbayev 'Strategy Kazakhstan-2050': New Political Course of the Established State", доступно по ссылке: https://www.akorda.kz/en/addresses/addresses_of_president/address-by-the-president-of-the-republic-of-kazakhstan-leader-of-the-nation-nazarbayev-strategy-kazakhstan-2050-new-political-course-of-the-established-state
- Seleznev, Ilya, Raushan Alibekova and Alessandra Clementi. 2020. "Patient Satisfaction in Kazakhstan: Looking through the Prism of Patient Healthcare Experience." *Patient Education and Counseling* 103 (11): 2368–72. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.004>
- Shaltynov, Askhat, Aizhan Raushanova, Ulzhan Jamedinova, Aigerim Sepbossynova, Altay Myssayev and Ayan Myssayev. 2021. "Health-Care Accessibility Assessment in Kazakhstan." *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 9 (E). <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/5704>
- SK-Pharmacy LLP. 2022. *Uninterrupted Provision of Medicines and Medical Products Within the Framework of Creating a Fairer and Healthier Kazakhstan- Semi-Annual Report*. <https://sk-pharmacy.kz/image/2022/09/18/Report.pdf>

- Social Health Insurance Fund of Kazakhstan. 2022a. *Social Health Insurance and Health Financing Reforms in Kazakhstan*.
- 2020. *Social Health Insurance Fund: Annual Report 2019*.
- 2021. *Social Health Insurance Fund: Annual Report 2020*.
- 2022b. *Social Health Insurance Fund: Annual Report 2021*.
- n.d.-a. "Background [in Kazakh]." Accessed 11 September 2023.
- n.d.-b. "Board of Directors [in Kazakh]." Accessed 24 June 2024.
- State Social Insurance Fund. n.d. "Payers of Unified Cumulative Payment (UCP)", доступно по ссылке: <https://gfss.kz/en/social-contributions/ucp-payers/>
- UNDP (UN Development Programme). 2022. Human Development Report 2021-22. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2021a. *Refugees in Kazakhstan: An Analysis of National Legislation and Practice*. <https://www.unhcr.org/centralasia/wp-content/uploads/sites/75/2021/12/UNHCR-Kazakhstan-Refugees-ENG-2021-screen.pdf>
- 2021b. *Statelessness in Kazakhstan: Analysis of National Legislation*. https://www.unhcr.org/centralasia/wp-content/uploads/sites/75/2022/02/Statelessness-in-Kazakhstan-UNHCR-Analysis-of-National-Legislation-%E2%80%93-2021_EN-1.pdf
- United Nations. 2020. "International Migrant Stock Data 2020", доступно по ссылке: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- WHO (World Health Organization). 2015. *Ambulatory Care Sensitive Conditions in Kazakhstan*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294402/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Kazakhstan-en.pdf
- 2018. *Kazakhstan: Use of Mobile Technologies in Primary Health Care as Part of State-Run Reforms in the Health Sector*. <https://iris.who.int/rest/bitstreams/1240838/retrieve>
- 2020. "Global Health Expenditure Database", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database>
- 2023. "Births Attended by Skilled Health Personnel- Kazakhstan", WHO Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLEDIRTHATTENDANTS?lang=en>. Accessed 24 June 2024.
- WHO Data. 2024. "UHC Service Coverage Index - Kazakhstan", доступно по ссылке: <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>
- WHO European Health Information Gateway. 2023. "Average Length of Stay, All Hospitals", доступно по ссылке: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/#id=19635
- WHO Regional Office for Europe. 2022. *Health Systems in Action: Kazakhstan*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kazakhstan-2022>
- 2023. *Transformation of Primary Health Care in Kazakhstan: Moving towards a Multidisciplinary Model*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373465/WHO-EURO-2023-8269-48041-71196-eng.pdf?sequence=1>
- World Bank. 2022. "Poverty Headcount Ratio at National Poverty Lines (% of Population)", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?skipRedirection=true&view=map>
- Zhussupova, Gulzira, Galina Skvirskaya, Vladimir Reshetnikov, Viktorija Dragojevic-Simic, Nemanja Rancic, Dinara Utepova and Mihajlo Jakovljevic. 2020. "The Evaluation of Antibiotic Consumption at the Inpatient Level in Kazakhstan from 2011 to 2018." *Antibiotics* 9 (2): 57. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9020057>



▶ Кыргызстан

©МОТ/Пирогов В..

Данный страновой обзор был подготовлен Романом Честновым, Матильдой Мейлферт и Сальмой Эль-Гамаль при поддержке Юты Момосе и Йесле Ким (МОТ). В рецензировании, составлении и контроле качества публикации принимали участие Мариам Джанкорозова (национальный эксперт по вопросам лекарственного обеспечения) и Клара Оскомбаева (первый заместитель председателя Фонда обязательного медицинского страхования).

▶ 1. Введение

Кыргызстан является страной с уровнем дохода ниже среднего, население которой составляет около 7,0 миллионов человек, а ВВП на душу населения (ППС) составил в 2022 г. 6572 международных доллара (Всемирный банк, 2022; 2022b). В течение последних десятилетий основными факторами экономического роста Кыргызстана были добыча золота и потребление, подпитываемое денежными переводами рабочих-мигрантов (Всемирный банк, 2018). На долю Кумтора, крупнейшего золотого рудника Кыргызстана, приходится 10% ВВП и 20% бюджетных поступлений в стране (Всемирный банк, 2018). Индекс человеческого развития Кыргызстана составляет 0,692, что ставит страну на 118-е место среди стран мира (ПРООН, 2022).

Нестабильная занятость составляет треть от общего числа занятых, в то время как неформальная занятость составляет большую часть занятости (МОТ, 2022; Тилекеев 2021; МОТ, 2023a). Правительство ставит своей целью борьбу с неформальностью в рамках Национальной стратегии развития на 2018–2040 гг. (Правительство Кыргызстана, 2018; ПРООН, 2022).

В Кыргызстане действует система обязательного медицинского страхования, управляемая национальным Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС), который предоставляет два пакета услуг: (i) гарантированный государством пакет медицинских услуг (ГПМУ) и (ii) пакет дополнительных лекарственных препаратов (ПДЛП). Охват бенефициаров ГПМУ, включая уязвимые группы, получающие ПДЛП, в 2022 г. оценивался в 71,1% населения (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022a).

Во время подготовки данного странового профиля 29 марта 2023 г. были введены в действие поправки в законодательство «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике».

Эти поправки направлены на то, чтобы сделать регистрацию в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) обязательной для всех граждан Кыргызстана.

► 2. Контекст

За годы независимости Кыргызстана системы здравоохранения и социальной защиты населения претерпели три масштабные реформы – первая в 1996–2005 гг. («Манас»), вторая в 2006–2010 гг. («Манас таалими») и третья в 2012–2018 гг. («Ден соолук») (ОЭСР, 2018; ВОЗ Региональный офис для Европы, 2011), которые заключались в следующем:

- Первая реформа «Манас» сочетала структурную реформу первичного звена здравоохранения (ПМСП) с развитием семейной медицины, а также введением в 1997 г. обязательного медицинского страхования (ОМС) и методов оплаты, основанных на результатах, в условиях большей автономии медицинских учреждений. В период 2001–2005 гг. правительство ввело единую систему консолидированного финансирования медицинских услуг и лекарств, управляемую ФОМС. Одновременно был введен гарантированный государством пакет медицинских услуг (ГПМУ). В рамках этого пакета все бенефициары имеют право на бесплатные услуги ПМСП по месту оказания помощи. Сооплата взимается за стационарные услуги и некоторые лабораторные и диагностические исследования.
- Вторая серия реформ «Манас Таалими» была в основном продолжением предыдущей с упором на сокращение географического неравенства и устойчивость программ ОМС (ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2011; ОЭСР, 2018).
- Наконец, реформа «Ден Соолук» сосредоточилась на улучшении показателей здоровья по четырем патологиям: сердечно-сосудистые заболевания, здоровье матери и ребенка, туберкулез и ВИЧ, за счет внедрения основных медицинских услуг, основанных на потребностях, а также выявления и устранения основных барьеров, препятствующих доступу и более эффективному охвату (ОЭСР, 2018; Правительство Кыргызстана, 2012).

В настоящее время система социальной защиты здоровья в Кыргызстане состоит из двух основных программ, управляемых Фондом обязательного медицинского страхования, выступающим в качестве единого плательщика: (i) гарантированный пакет медицинских услуг (ГПМУ) и (ii) пакет дополнительных лекарственных препаратов (ПДЛП) (Vogler S et al., 2019).

ГПМУ состоит из двух компонентов:

- В соответствии с постановлением Правительства Кыргызской Республики № 790 от 20 ноября 2015 г. «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью»⁹⁷, ГПМУ обеспечивает бесплатный доступ к неотложной помощи, базовому пакету услуг первичной медицинской помощи, базовым амбулаторным услугам специалистов, ограниченному пакету стационарных услуг и нескольким лекарствам для лечения хронических и социально значимых заболеваний. Этот пакет доступен для всего населения.
- В дополнение к этому пакет ОМС представляет дополнительные услуги, включая полный перечень стационарных и амбулаторных услуг либо бесплатно, либо с сооплатой⁹⁸ для групп населения, которые либо делают взносы, либо расцениваются как особо уязвимые.

Согласно постановлению бенефициары ОМС также могут приобретать амбулаторные лекарства по сниженным ценам в рамках программы ПДЛП (Vogler S et al., 2019).

⁹⁷ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 790 от 20 ноября 2015 г. «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью». Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/98211/edition/1288278/ru>

⁹⁸ Уровень сооплаты различается в зависимости от категорий населения, профиля заболевания и уровня организации здравоохранения. Предусмотрено следующее: 1) минимальный уровень доплаты для пенсионеров старше 70 лет, лиц, получающих социальные выплаты, инвалидов и других подобных лиц; 2) сооплата среднего уровня для граждан, застрахованных по ОМС и военнослужащих; 3) сооплата по максимальному уровню для незастрахованных (Фонд обязательного медицинского страхования, 2023f).

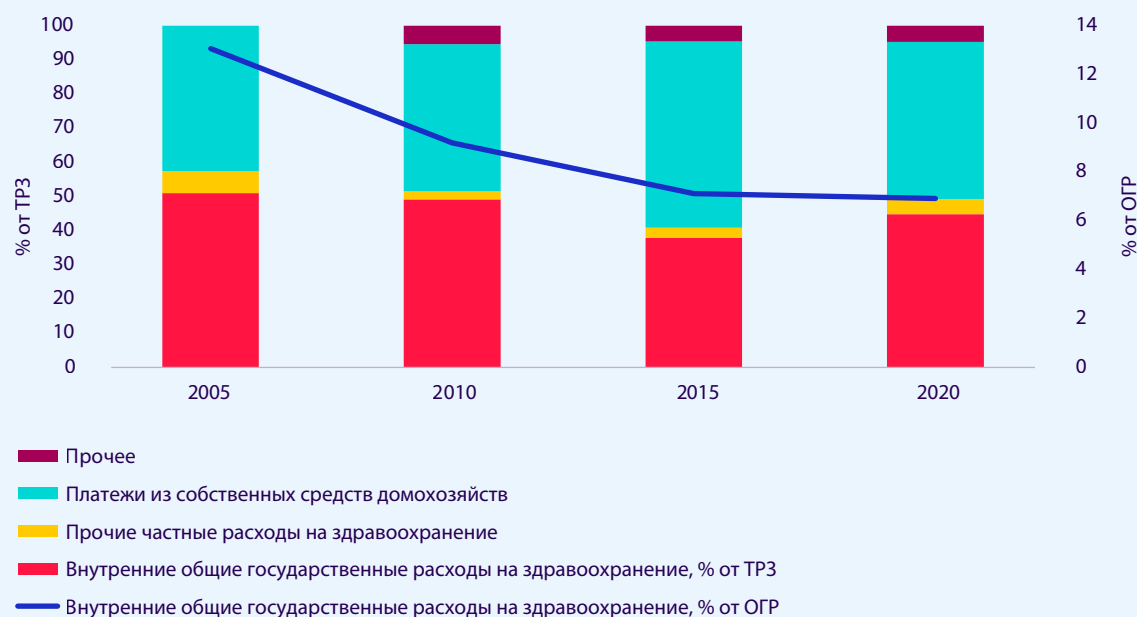
► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

Финансирование

Несмотря на то, что внедрение программы ГПМУ, ОМС и ПДЛП способствовало увеличению государственного финансирования здравоохранения, в 2021 г. на платежи из собственных средств населения (ПСС) и другие частные договоренности по-прежнему приходилось 40,7% текущих расходов на здравоохранение (Рисунок 42) (ВОЗ, 2021a).

Крупнейшим источником финансирования, составляющим 53,4% от ТРЗ, являются внутренние расходы на здравоохранение общего государственного сектора (WHO 2021a; 2021b). Данные свидетельствуют об увеличении на 8,6% в 2021 г. относительно 2020 г., что обусловлено повышением заработной платой работников здравоохранения и дополнительными расходами на покупку лекарственных препаратов и больничных услуг во время пандемии COVID-19 (Amnesty International 2021; ВОЗ 2021b).

Рисунок 42. Структура текущих расходов на здравоохранение в Кыргызстане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

ФОМС выступает в качестве основного покупателя медицинских услуг в Кыргызстане. В соответствии с Бюджетным кодексом Кыргызстана⁹⁹, он производит выплаты, предусмотренные как в рамках ГПМУ, так и в рамках ПДЛП. В соответствии со статьей 41 Бюджетного кодекса Кыргызской Республики, средства ФОМС состоят из следующего [12]:

- ассигнования из республиканского бюджета, переданные в качестве средств на обязательное медицинское страхование;
- добровольные взносы юридических и физических лиц (в том числе иностранцев), которые не охвачены системой обязательного медицинского страхования, но решили присоединиться к ней;
- финансовые санкции за ненадлежащее исполнение договорных обязательств;
- гранты, полученные от международных организаций;
- пособия по социальному обеспечению;
- иные источники дохода, не нарушающие законодательство Кыргызской Республики (в том числе взносы на медицинское страхование, накапливаемые и перечисляемые из Социального фонда, а также доплаты и специальные средства, получаемые медицинскими организациями от населения за отдельные виды медицинских услуг).

Взносы на обязательное медицинское страхование составляют 2% от фонда заработной платы. Согласно закону «О ставках социальных взносов на государственное социальное страхование»¹⁰⁰, все работодатели делают выплаты в рамках общих социальных отчислений в размере 17,25% от доходов работников, из которых 15% отчисляется в пенсионный фонд, 2% в Фонд обязательного медицинского страхования и 0,25% в фонд здоровья работников. Неформальные работники должны осуществлять взносы в размере 1 722 сома (19 долларов США, т. е. около 1,6% от среднемесячного дохода) на добровольной основе, что было предусмотрено до внесения недавней поправки в закон¹⁰¹, которая сделала участие в программе обязательным для всех. Взносы ОМС собираются налоговой инспекцией и направляются в Социальный фонд¹⁰² (ВОЗ, 2021b). Социальный фонд несет ответственность за сбор взносов на медицинское страхование и их перечисление в Фонд обязательного медицинского страхования. В соответствии со статьей 38 Бюджетного кодекса Кыргызской Республики бюджет Социального фонда используется для финансирования ряда пособий по социальному обеспечению, включая медицинское страхование. Кроме того, правительство ежегодно вносит 400 миллионов киргизских сомов (4,5 миллиона долларов США) в пользу определенных категорий населения, которые участвуют в программе, не осуществляя взносов (Фонд обязательного медицинского страхования, 2018; 2019; 2020; 2021).

Бюджет ФОМС на 2022 г., утвержденный парламентом Кыргызстана, составляет 20,2 миллиарда сомов (235 миллионов долларов США), что эквивалентно примерно 3% ВВП (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022b). Это больше, чем бюджет ФОМС за 2021 г., который составил 226,6 миллиона долларов США (Фонд обязательного медицинского страхования, 2021). Согласно отчету ФОМС, в 2022 г. 79,7% всех бюджетных средств поступило из общего государственного бюджета. Взносы от работодателей составили 15%, в то время как специальные целевые средства, сооплаты и взносы от неформальных работников составили дополнительные 8% (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022b).

Относительно низкая доля взносов на обязательное медицинское страхование в финансировании ФОМС связана с наличием следующих факторов (Jacob_Akkazieva and Nabicht, 2018; Фонд обязательного медицинского страхования, 2022b):

- ГПМУ, как основная программа, управляемая ФОМС, функционирует полностью без взносов и финансируется из общего государственного бюджета за счет налогов;
- механизм взимания взносов слаб и стимулы делать взносы отсутствуют, включая сектор неформальной экономики.

⁹⁹ Бюджетный кодекс Кыргызской Республики № 59 от 16 мая 2016 г. [на русском языке]. Доступен по адресу: <https://cbd.minjust.gov.kg/111338?refId=1283684>

¹⁰⁰ Закон Кыргызской Республики от 24 января 2004 г. «О ставках страховых взносов на государственное социальное страхование». [на кыргызском языке]. Доступно по адресу: <https://cbd.minjust.gov.kg/1393/edition/1241100/kg>

¹⁰¹ Закон Кыргызской Республики № 72 от 29 марта 2023 г. «О внесении изменений в Закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» [на русском языке]. Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/112567/edition/1244819/ru>

¹⁰² В 2019 г. сбор социального налога был переведен из Социального фонда в Государственную налоговую службу в целях повышения эффективности и прозрачности (ВОЗ, 2021b).

Добровольное медицинское страхование в стране широкого распространения не получило. В стране действует более десяти частных страховых компаний, но добровольное медицинское страхование практикуют только крупные иностранные компании и предприятия, предоставляющие значительно более широкий спектр медицинских услуг, чем указано в ГПМУ, в том числе стоматологические услуги. Добровольное медицинское страхование ориентировано на частных поставщиков медицинских услуг и стоматологию (ВОЗ, 2020; ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2011).

Система управления

Существующая система социальной защиты здоровья в Кыргызстане опирается в первую очередь на следующие законодательные акты:

- Закон о медицинском страховании в Кыргызской Республике 1999 г.;
- Закон о системе Единого плательщика в Кыргызской Республике 2003 г.;
- Закон об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике 2004 г.;
- Закон об охране здоровья 2005 г.;
- Постановление Правительства Кыргызской Республики № 28 «Об утверждении Положения о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования» 2012 г.;
- Постановление Правительства Кыргызской Республики № 790 от 20 ноября 2015 г. «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью»;
- Постановление Кабинета Министров о Фонде обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики 2021 г.;
- другие соответствующие указы и приказы, изданные Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

В соответствии с Законом об охране здоровья 2005 г. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики несет основную ответственность за национальную политику в области здравоохранения, установление стандартов, разработку и реализацию программ в области здравоохранения, мониторинг и оценку состояния здоровья населения, регулирование и контроль деятельности частных и государственных поставщиков медицинских услуг, а также за работу по лицензированию (ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2011). Примечательно, что в дополнение к ФОМС министерство здравоохранения также выступает в качестве покупателя определенных медицинских услуг. Его бюджет в основном формируется за счет бюджетных ассигнований правительства и используется для закупки некоторых дорогостоящих (высокотехнологичных) услуг, определенных фармацевтических препаратов и дорогостоящего медицинского оборудования (ВОЗ, 2021b). Министерство здравоохранения также финансово поддерживает модернизацию инфраструктуры здравоохранения и финансирует учреждения здравоохранения, финансируемые из республиканского бюджета (ВОЗ, 2021b).

Будучи единым плательщиком медицинских услуг, ФОМС несет ответственность за интеграцию фондов здравоохранения и приобретение медицинских услуг в пользу населения (ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2011). До 2021 г. ФОМС функционировал как отдельный субъект при Правительстве Кыргызской Республики. Однако в 2021 г. ФОМС был передан в ведение министерства здравоохранения. Тем не менее он до сих пор продолжает распоряжаться независимым бюджетом и имеет мандат на накопление средств для нужд системы обязательного медицинского страхования (ВОЗ, 2020; ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2021).

Постановление 2021 г.¹⁰³ определяет цели, функции и обязательства ФОМС, а его бюджет регулируется Бюджетным кодексом Кыргызской Республики № 59 2016 г. (раздел V, глава 7). Председатель ФОМС назначается Председателем Кабинета Министров по представлению министерства

¹⁰³ Постановление Кабинета Министров Кыргызской Республики № 339 от 24 декабря 2021 г. «О Фонде обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики» [на кыргызском языке]. Доступно по адресу: <https://cbd.minjust.gov.kg/158827/edition/1250723/kg>

здравоохранения. ФОМС имеет 8 региональных отделений (территориальных управлений), которые помогают в администрировании деятельности ФОМС на региональном уровне.

В соответствии с Положением 2021 г., надзорным и консультативным органом Фонда ОМС является Совет директоров. Совет директоров состоит из директоров территориальных департаментов, руководителей департаментов ФОМС и обоих заместителей директоров ФОМС. Председателем Совета директоров является Председатель ФОМС. Совет директоров действует на основании положения, утвержденного Председателем ФОМС. В Совете директоров нет трехстороннего представительства или представителя профсоюзов. Однако с 2021 г. министерство здравоохранения самостоятельно осуществляет мониторинг деятельности Совета директоров, который раньше находился под надзором общественного совета.

Правовое обеспечение и право на получение услуг

ГПМУ доступен для всех граждан и иностранцев, обладающих либо временным, либо постоянным видом на жительство и документами, удостоверяющими личность, путем регистрации у семейных участковых врачей (СУВ) (ВОЗ, 2020; ВОЗ. Региональный офис для Европы, 2022). Регистрация в ОМС является обязательной для официальных работников и автоматической для ряда уязвимых групп. Работники формального сектора страхуются за счет регулярных взносов в Социальный фонд. Взносы в Социальный фонд также вносятся субъектами малого и среднего предпринимательства, фермерами и самозанятыми в рамках их обычных платежей в Налоговый департамент, которые перечисляются в Социальный фонд, обеспечивая их охват медицинским страхованием и ПДЛП. Если в течение года с момента последнего платежа по ОМС не будет произведена новая выплата, застрахованное лицо теряет право на ПДЛП и медицинскую страховку. С недавних пор регистрация в ОМС стала обязательной для всех граждан Кыргызстана, граждан государств – членов Евразийского экономического союза, иностранных граждан, лиц без гражданства, беженцев и лиц, ищущих убежища, что предусмотрено поправками к Закону «О медицинском страховании граждан в КР» 2023 г.

Следующие категории лиц покрываются программой ОМС без необходимости выплаты взносов. Они автоматически регистрируются и могут также получить доступ к ПДЛП (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты-а; ВОЗ, 2021b), [10], [17]:

- дети до 16 лет;
- пенсионеры;
- студенты государственных университетов, высших школ и колледжей в возрасте до 21 года;
- люди с ограниченными возможностями;
- лица, получающие выплаты социальной помощи.

Виды медицинской помощи

В согласии с соответствующим правовым актом¹⁰⁴, базовый ГПМУ предоставляет бесплатный доступ к следующим услугам без необходимости в сооплате:

- неотложная помощь (включая транспортировку);
- базовая первичная медико-санитарная помощь (включая консультации, профилактические медицинские услуги, 11 базовых лабораторных диагностик, базовое амбулаторное лечение и прочее);
- амбулаторная помощь специалиста по направлению (включая консультационные и диагностические услуги);
- услуги по иммунизации;
- лекарства для лечения некоторых заболеваний (диабет, гемофилия и туберкулез).

¹⁰⁴ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 790 от 20 ноября 2015 г. «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью» [на русском языке]. Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/98211/edition/1288278/ru>

Бесплатный доступ к полному набору амбулаторных и стационарных специализированных услуг гарантируется для определенных уязвимых категорий населения Кыргызстана, по направлению и в случае определенных заболеваний. Список освобожденных лиц указан в программе ГПМУ и включает 30 социальных категорий (например, беременные женщины, ветераны, инвалиды и пр.) и 17 заболеваний (таких как астма, туберкулез и диабет). Кроме того, уязвимые категории населения (в частности, инвалиды, пенсионеры старше 70 лет, люди за чертой бедности) два раза в год могут получать в соответствии с ГПМУ бесплатное (не требующее сооплаты) лечение в государственных больницах.

Профилактические услуги доступны для всех зарегистрированных лиц, они покрываются ГПМУ и предоставляются бесплатно в качестве базового пакета услуг первичной медицинской помощи. Профилактические услуги в основном определяются пакетом дородовых клиник для беременных женщин, детей в возрасте до 6 лет, включая вакцинацию и иммунизацию, а также ограниченным пакетом для взрослых для выявления рисков гипертонической болезни, ожирения и туберкулеза.

Кроме того, сниженные цены распространяются на лекарственные средства для амбулаторного лечения эпилепсии, гипертонии, бронхиальной астмы, шизофрении, аффективных расстройств различного происхождения и терминальной стадии рака. Кроме того, дети в возрасте до 6 лет также могут получить бесплатные медицинские услуги как в больницах, так и в системе ПМСП. Однако для получения некоторых видов бесплатной специализированной помощи необходимо зарегистрироваться у семейных врачей, так как требуется направление. Пациенты без регистрации должны сами оплачивать полную стоимость услуг (Абдуллаева А., 2022).

Размер сооплат может варьироваться в зависимости от уровня медицинского учреждения, статуса нуждаемости пациента и типа вмешательства (Jakab, Akkazieva and Habicht, 2018). Минимальный уровень участия в покрытии расходов установлен для пенсионеров в возрасте до 70 лет, соплата среднего уровня взимается с бенефициаров программы ОМС и максимальная соплата взимается с остального населения, а также с пациентов без направления лечащего врача, как это предусмотрено правовым актом 2015 г.

Доступ к другим услугам для лиц, не входящих в систему ОМС, возможен только при условии оплаты полной стоимости. Цены на услуги, предоставляемые в учреждениях, зарегистрированных в ФОМС, регулируются преискурантом, который устанавливается Министерством здравоохранения Кыргызской Республики по согласованию со Службой антимонопольного регулирования¹⁰⁵.

В рамках ПДПЛ бенефициары ОМС могут пройти необходимые лабораторные исследования и амбулаторные обследования бесплатно или со скидкой до 50%. Медицинская страховка также гарантирует льготы при госпитализации в стационар, где застрахованные пациенты осуществляют соплату среднего уровня (830 сомов, или 10 долларов США), а незастрахованные пациенты должны производить максимальную соплату (2650 сомов, или 30 долларов США). Максимальный уровень соплаты по госпитализации в стационар после поправок 2023 г. достиг уровня 8400 сомов, или 97 долларов США. Чтобы получить доступ к услугам ОМС, пациенты должны предъявить удостоверение личности, а также документ, подтверждающий их право на определенные привилегии (например, удостоверение пенсионера, студенческий билет и т. д.) и/или план ОМС. Для служащих привилегии ОМС подтверждаются непосредственно обращением к базе данных ФОМС, которая имеет тесную связь с базой данных выплат Социального фонда.

Обладая доступом к ПДЛП, бенефициар ОМС также может получить выбранные лекарства по сниженным ценам в аптеках, с которыми заключен договор. Цена снижается на эквивалент 50% от медианной оптовой цены. Чтобы воспользоваться этим преимуществом, пациенты должны иметь рецепт от врача первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время в число включенных в список фармацевтических препаратов входят 59 лекарственных препаратов (международных незапатентованных наименований) (Фоглер и др., 2019). Список соответствующих

¹⁰⁵ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 645 от 12 сентября 2012 г. «Об утверждении Положения о дополнительной оплате за медицинские услуги, оказываемые организациями здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий». Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/93070/edition/458521/kg>

лекарственных средств утверждается министерством здравоохранения¹⁰⁶ и постепенно расширяется, начиная с 2001 г., когда он введен в действие (первоначально он насчитывал всего 34 лекарства (Jakab, Akkazieva and Nabicht, 2018). ПДЛП включает в себя все лекарства, необходимые беременным женщинам, такие как фолиевая кислота, препараты железа, йодид калия и другие препараты, отпускаемые по сниженным ценам.

В рамках ГПМУ беременным женщинам, являющимся гражданками Кыргызской Республики, услуги здравоохранения, включая услуги профилактического и медицинского характера, предоставляются бесплатно. Роды во всех государственных больницах страны также являются бесплатными. Кроме того, все беременные женщины на амбулаторном уровне могут воспользоваться планом ОМС бесплатно и имеют право приобретать лекарства по сниженным ценам в рамках ПДЛП.

Услуги по долгосрочному уходу не включены в ГПМУ, но пенсионеры старше 70 лет два раза в год получают бесплатную больничную помощь. Однако основная часть долгосрочной помощи предоставляется неформально семьями или в больницах в качестве стационарной помощи из-за нехватки в стране специализированных учреждений долгосрочной помощи (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

В дополнение к этим программам медицинского обслуживания существуют некоторые гарантии обеспечения дохода в случае материнства. Оплачиваемый декретный отпуск предоставляется во время беременности (70 календарных дней) и в течение 56 дней после неосложненных родов. Декретный отпуск для женщин, проживающих в горных или отдаленных труднодоступных районах, составляет до 180 календарных дней. Официально работающие женщины, члены фермерских хозяйств и кооперативов, а также женщины, фигурирующие в списках безработных, имеют право на пособие по беременности и родам, финансируемое за счет собственных ресурсов работодателя в течение первых 10 дней декретного отпуска, а затем из общего/государственного бюджета. Пособие составляет 100% от среднего дневного заработка застрахованной за первые 10 рабочих дней отпуска (которые обязан оплатить работодатель), а затем 10 месяцев базовой ставки (1000 сомов/месяц) до 126 календарных дней до и после предполагаемой даты нормальных родов и до 140 дней в случае осложненных родов. Для безработных женщин, членов фермерских хозяйств и кооперативов пособия из государственного бюджета составляют 10-кратную базовую ставку (1000 сомов в месяц). Эта программа находится в ведении Министерства труда, социального обеспечения и миграции Кыргызской Республики (работодатель предоставляет данные с расчетным объемом выплат в министерство для дальнейшей выплаты непосредственного пособия). По данным Министерства труда, социального обеспечения и миграции Кыргызской Республики, в 2021 г. пособия по беременности и родам получали всего лишь 33 200 женщин, что свидетельствует о низком охвате женского населения (MOT, 2023b).

Оказание медицинской помощи и услуг

Медицинские услуги в рамках трех программ, управляемых ФОМС, предоставляются через сеть поставщиков медицинских услуг, в которую входят как государственные, так и частные организации. По информации ФОМС, в стране насчитывается 145 государственных медицинских учреждений, предоставляющих услуги в рамках ГПМУ, в том числе 54 больницы, 60 центров общей медицины, 18 центров семейной медицины, 13 стоматологических клиник и 32 частных медицинских центра, которые предоставляют исключительно услуги по гемодиализу (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты-в). Другие частные медицинские учреждения услуг в рамках ГПМУ не предоставляют. Договор с Фондом ОМС на поставку лекарственных средств по программе ПДЛП заключили всего 994 аптеки (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты-d).

Семейные врачи и семейные медсестры оказывают профилактические услуги на уровне ПМСП. Услуги ПМСП предоставляются только государственными центрами семейной медицины или центрами общей практики (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). ФОМС заключает

¹⁰⁶ Список лекарственных средств, отвечающих критериям, утвержденный министерством здравоохранения: <http://foms.kg/uploads/files/lecobespechenieFebruary2022.pdf>

контракты с поставщиками медицинских услуг на разных уровнях для обеспечения предоставления отдельных медицинских услуг, охватываемых ГПМУ (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты-е). Контракты обновляются каждый год и определяют размер оплаты за ожидаемый объем услуг, а также условия возмещения в случае отклонения реального объема услуг от прогнозов. Для обеспечения большей управленческой и финансовой автономии поставщиков услуг вместо постатейных бюджетов используются консолидированные бюджеты (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). С 2008 г. контракты с провайдерами также включают некоторые показатели эффективности для обеспечения более высокого качества услуг (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011).

Контракты на предоставление медицинских услуг находятся в ведении территориальных департаментов ФОМС – в настоящее время примерно 150 контрактов между ФОМС и поставщиками медицинских услуг. ФОМС использует 9 различных форм договоров, в зависимости от специфики услуги и типа медицинского учреждения. Контракты возобновляются ежегодно после утверждения бюджета (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты-е).

Механизмы закупок призваны стимулировать эффективную работу организаций здравоохранения. Плата за первичное медико-санитарное обслуживание, как правило, основывается на подушевой ставке, а за больничное обслуживание – в зависимости от каждого конкретного случая. Ставки оплаты унифицированы, но включают в себя поправки на географическое положение и уровень самого медицинского учреждения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022). В национальных центрах ставки оплаты на 15–20% больше, чем в городских или областных больницах¹⁰⁷.

Несмотря на то, что Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» позволяет ФОМС заключать договоры с частными учреждениями на оказание медицинских услуг в рамках ГПМУ, существующие финансовые ограничения сокращают его возможности взаимодействовать с частными учреждениями из-за риска высоких затрат, связанных с такими партнерствами. До сих пор частный сектор представлен в основном аптеками и частными врачами, а также немногими медицинскими учреждениями, расположенными в основном в двух крупнейших городах – Бишкеке и Оше. Частные медицинские услуги предоставляются главным образом в акушерских/родильных домах, кардиологических и стоматологических службах и в основном расположены в городах. Они находятся в ведении добровольных страховых компаний, а не ФОМС (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022; ВОЗ, 2020).

Среди проблем, выявленных в связи с существующими соглашениями о закупках и оплате, следует отметить отсутствие системного сбора данных и анализа использования услуг, а также отсутствие механизмов контроля объемов оказываемых услуг на уровне больниц, что часто приводит к чрезмерным незапланированным расходам на больничные услуги, в то время как система первичного медико-санитарного обслуживания остается недофинансированной. В 2019 г. расходы ФОМС на первичную медико-санитарную помощь составили чуть более 35% от общего объема расходов, в то время как на стационарную помощь пришлось более 58% расходов (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022; Фонд обязательного медицинского страхования, 2020а).

¹⁰⁷ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 300 от 13 июня 2008 г. «Об оптимизации методов финансирования здравоохранения в системе единого плательщика». Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/7-12834/edition/374918/ru>

► 4. Результаты

Охват

Охват ГПМУ является практически всеобщим, в то время как численность населения, застрахованного по ОМС, увеличилась с 69% населения (4,1 миллиона) в 2019 г. до 71,1% (4,7 миллиона) в 2022 г. и до 73,5% (4,9 миллиона) в 2023 году (Фонд обязательного медицинского страхования 2022с; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022; Фонд обязательного медицинского страхования, 2023b). Дети до 16 лет, пенсионеры и другие социально уязвимые группы, взносы которых уплачивает государство, составляют почти половину застрахованных в 2019 г. Доля застрахованных формальных работников в процентах от застрахованных немного снизилась – от 19,2% в 2015 г. до 15,4% в 2019 г. Доля фермеров среди застрахованных также снизилась за этот период – от 14,2% до 12,5%. Относительно уменьшилось количество людей, добровольно приобретших полис ОМС – с 0,9% до 0,1% (Damira J and Apyshvna S, 2020).

В 2020 г. в Кыргызстане находилось около 199 тыс. мигрантов, в том же году – 334 беженца и 343 просителя убежища (ДЭСВ ООН, 2020). Доступ мигрантов зависит от наличия у них необходимых документов, так как для регистрации в ГПМУ требуется временный вид на жительство и основные документы, удостоверяющие личность (Gjørven, 2013). Кроме того, иностранные граждане, официально работающие в Кыргызстане и уплачивающие все налоги и страховые взносы, становятся застрахованными и имеют доступ к базовому пакету услуг первичной медико-санитарной помощи, полному перечню стационарных и амбулаторных услуг бесплатно или со средней доплатой в рамках ГПМУ, а также им гарантируется право на приобретение лекарств по сниженным ценам в рамках ПДЛП. Иностранцы граждане, не работающие в Кыргызстане, могут приобрести полисы обязательного медицинского страхования сроком на шесть месяцев или один год, что дает им такой же доступ к ГПМУ и ПДЛП, как и застрахованным гражданам Кыргызстана. Иностранцы граждане, даже если они не делают взносов, имеют бесплатный доступ к экстренной медицинской помощи. Присоединение к системе осуществляется в течение пяти дней после приобретения полиса обязательного медицинского страхования (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты). Медицинские услуги, предоставляемые иностранным гражданам, не застрахованным по ОМС, являются платными в соответствии с постановлением о медицинских услугах иностранным гражданам¹⁰⁸.

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Внедрение как программ ГПМУ, так и ОМС способствовало снижению финансовых рисков, связанных с доступом к медицинским услугам, однако сохраняются значительные пробелы в финансовой защите. Несмотря на некоторые доплаты, ГПМУ предоставляет большинство услуг бесплатно на уровне первичной медико-санитарной помощи, а программа ОМС обеспечивает степень финансовой защиты, которая превышает таковую в большинстве других стран с аналогичным уровнем ВВП. Однако расходы из собственных средств высоки и составляют 45,9% от ТРЗ в 2020 г. (ВОЗ, 2021a). Более одного из десяти человек сталкиваются с риском катастрофических расходов на здравоохранение, что непропорционально влияет на уязвимые и бедные категории населения.

В 2014 г. две трети домохозяйств, которые столкнулись с катастрофическими расходами на здравоохранение, относились к беднейшему квинтилю (Jakab, Akkazieva, and Habicht 2018). Более того, недостаточное финансирование системы здравоохранения создало препятствия для того, чтобы сделать пакет ГПМУ более всеобъемлющим и отвечающим потребностям населения в области здравоохранения. Несмотря на недавнее увеличение бюджета здравоохранения, подушевые выплаты на ПМСП за последние пять лет существенно не увеличились. Это связано с тем, что все дополнительные средства, выделенные в бюджет ФОМС, были предоставлены

¹⁰⁸ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 346 от 15 июня 2000 г. «О медицинском обслуживании иностранных граждан» [на кыргызском языке]. Доступно по ссылке: <https://cbd.minjust.gov.kg/7402/edition/1286062/kg>

на целевые задачи, такие как повышение заработной платы медицинским работникам или выплата пособий за вред, причиненный здоровью при работе в чрезвычайных ситуациях во время пандемии COVID-19 (ВОЗ, 2021b). Государственные взносы на медицинское страхование уязвимых слоев населения сохранились на уровне 400 млн сомов (4,5 млн долларов США) в год (Фонд обязательного медицинского страхования, 2018; 2019; 2020; 2021; 2021b).

В рамках пакета ПДЛП сооплата обычно составляет более 50% от стоимости лекарств, поскольку ФОМС субсидирует только 50% оптовой цены, которая, как правило, ниже розничной (Tilekeyev, 2021). Стоимость лекарств неизменно является основным фактором расходов на оплату труда, составляя более 60% от общего объема расходов на оплату труда в 2014 г. (Jakab, Akkazieva, and Nabicht, 2018). Список лекарств, разрешенных к назначению и продаже в рамках программы ПДЛП¹⁰⁹, включает 300 амбулаторных лекарственных средств (или 59 международных непатентованных наименований (МНН), активных веществ), утвержденных приказом министерства здравоохранения в 2023 г. (Фонд обязательного медицинского страхования, 2023b; USAID, 2021). Расходы населения на лекарства остаются основной статьей расходов и основной причиной катастрофических расходов на здравоохранение. Большинство платежей из собственных средств связаны с амбулаторными лекарствами. Сумма, потраченная на амбулаторные лекарства на человека, более чем удвоилась в период с 2006 по 2014 г. (Vogler S et al., 2019; Jakab, Akkazieva, and Nabicht, 2018). В 2014 г. собственные выплаты среди домохозяйств с катастрофическими расходами составили 60% на амбулаторные лекарства, за которыми следовали амбулаторная помощь, стационарная помощь, диагностические тесты и в меньшей степени стоматологическая помощь (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019a). Это может быть связано с небольшой долей бюджета ПДЛП в общем бюджете ФОМС. В 2023 г. объем средств, выделенных на ПДЛП, увеличился на 68,2%, но все же его доля в бюджете ФОМС сократилась на 0,3% по сравнению с 2018 г. (Таблица 12).

► **Таблица 12. Бюджет ПДЛП (пакета дополнительных лекарственных препаратов) Кыргызстана, 2018–2023 гг.**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Бюджет ФОМС (млн сомов)	14 579,4	15 234,8	17 137,2	19 544,1	24 677,5	28 770,8
Бюджет дополнительной программы по лекарственным средствам ОМС (млн сомов)	319,2	334,4	356,6	346,8	431,2	536,8
Бюджет дополнительной программы ОМС по лекарственным средствам как доля бюджета ФОМС (%)	2,2%	2,2%	2,1%	1,8%	1,7%	1,9%

Источник: данные Фонда обязательного медицинского страхования (2018; 2019; 2020; 2021; 2022a).

Перечень лекарственных средств, возмещаемых в рамках ПДЛП устарел и не пересматривался с 2018 г. Это приводит к тому, что пациентам назначают современные лекарства, которых нет в списках ПДЛП, и которые они вынуждены покупать по полной цене. Это говорит о том, что,

¹⁰⁹ Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 279 от 14 марта 2023 г. «Об утверждении Перечня и размера возмещения стоимости лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительному лекарственному пакету и Программе государственных гарантий льгот на амбулаторном уровне» [на кыргызском языке]. Доступен по ссылке: <https://foms.kg/prikazy/>

хотя пациенты имеют право на дополнительные льготы в соответствии с ПДЛП, они сталкиваются со многими трудностями при получении этих льгот из-за отсутствия установленных критериев, которыми должны руководствоваться врачи первичной медико-санитарной помощи при принятии решений относительно предоставления препаратов ПДЛП, а также их мониторинга (Группа Всемирного банка, 2021; Jakob, Akkazieva, and Habicht, 2018).

Кроме того, все аптеки и компании, занимающиеся распространением лекарственных средств являются частными. Их деятельность лицензирована министерством здравоохранения. НДС на лекарственные средства был отменен в 2001 г.¹¹⁰ Но отсутствие или недостаточный контроль цен приводит к дороговизне лекарств, что сказывается на размере платежей из собственных средств населения. В 2019 г. министерство здравоохранения внесло системные изменения в управление обращением и поставками лекарственных средств и ввело временный лимит розничных цен на 56 наименований лекарственных средств (международные незапатентованные наименования – МНН), входящих в дополнительный пакет ПДЛП. Процесс контроля цен был приостановлен в 2020–2022 гг. из-за пандемии COVID-19, но возобновился в 2023 г.¹¹¹

Степень адекватности доступных пакетов медицинских услуг также вызывает сомнения. Неинфекционные заболевания (НИЗ) все чаще становятся основной причиной смертности в стране. Доля смертности от НИЗ в Кыргызстане выросла с 73,6% в 2000 г. до 82% в 2019 г. (Всемирный банк, 2019а). Однако пакет услуг и соответствующее распределение ресурсов никак не пересматриваются в соответствии с этой тенденцией. Многие приоритетные медицинские услуги (определяемые в соответствии с текущим бременем заболеваний) не включены в ГПМУ (ВОЗ, 2021b; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021). В частности, растущее бремя НИЗ [34] порождает спрос на амбулаторные услуги, направленные на профилактику и лечение хронических заболеваний, в том числе с помощью экономичных лекарств (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017). Однако большинство амбулаторных услуг и лекарств не включены в ГПМУ. ПДЛП, хотя и предлагает расширенный набор льгот, требует значительных сооплат, тем самым ограничивая доступность этих услуг (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021). Аналогичным образом люди старше 70 лет имеют бесплатный доступ к стационарному лечению, но количество сердечно-сосудистых заболеваний, включая острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения у относительно молодых людей до 49 лет растет с каждым годом (в 2019 – 34%, а в 2022 – 35,6% на 100 тыс. населения), и люди этого возраста не имеют права на получение бесплатных специализированных медицинских услуг.

Следует отметить, что дорогостоящие и высокотехнологичные медицинские услуги оплачиваются пациентами из собственного кармана. При министерстве здравоохранения формируется высокотехнологичный фонд, который используется в основном для закупки лекарств, медикаментов и медицинских приборов для пациентов с сахарным диабетом, ВИЧ, ОИМ и ЦВБ; химиотерапевтических препаратов для пациентов с онкологией; иммуносупрессивных препаратов для пациентов, перенесших трансплантацию (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). С 2023 г. расходы населения на лекарственные препараты для пациентов с гепатитом В и С включены в пакет ГПМУ, в то время как амбулаторная реабилитация предоставляется бесплатно для уязвимых слоев населения с льготным лечением в рамках ГПМУ или со скидкой 50% для тех, кто застрахован по ОМС (Фонд обязательного медицинского страхования, 2023g). То, что получает минимальное государственное финансирование только один реабилитационный центр (Фонд обязательного медицинского страхования, 2023с), указывает на необходимость оплаты таких услуг из своего кармана.

Устойчивая практика неформальных платежей также способствует высокому уровню расходов из собственных средств населения. По данным опроса, около 29% всех пациентов признались в том, что они осуществляли неофициальные платежи медицинскому персоналу (Фонд обязательного медицинского страхования, 2023с). Пациенты используют неофициальные платежи для обхода формальных процедур и/или требований и для стимулирования медицинских работников

¹¹⁰ Статья 268 Налогового кодекса Кыргызской Республики № 3 от 18 января 2022 г. [11-Tax-Code-of-the-Kyrgyz-Republic-unofficial-translation.pdf](https://invest.gov.kg/11-Tax-Code-of-the-Kyrgyz-Republic-unofficial-translation.pdf) (invest.gov.kg)

¹¹¹ Постановление Кабинета Министров Кыргызской Республики № 292 от 31 мая 2023 г. «Об утверждении правил регулирования цен на лекарственные средства в Кыргызской Республике» [на кыргызском языке]. Доступно по адресу: [Постановление Правила регулирования цен \(1\).pdf](https://pharm.kg/Постановление_Правила_регулирования_цен_(1).pdf) (pharm.kg)

к предоставлению более качественных услуг. Неофициальные платежи используются как для приобретения лекарств, так и для лечения (чаще всего стационарная помощь в больнице). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что неформальные платежи и другие расходы из собственного кармана налагают особо весомое финансовое бремя на домохозяйства с низкими доходами, поскольку на такие платежи приходится большая доля доходов таких бедных домохозяйств (Jakab, Akkaziya, and Nabicht, 2018).

И, наконец, практически все учреждения общественного здравоохранения, как и любые другие общественные организации и учреждения, располагаются в областных центрах или городах. Общественный транспорт имеется только в центральных городах страны. Остальные транспортные услуги предоставляются лишь частными компаниями. Отсутствие общественного транспорта в сельской местности приводит к дополнительным расходам населения на транспорт (Всемирный банк, 2020; ОЭСР, 2019).

Удовлетворение потребностей населения

Наличие и доступность

В Кыргызстане на возможности равного доступа к медицинским услугам негативно влияют значительные различия в качестве медицинских услуг, предоставляемых населению, в зависимости от места проживания и принадлежности к различным социальным группам. Например, смертность среди детей до 5 лет в когорте наиболее беднейших 40% населения более чем на 50% выше по сравнению с 60% более обеспеченного населения, составляя 37,4 и 24,0 смертей на 1000 живорождений соответственно (Программа обзора демографии и здравоохранения, 2013).

За последние два десятилетия достигнут значительный прогресс в охвате населения и использовании медицинских услуг. В период с 2000 по 2019 г. по оценкам ВОЗ индекс охвата всеобщим медицинским обслуживанием в Кыргызстане увеличился от 52 до 70 (ВОЗ, 2021с). Согласно данным Многоцелевого кластерного обследования за 2018 г. квалифицированное родовспоможение оказывается 100% рожениц. Тем не менее наблюдается значительное неравенство, в том числе между сельскими и городскими районами, а также между различными регионами. Например, показатели вакцинации детей среди сельского и городского населения отличаются: в 2018 г. процент детей в возрасте 12–23 месяцев, вакцинированных против предотвратимых заболеваний (основных антигенов) в любое время до обследования, составлял 67% в городских районах и 81% в сельских районах (МКО, 2018). Это означает, что в целом городские дети в меньшей степени охвачены иммунизацией (Национальный статистический комитет Кыргызской Республики и УНИСЕФ, 2019).

Несмотря на все эти проблемы, наблюдается увеличение пользования услугами, предоставляемыми в рамках ГПМУ. В период с 2016 по 2022 г. объем амбулаторных услуг ГПМУ существенно увеличился с 875 215 до 942 997 пролеченных случаев в 2022 г. Более 65% пациентов – это дети до 18 лет (39,7%), беременные женщины и роженицы (19,7%) и другие уязвимые группы. В рамках ГПМУ эти уязвимые группы в качестве застрахованных лиц получали амбулаторные услуги бесплатно или с ограниченным уровнем сооплаты (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022с).

Однако в то же время количество посещений пациентами учреждений первичной медико-санитарной помощи сократилось с 10,7 миллиона в 2016 г. до 8,2 миллиона в 2021 г. (Электронный центр здравоохранения, без даты). Снизилось и количество контрактов ФОМС с поставщиками медицинских услуг – с 260 до 145. Такое снижение вызвано процессами оптимизации (слиянием мелких поставщиков) учреждений медицинских услуг и выпадением некоторых из них (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022с).

На доступности медицинских услуг сказываются региональные различия. Кыргызстан имеет низкую плотность населения и сложную географию, характеризующуюся множеством горных регионов и естественными барьерами, что усложняет предоставление услуг жителям отдаленных поселений (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011). В настоящее время лишь около одной трети населения Кыргызстана проживает в городах, в то время как остальные две трети проживают в сельской местности (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022с).

Поэтому распределение медицинских учреждений между сельскими и городскими районами является непропорциональным. Согласно информации ФОМС, в Кыргызстане насчитывается 145 медицинских учреждений, которые предоставляют медицинские услуги в рамках ГПМУ; однако почти 25,5% этих учреждений (37) расположены в столице (Фонд обязательного медицинского страхования, без даты). С другой стороны, 149 сел страны (8%) вовсе лишены аптек и аптечных пунктов, и людям приходится ехать за лекарствами в областной центр. К сожалению, все эти села расположены в отдаленных регионах страны. Проблема сокращения неравноправия территориального распределения и повышения качества услуг в сельских районах становится из года в год все актуальнее, поскольку население страны, по прогнозам, будет продолжать расти до 2050 г., оставаясь при этом в основном сельским (Tilekeyev, 2021).

Медицинские работники также распределены между сельскими и городскими районами очень неравномерно, что создает дисбаланс в доступности услуг. Обычно самые опытные врачи работают в городах. Многие квалифицированные медицинские работники покидают государственные больницы и переходят в частные клиники, которые, как правило, имеются только в городе. Как следствие, сельские общины страдают от нехватки квалифицированного медицинского персонала (ВОЗ, 2019). Из-за нехватки квалифицированных специалистов и низкого качества медицинской помощи в регионах 45% госпитализаций приходится на два крупнейших города – Бишкек и Ош. Это также приводит к дополнительным расходам на транспорт и проживание пациентов (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022с).

Кроме того, существует общий дефицит квалифицированных медицинских работников. Одним из последствий недостаточного финансирования здравоохранения в Кыргызстане является низкая заработная плата в секторе здравоохранения. Из-за неадекватного вознаграждения и большой нагрузки желающих работать врачами или медсестрами хронически не хватает (Всемирный банк, 2019b). Многие квалифицированные специалисты покидают страну в поисках работы за рубежом, что еще более усугубляет проблему нехватки медицинских кадров. Недавнее повышение зарплат медицинским работникам в 2021–2022 гг. не смогло решить проблему с нехваткой врачей, особенно в регионах. В среднем зарплата врача составляет 24 тыс. сомов (280 долларов США), тогда как раньше она составляла всего 12 тыс. сомов (150 долларов США) (Azernews, 2024; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

Хотя правительство приняло ряд мер в рамках реформ здравоохранения по модернизации медицинской инфраструктуры, медицинские учреждения в сельских районах сталкиваются с проблемами технического обслуживания (Всемирный банк, 2019b). Для повышения доступности медицинских услуг в регионах в 2022 г. министерство здравоохранения закупило во все регионы по одному КТ-сканеру и рентгеновскому аппарату, которые ранее были доступны только в частных медицинских центрах. Население теперь может получить диагностические услуги, не выезжая в столицу и по более доступной цене. Однако такого рода усилия должны идти рука об руку с повышением квалификации персонала. Поставка в регионы компьютерных томографов потребовала обеспечить обучение кадров для работы на этом оборудовании, а таких кадров в регионах не хватает. Кроме того, в условиях отсутствия стабильного доступа к некоторым основным ресурсам, таким как вода или электричество, установка более эффективного и современного медицинского оборудования становится невозможной (MOT, 2020).



© МОТ/Пирогов В.

Качество и приемлемость

В стране действует система государственного лицензирования медицинских услуг. Все частные организации должны получить лицензию на определенный вид медицинских услуг от министерства здравоохранения. Лицензия является бессрочной¹¹².

Учреждения общественного здравоохранения осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом министерства здравоохранения. Лицензия им не выдается, но они должны быть аккредитованы независимой Медицинской аккредитационной комиссией (МАК) раз в три года. Аккредитация оплачивается как частными, так и государственными поставщиками медицинских услуг. Если частный медицинский центр желает предоставлять услуги в рамках ГПМУ и заключить договор с ФОМС, он также должен пройти аккредитацию.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики разработало и утвердило более 700 клинических руководств и протоколов, определяющих стандарты оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. Все клинические протоколы и руководства основаны на доказательной медицине (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018). Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) в Кыргызстане не развита. «Центр развития здравоохранения» был переименован в «Центр развития здравоохранения и медицинских технологий». Он призван проводить ОТЗ, но эта работа все еще находится в зачаточном состоянии (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

Контроль качества медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями, осуществляется министерством здравоохранения, а также организациями, осуществляющими в соответствии с их уставной деятельностью защиту прав пациентов¹¹³. Контроль деятельности физических и юридических лиц, занимающихся частной медицинской или фармацевтической деятельностью, осуществляется в соответствии с законодательством Кыргызской Республики об инспектировании хозяйствующих субъектов. Контроль качества медицинских услуг в учреждениях здравоохранения осуществляет ФОМС.

¹¹² Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 25 марта 2013 г. «О порядке осуществления лицензирования частной медицинской практики в Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики». Доступен по ссылке: <https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=61516>

¹¹³ Глава 14 Закона Кыргызской Республики № 6 от 9 января 2005 г. «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

Система контроля качества ФОМС включает в себя следующих два метода: экспертиза/анализ медицинской документации для стационарного лечения – два раза в год; оценка качества системы здравоохранения с использованием специальной разработанной сбалансированной системы показателей – два раза в год (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022).

Экспертиза медицинской документации проводится только в специализированных больницах (противотуберкулезных, психиатрических, онкологических и др.) и национальных центрах, предоставляющих медицинские услуги высокого уровня. С 2000 по 2018 г. ФОМС применял штрафные санкции к медицинским учреждениям за некачественное оказание услуг. С 2018 г. штрафы прекратились. ФОМС перешел на систему поощрительной оценки медицинских учреждений. По результатам оценки сбалансированной системы показателей поставщикам медицинских услуг были предоставлены дополнительные финансовые стимулы в размере до 3% от имеющегося бюджета. С 2020 г. ввиду недостатка бюджетных средств стимулирующие выплаты со стороны ФОМС более не осуществляются (Mukuria-Ashe et al., 2022; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018). Однако контроль качества проводится каждые шесть месяцев. Оценка качества медицинской помощи с использованием сбалансированной системы показателей проводится во всех учреждениях ПМСП и больницах (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023, 2022). Однако качество услуг продолжает быть проблематичным, особенно на уровне ПМСП. В стране существует более 690 групп семейных практикующих врачей, но из-за низкого уровня качества услуг ПМСП население вынуждено получать медицинские услуги на региональном и национальном уровне (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023, 2022). Обращение за амбулаторно-поликлинической помощью на региональном или национальном уровне осуществляется на платной основе, что также повышает уровень платежей из собственных средств населения.

Согласно исследованию, проведенному в 2010 г., удовлетворенность населения медицинскими услугами снизилась в период с 2001 по 2010 г. – с 52% до 47% (Footman et al., 2013). Среди основных проблем – неравенство между городскими и сельскими районами и недостаточная финансовая защищенность. Людям из сельских районов трудно оплачивать свои медицинские расходы, и они вынуждены либо использовать свои сбережения, либо занимать деньги у родственников.

Кроме того, сохраняется проблема недостаточной осведомленности. Опросы пациентов показывают, что многие пациенты не знают о некоторых привилегиях, на которые они имеют право в рамках ОМС (Фонд обязательного медицинского страхования, 2022с). В связи с этим ФОМС начал масштабную работу по повышению страховой грамотности среди населения и медицинских работников. Для этих целей были сняты разъясняющие видеоролики, которые широко транслируются в средствах массовой информации, на телевидении и по радио. В каждой медицинской организации размещены качественные стенды с информацией в доступной для населения форме. Данная работа проводится под непосредственным руководством Правительства Кыргызской Республики и министра здравоохранения.

► 5. Направление дальнейших действий

В 2021 г. руководство страны приступило к масштабному пересмотру нормативно-правовых актов, в том числе в сфере здравоохранения. Это показало, что существует острая необходимость в пересмотре постановлений о ГПМУ и регулировании платежей для обеспечения финансовой устойчивости, хорошего соотношения цены и качества, усиления финансовой защищенности и обеспечения равноправия населения. Последние поправки к закону, которые предписывают включение всего населения в программу ОМС, могут стать шагом в этом направлении. Может потребоваться улучшение соответствия для обеспечения эффективной уплаты работодателями взносов в социальные фонды, а также выявление дополнительных государственных источников финансирования (Дамира и Апышева, 2020).

Необходимы более систематические или основанные на доказательных данных процедуры обзора и пересмотра списков медицинских услуг и лекарств, которые должны быть включены в ГПМУ. Также крайне важно закрепить достигнутые результаты и эффективно расширить программу ОМС на всех. Дополнительное внимание также необходимо уделять негражданам.

Правительство признает существование этих проблем в системе здравоохранения и взяло на себя стратегическое обязательство предпринять дальнейшие шаги по ее реорганизации и укреплению. 12-летняя стратегия в области здравоохранения на 2019–2030 гг. «Здоровый человек –

процветающая страна»¹¹⁴ ставит перед собой цели повышения доступности основных медицинских услуг, улучшения первичной медико-санитарной помощи и расширения охвата механизмами финансовой защиты. Из-за пандемии COVID-19 осуществление этой программы было приостановлено, однако с 2022 г. министерство здравоохранения по побуждению ВОЗ вновь возобновило ее осуществление.

Для достижения целей, определяемых 12-летней стратегией в области здравоохранения, и укрепления охраны здоровья населения следует принять следующие меры:

- Необходимо продолжать укреплять систему оказания медицинских услуг и оптимизировать распределение ресурсов, продолжая увеличивать число активных вкладчиков ОМС. Внедрение более совершенных механизмов мониторинга и сбора данных может способствовать модернизации системы обязательного медицинского страхования в интересах населения.
- Следует улучшить финансирование приоритетных медицинских услуг и здравоохранения в целом. В рамках этих усилий важно увеличить долю взносов ОМС (платежи по программе ОМС и в Социальный фонд) в общем бюджете ФОМС. Необходимо эффективнее внедрять систему ОМС и вовлекать в нее население. Кроме того, следует укрепить финансирование первичных и амбулаторных услуг на базовом уровне.
- Необходимо укрепить ресурсную базу и потенциал системы здравоохранения путем улучшения доступности услуг и инфраструктуры, особенно в сельских районах.
- Следует повысить доступность лекарственных средств за счет расширения перечня льготных лекарственных средств и лучшего регулирования выписки рецептов и цен на лекарственные средства.

► 6. Основные выводы

- Стране удалось обеспечить почти всеобщее покрытие населения базовым пакетом медицинских услуг с помощью программы ГПМУ, которой управляет центральное учреждение (ФОМС), отвечающее за объединение финансирования и оплату поставщиков. Несмотря на достигнутый прогресс, остаются проблемы в том, что касается предоставления более высоких уровней пособий по программам ОМС и ПДЛП для всего населения.
- Благодаря реформам, сопровождавшим введение медицинского страхования, Кыргызстан добился заметных улучшений в сфере здравоохранения, расширив масштабы, охват и использование медицинских услуг, одновременно обеспечив диверсификацию и разнообразие источников финансирования. В период с 2000 по 2019 г. средняя продолжительность жизни увеличилась на три года, и произошло существенное снижение заболеваемости туберкулезом и детской смертности (ВОЗ, 2019а).
- Однако, пакет ГПМУ, описание которого приводится в различных юридических документах, достаточно запутан и сложен для понимания непрофессионалов. Так, даже в рамках первичной медико-санитарной помощи некоторые услуги бесплатны для всего населения, в то время как другие требуют оплаты определенными группами населения. Что касается стационарного лечения, то некоторые группы пользуются неограниченными льготами, в то время как в отношении других действуют ограничения. Дополнительные правила применимы к программам ГПМУ и ПДЛП по отдельности, что, конечно же, еще более усложняет возможности понимания со стороны бенефициаров.
- Необходимо укрепить ПМСП и привести объем финансирования в соответствие с приоритетностью этой сферы, ибо в противном случае слабая инфраструктура и ограниченные возможности семейных врачей вынуждают пациентов обращаться в амбулаторные отделения больниц, что приводит к функциональному дублированию структур и увеличению расходов пациентов.
- Предоставление некоторых высокоприоритетных услуг (первичная помощь, медикаменты) по-прежнему финансируется недостаточно, и люди слишком часто вынуждены прибегать к больничным услугам. К числу основных нерешенных проблем относятся также высокие расходы на оплату приоритетных услуг из собственных средств населения, недостаточное развитие первичной медико-санитарной помощи и значительные проблемы в доступности услуг в сельских районах.

¹¹⁴ Постановление Правительства Кыргызской Республики № 600 от 20 декабря 2018 г. «О Программе Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 гг. «Здоровый человек – процветающая страна» [на кыргызском языке]. Доступно по адресу: <https://www.gov.kg/ky/npa/s/222>

Библиография

- Abdullaeva A. 2022. "Free Healthcare Services in Kyrgyzstan: What Can Citizens Count On?" *Central Asian Bureau for Analytical Reporting*. Доступно по ссылке: <https://cabar.asia/en/free-healthcare-services-in-kyrgyzstan-what-can-citizens-count-on#:~:text=If%20I%20work%20and%20pay,the%20Programme%20of%20State%20Guarantees>.
- Amnesty International. 2021. *Beyond the Call of Duty: The Rights of Health Workers in Kyrgyzstan*. <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/05/EUR5830592020ENGLISH.pdf>.
- Azernews. 2023. "Kyrgyzstan's Authorities Promise to Raise Salaries of Doctors to 50,000 Soms", *Azernews*, 29 June 2023. Доступно по ссылке: <https://www.azernews.az/region/211711.html#:~:text=%C2%ABFrom%20April%201%2C%202021%2C,an%20average%20of%2050%20percent>
- Damira, J. and Apyshevna, S. 2020. "Modernization of Health Care Financing in Kyrgyzstan." *Reforma* 3 (87): 64–76. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1461354>
- E-Health Center. n.d. *E-Health Center Reports- Public Health and Activities of Health Care Organizations of the Kyrgyz Republic* [available in Kyrgyz]. <https://cez.med.kg/%d0%b7%d0%b4%d0%be%d1%80%d0%be%d0%b2%d1%8c%d0%b5-%d0%bd%d0%b0%d1%81%d0%b5%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%b8%d1%8f-%d0%b8-%d0%b4%d0%b5%d1%8f%d1%82%d0%b5%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d1%81%d1%82%d1%8c-%d0%be%d0%b7/>
- Footman, Katharine, Bayard Roberts, Anne Mills, Erica Richardson and Martin McKee. 2013. "Public Satisfaction as a Measure of Health System Performance: A Study of Nine Countries in the Former Soviet Union." *Health Policy* 112 (1): 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.004>
- Gjørven, Guro. 2013. "Decentralisation and Participatory Development in Kyrgyzstan: The Dual Role of Continued and Reconfigured Institutions." Master thesis. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/37088>
- Government of Kyrgyzstan. 2012. *Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012-2016*. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country_docs/Kyrgyzstan/nhp_kyrgyzstan.pdf
- . 2018. *National Development Strategy of the Kyrgyz Republic for 2018-2040*. [https://policy.thinkbluedata.com/sites/default/files/National%20Development%20Strategy%20of%20the%20Kyrgyz%20Republic%20for%202018-2040%20\(EN\).pdf](https://policy.thinkbluedata.com/sites/default/files/National%20Development%20Strategy%20of%20the%20Kyrgyz%20Republic%20for%202018-2040%20(EN).pdf)
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2024. "Global Burden of Disease- Death Rate from Cardiovascular Diseases in 15- to 49-Year Olds - Kyrgyzstan", доступно по ссылке: <https://ourworldindata.org/grapher/death-rate-from-cardiovascular-disease-for-15--to-49-year-olds?t=ab=chart&country=KGZ#sources-and-processing>
- ILO. 2020. "Employment by Sex and Economic Activity - ILO Modelled Estimates", ILOSTAT database. Доступно по ссылке: <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/ilo-modelled-estimates/>. Accessed 12 September 2023.
- . 2022. "ILOSTAT Explorer", доступно по ссылке: <https://rshiny.ilo.org/dataexplorer0/>
- . 2023a. *Diagnostic Report- Transition from Informal to Formal Employment: Extension of Social Protection Schemes (Maternity and Unemployment) in Kyrgyzstan*. <https://www.ilo.org/publications/diagnostic-report-transition-informal-formal-employment-extension-social>

- 2023b. *Kyrgyz Republic: Social Protection Profile*. <https://www.ilo.org/publications/kyrgyz-republic-social-protection-profile>
- Jakab, Melitta, Baktygul Akkazieva and Jarno Habicht. 2018. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Kyrgyzstan*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329444>
- Mandatory Health Insurance Fund. 2021. *Report on the Implementation of the Budget of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2021* [in Kyrgyz]. <https://foms.kg/ru/zakon/>
- 2022a. *Information on the Activities of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2022* [in Kyrgyz]. <http://foms.kg/uploads/sprav/otchet2022god.pdf>
- 2022b. *On the budget of the Mandatory Health Insurance Fund under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2022 and the forecast for 2023-2024* [in Kyrgyz]. <https://foms.kg/uploads/finansirovanie/zakon/proektzakona2022.rar>
- 2023a. "Drug Supply - State Programs of Preferential Drug Provision", available [in Kyrgyz] at: <https://foms.kg/lekobespechenie/>
- 2023b. *Information on Activity in the Foundation of MHI under the Ministry Health Care of the Kyrgyz Republic for the 1st Quarter of 2023* [in Kyrgyz]. <https://foms.kg/uploads/sprav/Otchet-za-1kv2023goda.pdf>
- 2023c. "List of Healthcare Organizations that Entered into Contracts in 2023 with the Territorial Departments of the Mandatory Health Insurance Fund", available (in Kyrgyz) at: <https://foms.kg/perechen-oz/>
- 2023c. "Programme of State Guarantees to Provide Citizens with Medical and Sanitary Care - Based on Resolution of the Cabinet of Ministers of the Kyrgyz Republic Dated September 21, 2023 No 493", available (in Kyrgyz) at: <https://foms.kg/guaratees/>
- n.d.-a. "Citizen's Memo", available (in Kyrgyz) at: <http://foms.kg/ru/pamyatka/>
- n.d.-b. "Healthcare Organizations", available (in Kyrgyz) at: <http://foms.kg/ru/spisok-organizasii/>
- n.d.-c. "Mandatory Health Insurance Policy", available (in Kyrgyz) at: <http://foms.kg/ru/polis/>
- n.d.-d. "Pharmacies and their Addresses", available (in Kyrgyz) at: <https://foms.kg/drugsadress/>
- n.d.-e. "Standard Contracts", available (in Kyrgyz) at: <http://foms.kg/ru/dogovor/>
- Mukuria-Ashe, A., A. Klein, C. Block, K. Nyambo and M. Uyehara. 2022. "Implementing Two National Responsibilities of the Revised UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative: A Two-Country Case Study." *Maternal and Child Nutrition* 19 (1): e13422. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.13422>
- NSC (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic), MoH (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic), and ICF International. 2013. *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 2012*. <https://www.tbdia.org/resources/publications/kyrgyz-republic-demographic-and-health-survey-2012/>
- NSC (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic) and UNICEF. 2019. *Kyrgyzstan Multiple Indicator Cluster Survey 2018, Survey Findings Report*. https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/Europe%20and%20Central%20Asia/Kyrgyzstan/2018/Survey%20findings/Kyrgyzstan%20MICS%202018_English.pdf
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2018. *Social Protection System Review of Kyrgyzstan*. https://www.oecd-ilibrary.org/development/social-protection-system-review-of-kyrgyzstan_9789264302273-en

- 2019. *Promoting Clean Urban Public Transportation and Green Investment in Kyrgyzstan*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4d2a6962-en/index.html?itemId=/content/component/4d2a6962-en#>
- The World Bank Group. 2018. *Kyrgyz Republic - Country Partnership Framework for the Period FY19-FY22*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/358791542423680772/Kyrgyz-Republic-Country-Partnership-Framework-for-the-Period-FY19-FY22>
- 2021. *Kyrgyz Republic - Public Expenditure Review: Better Spending for Building Human Capital*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/908881623752645890/Kyrgyz-Republic-Public-Expenditure-Review-Better-Spending-for-Building-Human-Capital>
- Tilekeyev, Kanat. 2021. *Understanding Informal Economy in Kyrgyzstan: Better Social Justice for Workers, Higher Sustainability for the Country*. Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/bischkek/18023.pdf>
- UN DESA. 2020. "Total Number of International Migrants at Mid-Year 2020 - Kyrgyzstan", доступно по ссылке: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2022. *The 2021/2022 Human Development Report*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22reportenglish_0.pdf
- USAID. 2021. *Review of Pricing Policies and Price Lists Available in Asia Regional Countries*. <https://www.mtapsprogram.org/wp-content/uploads/2021/12/Review-Pricing-policies.pdf>
- Vogler, S., P. Schneider, G. Dedet and H. Pedersen. 2019. "Affordable and Equitable Access to Subsidised Outpatient Medicines? Analysis of Co-Payments under the Additional Drug Package in Kyrgyzstan." *International Journal for Equity in Health* 18: 89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6567501/>
- WHO (World Health Organization). 2019. "Kyrgyzstan Adopts New Health Strategy for 2019–2030", доступно по ссылке: <https://www.who.int/europe/news/item/23-01-2019-kyrgyzstan-adopts-new-health-strategy-for-2019-2030>
- 2020. *Governance for Strategic Purchasing in Kyrgyzstan's Health Financing System*. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000345-3>
- 2021a. "Global Health Expenditure Database", доступно по ссылке: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en
- 2021b. *Health Financing in Kyrgyzstan: Obstacles and Opportunities in the Response to COVID-19*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-2604-42360-58654>
- 2021c. "UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) - Kyrgyzstan", доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
- WHO Regional Office for Europe. 2011. *Health Systems in Transition; Kyrgyzstan: Health System Review*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108590>
- 2016. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Reform in Kyrgyzstan*. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/62/1/Pharmaceutical%20pricing%20and%20reimbursement%20reform%20in%20Kyrgyzstan.pdf>
- 2017. *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Kyrgyzstan: The Case for Investment*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351407>
- 2018. *Quality of Care Review in Kyrgyzstan: Working Document*. https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0004/383890/kgz-qoc-eng.pdf

- 2019a. *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2019b. *Governance of Health Financing and Strategic Purchasing of Services in Kyrgyzstan*. https://kyrgyzstan.un.org/sites/default/files/2019-12/GHF_SPS_KGZ_-11-09-2019_WEB.pdf
- 2021. *Health Systems in Action: Kyrgyzstan*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-kyrgyzstan>
- 2022. *Kyrgyzstan: Health System Review*. <https://www.ecoi.net/en/file/local/2084495/9789289059237-eng.pdf>
- 2023. *Strengthening Primary Health Care Financing: Policy Considerations for Kyrgyzstan*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373013/WHO-EURO-2023-7677-47444-69732-eng.pdf?sequence=1>
- World Bank. 2019a. "Cause of Death, by Non-Communicable Diseases (% of Total) - Kyrgyz Republic", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org>
- 2019b. "Physicians (per 1,000 People) and Nurses and Midwives (per 1,000 People) - Kyrgyz Republic", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=KG>
- 2020. *Public Transport in Bishkek: Past, Present and Future*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/626741617024056236/pdf/Public-Transport-in-Bishkek-Past-Present-and-Future.pdf>
- 2022a. "GDP per Capita (Current US\$) - Spain, Kyrgyz Republic", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=ES-KG>
- 2022b. "GDP per Capita, PPP (Current International \$) - Kyrgyz Republic, Euro Area", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=KG-XC>



▶ Таджикистан

© МОТ/Кэссиди К.

Данный страновой обзор был подготовлен Романом Честновым, Матильдой Мейлферт и Сальмой Эль-Гамаль при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы Гедиминаса Черняускаса (Центр экономики здравоохранения) и Артёма Сичи, оказавших помощь в рецензировании и улучшении качества публикации.

▶ 1. Введение

Республика Таджикистан — страна с уровнем дохода ниже среднего, расположенная в Центральной Азии, с растущим населением и развивающейся экономикой. С 1991 г. население увеличилось на 73,2% и в 2021 г. в стране проживало 9,506 млн человек (МОТ, 2023). ВВП на душу населения по паритету покупательной способности в 2022 г. составил 4 885 международных долларов (Всемирный банк, 2022а). Индекс человеческого развития Таджикистана в 2021 г. составил 0,685, что превышает показатели Афганистана (0,478) и Пакистана (0,544), но является самым низким среди стран Западной и Центральной Азии (ПРООН, 2022). Несмотря на признаки некоторого сокращения неформального сектора за последние два десятилетия (ВОЗ, 2019b), неформальная экономика в Таджикистане имеет широкое распространение: по оценкам, она составляет от 22% (Т. К. Бекжанова и А. Б. Темирова, 2019) до 43% (Медина и Шнайдер, 2018) ВВП. Согласно исследованиям, около 32% мужчин и около 15% женщин работают в неформальном секторе экономики (Станева и Арабшейбани, 2014). С начала 2000-х гг. в стране наблюдается экономический рост: ВВП на душу населения, измеренный по ППС, увеличился в три раза в период с 2000 по 2022 г. (Всемирный банк, 2022а). На фоне экономического роста качество услуг здравоохранения и социальной защиты также постепенно улучшается, и в 2018–2022 гг. на эти сферы было выделено более 16,1 млрд сомони (Министерство финансов Республики Таджикистан и Система управления государственными финансами, 2022).

В 2016 г. правительство Таджикистана приняло долгосрочную Национальную стратегию развития (НСР) до 2030 г., встав на новый путь экономического развития. Социальные последствия такой смены стратегии и политики весьма значительны. В частности, НСР подразумевает сокращения бедности вдвое и полную ликвидацию крайней бедности. Среди задач также удвоение

ВВП, улучшение рейтинга в Индексе человеческого развития ООН и в Оценке ведения бизнеса Всемирного банка, значительное увеличение расходов на социальную защиту и здравоохранение и улучшение показателей здравоохранения (МОТ Социальная защита, без даты).

Правительство Таджикистана стремится обеспечить доступ населения к недорогому медицинскому обслуживанию и качественному питанию, культивировать здоровый образ жизни и внедрять высокотехнологичные медицинские услуги (МОТ, 2018а). В настоящее время основной системой социальной защиты здоровья в Таджикистане является Программа гарантированного медицинского обслуживания (ПГМО), регламентируемая Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 90 от 25 февраля 2017 г. «О Программе государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017-2019 гг.» (далее – Постановление № 90). Кроме того, порядок предоставления медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях регулируется Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 600 от 2 декабря 2008 г. «О Порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения» (далее – Постановление № 600) и последующими изменениями (в частности, Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 485 от 25 сентября 2018 г. «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Правительства Республики Таджикистан»). Оба механизма являются ненакопительными и финансируются государством на условии соплатежей со стороны основной части населения (имеются некоторые исключения).

► 2. Контекст

С момента обретения Таджикистаном независимости в 1991 г. нехватка ресурсов стала основным препятствием на пути повышения доступности медицинских услуг и расширения охвата населения социальной защитой в сфере здравоохранения. Недостаточное финансирование в сочетании с недостаточно эффективным управлением сектором здравоохранения ограничивают способность системы здравоохранения удовлетворять потребности населения, поскольку, согласно различным оценкам, не хватает рабочей силы, оборудования и учреждений. Первые годы независимости сопровождались массовым ухудшением здоровья населения из-за роста распространения некоторых инфекционных и неинфекционных заболеваний, последствий гражданской войны и ограниченного доступа к медицинским услугам, особенно для бедных слоев населения (The Borgen Project, 2021; ВОЗ, 2020b).

Реформы, ориентированные на решение проблем высоких неофициальных доплат, были начаты в начале 2000-х гг. и были призваны искоренить систему широко распространенных неформальных платежей медицинским работникам. Правительству удалось разработать и утвердить в 2005 г. пакеты первичных медицинских услуг. Это произошло небыстро, поскольку система не была готова к радикальным и прогрессивным реформам, главным образом из-за нехватки ресурсов, плохой межведомственной координации, экономического спада, вызванного гражданской войной, и, в особенности, отсутствием стандартизации категорий и ставок сооплаты (Джейкобс, 2019).

В результате таких реформ базовый пакет медицинских услуг и ставки сооплат были пересмотрены и введены в четырех пилотных районах. В 2008 г. было принято еще два важных правовых акта: (1) Постановление Правительства Республики Таджикистан № 600 «О Порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения», которое ввело регулирование платы за медицинские услуги вне тех регионов, где в пилотном режиме был внедрен базовый пакет медицинских услуг; (2) Закон Республики Таджикистан № 408 от 18 июня 2008 г. «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» (далее – Закон № 408), который предусматривал введение обязательного медицинского страхования (ОМС) и создание Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

В поддержку этих мер правительство также провело важные структурные и административные реформы, включая платежи на подушевой основе учреждениям первичной медико-санитарной помощи, инвестиции в медицинские ресурсы для повышения доступности услуг и расширение институционального потенциала государственных медицинских учреждений (Ходжамуродов и др., 2016). Все эти инициативы должны были быть интегрированы в программу ОМС, утвержденную в 2008 г. Однако из-за введения многочисленных поправок (2010, 2014, 2018 и 2022 гг.) внедрение системы обязательного медицинского страхования несколько раз откладывалось (Якобс Е, 2019; Ходжамуродов и др., 2016).

В 2017 г. правительство ввело программу гарантированного медицинского обслуживания (ПГМО), которая была создана на основе базового пакета медицинских услуг, разработанного в 2008 г. ПГМО – это гарантированный государством базовый набор медицинских услуг, предоставляемых бесплатно некоторым уязвимым группам населения и на основе сооплаты – остальной части населения в пилотных регионах. Расширение охвата ПГМО происходило постепенно: от 31 из 79 округов в 19 регионах в 2018 г. до полного охвата населения страны в 2021 г. (ВОЗ, 2020b; Обсерватория ВОЗ и ЕС по системам и политике здравоохранения, 2022).

► 3. Структура социальной защиты здоровья

Финансирование

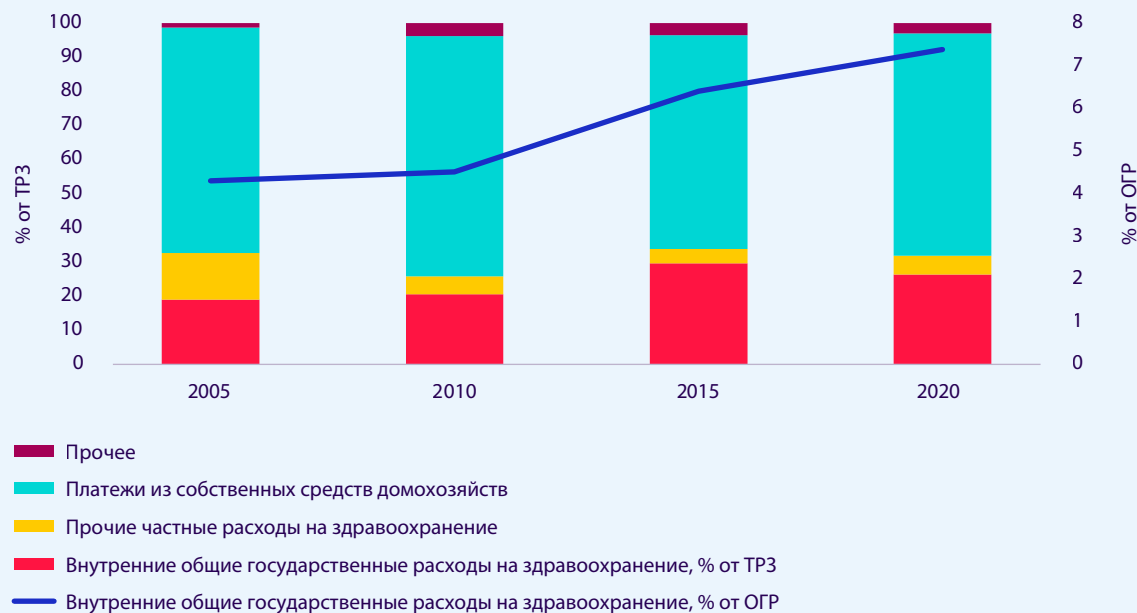
На сегодняшний день здравоохранение в Таджикистане финансируется преимущественно за счет общих налогов.

Государственные расходы на здравоохранение также росли весьма высокими темпами за последние два десятилетия: они увеличились от менее 0,9% ВВП в 2000 г. до примерно 2,2% ВВП в 2020 г. (ВОЗ, 2022d). Аналогичным образом внутренние государственные расходы на здравоохранение приобрели в национальном бюджете все более приоритетное значение, увеличившись в период с 2000 по 2020 г. от 4,6% до 7,4% от общих государственных расходов. Рост общих государственных расходов обусловил увеличение общих государственных расходов на здравоохранение в процентах от ТРЗ от 21% в 2000 г. до 29% в 2017 г., с последующим понижением до 26% в 2020 г., которые, однако, остаются на низком уровне по сравнению с международными стандартами. Широкое использование частного финансирования здравоохранения отрицательно сказывается на доступности медицинской помощи для менее обеспеченных слоев населения.

В 2021 г. текущие расходы на здравоохранение на душу населения составили примерно 73 доллара США по обменному курсу и 351 доллар США по ППС (ВОЗ 2021c; Всемирный банк, 2024). Уровень расходов на здравоохранение, рассчитанный по обменному курсу, соответствует показателям такой соседней страны, как Кыргызстан (64 доллара США), но не достигает уровня до такой страны, как Узбекистан (121 доллар США) (ВОЗ, без даты). При этом значительная часть финансирования поступает из личных средств населения. Хотя система государственного финансирования направлена на обеспечение бесплатного доступа к услугам, предоставляемым в медицинских учреждениях, широкое распространение получили частные и неофициальные платежи (Ходжамуродов и др., 2016). Доля платежей из собственных средств населения в общих расходах на здравоохранение в 2017 г. достигала 63,2% (ВОЗ, 2021e). В 2021 г. платежи из собственных средств (ПСС) по-прежнему составляли почти две трети (64%) от текущих расходов на здравоохранение (см. Рисунок 43).

Постановление № 90 предусматривает дополнительное финансирование, по мере возможности, за счет местных исполнительных органов, международных доноров и других источников, соответствующих национальному законодательству (МОТ, 2019b).

Рисунок 43. Структура текущих расходов на здравоохранение в Таджикистане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Система управления

Социальная защита и здравоохранение в Таджикистане централизованы и управляются государством, причем Министерство здравоохранения и социальной защиты (МЗСЗ) призвано играть центральную роль в формировании стратегии. В задачи министерства входит определение приоритетов и разработка национальной политики в области здравоохранения (Ходжамуродов и др., 2016).

Министерство здравоохранения координирует любую деятельность в рамках системы здравоохранения, устанавливает стандарты здравоохранения и контролирует качество услуг и медицинских товаров (в том числе лекарственных препаратов) (Ходжамуродов и др., 2016). На него также возложены такие задачи, как повышение квалификации медицинских работников и лицензирование специалистов и учреждений, работающих в системе здравоохранения. (Ходжамуродов и др., 2016). В Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан¹¹⁵ определены роли соответствующих государственных учреждений в управлении, регулировании и надзоре за медицинскими услугами. Этот документ устанавливает общую структуру системы здравоохранения, определяет основные источники финансирования, права и обязанности пациентов и медицинских работников, а также различные виды медицинских услуг.

Кроме того, на МЗСЗ возложена задача управления средними и высшими медицинскими учреждениями на республиканском уровне (Ходжамуродов и др., 2016). МЗСЗ устанавливает правила и процедуры оказания всех видов медицинской помощи в стране. Министерство финансов курирует вопрос расходов на здравоохранение как неотъемлемой части национального бюджета в целом (ВОЗ, 2022).

Здравоохранение на региональном (вилоятском или областном) и окружном/городском (районном) уровне управляется местными отделами и администрациями здравоохранения. Местным

¹¹⁵ Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, принятый 15 марта 2017 г. [на таджикском языке]. Доступен по адресу: <https://mmk.tj/system/files/Legislation/1413%D1%82%D1%87.pdf>

органам здравоохранения поручено управлять и финансировать медицинские учреждения местного уровня (Ходжамуродов и др., 2016). Они отчитываются как перед местными органами власти, так и перед МЗСЗ (Ходжамуродов и др., 2016).

В соответствии с положениями Кодекса о здравоохранении, правительство Таджикистана несет ответственность за осуществление государственной политики в области здравоохранения, а также за создание и контроль государственных органов, ответственных за управление системой здравоохранения. Правительство утверждает соответствующие национальные программы, инициативы и нормативные акты, касающиеся здравоохранения, которые влияют на бюджет или структуру системы. Оно также отвечает за улучшение рабочей среды и выявление сфер международного сотрудничества в области охраны социального здоровья и здравоохранения.

Правовое обеспечение и право на получение медицинских услуг

Статья 38 Конституции Республики Таджикистан¹¹⁶ гарантирует всеобщее право на охрану здоровья. В ней говорится, что «каждый должен иметь право пользоваться бесплатной медицинской помощью, предоставляемой государственными медицинскими учреждениями». Право на охрану здоровья также определяется статьей 36 и статьей 41 Кодекса здравоохранения. В частности, статья 41 гарантирует право населения на медицинскую, ортопедическую и протезную помощь.

Все без исключения граждане Таджикистана имеют право на получение медицинских услуг либо в рамках ПГМО (согласно Постановлению № 90), либо в соответствии с порядком предоставления медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения (согласно Постановлению № 600¹¹⁷ и последующих поправок к нему, таких как Постановление № 485) по месту (округу) проживания. Как в программе гарантированного медицинского обслуживания (ПГМО), так и в порядке предоставления медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях определены категории лиц, которые имеют право на освобождение от соплатежей за медицинские услуги, которые не являются бесплатными.

Перечень таких категорий одинаков для обоих указов и включает в себя преимущественно так называемые «уязвимые» группы населения (ВОЗ, 2022а; Ходжамуродов и др., 2016), к которым относятся ветераны войны, лица, пострадавшие от чернобыльской катастрофы, дети-инвалиды и взрослые с определенными формами инвалидности¹¹⁸, включая взрослых, страдающих инвалидностью с детства, и взрослых с инвалидностью I-й и II-й групп, полученной в результате производственных травм или заболеваний, дети в возрасте до одного года, дети-сироты, проживающие в государственных детских домах, и дети, оставшиеся без попечения родителей, пожилые люди старше 80 лет, граждане, проживающие в домах для престарелых или аналогичных учреждениях. Эти категории освобождены от соплатежей за медицинские услуги. Помимо вышеперечисленных категорий, пациенты, страдающие от некоторых заболеваний (содержащихся в списках МЗСЗ), также имеют право на бесплатные государственные медицинские услуги, направленные на лечение этих заболеваний (ВОЗ, 2022а; Ходжамуродов и др., 2016):

- проказа,
- туберкулез,
- ВИЧ/СПИД,
- гемофилия,
- холера,
- дифтерия,
- диабет (инсулинозависимая форма).

Кроме того, согласно Постановлению № 600, от уплаты освобождаются также пациенты с острым инфарктом миокарда и терминальной стадией рака (Ходжамуродов и др., 2016).

¹¹⁶ Конституция Республики Таджикистан. Доступна по адресу: <https://www.wipo.int/wipolex/en/legislation/details/10268>

¹¹⁷ Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 декабря 2008 г. № 600 «О порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан» [на таджикском языке]. Доступно по адресу: <http://mti.tj/tartibi-hizmatrasonii-tibbiyu-sanitar-ba-sha-rvandoni-um-urii-to-ikiston-dar-muassisa-oi-sistemai-davlatii-tandurust/>

¹¹⁸ Взрослые, имеющие инвалидность с детства, и взрослые, имеющие инвалидность I и II групп вследствие производственных травм или профессиональных заболеваний.

Виды медицинской помощи

Государственные медицинские учреждения предоставляют медицинские услуги как бесплатно, так и на платной основе¹¹⁹. Ряд бесплатных медицинских услуг, предоставляемых всему населению включает в себя: скорую помощь; профилактические медицинские услуги (в частности, продвижение здорового образа жизни); иммунизацию; базовые диагностические тесты и консультации на первичном уровне; начальную консультацию пациента и выписку рецептов на первичном и вторичном уровнях по направлению лечащего врача (Ходжамуродов и др., 2016).

Другие медицинские услуги (включая специализированные амбулаторные консультации и плановые больничные услуги) требуют доплат, которые регулируются Постановлением № 600 2008 г. и Постановлением № 90 2017 г.

За амбулаторные услуги пациенты с направлением от лечащего врача пациенты должны платить 50% (с ПГМО) или 80% (по процедуре Постановления № 600) доплаты, а пациенты без направления должны платить 70% (при наличии ПГМО) доплаты или полную сумму (по процедуре Постановления № 600) (О-Догерти С, Цуес О и Аккачиева Б, без даты).

Дети и беременные женщины имеют бесплатный доступ к ряду услуг, включая медицинское наблюдение, роды и профилактические осмотры (в том числе периодические стоматологические осмотры) (Ходжамуродов и др., 2016).

Дополнительные услуги предоставляются бесплатно в рамках ряда целевых государственных и реализуемых в стране международных программ (ВОЗ, 2021а). Однако объем этих услуг, как правило, варьирует в зависимости от типа программы, и такие услуги не имеют официального статуса. Таким образом, их охват нельзя назвать ни широким, ни равномерным.

Льготные услуги по болезни и материнству предоставляются в Таджикистане соответственно в рамках социального страхования для всего работающего населения и в рамках социальной помощи для всех женщин. Эти льготы контролируются Министерством труда, миграции и занятости населения и управляются Государственным агентством социального страхования и пенсий и его региональными органами (МАСО, 2022).

Право на получение услуг по беременности и родам осуществляется на определенных условиях: а) женщина должна быть застрахована; б) непредвиденные обстоятельства должны наступить в период работы; в) заявление на получение услуг должно быть подано не позднее шести месяцев после окончания отпуска по беременности и родам. На размер пособий также влияют особенности состояния, лежащего в основе декретного отпуска (многоплодная беременность, осложненные роды, усыновление ребенка), в то время как общие медицинские услуги предоставляются всем без исключения (МОТ, 2019б).

Оказание медицинской помощи и услуг

В Таджикистане действует государственная централизованная система здравоохранения, за исключением почти полностью частного фармацевтического сектора (ВОЗ, 2022). В 2020 г. в стране действовало 525 больниц, 1 731 общественный медицинский центр и 2 891 амбулаторная клиника (ТАДЖСТАТ, 2021б). Частные медицинские учреждения составляют меньшинство, хотя в последние годы их число растет. Большинство частных поставщиков услуг сосредоточены в городских районах и поэтому недоступны для значительной части населения страны (ВОЗ, 2022). В настоящее время в Таджикистане насчитывается около 2 500 аптек, но большинство из них расположены в городских районах (ВОЗ, 2020а).

Для получения льгот, предусмотренных Постановлением № 600 2008 г. и Постановлением № 90 2017 г., от лиц, обращающихся за услугами, как правило, требуется предъявить документ, удостоверяющий личность (с указанием места жительства), и направление врача (в случае обращения за специализированными услугами).

¹¹⁹ Кодекс о здравоохранении Республики Таджикистан от 15 марта 2017 г. [на таджикском языке]. Доступен по адресу: <https://mmk.tj/system/files/Legislation/1413%D1%82%D1%87.pdf>

Работники первичного звена здравоохранения (включая семейных врачей, участковых терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, сотрудников территориальных управлений здравоохранения и врачебно-контрольных комиссий) являются первыми контактными лицами для пациентов (ВОЗ, 2020а). В настоящее время в Республике Таджикистан не существует разделения на закупщиков и провайдеров услуг, поскольку все государственные медицинские учреждения (которые являются основными поставщиками медицинских услуг в стране) финансируются и управляются местной или национальной администрацией (Джейкобс и Камарго, 2020).

Согласно имеющимся сведениям, модели оплаты расходов для поставщиков услуг ПМСП могут быть разными. В некоторых округах применяется модель, ориентированная на результат, в рамках пилотного проекта, проводимого в сотрудничестве с Всемирным банком. В большинстве других округов используется метод подушевой оплаты с различными ставками возмещения для городских и сельских медицинских учреждений. Для больниц возмещение обычно осуществляется с использованием модели, основанной на покрытии затрат, с выделяемыми постатейными бюджетами (ВОЗ, 2021b).

► 4. Результаты

Охват

В 2016 г. Таджикистан при поддержке национального правительства и международных партнеров по развитию (ВОЗ, 2022) приступил к экспериментальному осуществлению программы ПГМО по расширению охвата системой социального здравоохранения. Однако в 2019 г. охват населения достигал лишь 20,7% (ВОЗ, 2020а). Эта программа дополняет медицинские услуги, предоставляемые на платной основе, в том числе в соответствии с Постановлением № 600.

Доступ к медицинскому обслуживанию для остальных 79% населения регулируется положениями Постановления № 600 (ВОЗ, 2020а). Однако число людей, имеющих право на полное освобождение от доплат в соответствии с постановлениями правительства, относительно невелико и, по оценкам, составляет в некоторых регионах всего лишь 4% населения (Ходжамуродов и др., 2016), что означает, что платежи из собственных средств оказываются значительно больше по сравнению с государственными расходами на здравоохранение.

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Постановление № 600 2008 г. и ПГМО обеспечивают лишь ограниченную финансовую защиту, регулируя доступ к ряду основных медицинских услуг. К сожалению, факты свидетельствуют о том, что такая ограниченная финансовая защита далеко не всегда гарантирует справедливый охват и доступность медицинской помощи для населения. Кроме того, длительное сосуществование двух различных механизмов приводит к фрагментации программ социальной защиты здоровья.

Введение сооплат привело к сокращению неформальных платежей, но не обеспечило существенного сокращения расходов из собственных средств населения, которые остаются очень высокими, представляя собой значительный финансовый риск и являясь препятствием для доступа к медицинским услугам. В период с 2009 по 2013 г. неофициальные расходы из собственных средств населения снизились с 54% до менее 47% от ТРЗ (ВОЗ, 2020b). Катастрофически высокие выплаты в сфере здравоохранения также снизились с 31% в 2003 г. до 19% от ТРЗ в 2011 г. (ВОЗ, 2020b). Однако с тех пор прогресс замедлился и в 2015 г. катастрофические выплаты в сфере здравоохранения составили 18% от ТРЗ (ВОЗ, 2020), и риск обнищания вследствие необходимости хирургического вмешательства остается актуальным для 68% населения страны в 2022 г. (Всемирный банк, 2022с).

Высокие ставки сооплат способствуют увеличению расходов на лечение. Примечательно, что при действующих положениях закона значительное число людей вынуждено оплачивать дополнительные расходы на медицинские услуги. Практика неформальных платежей по-прежнему распространена на всех уровнях (ВОЗ, 2020b). Анализируя причины, можно сказать, что практика неофициальных платежей связана с недостаточным финансированием системы здравоохранения и низкими зарплатами медицинских работников (ВОЗ, 2020b).

Следует отметить, что население в значительной степени зависит от денежных переводов мигрантов, которые являются важным источником оплаты расходов, связанных с потреблением продуктов питания. По оценкам, личные денежные переводы, получаемые домохозяйствами от таджикских трудовых мигрантов, составили почти 27% ВВП в 2020 г. (Всемирный банк, 2022b). Исследования показали, что такие денежные переводы положительно влияют на пользование медицинскими услугами в Таджикистане (Кан, 2021). Эти денежные переводы, как правило, особенно важны для домохозяйств с низким уровнем дохода, где они также восполняют недостаток средств на потребление продуктов питания. Однако денежные переводы не являются стабильным и справедливым способом финансирования социальной защиты здоровья, а лишь запасным вариантом решения проблемы недостаточного уровня государственного финансирования здравоохранения.

Помимо ограниченной доступности и неравномерного распределения услуг и инфраструктуры (ВОЗ, 2021a), население также имеет ограниченный доступ к фармацевтическим препаратам, которые в значительной степени исключены из перечня услуг, предоставляемых бесплатно в соответствии с ПГМО и Постановлением № 600 2008 г. На фоне слабого регулирования цен на лекарства, которые часто оказываются недоступными для населения (ВОЗ, 2019a), люди за чертой бедности и с финансовой уязвимостью не могут приобрести даже самые необходимые лекарства. По некоторым данным, расходы на лекарства составляют 37% от общего объема платежей за лечение (ВОЗ, 2020a).

Таджикистан сталкивается с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ). По оценкам, НИЗ стали причиной 69% процентов всех случаев смерти в стране в 2016 г. (ВОЗ, 2022). Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности, за ними следуют онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания и диабет (ВОЗ, 2023). Однако ПГМО в основном освобождает от платежей пациентов, страдающих от инфекционных заболеваний, а не от НИЗ, что конечно же влияет на доступ к лечению НИЗ.

Удовлетворение потребностей населения

Наличие и доступность

Индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), отражающий охват населения основными медицинскими услугами, вырос в Таджикистане с 41 в 2000 г. до 66 в 2019 г. Несмотря на такой существенный рост, этот показатель все еще ниже среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ, который составляет 77 (ВОЗ, 2022a). По некоторым оценкам, пандемия COVID-19 не только привела к повышению смертности среди населения, но и нарушила доступ к основным услугам здравоохранения (ВОЗ, 2022).

С другой стороны, охват иммунизацией в Таджикистане находится на высоком уровне. Например, в 2020 г. охват детской вакцинацией достиг 97% в рамках программы АКДС. В последние годы также улучшились показатели по борьбе с определенными инфекционными заболеваниями, но остаются нерешенные проблемы по некоторым другим заболеваниям, таким как туберкулез (ТБ) (ВОЗ, 2022).

На доступность услуг влияет тот фактор, что Таджикистан имеет одно из самых низких соотношений медицинских работников относительно населения в регионе Европы и Центральной Азии, а также среди стран Центральной и Западной Азии. В 2021 г. в Таджикистане на 100 тыс. населения приходилось всего лишь 215 практикующих врачей (незначительное увеличение по сравнению с 167 в 2000 г.), в то время как в регионе Европы и Центральной Азии в 2019 г. этот показатель составлял в среднем 372, а в странах Центральной и Западной Азии – 269. В стране также гораздо меньше медсестер, чем в большинстве других соседних стран: всего 537 практикующих

медсестер на 100 тыс. населения по сравнению с 818 в регионе Европы и Центральной Азии и 468 в странах Центральной и Западной Азии (ВОЗ, 2022а). Таким образом, в Таджикистане на одного жителя приходится существенно меньше практикующих врачей и медсестер, чем в большинстве стран Европы.

Кроме того, существует значительная региональная неравномерность в географическом распределении медицинского персонала. Медицинские работники в основном сосредоточены в столице Душанбе, а укомплектование кадрами сельских районов сталкивается со значительными трудностями. Например, согласно недавним оценкам, в Душанбе на 1000 жителей приходилось 8,25 врача, в то время как в Хатлонском районе (соседнем с Душанбе) на 1000 жителей приходилось всего 1,15 врача (ВОЗ, 2020b). Помимо всего этого, Таджикистан страдает от феномена оттока медицинских работников в другие страны, в частности в Российскую Федерацию, где зарплаты выше (ВОЗ, 2022). Физический доступ к специализированным услугам в сельской местности также осложнен, в особенности это касается горных и отдаленных районов Таджикистана (ВОЗ, 2022).

Реагируя на сложившуюся ситуацию, правительство Таджикистана начало решать проблему растущего спроса на медицинские кадры путем увеличения числа учебных заведений, готовящих врачей. За период 1991–2020 гг. количество медицинских университетов увеличилось от 1 до 3, а медицинских колледжей – от 10 до 28. Повышение уровня подготовки способствовало росту плотности медицинских работников в 2005–2020 гг. с 19,2 до 21,3 для врачей и с 42,2 до 61,7 для медсестер на 10 тыс. населения (ТАДЖСТАТ, 2021а).

С другой стороны, система здравоохранения имеет относительно большое количество больничных коек и значительный избыток больничного потенциала, несмотря на то, соотношение больничных коек на единицу населения снизилось с примерно 6,5 в 2000 г. до 4,7 в 2014 г. Заполняемость койко-мест составляет 66,4%, а средняя продолжительность госпитализации – 9 дней (ВОЗ, 2020b).

На доступность услуг также отрицательно влияет недостаток оборудования и инфраструктуры. Например, в отчетах указывается, что существует значительная нехватка машин скорой помощи. Транспортировку новорожденных часто приходится организовывать самостоятельно, так как количество машин скорой помощи ограничено. Услугами скорой помощи охвачено менее 20% территории страны (ВОЗ 2021а). Те машины, которые имеются и используются для перевозки новорожденных, немногочисленны и часто не оборудованы должным образом. Вертолеты для экстренной транспортировки вовсе отсутствуют. Чаще всего родителей просят отвезти новорожденного на любом доступном виде транспорте, самостоятельно организовав и оплатив поездку. Более 70% таких перевозок осуществляется частным образом (ВОЗ, 2021а). Это создает опасность оторванности, особенно в сельской местности, где из-за погодных условий связь с городами может практически отсутствовать (Пейруз, 2021). Недостаток оборудования, приборов и вспомогательных средств отмечается и на уровне учреждений ПМСП, где семейные и участковые врачи жалуются на недостаточную оснащенность, а подчас полное отсутствие необходимых лабораторных и рентгенографических установок (Ходжамуродов и др., 2016).

В Таджикистане насчитывается около 2 450 аптек, из которых только 30% находятся в сельской местности. Поскольку три четверти населения проживает в сельской местности, это означает, что значительная часть населения не имеет свободного доступа к лекарствам (ВОЗ, 2020b). Усредненный показатель доступности непатентованных лекарств по самым низким ценам в государственном секторе возрос с 70% в 2005 г. до 96,6% в 2012 г. (Перехудофф, Александров и Хогерзейль, 2019). Кроме того, возникли проблемы, связанные с широким распространением некачественных лекарств и новых препаратов, неведомых для большинства медицинских работников. Широкомасштабный оборот и легкая доступность поддельных лекарственных средств представляет собой очень серьезную проблему (Ходжамуродов и др., 2016).

Существует значительное неравенство в доступе к дородовому уходу, а также к иммунизации в зависимости от уровня дохода (разница между самым богатым и самым бедным квинтилем в проценте женщин, имевших не менее 4 посещений дородового ухода во время беременности, составляет 36,6 пункта), образования женщины или района проживания. Квалифицированное родовспоможение также значительно различается между сельскими и городскими районами (ВОЗ, 2017).

Качество и приемлемость

Качество медицинской помощи по-прежнему вызывает серьезную озабоченность, учитывая исторически сложившийся дефицит инвестиций в объекты инфраструктуры и оборудование, а также устаревшие клинические рекомендации. В стране внедряются региональные программы развития в рамках стратегического курса на улучшение доступа к качественному здравоохранению и социальной защите. Однако экономические трудности, вызванные пандемией COVID-19, инфляцией и энергетическим кризисом, затормозили внедрение некоторых из первоначально запланированных мер. Это приводит к низкой посещаемости медицинских учреждений. К факторам, способствующим ухудшению здоровья матери и ребенка, относится низкое качество материнской и неотложной акушерской помощи, а также нежелание населения обращаться за медицинской помощью из-за высоких платежей из собственных средств (ВОЗ, 2022).

На качестве медицинских услуг особенно негативно сказывается «утечка мозгов». Одной из основных причин, способствующих «утечке мозгов», является низкая заработная плата, ибо врачи учреждений ПМСП подчас зарабатывают меньше, чем водитель автобуса (ВОЗ, 2021а). Кроме того, неблагоприятные условия труда, включая неразвитую инфраструктуру, делают профессию врача непривлекательной для будущих поколений (ВОЗ, 2020b).

Ограниченная доступность и качество услуг обусловлены ограниченным финансированием, поскольку более 80% ограниченных расходов на государственное здравоохранение идут на выплату заработной платы (Всемирный банк, 2021). При этом средств на обновление существующих или строительство новых объектов не хватает, а имеющееся оборудование, как правило, морально устарело и/или не работает. В большинстве медицинских учреждений отопление, водоснабжение и электроснабжение находятся на неудовлетворительном уровне (Ходжамуродов и др., 2016). Отсутствие технической инфраструктуры является фактором, который препятствует оказанию медицинской помощи. Большинство медицинских учреждений (особенно областные и районные больницы) были построены в советский период и, начиная с 1990-х гг., пришли в упадок из-за недостаточных капиталовложений. Правительство и внешние доноры приступили к решению этой проблемы, но потребуется значительное время, чтобы увидеть существенные изменения (Ходжамуродов и др., 2016). Медицинские учреждения в сельской местности находятся в худшем состоянии, чем в городах. В большинстве сельских больниц имеется всего один врач, а в некоторых медицинских учреждениях работают молодые, неопытные медсестры и не хватает элементарных лекарств (Пейруз, 2021).

В дополнение к этому недостаточная подготовка персонала и отсутствие современных информационных технологий препятствуют сбору достоверных данных. Исследование, проведенное в 2012 г., показало, что 90% семейных врачей и 82% районных врачей не пользовались компьютером в своей практике. Кроме того, городские жители лучше информированы об имеющихся услугах, чем сельские. Сельские пациенты более ограничены в своем выборе, чем городские пациенты, которым легче выбрать подходящего лечащего врача, специалиста или больницу (Ходжамуродов и др., 2016).

Частные медицинские учреждения также сообщают о трудностях при закупке медицинского оборудования. В частности, с 2007 г. частные поставщики обязаны платить налог на добавленную стоимость на импортируемое медицинское оборудование, что создало дополнительное препятствие (Ходжамуродов и др., 2016).

Низкое качество инфраструктуры и услуг сказывается на охвате услугами здравоохранения и потенциально осложняет введение обязательного медицинского страхования. Имеющиеся данные указывают на то, что использование услуг первичной медико-санитарной помощи не растет. В период с 2010 по 2016 г. среднее количество посещений учреждений ПМСП на одного жителя сократилось с 4,8 до 4,1 (ВОЗ, 2020b).

Следует отметить, что данные об удовлетворенности пациентов довольно противоречивы. По данным опроса 2000 респондентов, проведенного в 2011 г., только 16% опрошенных были удовлетворены амбулаторным обслуживанием и только 19% – стационарными больничными услугами (Азеведо, Атаманов и Раджабов, 2014). Однако в другом исследовании, проведенном в 2010 г., 57% респондентов были удовлетворены качеством и эффективностью государственной системы здравоохранения (Диагне, Рингольд и Заиди, 2012). В то же время исследования, проведенные в регионе в рамках таджикско-швейцарского проекта по реформированию сектора здравоохранения и поддержке семейной медицины (проект Сино) в период с 2005 по 2014 г.,

показали очень высокий уровень удовлетворенности пациентов. Этот парадоксальный результат может быть обусловлен исходно низкими ожиданиями пациентов (Ходжамуродов и др., 2016).

По данным более позднего исследования, проведенного в Исфаринском районе, женщины, опрошенные в ходе интервью, сообщали, что удовлетворены ПМСП, которую они получают в сельских медицинских центрах. Однако, обращаясь за вторичными, третичными или специализированными услугами в городе Исфара, женщины сообщали о проблемах, связанных с потерей времени и высокой стоимостью. На самом деле, поездка в город и очереди могут повлиять на решение женщин обратиться к врачу, а услуги в городе стоят дороже, чем в сельских медицинских учреждениях. Поэтому некоторые женщины предпочитают вовсе не обращаться к специалистам, если заболевание кажется им не достаточно тяжелым. В этой связи предписанные проверочные визиты после лечения часто рассматриваются как необязательные (Набиева и Суарес, 2019).

Злоупотребление лекарственными препаратами¹²⁰ и использование антибиотиков без рецепта – частые явления в Таджикистане (ВОЗ, 2021а). Рецепт на антибиотики не обязателен. Люди часто обращаются непосредственно в аптеку, ибо это экономит время и деньги на прием к врачу. Ограниченное доверие к ПМСП также приводит к самолечению. В Таджикистане, например, вместо того, чтобы обратиться к врачу, люди советуются с друзьями, коллегами или членами семьи, прежде чем пойти в аптеку (Кааэ и др., 2020). Согласно исследованию, во время госпитализации детям и беременным женщинам часто назначают лекарства, несмотря на то, что эти лекарства им отнюдь не показаны или доказательства их пользы отсутствуют. Это означает, что люди склонны покупать лекарства, от которых нет пользы, что создает дополнительное финансовое бремя (ВОЗ. Региональное бюро для Европы, 2022).

► 5. Направление дальнейших действий

Необходимо обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения для всех жителей по всей стране и по всем заболеваниям. В 2021 г. Правительство Республики Таджикистан приняло Стратегию охраны здоровья населения до 2030 г. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 414 от 30 сентября 2021 г.) (Айыпханова А, 2022; Правительство Республики Таджикистан, 2024), которая подтверждает всеобщее право на доступ к медицинским услугам и необходимость улучшения финансирования системы здравоохранения, а также повышения доступности и качества медицинских услуг в масштабах всей страны.

Конкретные действия должны включать в себя:

- распространение социальной защиты на все население Таджикистана, включая разработку соответствующего технико-экономического обоснования для развертывания обязательного медицинского страхования в стране;
- расширение пакета льгот, включая перечень лекарств (в том числе для лечения НИЗ). Следует также стремиться к сокращению уровня сооплат;
- повышение доступности и качества медицинских услуг в масштабах страны за счет дальнейших инвестиций в кадры, оборудование и учреждения первичной медико-санитарной помощи. Все больницы должны иметь надлежащее энерго- и водоснабжение, исправные системы отопления/охлаждения и канализации. Базовое медицинское и лабораторное оборудование должно быть доступно по всей стране;
- подготовка медицинских кадров и более равномерное распределение выпускников медицинских вузов по регионам, а также удержание медицинских работников в секторе здравоохранения;
- усилия по повышению доступности скорой помощи на всей территории страны. Повышение внимания к неотложной помощи пациентам с инсультом и инфарктом – это цель на среднесрочную перспективу;
- повышение эффективности здравоохранения за счет цифровизации. Широкое распространение сотовых телефонов в Таджикистане может быть использовано в интересах здоровья населения;

¹²⁰ Практика употребления множественных (пяти или более) лекарственных препаратов, особенно одновременно и для лечения одного заболевания (Маснун и др., 2017).

- изыскание путей привлечения финансовых ресурсов и расширения налогового пространства для преодоления финансовых трудностей, которые ограничивают объем услуг, доступных населению. С учетом настоятельной необходимости мобилизации финансовых ресурсов для обеспечения финансовой защиты следует изучить пути мобилизации налоговых ресурсов и расширения бюджетно-финансовых возможностей. Следует отдавать предпочтение мобилизации внутренних доходов, в том числе с помощью механизмов прогрессивного налогообложения или добровольных вкладов. В качестве потенциального решения предлагается ввести налоги на вредные для здоровья продукты. Например, ставки налога на табачные изделия в Таджикистане существенно ниже уровней, рекомендованных ВОЗ (ВОЗ, 2021f). Тем не менее, прежде чем вводить налоги на табак, правительству Таджикистана следует тщательно проанализировать потенциальный регрессивный эффект введения таких налогов;
- особое внимание следует уделить отслеживанию переходов работников между неформальным и формальным секторами, а также расширению охвата неформальной экономики. Это будет также способствовать увеличению государственных ресурсов, выделяемых на социальные нужды.

В свете решения об отсрочке внедрения системы ОМС на национальном уровне по причине ограниченности финансовых ресурсов, принятого в декабре 2022 г., приоритет должен быть отдан привлечению ресурсов для социальной защиты здравоохранения. Слишком медленное улучшение государственного финансирования препятствует продвижению Таджикистана на пути к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения, согласованному в рамках достижения цели 3 ЦУР и Национальной программой на 2021–2030 гг. (ВОЗ, 2021a).

► 6. Основные выводы

- Недавние усилия по расширению охвата населения здравоохранением в Таджикистане заслуживают всяческого одобрения. Постепенное расширение использования ПГМО в пилотных районах означает, что Таджикистан встал на путь поэтапного расширения охвата. Такой подход дает возможность обеспечить финансовую жизнеспособность новой программы.
- Однако длительное сосуществование параллельных систем может привести к путанице в выплатах, административной неэффективности и системе «двух скоростей».
- Целый ряд проблем препятствует достижению адекватной финансовой защиты и равноправного доступа к качественным медицинским услугам в рамках действующей системы. Имеющиеся правила сооплаты не обеспечивают необходимого уровня финансовой защиты, что усугубляется сохранением практики неофициальных платежей. Большинство амбулаторных лекарств не покрываются государственным финансированием. Несмотря на недавнее увеличение расходов на здравоохранение, недостаточное финансирование остается основным препятствием и ограничивает возможности привлечения квалифицированных кадров в систему здравоохранения, закупки оборудования и создания инфраструктуры в стране.
- Денежные переводы рабочих мигрантов для большого числа домохозяйств являются важным дополнительным подспорьем для оплаты медицинских услуг. Такие денежные переводы являются одним из источников покрытия относительно высоких соплатежей в Таджикистане. Однако подобную практику нельзя считать соответствующей правам человека, справедливой, устойчивой и прогнозируемой в долгосрочной перспективе. Денежные переводы не могут считаться приемлемым источником оплаты медицинских услуг страны, идущей к всеобщему охвату услугами здравоохранения.
- Доступ к фармацевтическим препаратам по-прежнему ограничен для значительной части населения, проживающего в сельских районах, и в целом наблюдается несбалансированность в плане доступности услуг в городах и за их пределами. Отсутствие доступности влияет на пользование услугами, и значительная часть населения вынуждена искать альтернативные способы лечения, что проявляется, в частности, в склонности к самолечению.

Библиография

- Aiypkhanova, A. 2022. "Tajikistan's Government Approved the Strategy for Population Health Protection until 2030." *P4H Social Health Protection Network*, 24 January 2022. <https://p4h.world/en/news/tajikistans-government-approved-the-strategy-for-population-health-protection-until-2030/>
- Azevedo, João Pedro, Aziz Atamanov and Alisher Rajabov. 2014. "Poverty Reduction and Shared Prosperity in Tajikistan: A Diagnostic", World Bank Policy Research Working Paper No.6923. <https://papers.ssrn.com/abstract=2456046>
- Bekzhanova, T.K. and A.B. Temirova. 2019. "Non-Observed Economy as a Part of the Developing Economy." *Reports of the National Academy of Sciences of the Republic of Kazakhstan* 2 (324): 215-222.
- Boerma, W., S. Snoeijs, T. Wieggers and M. Pellny. Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Republic of Tajikistan: A Survey-Based Project. WHO Regional Office for Europe. <https://www.nivel.nl/en/publicatie/evaluation-structure-and-provision-primary-care-republic-tajikistan-survey-based-project>
- Diagne, Mame Fatou, Dena Ringold and Salman Zaidi. 2012. "Governance and Public Service Delivery in Europe and Central Asia: Unofficial Payments, Utilization and Satisfaction", World Bank Policy Research Paper No. 5994. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2020866
- Government of the Republic of Tajikistan. 2024. *Action Plan for the Strategy on Health Care of the Population of the Republic of Tajikistan for the Period up to 2030*. <https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Tajikistan-SHPRT-Action-Plan-2024-2026-Investment-Case-ENG.pdf>
- ILO. 2019a. "Diagnostics of Informality in Tajikistan", 9 April 2019. Доступно по ссылке: http://www.ilo.org/moscow/news/WCMS_685634/lang--en/index.htm
- 2019b. *Tajikistan: Guaranteed Medical Services. Social Protection Floors in Action: 100 Success Stories to Achieve Universal Social Protection and SDG 1.3*. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55246>
- 2023. *Composition, Structure and Affordability of the Consumer Basket of Different Income Groups in the Republic of Tajikistan. Survey Report*. http://www.ilo.org/moscow/information-resources/publications/WCMS_867481/lang--en/index.htm
- n.d. "Tajikistan", доступно по ссылке: <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowCountryProfile.action?iso=TJ>. Accessed 16 November 2023.
- ISSA (International Security Association). 2022. ISSA Country Profiles: Tajikistan. <https://www.issa.int/sites/default/files/documents/2024-01/Tajikistan%202022%20-%20ISSA%20country%20profile.pdf>
- Jacobs, E. 2019. "The Politics of the Basic Benefit Package Health Reforms in Tajikistan." *Global Health Research and Policy* 4 (1): 14. <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0104-4>
- Jacobs, E. and C. Camargo. 2020. "Local Health Governance in Tajikistan: Accountability and Power Relations at the District Level." *International Journal for Equity in Health* 19: 30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7053113/>
- Kaae, Susanne, Lilit Ghazaryan, Karaman Pagava, Irma Korinteli, Larissa Makalkina, Gaukhar Zhetimkarinova and Ainur Ikhambayeva et al. 2020. "The Antibiotic Knowledge, Attitudes and Behaviors of Patients, Doctors and Pharmacists in the WHO Eastern European Region - a Qualitative, Comparative Analysis of the Culture of Antibiotic Use in Armenia, Georgia,

- Kazakhstan, Moldova, Russia and Tajikistan." *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP* 16 (2): 238–48. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.05.014>
- Kan, Sophia. 2021. "Is an Ounce of Remittance Worth a Pound of Health? The Case of Tajikistan." *International Migration Review* 55 (2): 347–81. <https://doi.org/10.1177/0197918320926891>
- Khodjamurodov, G., S. Dilorom, A. Baktygul and R. Bernd. 2016. *Tajikistan: Health System Review*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330246>
- Masnoon, N., S. Shakib, L. Kalisch-Ellett and G. Caughey. 2017. "What Is Polypharmacy? A Systematic Review of Definitions." *BMC Geriatrics* 17: 230. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
- Medina, Leandro and Friedrich Schneider. 2018. "Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?", *IMF Working Paper* 18 (17). <https://papers.ssrn.com/abstract=3124402>
- Ministry of Finance of the Republic of Tajikistan and PEFA. 2022. *Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA) Performance Assessment Report*. https://www.pefa.org/sites/default/files/2022-10/TJ-Apr22-PFMPR-Public%20with%20PEFA%20Check_ENG.pdf
- Nabieva, Jamila and Aurélia Souares. 2019. "Factors Influencing Decision to Seek Health Care: A Qualitative Study among Labour-Migrants' Wives in Northern Tajikistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19 (1): 7. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2166-6>
- O'Dougherty, S., O. Zues and B. Akkazieva, 2014. *Health Financing Roadmap: Moving Towards Universal Health Coverage in the Republic of Tajikistan*. WHO Regional Office for Europe and P4H Social Health Protection Network. https://p4h.world/wp-content/uploads/2014/08/2014_08_28_Tajikistan_HealthFinancing-Roadmap.x23411.pdf
- Perehudoff, S. Katrina, Nikita V. Alexandrov, and Hans V. Hogerzeil. 2019. "Access to Essential Medicines in 195 Countries: A Human Rights Approach to Sustainable Development." *Global Public Health* 14 (3): 431–44. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1515237>
- Peyrouse, Sebastien. 2021. "Stuck between Underinvestment, Government Authoritarianism and Corruption: The Healthcare System in Tajikistan and the Risks for the Population." *The Foreign Policy Centre*, 16 May 2021. <https://fpc.org.uk/stuck-between-underinvestment-government-authoritarianism-and-corruption-the-healthcare-system-in-tajikistan-and-the-risks-for-the-population/>
- Staneva, A.V., and G.R. Arabsheibani. 2014. "Is There an Informal Employment Wage Premium? Evidence from Tajikistan." *IZA Journal of Labor & Development* 3 (1): 1. <https://doi.org/10.1186/2193-9020-3-1>
- Tajstat. 2021a. "Healthcare in the Republic of Tajikistan", available (in Tajik) at: <https://www.stat.tj/ru/news/publications/health-care-in-the-republic-of-tajikistan>
- The Borgen Project. 2021. "A Closer Look at Healthcare in Tajikistan." *Borgen Magazine*, 3 September 2021. <https://www.borgenmagazine.com/healthcare-in-tajikistan/>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2021. "Human Development Index - Tajikistan", *Human Development Index Reports*. Доступно по ссылке: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index>
- WHO (World Health Organization). 2017. "Antenatal Care Coverage - at Least Four Visits (in the Two or Three Years Preceding the Survey) (%) (Health Inequality Monitor)", The Global Health Observatory. Доступно по ссылке: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hem-antenatal-care-coverage---at-least-four-visits-\(in-the-two-or-three-years-preceding-the-survey\)-\(-\).](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hem-antenatal-care-coverage---at-least-four-visits-(in-the-two-or-three-years-preceding-the-survey)-(-).) Accessed 17 November 2023.

- 2020. *Health-Related SDG Targets in Tajikistan: Implementation of Policies and Measures to Achieve SDG Health-Related Targets*. [https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-related-sdg-targets-in-tajikistan--implementation-of-policies-and-measures-for-health-and-well-being-progress-report-2020-\(2020\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-related-sdg-targets-in-tajikistan--implementation-of-policies-and-measures-for-health-and-well-being-progress-report-2020-(2020))
- 2021a. *Assessment of Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Context of Universal Health Coverage in Tajikistan*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055680>
- 2021b. "Current Health Expenditure (CHE) per Capita in US\$", Global Health Expenditure Database. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- 2021c. "Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % Gross Domestic Product (GDP)", Global Health Expenditure Database. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- 2021d. "Out-of Pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHE)", Global Health Expenditure Database. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- 2021e. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: Addressing New and Emerging Products. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240032095>
- 2022. *Health Systems in Action: Tajikistan*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-tajikistan-2022>.
- 2023. *Non-Communicable Diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Bank. 2014. "Hospital Beds (per 1,000 People) - Tajikistan", World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=TJ>
- 2021. Tajikistan Public Expenditure Review. World Bank Group. <https://www.worldbank.org/en/country/tajikistan/publication/per-2022>
- 2022a. "GDP per Capita, PPP (Current International \$) - Tajikistan", World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=A2-TJ>
- 2022b. "Personal Remittances, Received (% of GDP) - Tajikistan", World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS?locations=TJ>
- 2022c. "Risk of Catastrophic Expenditure for Surgical Care (% of People at Risk) - Tajikistan", World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=TJ>
- 2024. "Current Health Expenditure per Capita, PPP (Current International \$) - Tajikistan", World Bank Data. Доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=TJ>



▶ Турция

© МОТ/Берке Аракл

Данный страновой обзор был подготовлен Артёмом Сичи и Матильдой Мейлферт при поддержке Йесле Ким (МОТ). В нем также учтены советы профессора Махмута Ярдима (Университет Хаджеттепе), оказавшего помощь в рецензировании, подборе материалов и улучшении качества публикации.

▶ 1. Введение

Турция – страна с уровнем дохода выше среднего, ее население составляет 84 680 273 человека (2021) (Турецкий институт статистики, 2022). Обладая ВВП в 906 миллиардов долларов США, что означает 10 616,1 доллара США на душу населения, Турция является 19-й по величине экономикой в мире. Индекс человеческого развития (ИЧР) в Турции в 2021 г. составил 0,838, что позволило стране занять 48-е место в мире (ПРООН, 2022). Доля людей, живущих за чертой бедности в 5,50 доллара США в день, в период с 2002 по 2018 г. сократилась на три четверти и составила 8,5%. Высокая инфляция и высокий уровень безработицы с августа 2018 г. усугубились макрофинансовой нестабильностью. Кроме того, кризис, вызванный пандемией COVID-19, углубил гендерный разрыв и повысил безработицу среди молодежи и уровень бедности в стране (Всемирный банк, 2022). Уровень неформальной занятости среди наемных работников достиг 13,7% в 2021 г. Общий уровень неформальной занятости снизился в период с 2004 по 2018 г. с 50,1% до 33,4% (Банк международных расчетов, 2023; Багыр, Кючюкбайрак и Торунь, 2021).

В период с 2003 по 2013 г. Турция начала серию реформ в рамках Программы трансформации здравоохранения (ПТЗ). Ее основная цель заключалась в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения и повышении их доступности, укреплении служб первичной медико-санитарной помощи и расширении возможностей больниц. Для достижения этих целей в ПТЗ был заложен целый ряд мер. Во-первых, все государственные медицинские учреждения были объединены в рамках министерства здравоохранения, чтобы консолидировать предоставление услуг здравоохранения под единым руководством. Вторая крупная реформа была проведена в области финансирования медицинских услуг путем создания Общей системы медицинского страхования (ОСМС), которая охватывает все население. Направлением третьей реформы стала первичная медико-санитарная помощь. В конце 2010 г. была введена экспериментальная программа семейных врачей, которая впоследствии была распространена на все население (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011).

В целом ПТЗ оказала положительное влияние на все аспекты национальной системы социальной защиты населения, что привело к значительному расширению охвата населения, который к 2020 г. достиг 98,5% населения (в 2002 г. он составлял 64%) (Статистика ОЭСР, без даты), а также к повышению доступности и финансирования медицинских услуг.

▶ 2. Контекст

Основы нынешней системы общественного здравоохранения в Турции были заложены в период 1923–1946 гг. Тогда основное внимание уделялось профилактическим программам в области общественного здравоохранения и программам по борьбе с инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез, малярия и проказа. В 1961 г. был принят Закон о социализации медицинских услуг (Закон № 224). Этот закон заложил основу для создания национальных служб здравоохранения в Турции и постановил, что медицинские услуги должны предоставляться на основе равенства и справедливости, непрерывно и в соответствии с потребностями населения. Закон был направлен на предоставление бесплатного (или частично бесплатного) медицинского обслуживания всем гражданам: финансирование осуществлялось за счет соплатежей и ассигнований из государственного бюджета (ОЭСР, 2009).

В 1963 г. здравоохранение было впервые включено в пятилетние планы развития. Цели первого пятилетнего плана развития сектора здравоохранения заключались в следующем: i) выделение в качестве первоочередного приоритета профилактической медицинской помощи; ii) предоставление услуг общественного здравоохранения через министерство здравоохранения; iii) равномерное распределение медицинского персонала по всей стране; iv) содействие развитию услуг общественного здравоохранения; v) поощрение национальной фармацевтической промышленности; vi) поддержка частных больниц; vii) создание системы всеобщего медицинского страхования; viii) формирование оборотных фондов в государственных больницах. Впоследствии был разработан общий закон о медицинском страховании, продвигающий идею всеобщего медицинского страхования, который был представлен на рассмотрение Великого национального собрания Турции только в 1971 г., но так и не был принят (ОЭСР, 2009).

В 2003 г. Турция начала серию реформ в рамках Программы трансформации здравоохранения (ПТЗ), которые привели к достижению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения (ВОУЗ) и созданию нынешней системы здравоохранения (Бамп и др., 2014). Главная составляющая программы, а именно система всеобщего медицинского страхования, основанная на взносах, была введена в действие только в 2008 г. и распространена на все население в 2012 г. (Адаман и др., 2018). ОСМС является обязательной для всех и включает в себя методы зачисления с уплатой взносов и без них (Институт социального обеспечения, 2021).

До реформы система социального здравоохранения была раздроблена на отдельные программы, каждая из которых имела свои пакеты льгот и требования. Существовали отдельные программы для государственных служащих, вышедших на пенсию (Emekli Sandigi – Пенсионный фонд государственных служащих – ПФГС), для белых и синих воротничков, работающих в государственном и частном секторе и их иждивенцев (Sosyal Sigortalar Kurumu-SSK – Управление социального обеспечения – УСО), для самозанятых (Bag-Kur) и «Зеленая карта». Целью программы «Зеленая карта» было предоставление медицинских льгот бедным и уязвимым слоям населения, которые сами не в состоянии оплатить медицинские услуги. «Зеленая карта» считалась временным решением до введения всеобщего медицинского страхования (ОЭСР, 2009). В 2003–2006 гг. она была расширена, и гражданам были предоставлены дополнительные льготы. Она особенно помогла сократить расходы на здравоохранение из собственных средств и катастрофические расходы для тех, на кого в основном приходятся основные расходы системы здравоохранения (Тиргилий, Диккенс и Атун, 2019). Работающие государственные служащие не были включены в ПФГС, и их расходы напрямую финансировались из государственного бюджета. Оказание услуг также было раздроблено, поскольку многие государственные медицинские учреждения находились в ведении УСО, а другие – в ведении министерства здравоохранения (Менон, Моллахалилоглу

и Постоловска, 2013). К октябрю 2008 г. программы здравоохранения были полностью гармонизированы. Все пользователи услуг были охвачены единой системой всеобщего медицинского страхования (ВМС) (Бурчу, 2013).

Турция провела обширные реформы, чтобы объединить различные программы страхования в единое целое и добиться интеграции и перекрестного субсидирования. В 2006 г. при Министерстве труда и социального обеспечения была создана Общая программа медицинского страхования (ОСМС), объединившая все существующие программы медицинского страхования под единым началом Управления социального обеспечения (куда вошло, например, социальное страхование торговцев, ремесленников и самозанятых, программа «Зеленая карта», пенсионная программа для государственных служащих). Кроме того, различные пользователи медицинских услуг получили доступ к дополнительным медицинским услугам. Например, владельцам «Зеленой карты» был предоставлен доступ к амбулаторному лечению и лекарствам, в то время как бенефициары Управления социального страхования получили доступ ко всем государственным больницам и аптекам. Кроме того, в 2006 г. во все программы медицинского страхования был включен список лекарств, в том числе и для владельцев «Зеленой карты». В 2007 г. законодательные меры обязали всех граждан Турции иметь доступ к бесплатной первичной медико-санитарной помощи, даже если они не охвачены системой социального обеспечения. Впоследствии, в соответствии с Указом о внедрении системы здравоохранения 2007 г.¹²¹, пособия по всем программам медицинского страхования были дополнительно унифицированы и в 2008 г. доработаны (Базяр и др., 2020).

В соответствии с новым Законом о социальном страховании и общем медицинском страховании № 5510 от 31 мая 2006 г.¹²² всем гражданам предоставляется одинаковый пакет льгот. Все лица, зарегистрированные в системе общего медицинского страхования (*Genel Saglik Sigortasi*), могут пользоваться услугами государственных медицинских учреждений бесплатно (за счет уплаты взносов). Медицинские услуги также можно получить в частных медицинских учреждениях за счет собственных средств пациента (Гюдюк, 2022). Хотя частное медицинское страхование также доступно на дополнительной или вспомогательной основе, оно относительно дорого, и только 7,6% населения пользовались им в 2020 г. (Статистика ОЭСР, без даты). Кроме того, лица, оформляющие частное медицинское страхование, не могут отказаться от обязательного государственного медицинского страхования; они обязаны платить страховые премии и взносы по обеим программам отдельно.

Затем министерство здравоохранения разработало новый стратегический план на 2019–2023 гг. Он направлен на укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение ее эффективности, обеспечение лучшего доступа и более высокой отдачи и качества медицинских услуг путем сосредоточения внимания на удовлетворенности пользователей услуг от получения и медицинского персонала от предоставления медицинской помощи соответственно.

► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

Финансирование

В 2020 г. расходы на здравоохранение в Турции в процентах от ВВП были одними из самых низких среди стран ОЭСР. В 2020 г. Турция потратила всего лишь 4,6% своего ВВП на здравоохранение, в то время как среднее значение для стран ОЭСР составило 8,8%. В первые три года после внедрения программы ПТЗ в 2003 г., хотя расходы на здравоохранение быстро росли, рост как общих, так и государственных расходов на здравоохранение, оставался в пределах возможностей страны, поскольку экономический рост в Турции также был интенсивным. Однако текущие расходы на здравоохранение в Турции стали сокращаться после 2009 г., когда они достигли своего пикового значения 5,5% (База данных ВОЗ, 2020; ОЭСР, 2009).

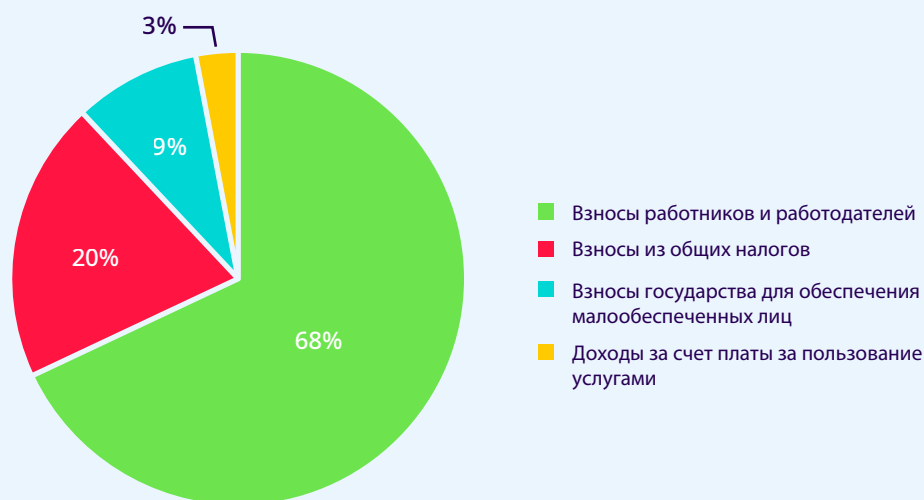
¹²¹ Уведомление об осуществлении мер по охране здоровья учреждения социального обеспечения № 26532 от 25 мая 2007 г. [на турецком языке]. Доступно по адресу: GeneratePdf (mevzuat.gov.tr).

¹²² Закон о социальном страховании и общем медицинском страховании № 5510 от 31 мая 2006 г. [на турецком языке]. Доступен по адресу: Legislative Information System (mevzuat.gov.tr).

В Турции действует система обязательного всеобщего медицинского страхования. Как работодатели, так и работники вносят свой вклад в эту программу. Согласно Закону № 5510, общая ставка взносов на социальное медицинское страхование составляет 12,5%, из которых работодатели платят 7,5%, а работники – 5%. Взносы для работников, государственных служащих, самозанятых и иностранцев определяются на основании их дохода; а Фонд по безработице оплачивает взносы безработных, имеющих право на пособие по безработице. Взносы пенсионеров оплачиваются либо УСО, либо напрямую государством в зависимости от их статуса. Безработные, не имеющие права на получение пособия по безработице, неработающие и неформально занятые делают взносы самостоятельно на основании оценки уровня доходов.

Взносы взимаются и зачисляются на счет Управления социального обеспечения (УСО). Им управляет Генеральный департамент всеобщего медицинского страхования (см. ниже). Правительство вносит свой вклад в доходы УСО, финансируя ряд государственных программ. Кроме того, государство субсидирует УСО, компенсируя дефицит организации из общих государственных фондов (через министерство финансов) (Венкатесваран и Сингх, 2022) и перечисляя средства в размере 25% от собранных взносов ежемесячными платежами в соответствии с Законом № 5510 (Тунджер, Татар и Шахин, 2017).

Рисунок 44. Распределение источников дохода Фонда всеобщего медицинского страхования Турции, 2019 г.



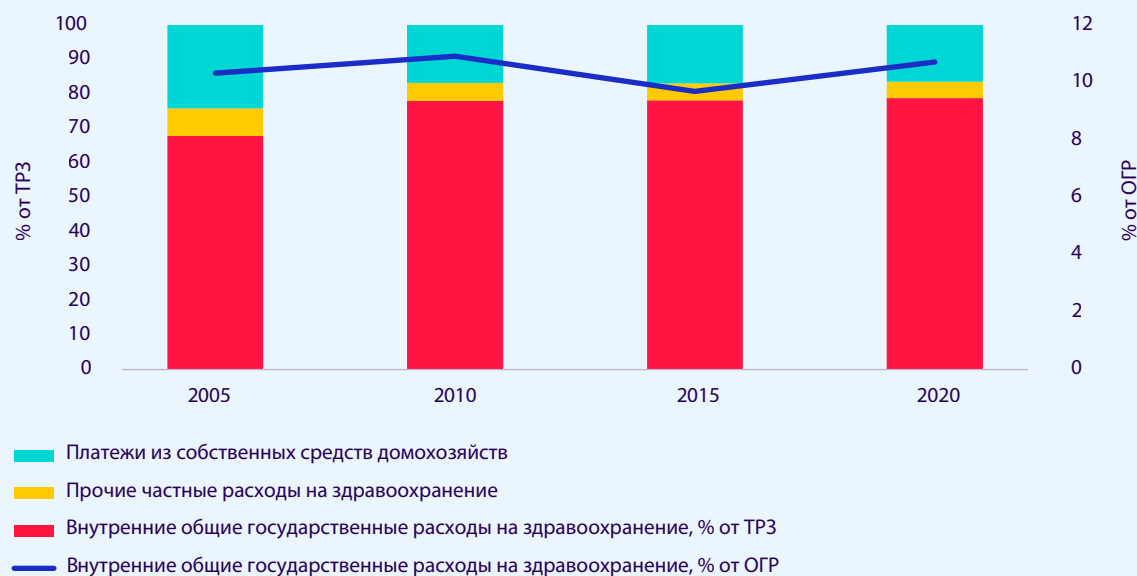
Источник: на основе данных Института социального обеспечения

В период 2013–2022 гг. наблюдалась тенденция к росту сбора поступлений от УСО с небольшим снижением после пандемии COVID-19. Взносы составляют большую часть поступлений, за которыми следует государственная дотация (Рисунок 44). Перед УСО впервые была поставлена конкретная задача по сбору взносов для лиц, которые платят за себя, то есть имеют доход на душу населения, превышающий порог освобождения от взносов по результатам проверки уровня доходов. В 2017 г. в этой категории было 1,9 миллиона человек (2,3% населения), в основном неформальные работники. УСО испытывало определенные трудности с регулярным сбором взносов с этой группы населения. В результате на первых этапах каждые несколько лет приходилось объявлять амнистию по взносам. Однако с 1 апреля 2017 г. (Закон № 6824)²³ размер взносов был установлен на уровне 3% от месячной минимальной заработной платы брутто для всех лиц этой группы (Енимахаллели Яшар, 2019).

После того, как медицинское страхование стало обязательным, снизилось количество платежей из собственных средств. Доля собственных расходов домохозяйств на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение в 2020 г. составила 16,0% (Турецкий институт статистики, 2021).

²³ Закон «О реструктуризации некоторых видов дебиторской задолженности» № 6824, опубликованный в Официальном вестнике под номером 30001 от 8 марта 2017 г. [на турецком языке]: mevzuat.gov.tr.

Рисунок 45. Структура текущих расходов на здравоохранение в Турции по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Система управления

Управление социального обеспечения (УСО) в Турции является автономным государственным органом с административными и финансовыми функциями и единственным государственным учреждением, которое имеет мандат по осуществлению деятельности в области социальной защиты, включая здравоохранение. Его правовая структура основана на Законе № 5510 о социальном обеспечении и общем медицинском страховании¹²⁴. В соответствии с этим законом УСО отвечает за внедрение и управляет системой социального обеспечения, включая сбор взносов на социальное обеспечение и предоставление различных пособий по социальному обеспечению лицам, имеющим на это право. Надзор за деятельностью учреждения осуществляет Административный совет, состоящий из 12 членов (Управление социального обеспечения, 2020). Половина из них назначается государством: один член от Министерства семьи, труда и социальных служб, 2 члена от Министерства казначейства и финансов и 3 члена представляют само УСО (президент УСО и 2 вице-президента). Остальные 6 членов избираются на 3 года социальными партнерами на Генеральной Ассамблее и представляют работников, работодателей, государственных служащих, пенсионеров, самозанятых в сельскохозяйственном секторе и самозанятых вне сельскохозяйственного сектора. Административный совет возглавляется президентом УСО и собирается не реже одного раза в неделю (Управление социального обеспечения, 2020).

На центральном уровне Генеральное управление универсального медицинского страхования УСО управляет системой универсального медицинского страхования, включая возмещение расходов, льготы, ценообразование на медицинские услуги и приобретение услуг у поставщиков медицинских услуг. Социальные взносы зачисляются на счет организации, и ими распоряжается Департамент (Управление социального обеспечения, 2021).

¹²⁴ Закон о социальном обеспечении и общем медицинском страховании № 5510 от 31 мая 2006 г. [на турецком языке]. Доступен по адресу: [Legislative Information System \(mevzuat.gov.tr\)](http://Legislative Information System (mevzuat.gov.tr)).

Правовой охват населения и права на получение услуг

Право на здоровье закреплено в Конституции Турции, которая гласит, что «каждый имеет право на здоровую и сбалансированную окружающую среду». В статьях 60 и 61 говорится о правах на социальное обеспечение: в статье 60 говорится, что «каждый имеет право на социальное обеспечение». Государство принимает необходимые меры и создает организацию по предоставлению социального обеспечения». Статья 61 подчеркивает обязанность государства защищать детей, вдов, сирот, инвалидов и пожилых людей.

Закон о социальном обеспечении и общем медицинском страховании № 5510 от 31 мая 2006 г. вступил в силу 1 октября 2008 г. одновременно с реформой социального обеспечения. Национальный закон гарантирует медицинское страхование для всех на основе обязательной регистрации.

ОСМС применяет различные критерии нуждаемости, основанные на уязвимости и уровне дохода. ВМС состоит из программы, основанной на взносах, и некомпенсируемой программы, основанной на проверке уровня доходов, что обеспечивает медицинское страхование для всех граждан и жителей Турции. Кроме того, граждане и иностранцы, проживающие в Турции более одного года и не имеющие медицинской страховки в другой стране, имеют право на получение медицинских услуг. Регистрация производится на семейной основе, включая жен, детей моложе 18 лет (учащихся в высшей школе до возраста 20 лет и студентов в заведениях высшего образования до 25 лет), детей-инвалидов и родителей, относимых УСО к малоимущим и рассматриваемых в качестве иждивенцев. Это применимо только в том случае, если они не застрахованы или не получают никакой пенсии или пособия от УСО. Кроме того, дети продолжают считаться иждивенцами в течение двух лет после окончания средней школы или университета при условии, что им не исполнилось 25 лет и они еще не включены в число плательщиков. В этот период они не обязаны платить взносы и должны проходить тест на нуждаемость (Эзер, 2023).

Для участия в программе медицинского страхования в рамках ОСМС или в качестве самостоятельного плательщика, требуется минимальный период уплаты взносов в 30 дней, внесенный за год даты получения доступа к медицинским услугам. Самозанятые должны также не иметь задолженность по взносам более чем за 60 дней (Управление социального обеспечения, 2021).

Исключение составляют лица моложе 18 лет, беременные женщины, работники Управления социального обеспечения, лица без гражданства, беженцы, лица с доходом ниже одной трети минимальной заработной платы в Турции, а также лица, получающие социальную помощь (ЭСКАТО, 2019).

Охват уязвимых групп населения субсидируется за счет налогов. Дипломаты, иностранцы, краткосрочные посетители, заключенные и нелегальные иммигранты не имеют права на участие в программах согласно Закону о социальном обеспечении и общем медицинском страховании 2006 г.

Кроме того, нижеуказанные лица не покрываются ОСМС из-за того, что их организации сами оплачивают собственные расходы на здравоохранение (Управление социального обеспечения, без даты):

- ▶ члены кабинета, назначенные Великим национальным собранием Турции, срок назначения которых истек, а также депутаты и их иждивенцы;
- ▶ председатели и члены высших судебных органов, включая вышедших на пенсию и их иждивенцев;
- ▶ начальники Генерального штаба и командующие силами, а также те, кто находится в звании генерала/адмирала, включая вышедших на пенсию и их иждивенцев;
- ▶ члены фондов, созданных для банков, страховых и перестраховочных компаний, торгово-промышленных палат, бирж или их ассоциаций и их иждивенцев.

Виды медицинской помощи

Бесплатный доступ к медицинскому обслуживанию является высшим правом пользователей и их иждивенцев в рамках всеобщего медицинского страхования (ВМС). В турецкой системе всеобщего медицинского страхования действует жесткое правило, согласно которому размер взносов не зависит от объемов и продолжительности медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам. Следовательно, все равны в получении льгот на одинаковых основаниях. Таким образом,

все получают услуги на равных основаниях, что означает, что в национальной системе здравоохранения широко применяется принцип солидарности (Управление социального обеспечения, 2016).

Учреждения первичной медико-санитарной помощи министерства здравоохранения, а также врачи на рабочих местах в государственных учреждениях предоставляют услуги бесплатно. Пакет льгот ВМС дополняет эти услуги и предоставляет комплексный пакет и льготы с компенсацией за ряд профилактических, диагностических и лечебных услуг. Программа медицинского обслуживания включает в себя как стационарное, так и амбулаторное лечение. Льготное всеобщее медицинское страхование распространяется на следующее:

- медицинское обслуживание, профилактические медицинские услуги и неотложная медицинская помощь;
- беременность и материнство;
- лабораторные исследования, анализы и другие методы диагностики;
- хирургические операции;
- офтальмологическая, отологическая и стоматологическая помощь;
- предписанные лекарственные средства, медицинские и оптические приспособления, прививки, ортезы и протезы, анализ крови, вакцинация и пересадка костного мозга;
- репродуктивная помощь;
- трансплантация органов;
- реабилитационные услуги;
- ортодонтическое лечение лиц в возрасте до 18 лет;
- транспортные расходы, суточные и сопутствующие расходы в случае, если лечение проводится не по месту жительства (Управление социального обеспечения, 2021).

Другие специализированные услуги, такие как лечение рака, неотложная помощь, интенсивная терапия, лечение ожогов, помощь новорожденным, трансплантация органов, тканей и клеток, хирургия врожденных аномалий, диализ и сердечно-сосудистая хирургия также предоставляются бесплатно. Неотложная помощь предоставляется бесплатно в частных больницах, даже если у этого учреждения нет контракта с УСО (Адаман и др., 2018).

Хотя большинство бесплатных медицинских услуг предоставляются национальными и местными медицинскими учреждениями, некоторые случаи, требующие высокоспециализированных медицинских вмешательств, предлагаемых только международными медицинскими учреждениями, также могут финансироваться по программе здравоохранения Турции (Управление социального обеспечения, 2016).

В общей программе медицинского страхования широко применяется принцип участия в расходах через официальную сооплату. Сооплата, сострахование и доплата – это виды платежей ПСС, предусмотренных законом (Закон № 5510/2006). Турецкая система здравоохранения предполагает различные уровни сооплат пациентами за амбулаторные визиты и 20-процентное сострахование рецептурных лекарств (Каймаз, 2020). Сооплаты осуществляются по различным ставкам в зависимости от уровня поставщика медицинских услуг, вида услуги и социально-демографических характеристик застрахованного лица. Сооплаты не возмещаются через частное медицинское страхование (Управление социального обеспечения, 2021).

Сооплата требуется за медицинский осмотр, ортопедические изделия и протезы, лечебные материалы, лекарства или лечение бесплодия (ЭСКАТО, 2019). Сооплаты не требуется для получения первичной медицинской помощи или госпитализации. Медицинские услуги, оказанные в случае несчастных случаев на производстве, производственных травм, военных учений, стихийных бедствий или войн, а также пандемий, освобождаются от обязательств по сооплате, как и лекарства от хронических заболеваний. Кроме того, определенные слои населения вовсе освобождены от сооплат (см. Вставку 19). За амбулаторное лечение в государственных больницах бенефициары платят 6 лир (1,23 доллара США), в университетских больницах – 8 лир (1,65 доллара США), в частных больницах – 15 лир (3,09 доллара США) (Управление социального обеспечения, 2018). Частным поставщикам медицинских услуг разрешается взимать с застрахованных лиц плату за стандартные предоставляемые ими услуги в двукратном размере относительно стандартных цен, установленных Комиссией по ценообразованию на медицинские услуги (КЦМУ), организацией, устанавливающей цены при УСО (Управление социального обеспечения, 2021).

▶ Вставка 19. Группы населения, освобожденные от сооплат

- Почетные пенсионеры и лица, получающие пенсию в соответствии с положениями Закона о планировании военной службы, и их супруги
- Пенсионеры и их иждивенцы
- Инвалиды-ветераны-пенсионеры и их иждивенцы, а также лица, получающие пенсию в соответствии с Законом о борьбе с терроризмом
- Лица и дети в возрасте до 18 лет, которые пользуются бесплатными реабилитационными услугами
- Лица, получающие пенсию по инвалидности, полученной при исполнении служебных обязанностей, назначенную в связи с выполнением государственной миссии
- Курсанты, получающие образование в военных академиях, полицейских академиях или штабных училищах Вооруженных Сил или Главном управлении безопасности
- Лица, ставшие жертвами теракта до окончания лечения
- Военнослужащие, проходящие срочную военную службу и кандидаты в кадеты (слушатели) военных училищ

Источник: Управление социального обеспечения (2021).

В дополнение к услугам медицинского обеспечения УСО также гарантирует выплаты по несчастным случаям на производстве, профессиональным заболеваниям, болезни и материнству для работающих и samozанятых застрахованных лиц в рамках более широкой системы социального обеспечения. Государственные служащие покрываются по специальной программе. Взнос рассчитывается для всех краткосрочных страховых выплат и составляет 2% от заработка застрахованного лица, причитающегося с работодателя (с работника доля не взимается) (Управление социального обеспечения, 2020). Застрахованные женщины имеют право на пособие по беременности и родам, начисляемые на каждый день отпуска по беременности и родам до 16 недель (8 недель до и 8 недель после ожидаемого срока рождения ребенка). Данный срок может быть увеличен на 2 недели в случае многоплодных родов. Размер пособия одинаков для всех краткосрочных пособий: он составляет две трети от среднего дневного заработка при амбулаторном лечении и половину от среднего дневного заработка при стационарном лечении. Предусмотрено также пособие по уходу за ребенком в виде паушальной суммы в размере 133 лир, выплачиваемых матерям (МАСО, 2018).

Оказание медицинской помощи и услуг

С точки зрения предоставления услуг централизация является ключевым атрибутом турецкой модели управления здравоохранением как с географической (ограниченная местная автономия), так и с функциональной точки зрения (контроль за выполнением обязанностей сосредоточен в рамках министерства здравоохранения). Министерство здравоохранения играет ведущую роль в управлении, планировании и надзоре. Система предоставляет первичную, вторичную и третичную медицинскую помощь по всей стране. Министерство здравоохранения координирует все медицинские услуги, включая управление больницами, контроль над частными больницами и всеми аптеками, аккредитацию и оценку медицинских технологий (ОЭСР, 2014).

В Турции была предпринята попытка децентрализации системы здравоохранения. Хотя некоторые преобразования были проведены, децентрализация не принесла ожидаемых результатов из-за проблем с координацией. Планировалось, что все больницы будут автономными в административном и финансовом отношении. Некоторые функции были переданы в ведение вновь созданных агентств, связанных с министерством здравоохранения, в том числе по лекарствам и медицинскому оборудованию, общественному здравоохранению, государственным больницам, пограничным и прибрежным агентствам (Нуршен, 2022; Йылдыз, Хебоян и Хан, 2018).

Большинство медицинских учреждений в Турции являются государственными. Из общего числа 1534 больницы в 2020 г. больниц министерства здравоохранения было 900, университетских больниц – 68 и частных больниц – 566 (ВОЗ, 2022).

Первичная помощь включает в себя врачей общей практики (семейных врачей), работающих в семейных медицинских центрах в рамках программы «Семейная медицина». Первичная медико-санитарная помощь и профилактические услуги финансируются за счет общих налогов из бюджета центрального правительства, выделенного министерству здравоохранения. Лекарства, назначаемые в центрах первичной медико-санитарной помощи (Центрах семейного здоровья), финансируются Фондом всеобщего медицинского страхования, созданным при УСО (Венкатескваран С и Сингх АК, 2022; Управление социального обеспечения, 2021). В 2019 г. доля врачей общей практики (семейных врачей) составила 33% от всех врачей (Статистика ОЭСР, без даты-а).

Вторичная помощь включает в себя больницы частного и государственного секторов, а третичная помощь представлена научно-исследовательскими и образовательными больницами министерства здравоохранения и университетскими больницами (Тунцер, Татар, и Шахин, 2017). Хотя программа общего медицинского страхования финансирует вторичную медицинскую помощь, застрахованные лица должны вносить сооплату за услуги амбулаторных клиник (как государственных, так и частных), лекарства и посещение вторичных и третичных медицинских учреждений. Исключение составляют посещения семейного врача (Управление социального обеспечения, 2021).

УСО закупает медицинские услуги у поставщиков медицинских услуг в частном и государственном секторах. С государственными учреждениями, оказывающими вторичную медицинскую помощь, договорные соглашения не заключаются, если учреждения принадлежат министерству здравоохранения; УСО перечисляет средства на основе глобального бюджета министерству здравоохранения за услуги, предоставляемые ее бенефициарам (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011).

Соглашения с УСО подписали следующие частные поставщики услуг: частные университетские больницы, частные больницы / медицинские центры, аптеки, центры по продаже медицинского оборудования и оптики. Исключение составляют экстренные случаи, когда медицинские услуги могут быть оказаны медицинским учреждением, не являющимся участником договора. Для частных провайдеров платежи производятся на душу населения за случай пользования (плата за услугу) (Венкатесваран С и Сингх АК, 2022).

Главное управление ВСО выполняет обязанности по определению государственных цен на медицинские услуги, предоставляемые УСО, выпуску свежих Коммюнике о реализации задач здравоохранения (КРЗЗ), которые включают в себя условия, касающиеся возмещения расходов на услуги лечения, лекарства, а также медицинские изделия и материалы, заключения договоров с поставщиками медицинских услуг на оказание медицинских услуг и осуществления им платежей в обмен на эти услуги (Управление социального обеспечения, 2021).

Для обработки запросов на оплату по всем фондам медицинского страхования, включая «Зеленую карту», была создана система обработки запросов и использования средств под названием MEDULA. В соответствии с Законом о бюджете здравоохранения 2007 г. все государственные и частные медицинские учреждения, работающие по контракту с УСО, обязаны подавать запросы через систему MEDULA. Создание единой системы управления запросами стандартизировало подачу запросов во всех фондах медицинского страхования и способствовало созданию виртуальной системы с единым плательщиком еще до создания системы ОСМС (Управление социального обеспечения, 2024).

В настоящее время процесс координации и направления на лечение между структурами первичной и вторичной медико-санитарной помощи и первичной медико-санитарной помощи для бенефициаров ВМС официально не определен (Сумер, Шеар и Йенер, 2019; Бенер и др., 2019). Освобождение от сооплат за первичное медицинское обслуживание призвано стимулировать население получить направление от лечащего врача прежде чем обращаться к услугам вторичного и третичного уровня (ВОЗ, 2022).

▶ 4. Результаты

Охват

В 2020 г. 98,8% населения Турции было охвачено ОСМС по сравнению с 69,8% в 2002 г. (Статистика ОЭСР, без даты). Кроме того, 9% оформили добровольное частное медицинское страхование в основном для оплаты услуг в частных больницах, не заключивших (или заключивших с ограничениями) договор с УСО, или в качестве дополнительного медицинского страхования для оплаты услуг, не входящих в базовый пакет (ВОЗ, 2022).

В прошлом люди, которые не вносили свои взносы своевременно, исключались из этой программы. В 2016 г. около 7 миллионов человек (около 9% населения) не сделали взносов, а 5 миллионов (примерно 6%) не прошли проверку нуждаемости, которая позволила бы им воспользоваться программой без уплаты взносов (Фикрет и Бурджай, 2017) Таким образом, неформальные работники (Багир, Кючюкбайрак и Торун, 2021), самозанятые с низким доходом, безработные и их иждивенцы рискуют быть исключенными из страхового покрытия (Адаман и Эрус, 2017; Багир, Кючюкбайрак и Торун, 2021).

▶ Таблица 13. Численность населения, охваченного системой ВМС в Турции в 2020 г.

Население	2020
Общая численность населения	83.614.362
Активно застрахованные лица	23.344.547
Пассивно застрахованные лица (пенсионеры)	13.264.220
Иждивенцы	35.556.141
Люди, охваченные социальным страхованием	72.593.383
Зарегистрированы только в качестве лиц, охваченных ВМС	9.767.789
Общий охват ВМС (доля от общей численности населения)	98,5%

Источник данных: Управление социального обеспечения (2022).

Кроме того, в Турции проживает самое большое количество беженцев в мире – по состоянию на 2022 г. страна принимает 3,6 миллиона беженцев и просителей убежища (3,5 миллиона из которых – сирийцы) (УВКБ ООН, 2023). Согласно Закону об иностранцах и международной защите, беженцы и соискатели убежища могут в течение одного года пользоваться услугами медицинского страхования бесплатно. При наличии турецких документов, удостоверяющих личность, беженцы наравне с гражданами Турции попадают в систему ОСМС. Это означает, что беженцы имеют доступ ко всем медицинским услугам, предоставляемым турецкими медицинскими учреждениями, включая центры семейного ухода, государственные больницы и университетские больницы. Они также могут бесплатно пользоваться первичными медицинскими услугами по месту жительства. Если беженцы не зарегистрированы турецкими властями, то бесплатными для них будут только экстренные услуги в больницах. Однако незарегистрированных беженцев и мигрантов миллионы и они по-прежнему сталкиваются с проблемами доступа к медицинскому обслуживанию (УВКБ ООН, без даты; Барыш М, Серт Г и Ондер О, 2023).

Адекватность льгот / финансовой защищенности

Система социального здравоохранения гарантирует населению Турции существенную финансовую защищенность. Однако если бесплатные услуги распространяются только на первичную и неотложную помощь, то за другие медицинские услуги люди должны доплачивать, включая такие услуги как медицинские осмотры, амбулаторные лекарства, ортопедические и протезные

услуги, лечебные материалы и услуги по лечению бесплодия. Сооплата за медицинские осмотры, как правило, невелика и составляет фиксированную номинальную сумму, в то время как остальные услуги сооплачиваются в процентах от стоимости (10–20%) (Управление социального обеспечения, 2021). До реформы 2003 г. в секторе здравоохранения Турции наблюдался высокий уровень неформальных платежей. Несмотря на то, что государственное финансирование здравоохранения увеличилось после введения ВМС, данные свидетельствуют о том, что некоторые неформальные платежи все же сохраняются, что потенциально влияет на финансовую защищенность населения (Йылмаз В, 2021; Адаман и др., 2018).

После введения ВМС в 2008 г. расходы из собственных средств населения снизились с 23,89% в 2007 г. до 16,43% в 2020 г. (Статистика ОЭСР, без даты-б), что является низким показателем по сравнению с другими странами Центральной и Западной Азии. Хотя уровень сооплат представляется низким, ПСС ложатся непосильным бременем на бедные и уязвимые слои населения. Домохозяйства из нижнего дециля расходуют почти 70% своего бюджета на питание и жилье (Баез, Инан и Небилер, 2021). Бедные в Турции часто сталкиваются с финансовыми трудностями, связанными с оплатой медицинских услуг. Это сокращает доступ к медицинскому обслуживанию, ухудшает состояние здоровья населения, повышает уровень бедности и усугубляет неравенство в обществе. В 2016 г. 3,19% населения или более 2,5 млн человек в Турции тратили не менее 10% своего семейного бюджета на здравоохранение, что в первую очередь затрагивало бедные и уязвимые слои населения (ВОЗ, 2023а). Примечательно, что, хотя с начала 2000-х гг. платежи из собственных средств сократились, доля домохозяйств, сталкивающихся с катастрофическими расходами, в период с 2012 по 2019 г. хотя и незначительно, но увеличилась (Венкатесваран С и Сингх АК, 2022).



Одно исследование, основанное на национальных исследованиях доходов и условий жизни, показало, что сельское население сообщило о высоких неудовлетворенных потребностях из-за труднодоступности медицинских услуг. Эта ситуация была истолкована как результат относительно низкого уровня предоставления медицинских услуг в сельской местности в рамках системы семейных врачей, введенной по всей стране в 2010 г. в замену традиционной для Турции модели медицинского обслуживания, ориентированной на округа и восходящей к 1960-м гг. В том же исследовании сделан вывод, что доступ к здравоохранению в процессе реформ в Турции все же улучшился, хотя различия в доступе к медицинской помощи между группами по доходам увеличились, что не лучшим образом отразилось на положении беднейших слоев населения. Эти результаты могут свидетельствовать, что высокий уровень неформальной занятости и безработицы в нестабильных экономиках ставит под угрозу способность всеобщего медицинского страхования обеспечивать равный доступ к медицинской помощи, особенно в странах со средним уровнем дохода, таких как Турция (Ярдим и Унер, 2018).

В целом частное медицинское страхование в Турции пользуется ограниченным спросом из-за вполне адекватного охвата социальным страхованием (Озсари и Гюдюк, 2020).

Способность реагировать на потребности населения

Наличие и доступность

Правительство сосредоточило свои усилия на устранении региональных различий в распределении медицинских кадров по всей стране путем реализации Программы семейной медицины, которая стимулирует врачей и других работников здравоохранения обслуживать сельское население. Назначение и перевод врачей в сельскую местность обеспечивают более сбалансированное распределение медицинских кадров по всем регионам. В рамках этой инициативы УСО заключает контракты с семейными врачами на оказание первичной медико-санитарной помощи жителям сельской местности, включая предоставление мобильных медицинских услуг тем, кто не может добраться до клиники. Кроме того, с 2009 г. в Турции внедрена услуга мобильных аптек для улучшения доступа к лекарствам в сельской местности (Атун, Айдин и Чакраборты, 2013). Кроме того, правительство запретило двойную практику (совмещение государственной и частной практики) и повысило заработную плату работников здравоохранения государственного сектора. Эти меры помогли обеспечить привлечение и удержание медицинских работников в секторе общественного здравоохранения (Венкатесваран и Сингх, 2022).

Несмотря на то, что в течение последних десяти лет наблюдается постоянное увеличение числа медсестер, медицинских работников, врачей и поставщиков медицинских услуг, Турция все еще отстает по этим показателям от многих стран ОЭСР (Гюрсой, 2015). Несмотря на значительное увеличение числа врачей (+ 46% в 2020 г.), нынешняя численность врачей (205 на 100 тыс. населения) является самой низкой среди стран ОЭСР, слегка ниже среди стран ЦЗА (269 на 100 тыс. населения) и существенно ниже чем в Европе и Центральной Азии (372 на 100 тыс. населения) (Статистика ОЭСР, без даты-а), что в основном отражается на здоровье маргинализированных слоев населения. Нехватка врачей и неравномерное их распределение по всем регионам страны приводят к ограничению доступа к медицинской помощи. В соответствии с приведенными выше цифрами, оценочное количество очных консультаций, приходящихся на одного врача, в 2019 г. составило 5033, что является самым высоким показателем среди стран ОЭСР. Такая высокая нагрузка серьезно обременяет врачей и существенно влияет на качество медицинской помощи, особенно в регионах с более высоким дефицитом кадров. Данные министерства здравоохранения показывают, что из-за ограничений, связанных с COVID-19, количество посещений врача на душу населения в 2020 г. сократилось на 26% (с 9,8 в 2019 г. до 7,2 в 2020 г.) (ОЭСР 2021; Диркс, 2024).

При этом в сельских районах доступность медицинских услуг по-прежнему более ограничена, чем в городах. Часто сельские жители вынуждены нести дополнительные транспортные расходы, чтобы воспользоваться услугами, доступными в ближайших районах (УВКБ ООН, 2021). Следует отметить, что в 2019 г. 9% квинтиля населения с самым низким доходом не имели доступа к медицинской помощи по сравнению с 0,4% в квинтиле с самым высоким доходом (ОЭСР, 2021).

Количество больниц закономерно росло по мере увеличения расходов на здравоохранение. С 2002 по 2012 г. количество поставщиков медицинских услуг почти утроилось и достигло почти 30 тыс. больниц. Увеличение числа частных больниц особенно примечательно по сравнению с меньшим изменением числа больниц, находящихся в ведении министерства здравоохранения. Основная причина такого увеличения числа частных больниц обусловлена расширением охвата ОСМС, увеличением числа контрактов на социальное медицинское страхование с частными поставщиками и обширным пакетом льгот; это означает, что частный сектор воспользовался этой трансформацией, инвестируя в медицинские услуги (Гюрсой, 2015).

Повысив доступность медицинских услуг, ПТЗ существенно улучшила показатели использования медицинских услуг. Например, в период с 2013 по 2018 г. наблюдалось увеличение количества врачебных консультаций на душу населения (со 100 до 117 посещений). Значительная тенденция к росту наблюдалась также по показателю «диагностические исследования» (включая КТ и ПЭТ-сканирование), который за те же годы увеличился с примерно 140 до 250/300 диагностических исследований (Торун и Аслан, 2022).

Качество и приемлемость

Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась в Турции с 71,9 лет в 2002 г. до 77,7 лет в 2014 г. Уровень смертности детей в возрасте до пяти лет резко снизился с 61 на 1000 живорождений в 1993 г. до 37 в 2013 г., а младенческая смертность снизилась с 53 в 1993 г. до 15 на 1000 живорождений в 2013 г. В период с 2002 по 2012 г. общая численность работников здравоохранения увеличилась на 36% – с 295 тыс. до 460 тыс. человек. Кроме того, расходы Турции на здравоохранение увеличились с 5,4% от ВВП в 2000 г. до 6,7% в 2011 г., что привело к существенному сокращению платежей за медицинские услуги из собственных средств (ПСС) (Всемирный банк, 2018; ВОЗ, 2023b).

После внедрения реформы ПТЗ, радикально изменившей систему здравоохранения в Турции, доверие к системе здравоохранения находится постоянно на высоком уровне и степень удовлетворения услугами здравоохранения постоянно растет. Согласно статистике удовлетворенности жизнью в 2016 г., 75,4% респондентов отметили, что они либо удовлетворены, либо очень удовлетворены государственными услугами здравоохранения (Эртонг, 2018). Министерство здравоохранения создало центры здоровья мигрантов в 29 провинциях, где сирийские врачи оказывают первичную медико-санитарную помощь сирийцам, находящимся под временной социальной защитой. Такая мера снизила нагрузку на государственные больницы и расширила доступ к здравоохранению за счет снижения языковых барьеров и укрепления кадрового потенциала.

► 5. Направление дальнейших действий

За последние 20 лет после проведения реформы ПТЗ, обусловившей предоставление всеобъемлющих услуг и улучшение качества предоставляемых услуг, охват медицинским обслуживанием в Турции значительно расширился, достигнув почти всеобщего покрытия услугами ОСМС. В целом Турция добилась больших успехов в предоставлении медицинских услуг и обеспечении равенства при снижении расходов на здравоохранение и высокой удовлетворенности населения системой здравоохранения. Однако турецкая система еще далека от совершенства и существует особо насущная потребность в увеличении числа медицинских работников в учреждениях ПМСП и наращивании их потенциала (Бенер и др., 2019). Необходимы также дальнейшие усилия для защиты и улучшения здоровья граждан и обеспечения равного доступа к здравоохранению для всех.

В настоящее время в Турции доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП) остается ниже среднего уровня для стран ОЭСР (ОЭСР, 2023). Ожидается, что в предстоящий период расходы на здравоохранение в Турции будут расти параллельно с Национальным планом развития (2019–2023 гг.). Если демографическое окно возможностей не будет адекватно

использовано и не будут приняты необходимые меры по пенсионному обеспечению и системе социального страхования, растущие расходы на здравоохранение приведут к сокращению системы социального страхования и государственных финансов в предстоящий период (Президентство Республики Турция, Управление стратегии и бюджета, без даты). В этой связи, не менее важно принять во внимание факторы, оказывающие влияние на финансовую устойчивость системы здравоохранения, обусловленную недостатками организационной структуры сектора здравоохранения, включая университетские больницы; бременем ненужных медицинских вмешательств и обследований; неэффективной системой возмещения расходов и системой дополнительных выплат, основанной на результатах; обширностью пакета льгот УСО и заниженными ценами на лекарства (Бальчи и Гюмюш, 2021).

Качественная первичная медико-санитарная помощь играет в охране здоровья населения решающую роль. Национальная политика должна быть направлена на увеличение использования первичной медико-санитарной помощи на душу населения путем преодоления негативного отношения граждан к этому виду помощи. Правительство Турции предложило провести реструктуризацию первичной медико-санитарной помощи для повышения эффективности ее функционирования, наращивания потенциала персонала и перестройки системы оценки работы персонала с упором на повышение производительности труда и показателей здоровья. Это также требует развития различных направлений в рамках семейной медицины, увеличения числа отделений семейной медицины и повышения осведомленности об услугах семейной медицины. В настоящее время система направления к специалистам не является обязательной; пациенты могут свободно обращаться в систему по своему личному усмотрению, а уровень первичной медико-санитарной помощи работает не так эффективно, как следует. При этом система освобождения от сооплаты за первичную и более высокую медицинскую помощь была введена именно в качестве стимула для людей сначала посетить своего врача общей практики и получить направление на вторичную или третичную медицинскую помощь, однако, к сожалению, этого не произошло. Основными причинами отсутствия системы обязательного направления являются общая нехватка врачей по всей стране и, в частности, недостаточное количество врачей, работающих на уровне первичной медико-санитарной помощи, которые призваны выступать в качестве распределительного механизма. В настоящее время амбулаторная помощь как первичная, так и специализированная, предоставляется семейными врачами, больничными амбулаторными отделениями (государственными и частными) и частными врачами (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011).

В условиях постоянного роста числа мигрантов и беженцев в Турции необходимо отменить административные барьеры и облегчить их зачисление в национальную систему. Кроме того, эффективность медицинских услуг для мигрантов должна быть повышена за счет совершенствования механизмов адресности услуг и повышения осведомленности о медицинских услугах. Широкое вовлечение медицинских работников из стран происхождения беженцев потенциально могло бы устранить коммуникационные барьеры между поставщиками и пользователями медицинских услуг. В целях облегчения доступа мигрантов и беженцев к услугам здравоохранения следует увеличить количество медицинских центров для мигрантов, а также продлить сроки медицинского страхования для беженцев, что существенно повысит степень финансовой защищенности и равноправия этого контингента населения.

Платежи из собственного кармана в Турции относительно низки; однако они непропорционально влияют на бедное население, и требуются дополнительные усилия для обеспечения равенства в эффективном доступе к услугам здравоохранения среди сельского и городского населения. Требуется неустанная разработка и внедрение политических мер сокращения ПСС на здравоохранение посредством совершенствования механизмов сбора взносов, увеличения государственных расходов, инвестиций в сектор здравоохранения, консолидации первичной медико-санитарной помощи и повышения осведомленности населения об услугах здравоохранения (Джалали, Бикине и Делавари, 2021).

► 6. Основные выводы

- За последние 15 лет в Турции был достигнут значительный прогресс в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Реформы, включающие в себя расширение правового и эффективного охвата населения услугами и повышение инвестиций в сферу здравоохранения, сокращение ПСС в области здравоохранения, повышение финансовой защищенности населения при одновременном расширении доступа к медицинским услугам позволили достичь ощутимых результатов.
- Объединение различных программ в единую программу медицинского страхования ускорило расширение страхового охвата и одновременно повысило финансовую устойчивость системы социального здравоохранения, обеспечиваемую сочетанием взносов и поступлений, основанных на налогах. Снизилась фрагментарность системы, которая вызывала сложности с точки зрения притока средств к поставщикам услуг, снижая общую эффективность. Повышение осведомленности населения о системе здравоохранения имеет огромное значение для создания эффективной и действенной системы здравоохранения. Недостаточная осведомленность и негативное восприятие среди населения отрицательно сказываются на первичной медико-санитарной помощи, что приводит к увеличению платежей из собственных средств за вторичную и третичную медико-санитарную помощь.
- Решающее значение имеет обеспечение долгосрочной финансовой устойчивости программы ОСМС при сохранении ее всеобъемлющего охвата. Это особенно важно, учитывая растущие расходы на здравоохранение, демографические изменения, меняющееся бремя болезней и экономические факторы. Существует необходимость в расширении налоговых возможностей для здравоохранения, укреплении дисциплины налогоплательщиков, повышении эффективности и усилении мер по сдерживанию затрат.

Библиография

- Adaman, Fikret, Dilek Aslan, Burcay Erus, and Serdar Sayan. 2018. *ESPN Thematic Report on Inequalities in Access to Healthcare in Turkey*. European Commission. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=30&advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Atun, R., S. Aydin and S. Chakraborty. 2013. "Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity." *Health Policy*. <https://ignaciosiesgo.es/wp-content/uploads/2013/07/Universal-health-coverage-in-Turkey-enhancement-of-equity.pdf>
- Baez, Javier E., Osman Kaan Inan, and Metin Nebiler. 2021. "Getting Real? The Uneven Burden of Inflation across Households in Turkey", World Bank Policy Research Working Paper. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-9869>
- Bağır, Yusuf Kenan, Müşerref Küçükbayrak and Huzeyfe Torun. 2021. "Declining Labor Market Informality in Turkey: Unregistered Employment and Wage Underreporting", Central Bank of the Republic of Türkiye Head Working Paper. <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/EN/TCMB+EN/Main+Menu/Publications/Research/Working+Papers/2021/21-19>
- Balci, Nehir and Gülüzar Kurt Gümüş. 2021. "Financial Sustainability of The Turkish Health Care System: Experts' Opinion." *İzmir İktisat Dergisi* 36 (1): 61–79. <https://doi.org/10.24988/ije.202136105>
- Bank for International Settlements. 2023. *Central Bank of the Republic of Türkiye Note for the 2023 Emerging Markets Deputy Governors Meeting*. BIS Papers No 142. https://www.bis.org/publ/bppdf/bispap142_u.pdf
- Bariş, M., G. Sert and O. Önder. 2023. "Ethical Challenges in Accessing and Providing Healthcare for Syrian Refugees in Türkiye." *Bioethics*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bioe.13233>
- Bazyar, Mohammad, Arash Rashidian, Vahid Yazdi-Feyzabadi and Anahita Behzadi. 2020. "The Experiences of Merging Health Insurance Funds in Turkey, Thailand, South Korea and Indonesia: What Lessons Can Be Learned?" *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-15701/v2>
- Bener, Abdulbari, Nihat Alayoglu, Funda Çatan, Perihan Torun, and Esra S. Yilmaz. 2019. "Health Services Management in Turkey: Failure or Success?" *International Journal of Preventive Medicine* 10 (March): 30. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_422_17
- Bump, Jesse, Susan Sparkes, Mehtap Tatar and Yusuf Celik. 2014. *Turkey on the Way of Universal Health Coverage through the Health Transformation Program (2003-13)*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21059>
- Bülbül, O. 2015. "7 Milyon Kişinin Prim Borcu İçin Test Tarihi 31 Mart [Deadline for Premium Debt of 7 Million People is March 31]", *Aksam Newspaper*, 24 March. Доступно по ссылке: <https://www.memurlar.net/haber/506749/7-milyon-kisinin-prim-borcu-icin-test-tarihi-31-mart.html>
- Burcu, Özdeniz. 2013. "Turkish Healthcare: Overview of the Health System." *ICU Management & Practice* 10 (4). <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/turkish-healthcare-overview-of-the-health-system>
- Dierks, Z. 2024. "Number of Visits per Physician in Turkey from 2009 to 2022", Statista. Доступно по ссылке: <https://www.statista.com/statistics/1357993/turkey-number-of-visits-per-physician/#:~:text=The%20total%20number%20of%20visits,Turkish%20people%20totalled%20nearly%204%2C400>
- Dorlach, T. and O. Yeğen. 2023. "Universal Health Coverage with Private Options: The Politics of Turkey's 2008 Health Reform." *Studies in Comparative International Development* 58: 430–456. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12116-023-09402-2>

- Ertong, Attar Günnur. 2018. "Trust in the Health System: The Case of Cardiology Patients in Turkey." *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 22 (2): 961–76. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunisobil/issue/37826/436926>
- ESCAP (UN Economic Social Commission for Asia and the Pacific). 2019. *Turkey's General Health Insurance: Social Protection Toolbox*. <https://www.socialprotection-toolbox.org/practice/turkeys-general-health-insurance>
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2011. *Turkey: Health System Review 2011*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/turkey-health-system-review-2011>
- Ezer, B. 2023. "An Evaluation of the Turkish General Health Insurance Within the Scope of the Healthcare Reform." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 25. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3473082>
- Gürsoy, Kadir. 2015. "An Overview of Turkish Healthcare System after Health Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges, and Policy Options." *Sosyal Güvençe* 7: 83–112.
- ISSA (International Social Security Association). 2018. "Türkiye: Sickness and Maternity Benefits", available at: <https://www.issa.int/node/195543?country=994>
- Jalali, Faride Sadat, Parisa Bikineh and Sajad Delavari. 2021. "Strategies for Reducing out of Pocket Payments in the Health System: A Scoping Review." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 19 (1): 47. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00301-8>
- Kaymaz, Kubilay. 2020. "Health Economics and Ethics: Copayments in the Turkish Health-Care System." *BETIM Journal of Medical Humanities* 1 (1): 1–2. https://www.researchgate.net/publication/339140793_Health_economics_and_ethics_copayments_in_the_Turkish_health-care_system
- Menon, Rekha, Salih Mollahaliloglu and Iryna Postolovska. 2013. *Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor*. The World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/565451468319153981/Toward-universal-coverage-Turkeys-green-card-program-for-the-poor>
- Nurşen A. 2022. "Historical Perspective on the Health Transformation in Turkey." *Value in Health Sciences* 12 (1): 188–193. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2183451>
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2009. *OECD Reviews of Health Systems: Turkey 2008*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008_9789264051096-en
- . 2014. *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-turkey-2014_9789264202054-en
- . 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- . 2023. *Health at a Glance: OECD Indicators*. https://www.oecdilibrary.org/sites/7a7afb35en/1/3/7/1/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35en&_csp_=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- . n.d.-a. "Health Care Resources" OECD Data Explorer. Доступно по ссылке: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROT. Accessed 26 January 2023.
- . n.d.-b. "Health Resources - Health Spending", доступно по ссылке: <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. Accessed 22 January 2023.

- n.d.-c. "Social Protection/Compulsory Health Insurance Coverage", OECD Data Explorer. Доступно по ссылке: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROT#. Accessed 24 January 2023.
- n.d.-d. "Social Protection/Voluntary Health Insurance Coverage", OECD Data Explorer. Доступно по ссылке: <https://stats.oecd.org/>. Accessed 26 January 2023.
- Ozsari, Haluk, and Özden Gündük. 2020. "Bazı Sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi." *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11 (3): 526–36. <http://journal.acibadem.edu.tr/tr/download/article-file/1702011>
- Presidency of the Republic of Türkiye, Directorate of Strategy and Budget. n.d. "Geçmiş Planlar", available at: <http://onikinciplan.sbb.gov.tr/gecmis-planlar/>
- Social Security Administration. 2018. "Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2018 - Turkey", доступно по ссылке: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/turkey.html>
- SGK. 2016. "Social Security System", доступно по ссылке: http://eski.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/en/detail/social_security_system/social_security_system
- 2020. *Organizational Profile & an Overview of the Social Security System in Turkey*. https://www.sgk.gov.tr/Download/DownloadFileStatics?f=kurum_tanimim_kitabi_ENG.pdf&d=YAYINLARIMIZ
- 2021. *Universal Health Insurance System in Turkey*. https://www.sgk.gov.tr/Download/DownloadFileStatics?f=GSS_Sistemi_Kitabi_ENG.pdf&d=YAYINLARIMIZ
- 2024. *Medula Web Services User Guide* [in Turkish]. https://medula.sgk.gov.tr/hastane/kilavuz/MEDULA_Kullanım_Kilavuzu.pdf
- Sumer, S.S., J. Shear and A.L. Yener. 2019. *Building an Improved Primary Health Care System in Turkey through Care Integration*. World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/895321576170471609/Building-an-Improved-Primary-Health-Care-System-in-Turkey-through-Care-Integration>
- Tirgil, Abdullah, William T. Dickens and Rifat Atun. 2019. "Effects of Expanding a Non-Contributory Health Insurance Scheme on Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor in Turkey." *BMJ Global Health* 4 (4): e001540. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001540>
- Torun, Melike and Özgür Aslan. 2022. "Healthcare Utilization Trend Analysis of Turkish Health System." *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences* 8 (1): 85-97. <https://dergipark.org.tr/en/pub/iaaojh/issue/69648/1065846>
- Tuncer, Murat, Mehtap Tatar and İsmet Şahin. 2017. "University Hospitals in Turkey: Structural Crisis in Financing or Consequence of Mismanagement?" *Journal of Hospital Administration* 6: 52. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n4p52>
- TURKSTAT. 2021. "Health Expenditure Statistics 2020", доступно по ссылке: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2020-37192>
- 2022. "The Results of Address Based Population Registration System 2021", доступно по ссылке: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=The-Results-of-Address-Based-Population-Registration-System-2021-45500&dil=2>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2022. *Human Development Report 2021-22*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2021. *Turkey: 3RP Country Chapter 2021-2022*. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/85061>
- 2023. *Global Trends- Forced Displacement in 2022*. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-report-2022.pdf>

- n.d. "Medical and Psychological Assistance to Refugees", доступно по ссылке: <https://help.unhcr.org/turkiye/information-for-non-syrians/medical-and-psychological-assistance/>. Accessed 22 January 2023.
- Venkateswaran, Sandhya and Alok Kumar Singh. 2022. "Health System in Turkey: Reforms, Transformation and Challenges", Centre for Social and Economic Progress (CSEP) Working Paper. <https://csep.org/working-paper/health-system-in-turkey-reforms-transformation-and-challenges/>.
- WHO (World Health Organization). 2020. "Health Expenditure in Turkey", Global Health Expenditure Database. Доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- 2022. *Health Systems in Action: Türkiye*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-türkiye-2022>
- 2023a. "Population, Türkiye", WHO Data. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/turkey?countryProfileId=e15ebd1a-7ed0-4d05-9659-98efa265037a>
- 2023b. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240068759>
- World Bank. 2018. *Turkish Health Transformation Program and Beyond*. <https://www.worldbank.org/en/results/2018/04/02/turkish-health-transformation-program-and-beyond>
- 2022. *Overview of Socio-Economic Developments in Turkey*. <https://www.worldbank.org/en/country/turkey/overview>
- Yardim, Mahmut S. and Sarp Uner. 2018. "Equity in Access to Care in the Era of Health System Reforms in Turkey." *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 122 (6): 645–51. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.016>
- Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye. 2019. "Genel Sağlık Sigortasının Tam Kapsayıcılık Düzeyi: On Yıllık Değerlendirme", available (in Turkish) at: <https://calismaortami.fisek.org.tr/icerik/genel-saglik-sigortasinin-tam-kapsayicilik-duzeyi-on-yillik-degerlendirme/>
- Yildiz, M., V. Heboyan and M. Khan. 2018. "Estimating Technical Efficiency of Turkish Hospitals: Implications for Hospital Reform Initiatives." *BMC Health Services Research* 40. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3239-y>
- Yilmaz V. 2021. "Exploring Patient Experiences of the Internal Market for Healthcare Provision in Turkey: Publicness under Pressure." *Journal of Social Policy* 50 (3):588-605. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/exploring-patient-experiences-of-the-internal-market-for-healthcare-provision-in-turkey-publicness-under-pressure/C1995D75121A40D7B80365AE135CC9F3>

▶ Узбекистан

©МОТ/Пирогов В.

Данный страновой обзор был подготовлен Романом Честновым, Матильдой Мейлферт и Сальмой Эль-Гамаль при поддержке Йесле Ким. В нем также учтены советы Зохида Ерматова (Исполнительный директор Государственного фонда медицинского страхования), оказавшего помощь в рецензировании и улучшении качества публикации.

▶ 1. Введение

Узбекистан – страна с уровнем дохода ниже среднего, с населением более 35,3 млн человек. Она занимает третье место по численности населения в Содружестве Независимых Государств и является самой густонаселенной страной в Центральной Азии (Агентство по статистике Узбекистана, 2022d). В 2020 г. около половины населения проживало в сельской местности (Агентство по статистике Узбекистана, 2022c). На протяжении последних десятилетий наблюдается постоянный рост численности населения, значительную долю которого составляет молодежь (Агентство по статистике Узбекистана, 2022e). По оценкам, в 2019 г. (в период, предшествовавший пандемии COVID-19) средняя продолжительность жизни составляла около 75 лет (Агентство по статистике Узбекистана, 2022b).

С 2000-х гг. начался стремительный рост экономики Узбекистана, причем в период с 2000 по 2021 г. темпы экономического роста страны составляли в среднем более 6% ВВП в год (Агентство по статистике Узбекистана, 2022a). В 2022 г. ВВП на душу населения по паритету покупательной способности составил 9,042.3 международных доллара (Всемирный банк, 2022). Доля населения с низкими доходами в стране за период с 2001 по 2019 г. сократилась более чем в 2,5 раза – примерно с 28 до 11 % (Агентство по статистике Узбекистана, 2022f).

С 1996 г. в Узбекистане действует государственная система здравоохранения, предоставляющая гарантированный государством объем медицинской помощи (Ахмедов М. и др., 2014). В рамках этой системы гражданам Узбекистана, иностранцам, постоянно проживающим в Республике Узбекистан, и лицам без гражданства бесплатно предоставляется ряд медицинских услуг, финансируемых из государственного бюджета. Для определенных уязвимых групп населения в пакет включен дополнительный перечень услуг, предлагаемых (также бесплатно) на различных уровнях медицинской помощи (Ахмедов М. и др., 2014). В 2020 г. была введена система социального медицинского страхования (СМС), которая постепенно расширяется и к 2025 г. должна охватить все население страны (Айыпханова А., 2021).

► 2. Контекст

После обретения независимости в 1991 г. Узбекистан унаследовал централизованную государственную систему здравоохранения. Хотя эта система хорошо справлялась с основными инфекционными заболеваниями, существовавшими в стране, потребовались значительные улучшения, чтобы адаптироваться к изменению эпидемиологической ситуации (бремени заболеваний) и к новым социально-экономическим условиям (Ahmedov et al. 2014) и обеспечить финансовую защиту для всех.

С конца 1990-х гг. Узбекистан начал постепенно проводить реформы, направленные на повышение эффективности системы здравоохранения и ее способности оперативно реагировать на меняющиеся потребности населения. Здравоохранение по-прежнему оставалось в ведении государства, однако были приложены значительные усилия для укрепления первичной медико-санитарной помощи, улучшения распределения ресурсов, управления и мониторинга, а также повышения уровня подготовки медицинских кадров. В связи с этим одним из основных направлений реформы стало смещение внимания со вторичного на первичное звено здравоохранения в целях расширения доступности услуг для населения и повышения эффективности системы здравоохранения. Для этого усилия были направлены на наращивание потенциала первичной медико-санитарной помощи (включая инвестиции в инфраструктуру и кадры), консолидацию системы вторичной медицинской помощи (в том числе путем слияния учреждений) и на введение и соблюдение процедур направления пациентов на лечение (Ахмедов и др., 2014).

В 1996 г. правительство Узбекистана законодательно закрепило гарантированный государством объем медицинской помощи (ГОМП), приняв Закон № 265-I «Об охране здоровья граждан»¹²⁵. Закон вновь подтвердил право всех граждан на охрану здоровья и обязанность правительства обеспечивать реализацию этого права. Был введен перечень гарантированных медицинских услуг, которым правительство надеялось ограничить объем предоставляемых государством услуг и переложить на плечи пациентов часть расходов на здравоохранение (в частности, на вторичную медицинскую помощь и медикаменты) (Ахмедов М. и др., 2014; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022).

В 2018 г. Указом Президента Республики Узбекистан № 5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» был инициирован новый этап реформ¹²⁶. Так, был утвержден новый стратегический план развития национального здравоохранения «Концепция развития здравоохранения Республики Узбекистан на 2019–2025 гг.» (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022). Одной из основных целей концепции¹²⁷ стало улучшение финансирования и организации здравоохранения для обеспечения равного доступа к медицинской помощи, финансовой защищенности населения и справедливого распределения ресурсов. Концепция также ставит задачу постепенного внедрения обязательного медицинского страхования и создания государственного фонда медицинского страхования для объединения и распределения финансовых ресурсов на нужды здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021).

¹²⁵ Закон Республики Узбекистан № 265-I от 29 августа 1996 г. «Об охране здоровья граждан» [на русском языке]. Доступен по адресу: <https://www.lex.uz/en/docs/41329>

¹²⁶ Указ Президента Республики Узбекистан № 5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» [на русском языке]. Доступен по адресу: <https://lex.uz/docs/4096199#4099852>

¹²⁷ Концепция ставит перед собой следующие три главные цели:

1. Увеличение продолжительности жизни населения за счет улучшения лечения и профилактики заболеваний, которые являются основной причиной преждевременной смертности и инвалидности;
2. Повышение финансирования и улучшение организации системы здравоохранения для достижения равного доступа к медицинской помощи, обеспечения финансовой защищенности населения и справедливого распределения ресурсов;
3. Укрепление потенциала органов здравоохранения, усиление роли и ответственности руководителей здравоохранения для достижения целей, установленных в Концепции.

В связи с этим в 2020 г. правительство учредило Государственный фонд медицинского страхования (ГФМС), который должен стать единым механизмом оплаты медицинских услуг для всего населения¹²⁸. Предполагается, что ГФМС будет аккумулировать, управлять и распределять средства, выделенные из государственного бюджета, для финансирования гарантированных государством медицинских услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования. Таким образом, программа по-прежнему будет финансироваться за счет налогов, но функции покупателя медицинских услуг будут отделены от функции поставщика медицинских услуг. Кроме того, медицинские учреждения начнут получать оплату по факту предоставления услуг (подушевой платеж для учреждений ПМСП и платеж за законченный случай лечения в стационарных условиях), а не на сметной основе, как в прежней системе (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

В 2021 г. правительство запустило пилотный проект в Сырдарьинской области для тестирования этой новой программы (Айыпханова А., 2021). Сырдарьинская область – самый небольшой по численности населения регион страны, на его долю приходится всего около 2,5% от общей численности населения. В рамках пилотного проекта Постановлением Президента Республики Узбекистан № 4890 от 12 ноября 2020 г. «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области» здесь был введен новый и более обширный пакет медицинских услуг, включающий в себя амбулаторное лекарственное обеспечение. ГФМС также покрывает расходы на лечение уязвимых групп населения в учреждениях вторичной и третичной медицинской помощи в специализированных медучреждениях (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023), а также в частных клиниках по всей стране (Государственный фонд медицинского страхования, 2024).

В 2023 г. новую программу начали распространять и на другие области страны. Хотя полный переход к обязательному медицинскому страхованию (осуществляется ГФМС) ожидается к 2025 г., основным компонентом социальной защиты здоровья в Узбекистане остается гарантированный государством объем медицинской помощи (ГОМП) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

► 3. Структура системы социальной защиты здоровья

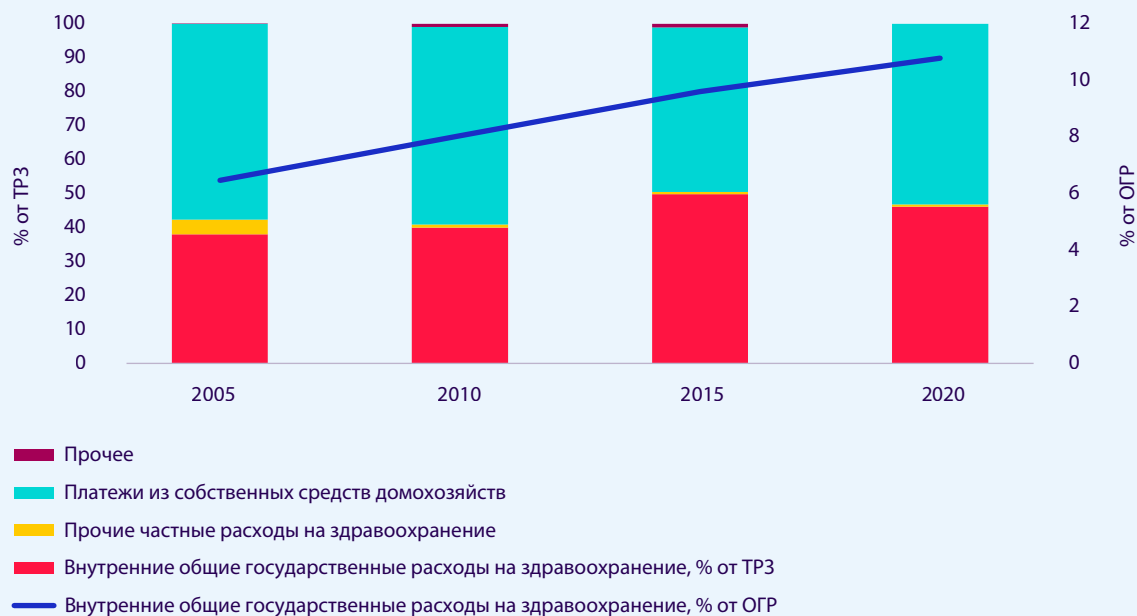
Финансирование

Структура национальных расходов на здравоохранение в Узбекистане характеризуется относительно низкой долей государственных расходов. Государственные расходы на здравоохранение составляли 39,3% от ТРЗ (ВОЗ, без даты). Это выше среднего показателя для стран с уровнем дохода ниже среднего и сопоставимо с показателями других стран Центральной Азии. Нынешний уровень финансирования здравоохранения из собственных средств населения (ПСС) достиг крайне высокого уровня, а именно: 60,3% от ТРЗ в 2021 г. (ВОЗ, без даты) (см. Рисунок 46).

В 2021 г. в рамках мер по борьбе с пандемией COVID-19 правительство Узбекистана увеличило расходы на здравоохранение (ПРООН, 2021). Большая часть государственных средств формируется за счет общих налоговых поступлений. Финансирование сектора осуществляется в соответствии с ранее утвержденными бюджетами здравоохранения, которые определяются прошлыми расходами, ожидаемыми потребностями в ресурсах, а также политическими и административными директивами (Ахмедов М. и др., 2014).

¹²⁸ Постановление Президента Республики Узбекистан № 4890 от 12 ноября 2020 г. «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области» [на русском языке]. Доступно по адресу: <https://lex.uz/docs/5100701>

Рисунок 46. Структура текущих расходов на здравоохранение в Узбекистане по источникам финансирования, 2005–2020 гг.



Источник: на основе данных Глобальной базы данных ВОЗ о расходах на здравоохранение.

Тем не менее в последнее время предпринимаются усилия по увеличению государственного финансирования здравоохранения. В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-5124¹²⁹, подушевое финансирование учреждений ПМСП, выделенное на обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, было увеличено в среднем в 3 раза с 15 июня 2021 г. В соответствии с этим постановлением из государственного бюджета на 2022 г. дополнительно выделено 400 млрд сумов (36,3 млн долларов). Это положительно сказалось на снижении ПСС. Более подробная информация о государственном финансировании здравоохранения представлена ниже:

► **Таблица 14. Государственное финансирование здравоохранения в Узбекистане в период 2018–2022 гг.**

Годы	2018	2019	2020	2021	2022
Расходы на здравоохранение (млн долл.)	1 161	1 354	1 487	2 333	2 537
Население (млн чел.)	32,7	33,2	33,9	34,6	35,3
На душу населения (долл.)	35,5	40,7	43,8	67,4	71,9

источник: Министерство экономики и финансов Республики Узбекистан, 2024.

В рамках проводимых реформ к 2025 г. существующую модель планируется заменить программой единой платной медицинской «страховки» (Robinson, 2021). Страхование по-прежнему будет финансироваться не за счет взносов, а за счет налогов (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

¹²⁹ Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-5124 от 25 мая 2021 г. «О дополнительных мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения». <https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=132527>

Правительство планирует финансировать ГФМС из следующих источников (NORMA, 2019):

- ▶ средства, полученные из государственного бюджета на нужды базового обязательного медицинского страхования: ГФМС рассчитывает необходимые средства на покрытие гарантированного государством пакета услуг и совместно с министерством здравоохранения направляет запрос в министерство финансов;
- ▶ целевые отчисления от акцизных сборов на табачные изделия, алкоголь, продукты с высоким содержанием сахара, трансжиры и прочие вредные для здоровья продукты: хотя правительство недавно повысило ставки этих налогов, чтобы направить средства на другие цели здравоохранения, до настоящего времени они использовались для пополнения бюджета ГФМС;
- ▶ средства, полученные из государственного бюджета для выплаты компенсаций по исполнению судебных решений: такая практика пока не применяется;
- ▶ добровольные взносы и поступления по договорам дарения юридических и физических лиц: до настоящего времени;
- ▶ гранты международных организаций: в настоящее время ГФМС сотрудничает с ВОЗ и Многопартнерским трастовым фондом ООН по человеческой безопасности для региона Приаралья;
- ▶ средства, поступающие от благотворительных фондов, международных организаций и иностранных граждан;
- ▶ иные доходы, не противоречащие национальному законодательству и нормам: на практике это означает доходы от размещения свободных средств ГФМС в финансовые инструменты (депозиты банков и др.).

Судя по комментариям правительственных чиновников, для финансирования ГФМС не предусмотрены никакие дополнительные социальные взносы.

Система управления

Закон Республики Узбекистан № 265-I от 29 августа 1996 г. «Об охране здоровья граждан» является основным нормативно-правовым актом, регулирующим систему здравоохранения Узбекистана (Ахмедов М. и др., 2014; Robinson, 2021). Закон определяет роли и обязанности основных субъектов, участвующих в управлении услугами здравоохранения, и устанавливает правовые рамки для всей системы здравоохранения в стране (Ахмедов М. и др., 2014).

Система здравоохранения Узбекистана находится в ведении Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, которое играет основную роль в организации, планировании и управлении системой здравоохранения (Robinson, 2021). В системе преобладает государственный сектор с тремя административными уровнями: национальный, региональный (область) и районный (туман) (Ахмедов М. и др., 2014).

- ▶ Национальный уровень представлен министерством здравоохранения, учреждениями и институтами республиканского уровня, включая научно-исследовательские институты, университеты и специализированные центры. Министерство здравоохранения отвечает за формирование и мониторинг бюджетных расходов для больниц национального уровня, специализированных медицинских центров, центров неотложной помощи и научно-исследовательских учреждений.
- ▶ Учреждения регионального уровня представлены областными учреждениями здравоохранения и филиалами учреждений и центров республиканского уровня (Ахмедов М. и др., 2014). Областные учреждения находятся в ведении соответствующих отделов здравоохранения областных (или городских) администраций. Областная администрация отвечает за финансирование местных и региональных больниц, центров первичной медико-санитарной помощи, санитарно-эпидемиологических подразделений и других учреждений местного уровня. Большая часть финансирования формируется из местных налоговых поступлений, которые собирают финансовые департаменты местных органов власти.
- ▶ Районный уровень представлен центральными районными больницами, районными многопрофильными амбулаториями (поликлиниками) и сетью сельских врачебных пунктов, диспансеров, центров семейного здоровья и акушерских пунктов. Районные учреждения

находятся под непосредственным контролем районных или городских медицинских объединений. Последние отвечают за распоряжение средствами социальной помощи и управление оказанием медицинских и социальных услуг (Ахмедов М. и др., 2014).

Министерство здравоохранения и региональные органы управления здравоохранением имеют право и обязанность по осуществлению наблюдения и контроля за предоставлением услуг частными медицинскими учреждениями (Ахмедов М. и др., 2014).

После развертывания обязательного медицинского страхования на всю страну, функции финансирования районных, региональных (областных) и национальных администраций перейдут к ГФМС (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023). Однако на данный момент эти администрации по-прежнему отвечают за формирование и управление бюджетами государственных медицинских учреждений на своих уровнях.

Первый заместитель Государственного советника Президента Республики Узбекистан возглавляет работу Наблюдательного совета ГФМС, в состав которого входят заместители министров здравоохранения и финансов, руководители Антимонопольного комитета, Национальной ассоциации негосударственных некоммерческих организаций Узбекистана (НАННОУз), областных управлений здравоохранения и хокимы областей¹³⁰.

Правовое обеспечение и право на получение медицинской помощи

Согласно статье 48 Конституции Республики Узбекистан (от 30 апреля 2023 г.), «каждый имеет право на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь». Это создает всеобщее право на доступ к квалифицированной медицинской помощи.

В соответствии с Законом Республики Узбекистан № 265-I от 29 августа 1996 г. «Об охране здоровья граждан» все граждане имеют право на гарантированный объем медицинской помощи. Статья 13 закона гласит, что государство обеспечивает граждан медицинской помощью независимо от их возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения; государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации¹³¹.

Кроме того, согласно статье 14 закона, иностранным гражданам, находящимся на территории Республики Узбекистан, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Республики Узбекистан, а лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Узбекистан, пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Республики Узбекистан. Это также закреплено в статье 48 Конституции Республики Узбекистан (от 30 апреля 2023 г.)¹³², гласящей, что «каждый имеет право на охрану здоровья и квалифицированную медицинскую помощь».

Услуги, входящие в гарантированный государством объем медицинской помощи

Медицинские услуги, входящие в ГОМП, перечислены в главе III закона «Об охране здоровья граждан»¹³³. Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 832 от 30 сентября 2019 г.¹³⁴ утверждено Положение о порядке формирования Перечня гарантированных объемов

¹³⁰ Указ Президента Республики Узбекистан № 5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» [на русском языке]. Доступно по адресу: <https://lex.uz/docs/4096199#4099852>

¹³¹ Закон Республики Узбекистан № 265-I от 29 августа 1996 г. «Об охране здоровья граждан» [на русском языке]. Доступен по адресу: <https://www.lex.uz/en/docs/41329>

¹³² Конституция Республики Узбекистан была принята народным голосованием в ходе референдума 30 апреля 2023 г. Доступна по адресу: <https://constitution.uz/en>

¹³³ Закон Республики Узбекистан № 265-I «Об охране здоровья граждан» от 29 августа 1996 г. [на русском языке]. Доступен по адресу: <https://www.lex.uz/en/docs/41329>.

¹³⁴ Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 832 от 30 сентября 2019 г. «Об утверждении Положения о порядке формирования Перечня гарантированных объемов медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан» [на узбекском языке]. Доступно по адресу: <https://lex.uz/docs/4535086?ONDATE=05.04.2022%2000#>

медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан. Постановления министерства здравоохранения содержат дополнительные рекомендации по различным видам услуг и оказанию медицинской помощи.

В гарантированный ГОМП входят следующие категории услуг:

1. Первичная медико-санитарная помощь:
 - лечение распространенных болезней и неотложных состояний;
 - профилактические и санитарно-эпидемиологические мероприятия;
 - меры по охране семьи, материнства и детства;
 - укрепление здоровья и санитарное просвещение.
2. Неотложная и скорая помощь.
3. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и состояниями, представляющими опасность для окружающих (перечень таких заболеваний контролируется и обновляется министерством здравоохранения), в том числе:
 - отдельные кишечные, респираторные, кожные и передающиеся через кровь инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД, туберкулез, проказа, сифилис, полиомиелит и другие);
 - отдельные хронические заболевания, включая психические расстройства и онкологические заболевания, но не ограничиваясь ими.

Медицинские услуги, входящие в гарантированный объем медицинской помощи, оказываются населению бесплатно. Услуги, не входящие в него (в основном услуги вторичного и третичного уровня медицинской помощи), предоставляются за плату, исключение составляют слабо защищенные группы населения (устанавливаются правительством).

Гарантированный государством объем медицинской помощи, утвержденный в 2021 г., охватывал более 40 наименований лекарственных средств и более 20 изделий медицинского назначения, предоставляемых в учреждениях ПМСП. В 2022 г. этот перечень был расширен до 70 лекарственных средств и 50 медицинских изделий и расходных материалов (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2023). Также предусмотрено льготное лекарственное обеспечение уязвимых категорий населения: лекарственные препараты предоставляются в условиях стационарного лечения и оказания экстренной медицинской помощи (Ахмедов М. и др., 2014). Согласно статье 35 закона об охране здоровья, перечень уязвимых категорий населения, имеющих право на льготное амбулаторное лекарственное обеспечение, определяется и утверждается Кабинетом Министров Республики.

Пособия по болезни и материнству предоставляются в рамках социального страхования и ответственности работодателя лицам, работающим по найму; лицам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком в связи с получением среднего, технического или высшего образования; а также зарегистрированным безработным. Министерство труда и социальной защиты назначает такие пособия, а их выплату осуществляют предприятия и местные управления социальной защиты. Лицам, имеющим право на денежные пособия по болезни и непрерывный трудовой стаж менее 8 лет, выплачивается 60% от размера последнего месячного дохода и 80% – если стаж превышает 8 лет. В рамках действующей системы работодатели несут определенную долю финансовой ответственности по выплате денежного пособия по беременности и родам. Согласно новым правилам, работодатели должны дополнить финансируемое за счет налогов денежное пособие по беременности и родам до 75 или 100% от предыдущего заработка женщины. Исключением по выплате пособия работодателем являются случаи, когда размер пособия равен или меньше суммы минимальных потребительских расходов или когда женщина проработала менее шести месяцев. В этом случае денежное пособие полностью покрывается из государственного бюджета. Денежное пособие по беременности и родам предоставляется в размере полного последнего месячного дохода в течение 56 дней до родов и 56 дней после родов и может быть продлено на 70 дней в случае осложненных или многоплодных родов. Кроме того, единовременное пособие в размере 405 460 сомов (200% от минимальной месячной заработной платы) выплачивается работающим матерям, ухаживающим за детьми младше двух лет (МАСО, 2019; МОТ, 2023).

Оказание медицинской помощи и услуг

Медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОМП, предоставляются через сеть государственных медицинских учреждений, включающих пункты семейного врача (в сельской местности), семейные поликлиники, районные (городские) центральные поликлиники, районные (городские) больницы и центры неотложной помощи.

По данным Национального государственного комитета по статистике (УЗСТАТ), в 2022 г. в Узбекистане насчитывалось 1328 больниц и 7010 поликлиник (Агентство по статистике Узбекистана, 2023a; 2023b). Подавляющее большинство этих учреждений находится в государственной собственности, ими управляют государственные органы. Медицинские работники получают заработную плату в соответствии с государственными нормативами (Ахмедов М. и др., 2014).

Чтобы получить гарантированный государством бесплатный объем медицинской помощи, пациент должен обратиться к семейному врачу в участковом врачебном пункте, в семейную поликлинику или в центральную многопрофильную поликлинику по месту жительства. После первичного обращения к квалифицированному медицинскому работнику пациент может получить направление на специализированное лечение в учреждения районного, областного или республиканского уровня (Ахмедов М. и др., 2014).

Государственные районные (городские) больницы оказывают вторичную медицинскую помощь, входящую в гарантированный государством объем медицинской помощи, но пациенты сами оплачивают расходы на питание и проживание (Ахмедов М. и др., 2014). Некоторые уязвимые группы населения освобождены от оплаты этих расходов – за них платит государство (Ахмедов М. и др., 2014). При этом иногда поступают сообщения о нехватке медикаментов.

Переносимость права на медицинскую помощь ограничена. Государственным медицинским учреждениям разрешено взимать плату с пациентов при обращении за услугами не по месту регистрации (Ахмедов М. и др., 2014). Процесс ценообразования на такие услуги регулируется, и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 293 от 3 декабря 2023 г. региональный департамент здравоохранения устанавливает конкретные ограничения на взносы пациентов. При этом неотложная помощь может быть оказана бесплатно любым медучреждениям, независимо от места регистрации пациента.

Согласно статистике министерства здравоохранения, наблюдается тенденция к укрупнению медицинских учреждений (Портал открытых данных Республики Узбекистан, без даты-с), что выражается в уменьшении количества больниц и увеличении коечного фонда. В таблице ниже представлена динамика изменения количества медицинских учреждений, оказывающих стационарную помощь, и больничных коек в период с 2016 по 2021 г. Количество больниц в период с 2016 по 2021 г. уменьшилось на 18 (3%) (Портал открытых данных Республики Узбекистан, без даты-б), в то время как абсолютное количество коек за тот же период увеличилось на 6281 (5%).

► **Таблица 15. Количество больничных коек (абсолютное и относительное) в 2016–2021 гг.**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Количество больниц	582	581	574	566	570	564
Абсолютное количество больничных коек	115,936	116,391	117,169	117,366	120,977	122,217
Обеспеченность больничными койками на 10 000 человек	36,7	35,9	35,6	35,3	35,0	34,7

Источник: открытые данные Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, без даты.

Количество медицинских учреждений, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, также сократилось в период с 2016 по 2021 г. (Портал открытых данных Республики Узбекистан, без даты-а). Сокращение числа учреждений ПМСП (на 34 % в период 2016–2021 гг.) произошло в основном за счет сокращения количества сельских врачебных пунктов (СВП). Это решение было принято в целях оптимизации сети СВП в соответствии с Постановлением Президента Узбекистан № ПП-2857 от 29 марта 2017 г.¹³⁵

► **Таблица 16. Количество учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в период с 2016 по 2021 г.**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Учреждения ПМСП	3,758	2,377	2,374	2,368	2,374	2,478

Источник: открытые данные Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, без даты.

Роль частного сектора пока еще невелика, но она постепенно растет. Хотя число частных медучреждений увеличилось с 3500 в 2017 г. до более чем 6000 в 2020 г., большинство из них представлены небольшими практиками (Robinson, 2021). Кроме того, согласно действующим правилам, только государственные медучреждения имеют право оказывать определенные услуги (например, по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу) (Robinson, 2021). Вместе с тем следует отметить, что благодаря частному сектору в стране отмечается рост больничного коечного фонда (по оценкам, на 23,4% в 2018 г.) (Robinson, 2021). Пациенты, предпочитающие воспользоваться частными медицинскими услугами, обычно сами оплачивают все соответствующие расходы, хотя для уязвимых групп (ветераны, инвалиды, сироты и др.) предусмотрены механизмы возмещения расходов (Ахмедов М. и др., 2014).

Новый ГФМС заключает договоры на приобретение медицинских услуг, входящих в ГОМП, с различными видами юридических лиц: областными больницами; районными (городскими) медицинскими объединениями, состоящими из пунктов семейного врача (в сельской местности); семейными поликлиниками; районными (городскими) центральными поликлиниками; районными (городскими) больницами. ГФМС оплачивает услуги ПМСП по подушевому принципу и по законченному случаю в размере 10% от бюджета больниц (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

► 4. Результаты

Охват

В соответствии с законом «Об охране здоровья граждан» и другими законодательными актами, в настоящее время ГОМП доступен всем гражданам Узбекистана, а также иностранцам, имеющим статус резидента. В связи с этим можно считать, что охват законно проживающего в стране населения этой программой – всеобщий.

Тем не менее некоторые группы населения не подпадают под эту программу, в частности иностранцы без статуса резидента и лица с нелегальным статусом. По оценкам ООН, в 2015 г. в Узбекистане насчитывалось около 1,8 млн мигрантов (ООН, 2020b). Вполне вероятно, что значительная часть этих лиц не имела официального статуса резидента и, следовательно, (в отсутствие двустороннего соглашения со страной происхождения) не имела права на доступ к гарантированному государством объему медицинской помощи. По данным Ватиканского отдела по делам мигрантов и беженцев, в Узбекистане проживает также около 100 тыс. человек,

¹³⁵ Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2857 от 29 марта 2017 г. «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан» [на узбекском языке]. Доступно по адресу <https://old.lex.uz/docs/3177802>

которые считаются лицами без гражданства, но из них только 50 тыс. приобретут узбекское гражданство (Integral Human Development, 2020).

Кроме того, некоторые внутренние трудовые мигранты и вынужденные переселенцы могут столкнуться с проблемами в получении гарантированных государством услуг, поскольку им приходится обращаться за медицинской помощью не по месту регистрации (UNDP and Gender Programme of Swiss Embassy, 2008). По оценкам, в Узбекистане более 70 тыс. человек стали вынужденными переселенцами из-за неблагоприятных климатических явлений и стихийных бедствий и около 3500 человек – из-за конфликтов и насилия (ОСНА 2022). Кроме того, наблюдается постоянная внутренняя миграция из сельских районов в города с целью трудоустройства (Integral Human Development, 2020).

Адекватность льгот /финансовой защищенности

Гарантированный государством базовый объем медицинской помощи предоставляет бесплатный доступ к ряду медицинских услуг, в том числе профилактических. Например, включенные в гарантированный объем медицинской помощи программы вакцинации и иммунизации проводятся в соответствии с утвержденным календарем прививок¹³⁶. В него также входят программы по профилактике распространения инфекционных заболеваний, например, по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, гепатитами В, С, D и др. Каждая из этих программ поддерживается государством и финансируется из общественных фондов.

Однако существующий объем страхового покрытия большинства населения практически не содержит вторичную и третичную медицинскую помощь, как и некоторые лекарственные средства, назначаемые при амбулаторном лечении (Robinson, 2021). Это существенно снижает финансовую защиту, поскольку пациенты вынуждены оплачивать из собственных средств те услуги, которые не входят в гарантированный объем медицинской помощи. При том что неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной смерти в стране¹³⁷ (Всемирный банк, 2020), гарантированный объем медицинской помощи охватывает лишь некоторые НИЗ, такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания и диабет, в то время как другие распространенные НИЗ (астма, хроническая обструктивная болезнь легких и другие) до сих пор не включены в программы профилактики и скрининга.

В целом в ГОМП также не входят реабилитационные услуги. В семейных поликлиниках есть кабинеты лечебной физкультуры (кабинеты физиотерапевтических упражнений)¹³⁸, но уровень оснащения и посещаемости пациентов невысок. Пациенты вынуждены обращаться в частные организации, предоставляющие реабилитационные услуги (Ахмедов М. и др., 2014). По оценкам, объем медицинских услуг, предоставляемых частными медучреждениями, составляет 30% от общего объема оказанных медицинских услуг (Портал правительства Республики Узбекистан, 2023).

Гарантированный государством объем медицинской помощи не покрывает транспортные расходы, поэтому пациенты вынуждены оплачивать их из своих средств, а это снижает уровень финансовой защиты и негативно сказывается на благосостоянии, особенно уязвимых слоев населения.

Хотя существующие положения и нормативные акты предусматривают процедуры направления на лечение, на практике они почти не соблюдаются как пациентами, так и медицинскими работниками (Ахмедов М. и др., 2014). В результате нередки случаи, когда пациенты обращаются за платной медицинской помощью непосредственно в учреждения среднего звена с амбулаторными отделениями, но это снижает их финансовую защищенность. Кроме того, у пациентов есть возможность получать медицинские услуги вне сети медучреждений, включенных в гарантированный объем медицинской помощи, например в частных клиниках, где пациенты платят за медицинское обслуживание.

¹³⁶ Постановление № 2 Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здравоохранения Республики Узбекистан от 19 июля 2021 г. [на узбекском языке]. <https://lex.uz/docs/5520052>

¹³⁷ Доля смертности от НИЗ в Узбекистане выросла с 73% в 2000 году до 85% в 2019 г. (Всемирный банк, 2020).

¹³⁸ Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 594 от 29 декабря 2007 г. [на узбекском языке]. Доступен по адресу: <https://www.med.uz/documentation/detail.php?ID=9128>

По этим причинам в 2019 г. расходы на оплату услуг из собственных средств населения составили 57,7% от ТРЗ (ВОЗ, без даты). По оценкам ВОЗ, в 2018 г. почти каждое пятое домохозяйство понесло катастрофические расходы на здравоохранение (Robinson, 2021). Кроме того, в 2020 г. 18% домохозяйств сообщили, что по крайней мере один из членов домохозяйства не обращался за медицинской помощью, потому что не мог ее себе позволить (Всемирный банк, 2021). По оценкам, в 2019 г. 36% ТРЗ было потрачено на изделия медицинского назначения (в основном медикаменты), причем эти расходы были покрыты исключительно за счет собственных расходов домохозяйств (Глобальная база данных ВОЗ по расходам на здравоохранение). При этом частные расходы на лечение составили 18% ТРЗ, а это значит, что домохозяйствам по-прежнему приходится оплачивать большую часть расходов на лечение (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022).

Кроме того, пациенты, не относящиеся к уязвимым группам населения (МОТ, ЮНИСЕФ и Всемирный банк, 2020), вынуждены приобретать лекарства, изделия медицинского назначения и расходные материалы для хирургических операций (стенды, эндопротезы и др.) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

Еще одной проблемой финансовой защиты являются неофициальные платежи (Ахмедов М. и др., 2014). В этой связи были проведены некоторые реформы. Однако они оказались неэффективными. Неформальные платежи распространены в сфере вторичной и третичной медицинской помощи, что для всех и прежде всего для наиболее уязвимых людей является препятствием для получения доступа к этим уровням обслуживания. Несмотря на увеличение государственных расходов на здравоохранение, ПСС, неформальные платежи и ограниченный гарантированный объем помощи стали причиной значительных пробелов в плане финансовой защиты населения (Jung Cho M and Haverkort E., 2023; Европейская обсерватория по системам и политике в области здравоохранения и ВОЗ, 2022).

Репрезентативные опросы населения Узбекистана, проведенные в 2006 и 2010 гг., показали, что среди наиболее распространенных проблем, с которыми сталкиваются люди при получении доступа к здравоохранению, были: необходимость неформальных платежей (27%), нехватка необходимых лекарств в медучреждениях (25%) и длительное время ожидания (21%) (Habibov, Luo and Auchynnikava, 2019).

Несмотря на лишь частичное обеспечение необходимой медицинской помощью в рамках гарантированного государством объема, спрос на добровольное медицинское страхование остается невысоким (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022). Основными причинами этого является ограниченный набор услуг, входящих в страховые продукты, а также высокие страховые взносы по данному виду страхования.

Учет потребностей населения

Наличие и доступность

Несмотря на улучшение доступа к некоторым видам услуг (например, к услугам по охране здоровья матери и ребенка и репродуктивному здоровью, которые в последние годы стали приоритетными для правительства), значительная часть населения по-прежнему сталкивается с серьезными препятствиями в получении медицинских услуг. В 2019 г. индекс охвата услугами ВОУЗ (индикатор ЦУР 3.8.1) составлял 71, что ниже, чем в Казахстане и Туркменистане, но выше, чем в Таджикистане и Кыргызстане (данные ВОЗ). Субиндекс репродуктивного, материнского, младенческого и детского здоровья составил 83,61 (ВОЗ, 2021b).

На доступность услуг здравоохранения в Узбекистане влияет ряд факторов:

- Географическая удаленность сельских населенных пунктов создает проблемы с доступом к здравоохранению. Существующие медицинские учреждения по-прежнему недоукомплектованы. Чтобы добраться до сел, расположенных на территории Кыргызстана, приходится пересекать государственную границу, что создает определенные препятствия для обеспечения врачами, медицинским оборудованием и пр.

- Одной из основных проблем, требующих решения, является «утечка мозгов», вызванная миграцией медицинских работников в соседние страны с более благоприятными финансовыми условиями (Dronina and Nam, 2019). Страна испытывает нехватку врачей, однако в период 1990–2012 гг. количество медсестер на 100 тыс. человек оставалось стабильным в пределах 1000–1200 человек – это самый высокий показатель в Центральной Азии (Ахмедов М. и др., 2014). По данным Национального статистического агентства, в 2020 г. количество медсестер составляло 3656 на 100 тыс. жителей (Агентство по статистике Узбекистана, 2022г).
- В стране сохраняется неравномерное распределение медицинских кадров: большинство из них сосредоточено в городах, что приводит к их нехватке в сельской местности. Поскольку в сельских районах проживает половина населения страны, проблема обеспеченности медицинскими кадрами затрагивает значительную часть населения (Robinson, 2021). Медицинские работники получают зарплату в соответствии с государственными нормативами, ее уровень низок и недостаточен для покрытия расходов на жизнь. В результате многие медицинские работники стремятся мигрировать в соседние страны (Ахмедов М. и др., 2014).
- Различия в уровне компетенции/квалификации сельских и городских жителей и низкий уровень охвата высшим образованием создают дефицит высококвалифицированных кадров в стране (ООН, 2020а).
- Инфраструктура водоснабжения и канализации, построенная в основном в советский период, нуждается в масштабном обновлении и модернизации (Robinson, 2021).

В целях повышения доступности медицинских услуг, согласно Указу Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 г., в котором говорится о создании дополнительных пунктов семейного врача и семейных поликлиник, в период с 2021 по 2023 г. будут дополнительно созданы¹³⁹: 315 пунктов семейного врача, из них 100 – в 2021 г., 105 – в 2022 г., 110 – в 2023 г.; 52 семейные поликлиники в сельской местности, из них 17 – в 2021 г., 18 – в 2022 г., 17 – в 2023 г.; 33 семейные поликлиники в городах, из них 7 – в 2021 г., 13 – в 2022 г., 13 – в 2023 г. Закупки медицинских услуг у частных медучреждений осуществляются по следующим направлениям: лабораторно-диагностические услуги, услуги гемодиализа (проект ГЧП) и медицинские услуги для льготных категорий населения¹⁴⁰. Кроме того, постепенно внедряются решения в области телемедицины и электронного здравоохранения для повышения эффективности медицинских услуг и расширения охвата населения, в 2020 и 2021 гг. в экспериментальном порядке проведено несколько крупных проектов в этом секторе (Robinson, 2021; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023).

В результате последовательного выделения ресурсов на охрану здоровья матери и ребенка доля родов, принимаемых квалифицированными медицинскими работниками, составила 100% случаев в 2020 г. (Данные ВОЗ, 2024), а показатели материнской и детской смертности значительно снизились (см. следующий раздел), но остаются выше среднего уровня по региону Европы и Центральной Азии, что свидетельствует о необходимости достижения дальнейшего прогресса (Всемирный банк, 2023; ПРООН, 2022).

Качество и приемлемость

В последние годы внимание было сосредоточено на повышении качества медицинской помощи, особенно в области охраны здоровья матери и ребенка (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022). Были разработаны основанные на доказательной медицине национальные стандарты ведения беременных женщин и оказания медицинских услуг, утвержденные приказами министерства здравоохранения (Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический центр здоровья матери и

¹³⁹ Указ Президента Республики Узбекистан №-6110 от 12 ноября 2020 г. «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» [на узбекском языке]. Доступен по адресу: <https://lex.uz/ru/docs/5100679>

¹⁴⁰ Постановление Президента Республики Узбекистан № 5199 от 28 июля 2021 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения» [на узбекском языке]. Доступно по адресу: <https://lex.uz/docs/5534908>

ребенка», без даты). Внедрение этих стандартов в практику позволило улучшить показатели здоровья матери и ребенка, как отмечено в предыдущем разделе. По данным исследований, проведенных в Узбекистане Национальным комитетом по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в период с 2018 по 2020 гг., за последние 25 лет коэффициент материнской смертности (КМС) снизился более чем в 3 раза: в 1990 г. он составлял 65,5 на 100 тыс. живорожденных, а в 2015 г. – 18,9. Исследования показывают, что основными причинами материнской смертности являются прямые акушерские причины, на долю которых приходится 77,3%. В большинстве случаев эти смерти можно было предотвратить, что свидетельствует о наличии возможностей для снижения материнской смертности (Национальный комитет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности, 2022).

Организация и управление системой здравоохранения недостаточно оптимизированы, что создает чрезмерную нагрузку в некоторых звеньях системы здравоохранения и приводит к возникновению проблем с качеством медицинской помощи. Анализ показателей материнской смертности показывает, что большинство летальных случаев происходит в районных медобъединениях (РМО) из-за факторов риска, которые могли стать показанием для направления или перевода роженицы на более высокий уровень перинатальной помощи (Национальный комитет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности, 2022). Существуют также значительные различия между регионами страны как по конкретным показателям, так и по оценке качества работы медицинских учреждений. Для контроля деятельности медицинских учреждений и качества оказываемой помощи проводятся регулярные контрольные посещения, выявляются проблемы и принимаются меры по их устранению. Лицензирование деятельности медицинских учреждений осуществляется министерством здравоохранения¹⁴¹, причем в большинстве случаев государственные медицинские учреждения получают лицензию по умолчанию, в то время как негосударственные медицинские учреждения должны подтвердить соответствие установленным требованиям, чтобы получить лицензию.

Вместе с тем сохраняется ряд важных проблем, влияющих на качество медицинской помощи и желание населения пользоваться услугами государственной системы здравоохранения. Министерство здравоохранения утвердило приказы, в которых определяются профилактические меры и сроки их выполнения, но тем не менее уровень профилактических мероприятий¹⁴² можно считать недостаточным, поскольку они проводятся нерегулярно (спорадически) (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022; Европейское региональное бюро, 2023).

Следует также отметить, что в Узбекистане широко распространено самолечение. По данным исследования 2014 г., около 80% учителей городских школ принимали антибиотики без назначения врача (Belkina et al., 2014). Частое использование самолечения нередко свидетельствует о проблемах с доступностью и приемлемостью медицинских услуг, и также может быть связано с социально-культурными убеждениями. Это подчеркивает необходимость усиления регулирования и контроля, чтобы избежать негативных последствий чрезмерного использования антибиотиков и бесконтрольного применения лекарств.

Информация об удовлетворенности пациентов скудна и противоречива. Исследования показывают, что пациенты в целом удовлетворены услугами, предоставляемыми медицинскими работниками в поликлиниках и больницах (Akhmedov, Rustamova and Ibragimov, 2022; Madrakhimov and Karimov, 2021). Однако эти результаты трудно экстраполировать на систему здравоохранения в целом, поскольку исследования проводились в конкретных пунктах (учреждениях) и касались

¹⁴¹ Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 92 от 29 марта 2012 г. «О совершенствовании порядка лицензирования медицинской деятельности». Доступно по адресу <https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=50991>

¹⁴² Это такие направления, как скрининг на выявление онкогематологических заболеваний среди детей 3–18 лет, рака шейки матки среди женщин 35–55 лет, рака молочной железы среди женщин 45–65 лет; гельминтозов у детей в возрасте 2–10 лет (согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 210 2022 г.); неонатальный скрининг в отношении фенилкетонурии и врожденного гипотиреоза; ранняя диагностика врожденных и наследственных заболеваний у плода путем проведения массового пренатального ультразвукового обследования женщин и биохимического пренатального (дородового) скрининга для выявления пороков развития нервной трубки и хромосомных синдромов у плода (согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-3440 от 25 декабря 2017 г., <https://lex.uz/docs/3471753>); стратификация риска ССЗ, раннее выявление туберкулеза, мониторинг роста и развития детей до 5 лет.

конкретных процедур. Кроме того, неофициальные данные свидетельствуют о том, что если у пациентов есть финансовые возможности, многие из них предпочитают обращаться за лечением в зарубежные страны или в частные медицинские учреждения (Ахмедов М. и др., 2014).

В ходе реализации пилотного проекта в Сырдарьинской области были проведены опросы населения о трудностях, с которыми они сталкиваются при посещении медицинских учреждений. Наиболее распространенной жалобой были длинные очереди на прием к врачу. Для решения этой проблемы введена возможность предварительной записи к врачу. Теперь пациенты могут позвонить в регистратуру и записаться на прием. К сожалению, результаты опроса еще не опубликованы.

► 5. Направление дальнейших действий

В последние годы государство уделяет особое внимание укреплению социальной защиты населения и в этих целях прилагает усилия для расширения охвата услугами здравоохранения и видов медицинской помощи. Проблема несоответствия гарантированного объема медицинской помощи потребностям населения привела к весьма высоким ПСС во всей стране: большой объем медицинских услуг, не входящих в ГОМП (в том числе вторичной и третичной медицинской помощи, а также амбулаторного лекарственного обеспечения), существенно ограничивает финансовую защищенность населения. Озабоченность вызывает и ограниченность государственных ассигнований на сектор здравоохранения, особенно с учетом того, что новый фонд ГФМС будет финансироваться исключительно за счет налогов. Необходимо изучить возможности диверсификации источников доходов. Наконец, приоритетной задачей должно стать дальнейшее улучшение ПМСП и повышение доступности медицинских учреждений, особенно



в сельской местности. В технико-экономическом обосновании введения обязательного медицинского страхования, подготовленном под руководством ВОЗ в 2020–2021 гг., правительству Узбекистана было рекомендовано рационализировать использование ограниченных ресурсов и сосредоточить усилия на повышении эффективности системы оказания медицинских услуг путем внедрения современных клинических и профессиональных методов управления при поддержке масштабной цифровизации и мониторинга эффективности (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021).

Во исполнение принятой в 2018 г. Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019–2025 гг., основные меры, необходимые для устранения существующих пробелов, будут включать (i) расширение гарантированного объема медицинских услуг; (ii) увеличение объемов государственных средств, выделяемых на цели социальной защиты здоровья; и (iii) укрепление потенциала и улучшение доступности ресурсов.

Правительство начало использовать межсекторальный подход к решению социальных проблем, связанных с социальной защитой здоровья. Так, министерство здравоохранения в сотрудничестве с другими ведомствами, занимающимися вопросами занятости населения, транспорта и туризма, реализовывало меры по борьбе с пандемией COVID-19 (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и ВОЗ, 2022). До пандемии межсекторальные действия были направлены на ослабление факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ). Борьба против табака – это область, где межсекторальный подход также может быть использован для укрепления существующих антитабачных мер (Robinson, 2021).

► 6. Основные выводы

- Закрепление в Конституции Республики Узбекистан и законах всеобщего охвата социальной защитой здоровья является необходимым первым шагом на пути к обеспечению социальной защиты здоровья для всех и возлагает на государство ответственность за обеспечение социальной защиты здоровья.
- В настоящее время многие виды медицинских услуг не входят в гарантированный государством объем медицинской помощи, что препятствует эффективной финансовой защите и возможности пользоваться медицинской помощью для большей части населения (Robinson, 2021). Кроме того, несмотря на расширение доступности медицинских услуг за последние десятилетия, проблемы остаются, особенно в отдаленных сельских районах.
- Чтобы обеспечить устойчивость новой системы СМС, необходимо решить проблему низкого уровня финансирования здравоохранения, обусловленного недостаточными ассигнованиями на сектор здравоохранения. Для этого следует изыскать дополнительные источники дохода.
- Внедрение механизма закупок медицинских услуг позволяет осуществлять надзор за системой направления пациентов от семейного врача к врачам-специалистам, а также осуществлять контроль за оказанием бесплатной медицинской помощи в рамках гарантированного объема (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023). Однако в регионах, не охваченных государственным медицинским страхованием, могут возникнуть пробелы в обеспечении медицинскими услугами. Постепенная консолидация финансовых ресурсов, сначала на областном (Сырдарьинская и другие области), а затем и на национальном уровне, обеспечит охват населения гарантированным государством объемом медицинской помощи, независимо от места постоянного проживания.
- Улучшения в области охраны здоровья матери и ребенка заслуживают высокой оценки. Последовательное выделение ресурсов на охрану здоровья матери и ребенка привело к существенному сокращению показателей материнской и детской смертности, тем не менее эти показатели остаются выше средних по региону Европы и Центральной Азии, что свидетельствует о необходимости достижения дальнейшего прогресса (Всемирный банк, 2023; ПРООН, 2022).

Библиография

- Ahmedov, Mohir, Ravshan Azimov, Zulkhumor Mutalova, Shahin Huseynov, Elena Tsoyi and Rechel Bernd. 2014. *Uzbekistan: Health System Review*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151960>
- Aiyppkhanova, Ainur. 2021. "State Health Insurance Fund of Uzbekistan Has Announced Piloting State Health Insurance for the First Time in the Nation", *P4H Social Health Protection Network*, 22 May. Доступно по ссылке: <https://p4h.world/en/news/state-health-insurance-fund-of-uzbekistan-has-announced-piloting-state-health-insurance-for-the-first-time-in-the-nation/>
- Akhmedov, M. E., H. E. Rustamova and A. Y. Ibragimov. 2022. "Analysis of Patients'opinion about the Quality of Organization of High-Technology Cardiological Care in the Navoi Region of the Republic of Uzbekistan." *British Medical Journal* 2 (2). <https://ejournals.id/index.php/bmj/article/view/490>
- Baizakova, Z. 2017. "Border Issues in Central Asia: Current Conflicts, Controversies and Compromises." *UNISCI Journal* 45. <https://www.redalyc.org/pdf/767/76754084010.pdf>
- Belkina, Tatyana, Abdullah Al Warafi, Elhassan Hussein Eltom, Nigora Tadjieva, Ales Kubena, and Jiri Vlcek. 2014. "Antibiotic Use and Knowledge in the Community of Yemen, Saudi Arabia, and Uzbekistan." *Journal of Infection in Developing Countries* 8 (4): 424–29. <https://doi.org/10.3855/jidc.3866>
- Dronina, Yuliya and Eun Woo Nam. 2019. "Comparative Study of Health Care System in Three Central Asian Countries: Kazakhstan, Kyrgyzstan, Uzbekistan." *Health Policy and Management* 29 (3): 342–56. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.3.342>
- European Observatory on Health Systems and Policies and WHO (World Health Organization). 2022. *Health Systems in Action: Uzbekistan*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349236>
- Habibov, Nazim, Rong Luo and Alena Auchynnikava. 2019. "The Effects of Healthcare Quality on the Willingness to Pay More Taxes to Improve Public Healthcare: Testing Two Alternative Hypotheses from the Research Literature." *Annals of Global Health* 85 (1): 131. <https://doi.org/10.5334/aogh.2462>
- ILO (International Labour Organization). 2023. *Assessment of Uzbekistan Legislation in View of a Possible Ratification of the Maternity Protection Convention, 2000* (No. 183): Report to the Government, Republic of Uzbekistan <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=19769>
- ILO, UNICEF and World Bank. 2020. *An Assessment of the Social Protection System in Uzbekistanstan: Based on the Core Diagnostic Instrument (CODI)*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@europe/@ro-geneva/@sro-moscow/documents/publication/wcms_760153.pdf
- Integral Human Development. 2020. *Migration Profile - Uzbekistan*. <https://migrants-refugees.va/country-profile/uzbekistan/>
- ISSA (International Social Security Association). 2019. "Country Profiles- Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://www.issa.int/node/195543?country=1005>
- Jung Cho, M. and E. Haverkort. 2023. "Out-of-Pocket Health Care Expenditures in Uzbekistan: Progress and Reform Priorities." *In Rural Health - Investment, Research and Implications*. <https://www.intechopen.com/chapters/86081>
- Madrakhimov, Sarvar and Murodulla Karimov. 2021. "Patients' Satisfaction after Total Knee Arthroplasty: Tashkent Medical Academy Experience." *Orthopaedic Journal of Sports Medicine* 9 (6): 2325967121S00194. <https://doi.org/10.1177/2325967121S00194>

- Ministry of Economy and Finance of the Republic of Uzbekistan. 2024. "State Budget Expenditure", доступно по ссылке: <https://www.imv.uz/en/static/davlat-budjeti-xarajatlari-2020>
- Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. 2023. "Basic Medicines Used in Family Doctor's Offices, Family Polyclinics and Multi-Network Central Polyclinics", available (in Uzbek) at: <https://gov.uz/uz/ssv/sections/oilaviy-shifokorlar-punktlari-oilaviy-poliklinikalar-va-ko-p-tarmoqli-markaziy-poliklinikalarda-aholiga-tibbiy-xizmat-ko-rsatis-hajmi-va-dori-vositalari-ro-yxati/view/3776/#>
- National Committee on Confidential Maternal Mortality Research. 2022. *Improving Medical Care and Women's Health to Save Mother's Lives* [in Uzbek]. https://uzbekistan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/kisms_4y_otchet.pdf
- Norma. 2019. "Compulsory Health Insurance Will Be Introduced in Three Stages in Uzbekistan", available (in Uzbek) at: https://www.norma.uz/proekty_npa/obyazatelnoe_medstrahovanie_vnedryat_v_tri_etapa
- OCHA. 2022. "Uzbekistan- Internal Displacements (New Displacements)- IDPs", Internal Displacement Monitoring Centre. Доступно по ссылке: <https://data.humdata.org/dataset/idmc-idp-data-uzb>
- Open Data Portal of the Republic of Uzbekistan. n.d.-a. "Number, Capacity and Outpatient Facilities Per 10,000 Population". Доступно по ссылке: <https://data.egov.uz/data/6108cb042a2e256d868e8801>. Accessed 2 November 2023.
- n.d.-b. "Number of Hospitals and Outpatient Clinics." Доступно по ссылке: <https://data.egov.uz/data/6108c5512a2e256d868e87bb>. Accessed 2 November 2023.
- n.d.-c. "O'zbekiston Respublikasi ochiq ma'lumotlar portali." Доступно по ссылке: <https://data.egov.uz/>. Accessed 2 November 2023.
- Robinson, Susannah. 2021. *Health Systems in Action: Uzbekistan*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-uzbekistan>
- State Health Insurance Fund. 2024. "List of 31 Non-Governmental Medical Organizations Involved in the Treatment of Underprivileged Persons on the Basis of Referrals by Concluding a Contract with the Foundation", available (in Uzbek) at: <https://dtsj.uz/nodavlat-tibbiyot-tashkilotlari/>
- Republican Specialized Scientific and Practical and Medical Center for Maternal and Child Health. n.d. "Maternal and Child Health Standards", available (in Uzbek) at: <https://www.akusherstvo.uz/standards>
- The Government Portal of the Republic of Uzbekistan. 2023. "Transformation in Medicine: International Investors Gathered in Tashkent", доступно по ссылке: <https://old.gov.uz/en/news/view/36795>
- UN. 2020a. *Implementation of Sustainable Development Goals: Voluntary National Review of the Republic of Uzbekistan*. <https://nsdg.stat.uz/en/publications/25>
- 2020b. "International Migrant Stock Data 2020", доступно по ссылке: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2021. "Data on Healthcare Expenditures in Uzbekistan in 2021 Are Now Publicly Available", 4 December 2021, доступно по ссылке: <https://www.undp.org/uzbekistan/press-releases/data-healthcare-expenditures-uzbekistan-2021-are-now-publicly-available>
- 2022. "Every Mother and Child Survives and Thrives: Reducing Preventable Maternal and Newborn Deaths in 227 Perinatal Centres of Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://mptf.undp.org/project/00140334>
- UNDP and Gender Programme of Swiss Embassy. 2008. *Labour Migration in Uzbekistan: Social, Legal and Gender Aspects*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/uz/un_uzb_Labour_Migration_in_Uzbekistan_eng.pdf

- UZ Statistics Agency. 2022a. "Growth Rates of the Gross Domestic Product of the Republic of Uzbekistan by Types of Economic Activities", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022b. "Life Expectancy at Birth-Total", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022c. "Permanent Population - Rural", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022d. "Population Density", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022e. "Population Distribution by Age - Total", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022f. "Share of Low-Income Population in the Republic of Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2022g. "The Number of Medical Personnel in the Country", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/>
- 2023a. "The Number of Hospitals Is Growing in the Republic of Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/press-center/news-of-committee/41427-o-zbekiston-respublikasida-shifoxona-muassasalari-soni-ko-paymoqda-3>
- 2023b. "The Number of Outpatient Clinics Is Growing in the Republic of Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://stat.uz/en/press-center/news-of-committee/41463-47o-zbekiston-respublikasida-ambulatoriya-poliklinika-muassasalari-soni-ko-paymoqda-4>
- WHO (World Health Organization). 2021. "UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) - Armenia, Azerbaijan, Cyprus, Georgia, Israel, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Türkiye and Uzbekistan", Global Health Observatory. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>
- n.d. "Global Health Expenditure Database", доступно по ссылке: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Accessed 12 September 2023.
- WHO Data. 2024. "Proportion of Births Attended by Skilled Health Personnel (%)-Uzbekistan", available at: <https://data.who.int/indicators/i/F835E3B/1772666>
- WHO Regional Office for Europe. 2021. *Feasibility Study for the Introduction of Compulsory Health Insurance in Uzbekistan*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341045/WHO-EURO-2021-2317-42072-57915-eng.pdf>
- 2023. *Transforming the Health System in Uzbekistan: Two-Year Implementation Review*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372927/WHO-EURO-2023-7859-47627-70163-eng.pdf?sequence=1>
- World Bank. 2021. *Crisis and Recovery in Uzbekistan: Economic and Social Impacts of COVID-19*. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/c705e28720492e4af5d637a701a28f8e-0080062021/original/L2CU-COVID-19-Rev2020-Cleared-ENG.pdf>
- 2022. "GDP per Capita, PPP (Current International \$) - Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=UZ>
- 2023. "Maternal Mortality Ratio (Modelled Estimate, per 100,000 Live Births)-Uzbekistan", доступно по ссылке: <https://liveprod.worldbank.org/en/economies/uzbekistan>

Расширение социальной защиты здоровья: ускорение прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в Центральной и Западной Азии

Региональное бюро МОТ для стран Европы и Центральной Азии

4 маршрут де Морийон
1211 Женева
Швейцария
Т: +41 22 799 6666
E: europe@ilo.org

Международная организация труда

4 маршрут де Морийон
1211 Женева
Швейцария

**Данная публикация была
подготовлена в рамках
флагманской программы МОТ
по установлению минимальных
уровней социальной защиты
для всех.**

9789220409060 (печатное издание)
9789220409077 (web PDF)