

УДК 614.2(575.2)

СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ: ПУТЬ РЕФОРМ И СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ

¹Азимжанова М.Н., ¹Калиев М.Т., ^{2,3}Иманкулова А.С.,

²Миклухин Д.С., ³Монолов Н.К.

¹Национальный институт общественного здоровья при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Кыргызстан, Бишкек;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени П. Лумумбы»,
Россия, Москва, e-mail: aselimankul@gmail.com;

³Салымбеков университет, Кыргызстан, Бишкек

Модернизация системы финансирования здравоохранения – важная задача для стран, стремящихся к всеобщему охвату качественными и доступными медицинскими услугами. Кыргызская Республика, как и многие постсоветские государства, находится в процессе сложного перехода от государственной «советской» модели финансирования к смешанной. Комплексный анализ этого процесса важен для дальнейшего совершенствования системы и обеспечения финансовой защиты населения. Цель исследования – провести анализ эволюции системы финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике, оценить ее текущее состояние, выявить ключевые вызовы и сформировать рекомендации для повышения финансовой устойчивости и доступности медицинских услуг, опираясь на международный опыт. В исследовании использовались методы исторического и сравнительного анализа, а также статистического моделирования. Были проанализированы законодательные и нормативные акты Кыргызской Республики, данные Национальных счетов здравоохранения и статистические отчеты Фонда обязательного медицинского страхования за 2000–2021 гг., а также материалы Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка. Анализ показал, что Кыргызстан успешно перешел к централизованной модели Единого плательщика в лице Фонда обязательного медицинского страхования. Внедрение Программы государственных гарантит, подушевого финансирования и оплаты за пролеченный случай, в том числе на основе клинико-затратных групп, способствовало повышению прозрачности, эффективности и автономии медицинских организаций. Несмотря на рост бюджета Фонда обязательного медицинского страхования, сохраняется высокая доля прямых выплат из кармана домохозяйств (46,3%), что создает значительное финансовое бремя для населения. Снижение внешней донорской помощи усиливает потребность в поиске устойчивых внутренних источников финансирования. Реформы финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике привели к значительным улучшениям, но перед страной стоят серьезные вызовы. Необходимы дальнейшие усилия по увеличению доли государственных и страховых расходов для снижения финансового бремени на граждан. Это обеспечит более справедливый доступ к медицинской помощи и приблизит систему к стандартам развитых стран.

Ключевые слова: организация системы здравоохранения, финансирование здравоохранения, реформирование здравоохранения, программа государственных гарантит, Фонд обязательного медицинского страхования, Кыргызская Республика

HEALTHCARE FINANCING SYSTEM IN KYRGYZSTAN: THE PATH OF REFORMS AND MODERN CHALLENGES

¹Azimzhanova M.N., ¹Kaliev M.T., ^{2,3}Imankulova A.S.,

²Miklukhin D.S., ³Monolov N.K.

¹National Institute of Public Health under the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic, Kyrgyzstan, Bishkek;

²Peoples' Friendship University of Russia named after P. Lumumba,
Russia, Moscow, e-mail: aselimankul@gmail.com;

³Salymbekov University, Kyrgyzstan, Bishkek

Modernizing healthcare financing is a critical task for countries aiming to ensure universal access to quality, affordable medical services. The Kyrgyz Republic, like many other post-Soviet states, is undergoing a complex transition from a state-run financing model to a mixed one. A comprehensive analysis of this process is of paramount importance for further improving the system and ensuring the financial protection of the population. The aim of this study is to analyze the evolution of the healthcare financing system in the Kyrgyz Republic, evaluate its current state, identify key challenges, and formulate recommendations for improving financial sustainability and access to medical services, based on international experience. The study used historical and comparative analysis, as well as statistical modeling. We analyzed the legislative and regulatory acts of the Kyrgyz Republic, data from the National Health Accounts, and statistical reports from the Mandatory Health Insurance Fund for the period 2000–2021, as well as materials from the World Health Organization and the World Bank. The analysis showed that Kyrgyzstan successfully transitioned to a centralized Single Payer model through the Mandatory Health Insurance Fund. The implementation of the State Guarantees Program, capitation financing, and payment for treated cases, including those based on clinical-cost groups, contributed to increased transparency, efficiency, and the autonomy of medical organizations. Despite the growth of the Mandatory Health Insurance Fund's budget, a high share of out-of-pocket payments by households (46.3%) persists, which creates a significant financial burden on the population. The reduction in external donor assistance reinforces the need to find sus-

tainable domestic funding sources. Healthcare financing reforms in the Kyrgyz Republic have led to significant improvements, but the country faces serious challenges. Further efforts are needed to increase the share of state and insurance expenditures to reduce the financial burden on citizens. This will ensure more equitable access to medical care and bring the system closer to the standards of developed countries.

Keywords: Healthcare system organization, healthcare financing, healthcare reform, State Guarantees Program, Mandatory Health Insurance Fund, Kyrgyz Republic

Введение

Эффективная система здравоохранения, способная предоставлять качественные, безопасные и доступные медицинские услуги, является критически важной для любой страны. Финансирование играет центральную роль в достижении этих целей. В глобальном масштабе страны стремятся к универсальному охвату услугами здравоохранения, однако подходы к финансированию значительно разнятся [1]. Некоторые страны (например, Великобритания) полагаются преимущественно на налоговые отчисления, другие (например, Германия) – на социальное медицинское страхование, третьи (например, США) – на частное страхование и прямые платежи [1; 2].

Страны с низким и средним уровнем дохода, включая большинство государств СНГ, часто находятся в процессе перехода от государственного финансирования советского типа к смешанным моделям. Во многих постсоветских государствах, включая КР, процесс трансформации системы финансирования здравоохранения оказался сложным и длительным [3; 4]. Понимание эволюции этой системы, ее текущего состояния и сохраняющихся вызовов имеет первостепенное значение для дальнейшего совершенствования здравоохранения и обеспечение финансовой защиты населения и делает опыт Кыргызской Республики (КР) частью более широкой региональной и глобальной тенденции [5].

Цель исследования – комплексный анализ развития системы финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике, оценка ее текущего состояния и выявление ключевых вызовов, а также сравнение с международными практиками для формирования рекомендаций по дальнейшему совершенствованию финансовой устойчивости и доступности медицинских услуг.

Материалы и методы исследования

Данное исследование основано на анализе законодательных актов Кыргызской Республики, приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), а также данных международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Все-

мирного банка. Использовались данные Национальных счетов здравоохранения КР и статистические отчеты ФОМС за период с 2000 по 2021 г. Применялись методы исторического анализа, сравнительного анализа и статистического моделирования для оценки динамики финансирования и эффективности внедренных реформ.

Результаты исследования и их обсуждение

После обретения независимости Кыргызстан перешел от фрагментированной многоуровневой системы финансирования к консолидированной системе Единого плательщика здравоохранения. С 1994 г. при активной донорской поддержке (проекты «ЗдравРеформ», «ЗдравПлюс» и др.) началась реформа, кульминацией которой стала программа «Манас» (1996–2005 гг.) [6]. Ее ключевой целью было создание системы Единого плательщика в лице Фонда ОМС, запущенной в 1997 г. через систему обязательного медицинского страхования и утвержденной Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 января 2001 г. № 5 «О введении нового механизма финансирования учреждений здравоохранения Кыргызской Республики с 2001 года» [7].

Многие постсоветские страны, включая Россию, Казахстан, прибалтийские республики и др., также предприняли аналогичные реформы, отходя от чисто бюджетной модели Семашко к внедрению систем обязательного медицинского страхования (ОМС). Это был общий тренд в регионе, направленный на повышение эффективности финансирования здравоохранения [4]. В то время как некоторые страны, например Казахстан и Узбекистан, медленнее внедряли страховые механизмы, Кыргызстан активно двигался в сторону создания Фонда ОМС как центрального элемента системы [5].

В 2001 г. утверждена Программа государственных гарантий (ПГГ), предусматривающая сооплату пациентов сверх гарантированного объема услуг, а Фонд ОМС при Правительстве КР получил функции Единого плательщика. Была внедрена оплата за пролеченный случай в стационарах (на основе базовой ставки с поправочными коэффициентами) и подушевое финансирование на первичном уровне [7].

Подушевое финансирование в первичной медико-санитарной помощи также является общепринятой практикой, способствующей рациональному распределению ресурсов [1; 5]. Механизмы оплаты «за пролеченный случай» (DRG – Diagnostic Related Groups; ДРГ – диагностически родственные группы; КЗГ – клинико-затратные группы) широко используются в странах с развитой системой страхования (например, в Германии, США для повышения эффективности и прозрачности финансирования стационарной помощи [8].

Введение сооплаты пациентов в здравоохранении используется в ряде стран как инструмент снижения избыточного спроса и частичного перераспределения финансовой нагрузки. Процесс консолидации финансовых потоков в КР был начат с реформы административного управления с 2003 г., в результате которого бюджетирование переведено с четырехуровневого на двухуровневое с дальнейшей консолидацией системы Единого плательщика [9]. С 2006 г. финансовые потоки, связанные с оплатой медуслуг, стали объединяться на уровне ФОМС [10]. В 2016 г. принят Бюджетный кодекс КР, закрепивший самостоятельный бюджет ФОМС [11]. Это позволило унифицировать базовую ставку оплаты за пролеченный случай по всей стране и устранил ранее существовавшее неравенство в финансировании.

Одним из ключевых направлений реформирования системы финансирования стационарной помощи в Кыргызской Республике является переход к оплате по клинико-затратным группам (КЗГ), основанной на классификации случаев госпитализации

по затратам и диагнозам. Этот подход позволяет повысить прозрачность расходования бюджетных средств, а также стимулирует эффективность работы медицинских организаций [8, с. 15–27, 34–45].

Тенденция к централизации и консолидации финансовых потоков характерна для многих стран, стремящихся к эффективности и прозрачности. Например, в странах с моделью единого плательщика (таких как Канада или Тайвань) все средства аккумулируются и распределяются централизованно. В то же время в децентрализованных системах (например, в США с множеством частных страховщиков или в Германии с множеством больничных касс) консолидация может происходить на уровне отдельных фондов, но не на национальном уровне в такой степени, как в КР [1; 5]. Устранение региональных диспропорций в финансировании (как это было сделано в КР с базовой ставкой) является важной целью для многих стран, стремящихся к справедливости и равенству доступа (например, в европейских странах с развитой системой солидарности). Система Единого плательщика КР позволила централизовать все финансовые потоки на едином лицевом счете ФОМС в казначействе. Средства стали поступать напрямую на единые лицевые счета медицинских организаций, минуя промежуточные административные звенья [12; 13]. Это значительно повысило прозрачность, снизило коррупционные риски и бюрократическую нагрузку. Как видно из рис. 1, бюджет ФОМС показал значительный рост: с 2000 по 2021 г. он увеличился в 11,8 раз, что связано с расширением охвата ФОМС и внедрением новых моделей оплаты.

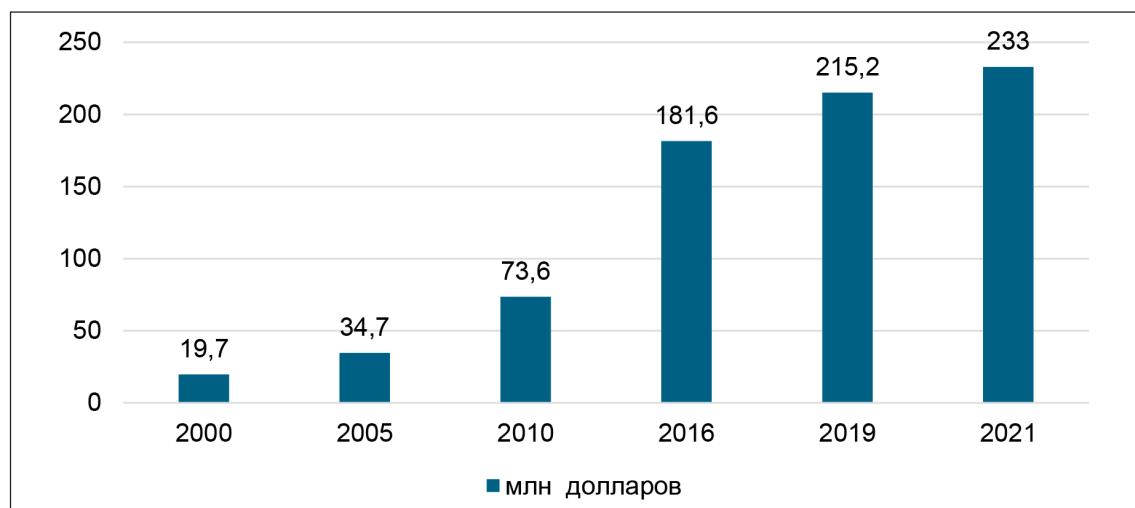


Рис. 1. Рост бюджета Фонда обязательного медицинского страхования КР с 2000 по 2021 г. (данные ФОМС), млн долл.

Источник: составлено авторами по [8]

Повышение прозрачности финансовых потоков и снижение административной нагрузки – это универсальные цели реформ здравоохранения. Многие страны внедряют электронные системы учета и платежей для достижения этих целей. Снижение коррупционных рисков через прямые платежи провайдерам также является важным аспектом, особенно в развивающихся экономиках. Рост бюджета Фонда ОМС, сопоставимый с росту потребностей и охвату услуг, является положительным индикатором эффективности реформ, хотя абсолютные объемы финансирования могут значительно отличаться от таковых в высокодоходных странах [8, с. 84–88].

Несмотря на успехи в консолидации, по данным ВОЗ, в 2019–2021 гг. государственные и средства ОМС составили 51,4% от общих расходов на здравоохранение, тогда как частные средства (выплаты из кармана домохозяйств) достигли 46% [2]. Это указывает на значительное финансовое бремя, ложащееся на граждан. Наибольшие расходы связаны со стационарным лечением (31,9%) и приобретением лекарств (30,1%).

К примеру, доля государственных (в том числе ОМС, там где оно применяется) расходов в общих расходах на здравоохранение в России в исследуемый период составляла ~60–65% (с учетом ОМС), в Казахстане 50–55% (с учетом ОСМС), в Узбекистане 35–40% (с более высокой долей государственного бюджета, но и значительными прямыми платежами). Более высокие цифры отмечены в США (45–50% – государственные программы Medicare/Medicaid и частное страхование), в Германии (75–80%), а максимальный показатель в Вели-

кобритании (80–85%) [1; 2; 14]. Таким образом, доля государственных и страховых средств в КР сопоставима с показателями некоторых стран СНГ, но значительно ниже, чем в развитых системах здравоохранения с преобладанием социального или налогового финансирования.

Доля прямых выплат из кармана домохозяйств (Out-of-Pocket, OOP) в общих расходах на здравоохранение в КР составила 46,3%. Данный показатель меньше, чем в Узбекистане (50–60%), но больше, чем в Казахстане (35–40%) и России (30–35%). В экономически развитых странах доля прямых выплат ООП гораздо меньше, она составляет 12–15% в Германии, 10–12% в Великобритании и США [1]. Доля ООП в Кыргызстане является очень высокой, что характерно для многих стран с низким и средним уровнем дохода. Она существенно выше, чем в развитых странах, и сопоставима с показателями стран, где реформы финансирования менее продвинуты или где финансовая защита населения слабее [8, с. 19–21, 84–85].

Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП в Кыргызстане в 2021 г. составили 5,26 и 5,44 % в 2020 и 2021 гг. соответственно. Диаграмма динамики ВВП на здравоохранение в Кыргызской Республике в 2014–2021 гг. представлена на рис. 2. Необходимо отметить, что за период с 2000 до 2021 г. данный показатель в КР имел максимальные показатели в 2006 и 2012 гг. (8,4 и 8,5 % соответственно). При этом нужно отметить что с 2014 до 2019 г. отмечена тенденция к снижению его, и только во время пандемии COVID-19 можно отметить его стабилизацию [8; 14].

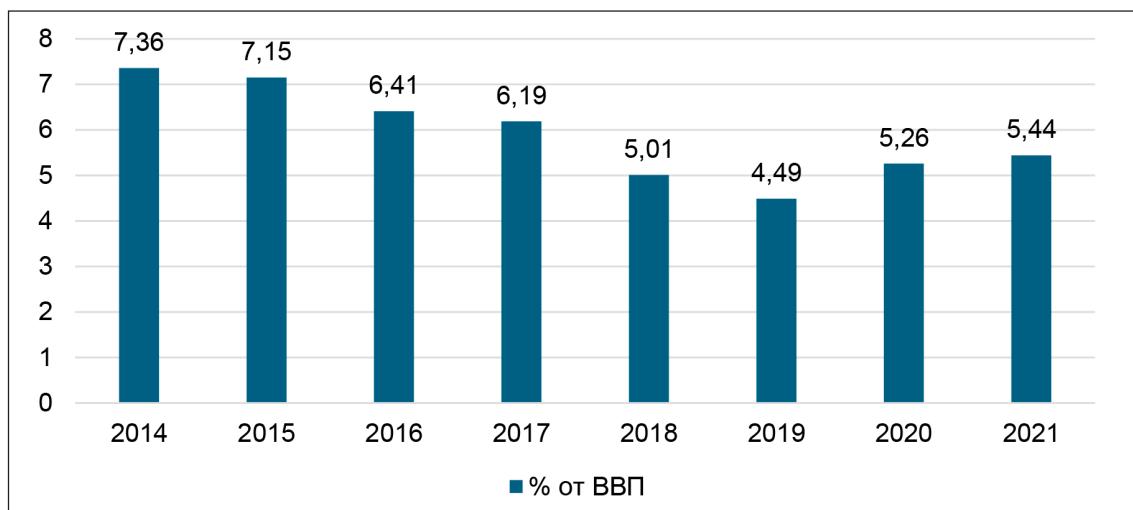


Рис. 2. Динамика ВВП на здравоохранение в Кыргызской Республике, 2014–2021 гг., %
Источник: составлено авторами по [8]

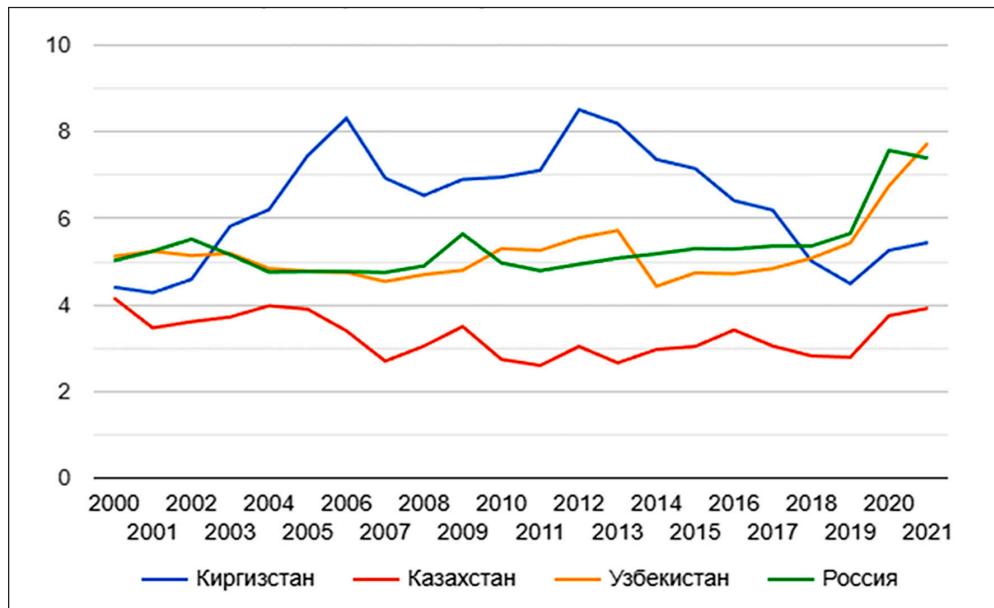


Рис. 3. Динамика ВВП на здравоохранение в некоторых центральноазиатских республиках и Российской Федерации
Источник: составлено авторами по [14]

Как видно из рис. 3, в 2020 г. доля общих расходов на здравоохранение в % от ВВП в Узбекистане имела похожий с КР уровень – 5,5%, в России – 5,3%, меньше в Казахстане – 3,4% [14]. И напротив, в экономически развитых странах данный показатель гораздо выше, например в Великобритании 12,0%, в США – 18,8%.

Положительная динамика роста уровня расходов на здравоохранение в Киргизстане свидетельствует о значительных усилиях по финансированию отрасли. Однако он существенно ниже, чем в развитых странах, где более высокий уровень ВВП позволяет выделять значительно больше ресурсов.

Доля внешней донорской помощи значительно снизилась – с 11,4% в 2010 г. до 2,3% в 2019 г., что свидетельствует о растущей опоре на внутренние ресурсы. Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение также снизилась – с 51% в 2005 г. до 42,8% в 2018 г., несмотря на то, что общий уровень расходов на здравоохранение как доля от ВВП (6,5% в 2018 г.) оставался относительно высоким по сравнению с некоторыми соседними странами [12]. Для стран СНГ этот показатель также имеет тенденцию к снижению по мере развития экономики и укрепления национальных систем финансирования. Снижение доли внешней помощи в Киргизстане отражает позитивную тенденцию к большей самодостаточности.

Результаты исследования показывают, что Киргизская Республика проделала зна-

чительный путь в реформировании системы финансирования здравоохранения, переходя от фрагментированной модели к более централизованной и прозрачной системе Единого плательщика [5]. Создание ФОМС и внедрение оплаты за пролеченный случай, включая использование клинико-затратных групп, способствовали повышению доступности и эффективности медицинских услуг, а также улучшению финансовой автономии медицинских организаций. Внедрение современных методов оплаты стационарной помощи и услуг ПМСП по всей стране является важным шагом к обеспечению справедливости в финансировании и поддержке государственных инициатив по охране здоровья граждан КР [15].

В сравнении с международным опытом, система Киргизстана сочетает элементы моделей Бисмарка (через ОМС) и Семашко (через бюджетное финансирование Программы государственных гарантий). Она достигла централизации, объединения средств, характерного для некоторых стран с единым плательщиком (например, Канады), но сталкивается с вызовами, общими для многих переходных экономик и стран с низким/средним доходом, особенно в части высокой доли прямых выплат из кармана населения [12]. Внедрение КЗГ приближает Киргизстан к передовым международным практикам управления стационарными расходами, но для полной реализации потенциала этой системы требуется дальнейшее

совершенствование классификаторов и методик расчета [16; 17].

Несмотря на прогресс, высокая доля частных расходов указывает на незавершенность реформ в области финансовой защиты и необходимость дальнейшего увеличения доли государственных и страховых средств. Сокращение внешней помощи усиливает потребность в поиске устойчивых внутренних источников финансирования. Необходимость повышения эффективности использования ресурсов и улучшения управления остается актуальной задачей, особенно в контексте ограниченных ресурсов, чтобы максимизировать отдачу от каждого сома, направленного на здравоохранение.

Заключение

Реформирование системы финансирования здравоохранения в КР проходит сложный, но успешный путь и направлено на консолидацию ресурсов и повышение прозрачности. Создание системы Единого плательщика и централизация финансовых потоков через ФОМС являются ключевыми достижениями, которые обеспечивают эффективное управление средствами. Внедрение клинико-затратных групп является важным шагом к повышению эффективности стационарной помощи. Тем не менее перед государством стоят значительные вызовы, включая высокое финансовое бремя для домохозяйств, снижение доли донорской помощи и относительно низкий (по сравнению с развитыми странами) уровень государственных расходов в общих затратах на здравоохранение. Дальнейшие усилия должны быть сфокусированы на увеличении доли государственных и страховых расходов, а также на повышении эффективности и справедливости в распределении ресурсов для обеспечения всеобщего доступа к качественной медицинской помощи и улучшения финансовой защиты населения, приближаясь к стандартам развитых систем здравоохранения.

Список литературы

1. World Health Organization. Global Spending on Health: Rising to the Pandemic's Challenges. Geneva: WHO, 2023. 90 p. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240064911> (дата обращения: 01.08.2025). ISBN 978-92-4-007426-0.
2. Всемирный банк. Данные по расходам на здравоохранение (Health expenditure data) [Электронный ресурс]. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=KG> (дата обращения: 23.07.2025).
3. Шишкин С.В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России // Экономическая политика. 2023. Т. 18. № 1. С. 8–33. DOI: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33. EDN: LQJLAH.
4. Тынгишева А.М., Аймагамбетов Е.Б. Современное состояние финансового обеспечения системы здравоохранения в Республике Казахстан // Экономическая серия Вестника ЕНУ им. Л.Н. Гумилева. 2024. № 1. С. 223–236. DOI: 10.32523/2789-4320-2024-1-223-236. EDN: ZDFMJH.
5. Moldoisaeva S., Kaliev M., Sydykova A., Muratalieva E., Ismailov M., Madureira Lima J., Rechel B., Zimmermann J. // Kyrgyzstan: health system review. 2022. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. [Электронный ресурс]. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/kyrgyzstan-health-system-summary> (дата обращения: 11.09.2025).
6. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996–2005 гг.). Бишкек, 1996. [Электронный ресурс]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277084/EUR-KGZ-CARE-07-01-11-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 04.09.2025).
7. Калиев М.Т. Этапы становления и развития системы единого плательщика здравоохранения в Кыргызской Республике // Менеджер здравоохранения. 2019. № 5. С. 61–66. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/etapy-stanovleniya-i-razvitiya-sistemy-edinogo-platelschika-zdravoohraneniya-v-kyrgyzskoy-respublike> (дата обращения: 12.08.2025).
8. Калиев М., Иманкулова А., Кацага А., Сыдыкова А., Джанузакова Н., Касымбеков Ж. Методология формирования системы клинико-затратных групп в Кыргызстане. Бишкек: Салымбеков Университет, 2025. 115 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=80596670> (дата обращения: 04.09.2025). ISBN 978-9967-601-74-1.
9. Закон Кыргызской Республики от 25 февраля 2003 года № 44 «О финансово-экономических основах местного самоуправления». Бишкек: Жогорку Кенеш Кыргызской Республики, 2003. [Электронный ресурс]. URL: <https://cbd.minjust.gov.kg/4-1286/edition/938361/ru> (дата обращения: 23.07.2025).
10. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 г. № 100 «О Национальной программе реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалым» на 2006–2010 годы» [Электронный ресурс]. URL: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=23172 (дата обращения: 23.09.2025).
11. Бюджетный кодекс Кыргызской Республики. Бишкек: Министерство юстиции КР; 2016. № 59 от 16 мая 2016 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://cbd.minjust.gov.kg/111338/edition/7319/ru> (дата обращения: 23.09.2025).
12. Национальная стратегия развития здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2011–2018 гг.). Бишкек, 2011 [Электронный ресурс]. URL: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=52155 (дата обращения: 04.09.2025).
13. Закон Кыргызской Республики от 12 декабря 2017 г № 205 «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и прогнозе на 2019–2020 годы». Бишкек: Жогорку Кенеш Кыргызской Республики, 2017. [Электронный ресурс]. URL: https://continent-online.com/Document/?doc_id=32543963 (дата обращения: 23.09.2025).
14. Worldbank, data [Электронный ресурс]. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS> (дата обращения: 04.09.2025).
15. Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 г. № 14 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» [Электронный ресурс]. URL: <https://cbd.minjust.gov.kg/4-5260/edition/1939/ru> (дата обращения: 23.09.2025).
16. Калиев М.Т., Иманкулова А.С., Джумалиева Г.А., Азимжанова М.Н., Толбашева Г.У., Наралиев У.Т. Классификатор хирургических операций и манипуляций в системе финансирования медицинских услуг в Кыргызской Республике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30 (2). С. 318–321. URL: http://www.medlit.ru/journal/problemi_soczialnoj_gigieni_zdrav/2022/2/318-321 (дата обращения: 15.08.2025). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-318-321. EDN: SETNYD.
17. World Health Organization. International Classification of Health Interventions (ICHI). Beta version [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions> (дата обращения: 23.07.2025).

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.