



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

30 августа 2022 г.

Предварительная оценка реформы системы здравоохранения в Сырдарьинской области

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

Краткое содержание	2
Рекомендации	7
Введение	10
Финансирование здравоохранения	11
Центральные и местные расходы на здравоохранение	11
Среднесрочное планирование бюджета	13
Ежегодный бюджет	14
Создание пула средств	15
Закупка медицинских услуг	15
Нормативно-правовая база и контракты	15
Внедрение новых механизмов финансирования	16
Дизайн гарантированного пакета мед. помощи	24
Лекарственные средства для амбулаторного лечения	27
Выплаты из собственных средств и неформальные платежи	28
Автономия медучреждений	28
Руководство и оперативное управление ФГМС	30
Медицинская информация	33
Управление данными ПМСП	35
Управление данными специализированной помощи	35

Краткое содержание

Реализация пилотного проекта в Сырдарьинской области обеспечивает прочную основу для будущей реформы здравоохранения в Узбекистане. Всего за два года стране удалось создать стратегическое закупочное агентство, начать заключать контракты с медицинскими учреждениями и аптеками, продвинуться в разработке ИТ-решений для здравоохранения и реорганизовать сеть предоставления услуг в пилотной области. Это создает хорошую основу для осуществления будущих изменений в системе здравоохранения и позволяет создавать изменения с учетом развитого национального потенциала в будущем.

Ожидаемые результаты пилотного проекта были достигнуты частично, и требуется больше времени для полного осуществления запланированных мероприятий. Узбекистан приступил к реализации реформ, но прогресс неравномерен в различных областях системы здравоохранения и координация усилий по реализации реформ в будущем будет иметь важное значение.

Таблица 1. Оценка прогресса в достижении запланированных результатов

Планируемые результаты	Достижения	Проблемы
1. Поэтапное снижение доли неэффективных расходов в системе здравоохранения;	<ul style="list-style-type: none">• Достигнут хороший прогресс в расширении сферы охвата и изменении принципов работы на уровне ПМСП. При продолжении внедрения это повысит эффективность расходов на здравоохранение.	<ul style="list-style-type: none">• Слияние медицинских учреждений не было полностью осуществлено и должно быть продолжено. Поддержка со стороны международных экспертов, инвестиции и наращивание потенциала менеджеров должны быть продолжены
	<ul style="list-style-type: none">• Слияние больниц было начато в рамках пилотного проекта и имеет хороший потенциал для оптимизации больничных коек, тем самым повышая эффективность расходов на здравоохранение.	

	<ul style="list-style-type: none"> • В рамках пилотного проекта была внедрена система направления в специализированные медучреждения. Мониторинг предотвратимой госпитализации осуществляется ФГМС. Эти мероприятия будут способствовать повышению эффективности. 	<ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг предотвратимых госпитализаций осуществляется вручную, в бумажном виде и в настоящее время он не интегрирован с системой электронного здравоохранения.
<p>2. Повышение открытости и прозрачности рынка медицинских услуг, а также снижение платежей из собственных средств пациентов;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В рамках пилотного проекта был расширен объем гарантированных услуг, который должен расширить охват услугами и сократить платежи из собственных средств пациентов; 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет информации о том, как расширение гарантированных услуг повлияло на уровень выплат из собственных средств пациентов;. Необходим дальнейший контроль за расходами пациентов; • Имеющиеся модули системы электронного здравоохранения eHealth не позволяют проводить мониторинг состояния здоровья и использование медуслуг. Разработка этих модулей будет способствовать мониторингу потребностей в области здравоохранения и использования медицинских услуг.
		<ul style="list-style-type: none"> • Бюджет здравоохранения не был увеличен для пилотного проекта. Это вызывает сомнения в том, что доля выплат из собственных средств пациентов в общих расходах на здравоохранение снизится.
	<ul style="list-style-type: none"> • Пилотный проект предусматривает реализацию программы 	

	<p>обеспечения лекарственных средств пациентам амбулаторных медучреждений, которая должна обеспечить лучшую финансовую защиту людей с хроническими заболеваниями.</p>	
<p>3. Увеличение доли расходов на первичную медико-санитарную помощь в общем бюджете здравоохранения;</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Более высокий уровень финансирования ПМСП был утвержден приказом МЗ для обеспечения адекватной оплаты услуг, однако дополнительные средства для покрытия возросшего бюджета не были выделены. В результате новые методы финансирования услуг ПМСП не были протестированы. В будущем необходимо выделять увеличенный объем финансирования ПМСП.
<p>4. Укрепление финансовой самостоятельности медицинских учреждений и использование материального стимулирования работников здравоохранения;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень финансовой самостоятельности медицинских учреждений несколько повысился: учреждения получают единовременные выплаты на каждый вид оказываемой помощи и могут сохранять неизрасходованные средства до следующего года. 	<ul style="list-style-type: none"> • Дальнейшее повышение самостоятельности/автономии с точки зрения перераспределения средств между различными подразделениями медучреждения еще не реализовано; • Политика финансового вознаграждения персонала в рамках пилотного проекта не изменилась. Внедрение нового подхода к финансовому вознаграждению медицинского персонала еще предстоит осуществить.
<p>5. Повышение качества медицинских услуг для социально</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Изменения в предоставлении ПМСП, повышение квалификации 	<ul style="list-style-type: none"> • Ключевые показатели для мониторинга эффективности ПМСП и качества медицинской помощи

<p>уязвимых групп населения;</p>	<p>персонала ПМСП в части использования протоколов РЕН и универсально-прогрессивной модели патронажа для женщин и детей, а также плановая реализация программ предоставления лекарственных средств в амбулаторных медучреждениях являются прочной основой для повышения качества услуг ПМСП для всего населения, а не только для наиболее уязвимых групп населения.</p>	<p>разработаны, но еще не утверждены и регулярно собираются системой</p>
<p>6. Создание условий для развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг путем включения частных учреждений в систему оказания гарантированной государством медицинской помощи населению.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Закупка мед. услуг у частных медучреждений в настоящее время пилотируется в рамках национального пилотного проекта в отношении для нескольких медицинских услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Хотя участие частного сектора может быть использовано для повышения качества и доступности услуг, широкомасштабное участие медучреждений должно сопровождаться сильными закупочными механизмами. Широкомасштабное участие частного сектора должно начаться с разработки и внедрения критериев аккредитации медучреждений, желающих работать по контракту с ФГМС; нормативно-правовая база должна обеспечить полную прозрачность процесса заключения контрактов; частный сектор должен иметь доступ к системе электронного здравоохранения; государственным медучреждениям необходимо обеспечить поддержку и инвестиции, чтобы они могли

		конкурировать с частными медучреждениями.
--	--	---

Пилотный проект представляет собой правильный первый шаг правительства Узбекистана на пути к всеобщему охвату услугами медицинского страхования. Для достижения лучших результатов в области здравоохранения, повышения эффективности и финансовой защиты необходимы улучшение координации усилий, увеличение бюджетных ассигнований на медицину, а также последовательное внедрение всех компонентов пилотного проекта в правильной последовательности.

Рекомендации

В этом отчете содержатся рекомендации в отношении долгосрочного видения реформы сектора здравоохранения, а также излагается перечень необходимых шагов для того, чтобы в полной мере реализовать запланированные пилотные мероприятия и распространить пилотный проект на новые регионы.

Бюджет

Перед распространением этого пилотного проекта, необходимо:

- Ввести новую систему выделения денег на здравоохранение: в настоящее время ФГМС не получает консолидированного бюджета, а должен собирать его из местных бюджетов исходя из их расходов прошлого периода; эта система отнимает много времени у ФГМС, а также создает неправильные стимулы для местных бюджетных подразделений, которые могут сократить выделяемые средства на здравоохранение до запуска пилотного проекта;
- Обеспечить более широкое участие ФГМС в процессе разработки бюджета в сфере здравоохранения; опираться на потребности населения в области здравоохранения при определении годового бюджета здравоохранения;
- Совершенствовать ежегодное бюджетное планирование во избежание необходимости использования средств следующего бюджетного цикла для покрытия пробелов, образовавшихся в предыдущем году, и обеспечения того, чтобы утвержденные ставки оплаты соответствовали выделенным ресурсам и планируемому объему услуг;
- Увеличить бюджет пилотного проекта для обеспечения того, чтобы избежать серьезного снижения бюджета на уровне медучреждений для приоритетных видов услуг (таких как ПМСП) в связи с изменениями механизмов финансирования.

Долгосрочное видение системных реформ:

- Переход к среднесрочному бюджетированию здравоохранения для обеспечения более предсказуемого финансирования и переход к многолетним контрактам;
- Дальнейшее увеличение государственных расходов на здравоохранение в целях сокращения расходов населения из собственных средств, следовательно, усиления финансовой защиты населения;
- Изменить подход к формированию бюджета здравоохранения: от исторического метода к оценке потребностей населения в области здравоохранения и оценку адекватных расходов на услуги здравоохранения.

Создание пула (объединения) средств

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта необходимо:

- Осуществить объединение средств на национальном уровне, что означает: 1) прямой перевод средств национального бюджета здравоохранения из центрального бюджета в бюджет ФГМС; 2) один пул (объединение) средств для всех областей, которые

будут участвовать в пилотном проекте; 3) упрощенный порядок перевода местных расходов на здравоохранение в национальный пул.

Закупка медицинских услуг

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта необходимо:

- Увеличить бюджет ПМСП и амбулаторной специализированной помощи, с тем чтобы можно было опробовать механизмы подушевого финансирования;
- Зафиксировать базовую ставку для оплаты пролеченных в стационаре больных по крайней мере на квартал, чтобы обеспечить более быструю оплату стационарных услуг.

Пакет гарантированных услуг

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта необходимо:

- Обеспечить соответствие между выделенным бюджетом и пакетом гарантированных услуг
- Организовать пакет гарантированных услуг по видам услуг, а не по списку учреждений здравоохранения;
- Обеспечить широкое информирование пациентов о том, какие услуги они могут получить бесплатно.
- Обеспечить регулярный пересмотр пакета гарантированных услуг, основанную на широком участии населения и принципе прозрачности;

Автономия медучреждений

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта:

- Предоставить поставщикам услуг в рамках пилотного проекта большую финансовую и управленческую автономию в том, что касается перераспределения ресурсов между различными подразделениями медучреждения, а также в проведении политики вознаграждения персонала;
- Отменить функцию контроля расходов ФГМС, но разработать функцию анализа фактических расходов медучреждений (ex post), а также мониторинга деятельности и результатов работы медучреждений.

Управление

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта:

- Позволить ФГМС развиваться как отдельной автономной организации, как это было задумано изначально; установить четкие линии подчинения ФГМС другим государственным органам наряду с прозрачным распределением обязанностей между различными заинтересованными сторонами;
- Четко определить приоритеты ФГМС. Позволить ФГМС сосредоточиться и работать над четко определенными приоритетами, не расширяя его обязанности за пределы осуществимых рамок;
- Пересмотреть организационную структуру ФГМС для обеспечения того, чтобы все важные функции имели свою институциональную основу;
- Уделять приоритетное внимание развитию потенциала ФГМС в области стратегических закупок с точки зрения численности персонала и правильного понимания ими принципов реформирования;

Электронная системы сбора данных здравоохранения eHealth

Перед дальнейшим распространением пилотного проекта:

- Обеспечить четкие и прозрачные механизмы управления и ясные приоритеты для разработки модулей электронного здравоохранения;
- Обеспечить достаточное финансирование для развития электронного здравоохранения;
- Приоритизировать модули, имеющих решающее значение для пилотного проекта Сырдарьинской области:
 - Завершить работу над модулем услуг стационара;
 - Разработать интерфейс базы данных, доступный для всех медучреждений, чтобы они могли использовать введенные ими данные;
 - Разработать модули, позволяющие ФГМС осуществлять расчеты ежемесячных платежей;
- Планирование и разработка последующих модулей системы электронного здравоохранения для оказания помощи в проведении мониторинга клинической деятельности и качества медицинской помощи;
- Разработать правила для вовлечения частных компаний в развитие и функционирование системы электронного здравоохранения; вовлечение частного сектора потребует наращивания потенциала со стороны МЗ и ФГМС;
- Пересмотреть статистические формы отчетности, чтобы обеспечить частичный переход к модулям электронного здравоохранения для представления отчетов по ключевым статистическим показателям.

Признавая уже достигнутые результаты в части создания новой системы стратегических закупок медицинских услуг и принимая во внимание то, что пилотный проект в Сырдарьинской области еще не реализован в полном объеме, внедрение новых механизмов финансирования в шести новых областях может оказаться преждевременным. В 2023 году рекомендуется начать с реорганизации сети оказания услуг в этих новых регионах, а также повышения квалификации персонала ПМСП по обеспечению нового уровня качества услуг населению. Новые механизмы финансирования должны быть внедрены после того, как будут проработаны механизмы создания пула (объединения средств) и закупок, когда медучреждения будут готовы к большей автономии, более развит потенциал региональных отделений ФГМС и будут доступны все необходимые модули электронного здравоохранения. Также необходимо провести оценку наличия интернета и компьютеров в медицинских учреждениях, прежде чем проводить изменения механизмов финансирования в шести новых регионах.

Введение

Узбекистан инициировал всеобъемлющие и далеко идущие реформы системы здравоохранения, включая фундаментальные изменения в системах финансирования здравоохранения и предоставления услуг, включая повышение роли ПМСП. Изменения в системах финансирования здравоохранения и предоставления услуг представляют собой отличительную черту пилотного проекта, так как систематические изменения вряд ли произойдут только за счет изменений механизмов финансирования. Планируемые реформы указаны в постановлении Президента РУз об утверждении «Концепции развития здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2023 годы». Одним из краеугольных камней в стратегических направлениях Концепции является создание Фонда Государственного медицинского страхования (ФГМС) для улучшения доступа к медицинским услугам, повышения прозрачности и эффективности использования ресурсов здравоохранения и финансовой защиты населения. В конце 2020 года был разработан и утвержден президентом ряд законодательных актов, призванных обеспечить основу и правовое сопровождение для i) создания единого национального агентства по объединению средств и закупкам - ФГМС; ii) внедрения стратегических механизмов закупок и iii) разработки гарантированного государством пакета медуслуг.¹ ФГМС был создан 1 декабря 2020 года, а пилотный проект в Сырдарьинской области начался 1 июля 2021 года.

Ожидаемые результаты пилотного проекта включали повышение эффективности, прозрачности, повышение роли ПМСП и улучшение финансовой защиты пациентов. Постановлением Президента предусмотрены следующие ожидаемые результаты пилотного проекта:

1. Поэтапное снижение доли неэффективных расходов в системе здравоохранения;
2. Повышение открытости и прозрачности рынка медицинских услуг, а также сокращение платежей из собственных средств пациентов (ПСС);
3. Увеличение доли расходов на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в общем бюджете здравоохранения;
4. Укрепление финансовой автономности медицинских учреждений и использование финансового стимулирования работников здравоохранения;
5. Повышение качества услуг для социально уязвимых групп населения;
6. Создание условий для развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг путем включения частных учреждений в систему оказания гарантированной государством медицинской помощи населению.

Этот отчет предоставляет анализ ситуации, предшествовавшей пилотному проекту, и изменений, связанных с внедрением пилотного проекта. Основное внимание в нем уделяется вопросам финансирования здравоохранения и государственному управлению для внедрения реформ. Он также дает обзор разработки и использования ИТ-решений в рамках пилотного проекта. Пилотный проект в Сырдарьинской области все еще продолжается, и в отчете показаны различия между 2021 и 2022 годами.

¹ Полный список нормативно-правовых документов указан Приложении 1

Сырдарьинский пилотный проект реализуется параллельно с другим государственным пилотным проектом² в сфере финансирования здравоохранения, осуществляемым на национальном уровне. Оба пилота реализуются ФГМС. Данная оценка не дает анализ реализации пилотного проекта, осуществляемого на национальном уровне, но отмечает его влияние на пилотный проект в Сырдарьинской области.

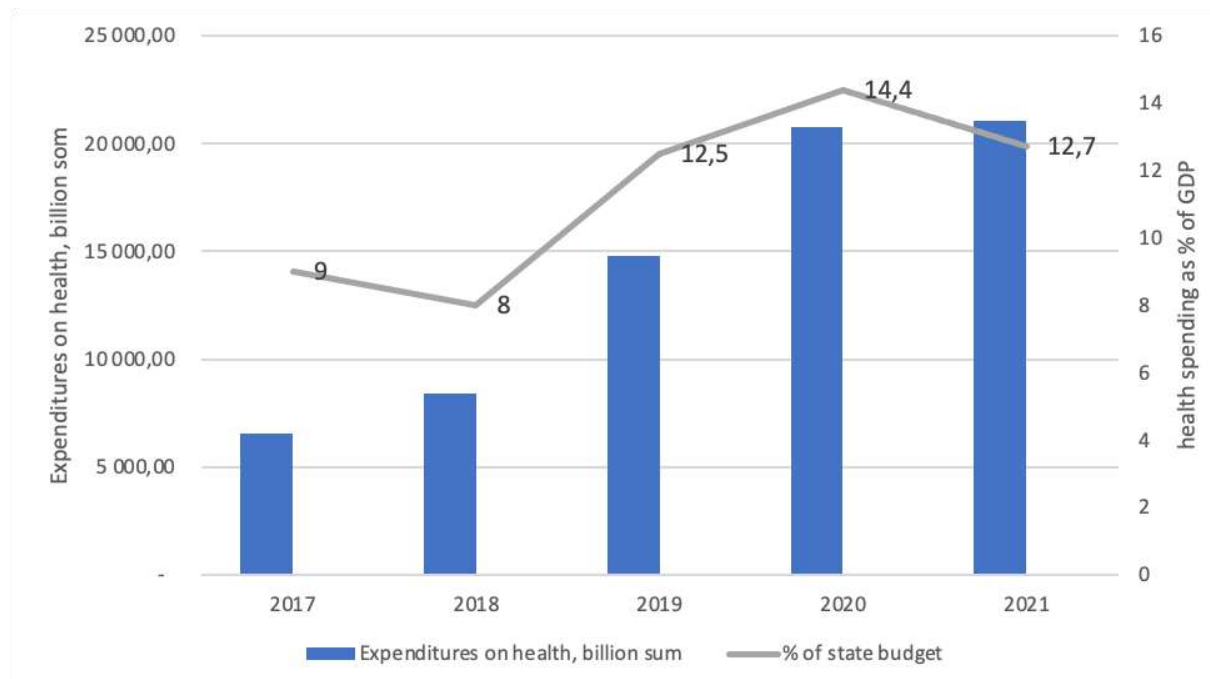
Финансирование здравоохранения

Бюджет здравоохранения

Центральные и местные расходы на здравоохранение

В период 2017–2021 годов расходы на здравоохранение росли. Бюджет здравоохранения вырос как в номинальном выражении, так и в виде доли общего государственного бюджета с 9% в 2017 году до 12,7% в 2021 году (рисунок 1). Расходы на здравоохранение как доля ВВП выросли с 2% в 2017 году до 3,1% в 2021 году.

Рисунок 1. Государственные расходы на здравоохранение, 2017-2021 гг.



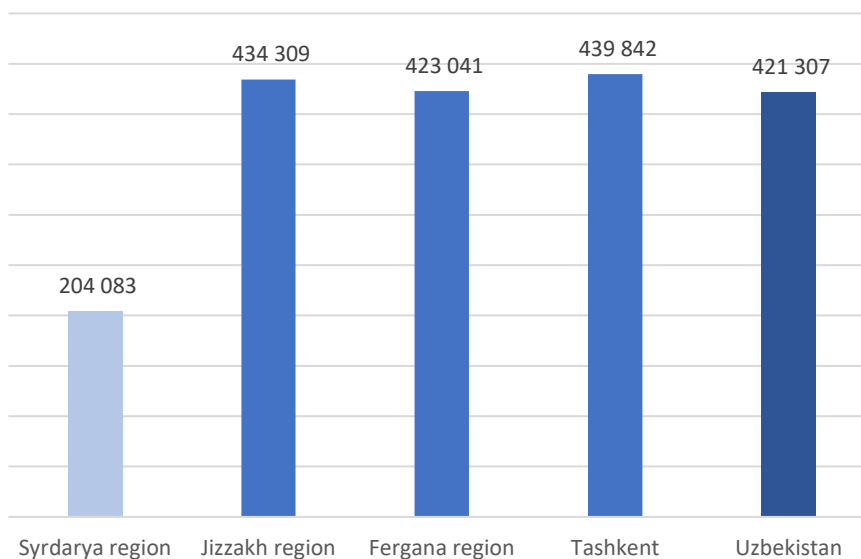
Источник: 2017–2018 гг.: Глобальная база данных ВОЗ о расходах на здравоохранение; 2019-2021 гг.: данные Министерства финансов

² Государственный пилотный проект на национальном уровне предусматривает финансирование медицинских услуг, предоставляемых национальными учреждениями; для получения бесплатной помощи пациенты получают электронное направление («ордер»).

В Узбекистане действует децентрализованная система финансирования здравоохранения. Национальный бюджет финансирует учреждения и национальные программы национального уровня, а местные бюджеты финансируют ПМСП, специализированную амбулаторную и стационарную помощь. В 2021 году расходы местных бюджетов составили 69% от общегосударственных расходов на здравоохранение. Правительство (министерство финансов) дает рекомендации местным органам власти относительно объема средств, которые должны быть израсходованы на здравоохранение, и в частности, на каждом уровне предоставления медуслуг и медучреждений. Более бедные регионы получают финансовую поддержку из национального бюджета. Фактические выплаты медицинским учреждениям до реализации пилота осуществлялись областными, городскими, районными финансовыми подразделениями.

Существует серьезное региональное неравенство с точки зрения расходов на здравоохранение. Фактические расходы на душу населения зависят от уровня экономического развития регионов и приоритетов в сфере здравоохранения. В 2021 году фактические расходы на душу населения в Сырдарьинской области были в 2 раза ниже, чем в среднем по стране: 204 000 сумов против 421 000 сумов в среднем по стране и 434 000 сумов в Джизакской области.

Рисунок 2. Подушевые расходы на здравоохранение в отдельных регионах Узбекистана (из центрального и местных бюджетов), 2021г.



Источник: данные МФ

Среднесрочное планирование бюджета

Узбекистан недавно ввел практику утверждения государственного бюджета в качестве закона. Утвержденный закон о годовом бюджете предоставляет подробную информацию о расходах, а также включает ключевые макроэкономические показатели на ближайшие 2 года, в том числе прогнозируемый рост ВВП, но расходы на здравоохранение, наряду с другими отраслями, не являются частью среднесрочного бюджетного планирования. Распоряжение Президента издается после утверждения закона с некоторыми общими положениями об исполнении закона.³

Среднесрочного планирования текущих расходов на здравоохранение не внедрено. Расходы в среднесрочной перспективе устанавливаются только на капитальные вложения в здравоохранение. Например, ожидается, что капитальные затраты продолжат расти в 2022 и 2023 годах до 1,850 млрд сум (172 млн долларов США) при текущих расходах в 1,471 млрд сум (133 млн долларов США) в год (таблица 1).

Таблица 1. Централизованные капитальные вложения, 2019–2023 гг., в млрд сум⁴

Показатели	2019 (фактические)	2020 (фактические)	2021 (планируемые)	2022 (прогноз)	2023 (прогноз)
Общие капитальные затраты на здравоохранение	1 456	1 051	1 471	1 600	1 850
Больницы	440,2	243,4	380,2	1 600,0	1 850,0
Сельские ПМСП	73,1	7,7	5,1		
Семейные поликлиники	239,9	75,5	66,7		
Эпидемиологические станции	3,5	22,6	16,2		
Медицинские университеты	193,4	97,6	72,0		
Прочее	506,2	604,6	930,8		

³ <https://www.lex.uz/ru/docs/5193210?ONDATE=31.12.2020%2000>

⁴ Публикация МФ «Бюджет для граждан»

Ежегодный бюджет

Бюджетный 2021 года не учитывал реализацию пилотного проекта в будущем. В 2021 году ФГМС не участвовал в процессе подготовки бюджета, так как бюджет здравоохранения на 2021 год был согласован до создания ФГМС. Бюджет пилотного проекта был определен как 1/2 от общих запланированных расходов на здравоохранение Сырдарьинской области на 2021 год, так как пилотный проект был запущен 1 июля 2021 года. Общие расходы на здравоохранение Сырдарьинской области включали расходы на здравоохранение области, 3 городов и 8 районов.

При переходе на новые методы финансирования сложно использовать уровень затрат областей на здравоохранение в прошлом году и это может, в конечном итоге, создать негативные стимулы для регионов. Если размер вклада местных бюджетов в бюджет пилота будет установлен исходя из затрат областей прошлого периода, то это создаст стимул снизить расходы на здравоохранение до реализации пилотного проекта. Кроме того, будет трудно убедить области принять такой подход. Следует предложить новую систему сбора доходов на здравоохранение из общих налогов, чтобы уровень расходов не зависел от решения местных властей о выделении денег на здравоохранение в предыдущем году.

ФГМС столкнулся с нехваткой бюджета во время осуществления пилотного проекта. Во-первых, когда проект стартовал, стало очевидно, что в течение первого полугодия был перерасход средств на уровне местных бюджетов. Во-вторых, запланированное в стране повышение заработной платы медицинского персонала не было учтено в запланированном бюджете для пилотного проекта. В-третьих, расчет подушевой ставки производился с использованием подхода «снизу вверх» без учета бюджетного потолка. Это привело к тому, что необходимый бюджет ПМСП превысил имеющееся финансирование.

ФГМС предпринимал меры для покрытия бюджетного дефицита. Был налажен диалог с МФ для выделения дополнительного финансирования. Часть необходимых средств была получена, но она в основном использовалась для покрытия возросших расходов на заработную плату персонала. Во избежание перерасхода средств на услуги ПМСП подушевое финансирование не было введено. Вместо этого ФГМС финансировал услуги ПМСП, используя метод выделения средств медучреждениям исходя из прошлых бюджетов учреждениях ПМСП. Вариант снижения подушевой ставки не использовался, поскольку это могло привести к значительным финансовым потерям для некоторых учреждений ПМСП. Во время реализации пилотного проекта ФГМС пришлось использовать денежные средства, выделенные на декабрь 2021 года, для покрытия существующего дефицита финансирования, что привело к отсутствию средств в конце года. Чтобы покрыть этот пробел, ФГМС пришлось использовать новый годовой бюджет в январе 2022 года.

ФГМС участвовал в разработке бюджета на 2022 год, но процесс основывался на расходах прошлого периода, а не на фактической оценке потребностей. ФГМС представил бюджетное предложение с использованием бюджета пилотного проекта на 2021 год, скорректированного на прогнозируемую инфляцию. Изменение подхода и более активное участие ФГМС в процессе подготовки бюджета будут полезны для реформы.

Данные об использовании медицинских услуг и оценки потребностей в области здравоохранения будут иметь важное значение для обсуждения бюджета в будущем.

Создание пула средств

До пилотного проекта бюджет здравоохранения был сильно фрагментирован. Как уже отмечалось выше, медицинская помощь финансировалась из местных бюджетов областей, районов и городов. В пилоте не было внедрено объединения ресурсов на национальном уровне и правительство приняло поэтапный подход, что создает трудности в осуществлении пилотного проекта.

В первые месяцы использовался виртуальный пул, но средствами управляли через местные финансовые учреждения. Де-факто средства не были объединены и платежи проводились через местные финансовые учреждения после того, как ФГМС предоставлял документы и расчеты по платежам. Такая организация финансирования не позволяла перераспределять средства между медучреждениями.

Осенью бюджет пилота был консолидирован на областном уровне. Для этого был открыт новый счет ФГМС в казначейской системе для получения средств местных бюджетов на здравоохранение. Процедура перечисления денег на этот счет создавала большую дополнительную нагрузку на ФГМС, так как ежемесячно средства из местных бюджетов «вручную» переводились с 88 казначейских счетов местных бюджетов на отдельные счета ФГМС, а после – в единый пул.

В 2022 году механизм объединения средств не был усовершенствован. Сырдарьинская область получает трансферты от правительства для предоставления ключевых услуг населению, включая медицинские. Обсуждалось, что выделенные государством средства на здравоохранение в Сырдарьинской области должны с центрального уровня быть переданы напрямую ФГМС, не переводя их сначала в местные бюджеты. К сожалению, этот механизм не был реализован, и в 2022 году ФГМС продолжает «вручную» переводить деньги из местных бюджетов. Эта система не будет устойчивой в среднесрочной перспективе, когда к реформе присоединятся дополнительные регионы.

Закупка медицинских услуг

Нормативно-правовая база и контракты

До пилотного проекта медицинские услуги финансировались с использованием бюджетирования исходя из прошлых затрат, а бюджет был организован постатейно. Закупка услуг была пассивной, не связанной с результатами работы медучреждений и осуществлялась через местные (областные, районные, городские) администрации. Уровень финансирования также зависел от решений местных органов власти.

В рамках пилотного проекта закупка медицинских услуг регулируется документами, утвержденными Наблюдательным советом ФГМС. Эти документы включают в себя:

- Положение об использовании подушевого финансирования услуг ПМСП в пилотном проекте, которое регулирует правила расчета бюджета, а также коэффициенты корректировки по возрасту и полу;
- Положение об использовании глобального бюджета и выплат за каждого пролеченного больного в пилотном проекте, которое утверждает:
 - Правила расчета базовой ставки по пролеченному случаю и контрактного бюджета;
 - Перечень стационарных учреждений, которым возмещают средства за оказанные услуги с использованием комбинации глобального бюджета и платежей за пролеченные случаи, и перечень учреждений, возмещаемых на 100% по глобальному бюджету;
 - Перечень клинических групп и коэффициентов;
 - Дополнительные коэффициенты, используемые для корректировки платежа в зависимости от типа медучреждения;
- Шаблон договора на все виды медицинской помощи;
- Гарантированный пакет услуг для всех видов медпомощи.

В пилотном проекте не используются механизмы закупок, основанные на критериях. ФГМС заключает контракты со всеми государственными медучреждениями Сырдарьинской области. Планируется, что на более поздних этапах реформы финансирования здравоохранения будут использоваться закупки услуг у частных медучреждений, а также основанный на критериях контрактный подход.

Внедрение новых механизмов финансирования

Пилотный проект предусматривает использование методов подушевого финансирования и метода, основанного на пролеченных случаях, а также глобального бюджета, основанного на финансировании расходов прошлого периода. Подушевое финансирование планировалось использовать для ПМСП и амбулаторной специализированной помощи. В качестве первого шага в реализации ГБД (группирование болезней по диагнозам) была запланирована 10-процентная оплата за каждый пролеченный случай в больнице, наряду с использованием глобального бюджета для оплаты остальных 90% затрат.

Правила расчета ставок платежей были утверждены МЗ, а некоторые дополнительные правила были утверждены Наблюдательным советом ФГМС. Этот подход обсуждался в рамках рабочей группы, в состав которой входили представители МЗ, МФ и ФГМС.

Заключение контрактов с медучреждениями на определенный объем услуг является серьезным шагом в сторону новой системы финансирования, в отличие от финансирования по статьям со стороны местных органов власти, который использовался до пилотного проекта. Договор между ФГМС и медучреждениями регулирует объем услуг, которые должны предоставляться пациентам, все места оказания услуг и информацию, необходимую для расчета бюджета:

- Численность и половозрастная структура населения, которому предоставляются услуги ПМСП и амбулаторно-поликлинические специализированные услуги;
- Сумма, подлежащая уплате в виде глобального бюджета за стационарные услуги, а также планируемого бюджета для ГБД компонента оплаты.

В соответствии с положениями контракта, учреждения должны ввести все необходимые данные о выписанных пациентах в Электронную систему здравоохранения.

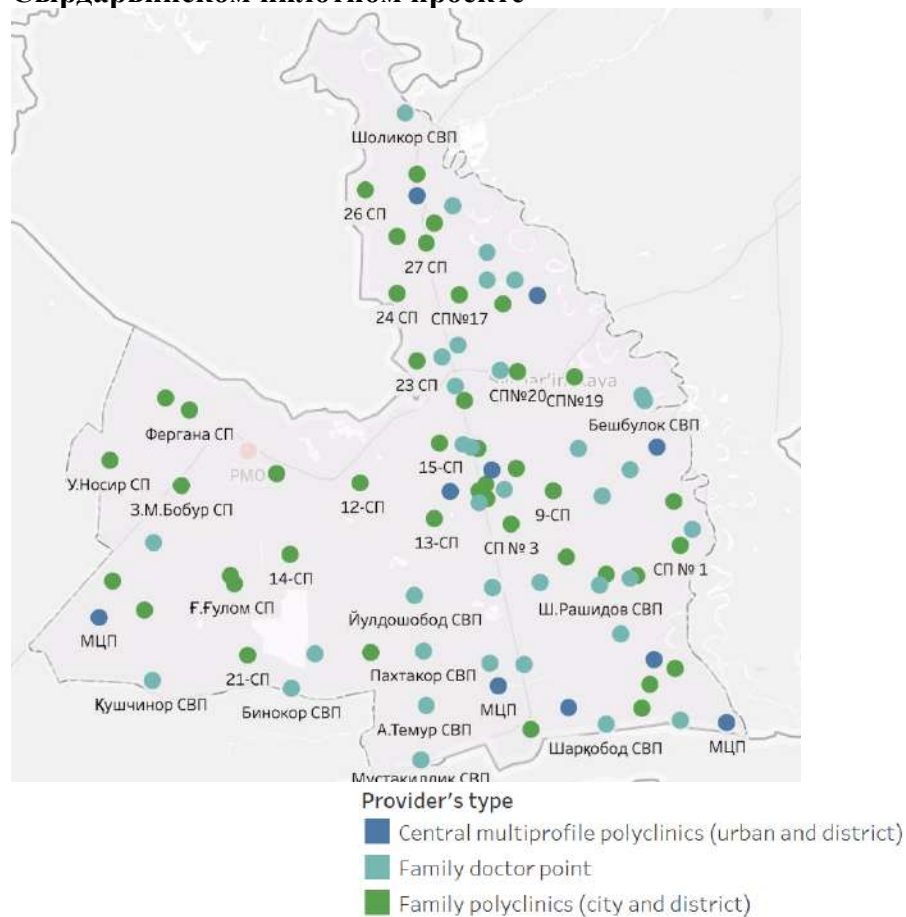
В рамках пилотного проекта ФГМС заключил контракты с 29 юридическими лицами, включающие большинство медицинских услуг и на несколько мероприятий в области общественного здравоохранения. Контракты составлены в бумажном виде, платежи осуществляются через электронную систему Казначейства под названием UzAzBo. Некоторые из услуг общественного здравоохранения (продвижение здорового образа жизни, безопасность крови, лечение инфекционных заболеваний) финансируются ФГМС с использованием глобального бюджета, основанного на расходах прошлого периода. Услуги по вакцинации были включены в платежи ПМСП. Часть услуг, таких как санитарно-эпидемиологический надзор, финансируется из местных бюджетов.

До начала пилотного проекта Узбекистан провел общенациональную реорганизацию сети предоставления услуг, чтобы обеспечить лучшую интеграцию медицинской помощи. В частности, на городском и районном уровнях первичная, амбулаторная и стационарная специализированная помощь были объединены в одно юридическое лицо. Пилотный проект углубил некоторые инициативы по реструктуризации ПМСП: был внедрен междисциплинарный командный подход наряду с повышением роли медсестер.

Закупка услуг ПМСП и амбулаторных специализированных услуг

В рамках пилотного проекта ФГМС заключил контракты с 11 юридическими лицами на оказание услуг ПМСП и амбулаторных специализированных услуг. Эти юридические лица осуществляют контроль/управление 98 пунктами оказания услуг по всей Сырдарьинской области.

Рисунок 1. Учреждения, предоставляющие услуги ПМСП и амбулаторные услуги в Сырдарьинском пилотном проекте



- Центральные многопрофильные поликлиники
- соглашение о восстановительном правосудии
- Семейные поликлиники (городские и районные)

Бюджет ПМСП фрагментирован на уровне бюджета учреждения. Каждое медучреждение до и во время пилотного проекта получает средства на отдельные счета по каждому виду оказываемой им помощи (например, ПМСП, амбулаторная специализированная помощь) и по каждому типу подразделений, которые у него есть (например, различные подразделения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь в районном центре и в сельской местности). Разделение бюджетов ПМСП и специализированных услуг призвано защитить ассигнования на ПМСП от использования для финансирования других видов медицинской помощи. Тем не менее, даже средства на первичную медико-санитарную помощь фрагментированы и в рамках бюджета медучреждения, например, платежи в семейные поликлиники и СВП (которые предоставляют услуги ПМСП) поступают на разные счета и не могут быть легко перераспределены. Это ограничивает управленческую и финансовую независимость руководителей больниц. В ноябре 2021 года ФГМС подал запрос в Министерство финансов разрешить использование единого счета для каждого медучреждения. Это предложение не было поддержано, и по состоянию на июль 2022 года ФГМС по-прежнему использует несколько счетов для каждого медучреждения.

Ставка подушевого финансирования была рассчитана с использованием подхода «снизу вверх», основанного на стоимости необходимых ресурсов. Финансовому департаменту МЗ было поручено рассчитать ставку подушевого финансирования. Расчет основывался на стоимости предполагаемых используемых ресурсов (главным образом персонала), необходимых для предоставления услуг и обеспечения наличия основных лекарственных средств в учреждении. Ставка подушевого финансирования была рассчитана отдельно для сельских и городских медучреждений первичного уровня. Подушевой коэффициент ПМСП в сельских районах был далее разделен на СВП и районную поликлинику, которые предоставляют услуги ПМСП. Рассчитанная ставка подушевого финансирования была основана на штатных нормах 1 семейного врача, 3,5 медсестер (1 практикующая медсестра, 2 патронажные медсестры и акушерка), обслуживающих 2000 человек. В расчет был включен дополнительный персонал, такой как узкие специалисты и медсестры, работающие с ними, медсестры-статистики, лаборанты, уборщики и вспомогательный персонал. Районная поликлиника, городские первичные медучреждения и некоторые более крупные сельские медучреждения ПМСП также имели в штате некоторых узких специалистов, работающих в этих медучреждениях.

Таблица 2. Ставки подушевого финансирования для различных медучреждений ПМСП

№	Тип медучреждения	Ставка в сумах
1	Городская семейная поликлиника	141,520
2	Районная семейная поликлиника	111,576
3	СВП	112,115

Различия в наличии ресурсов на городском и сельском уровнях создают проблемы в аспекте равного доступа к ПМСП. Ставки выплат рассчитывались с учетом разницы в имеющихся ресурсах в сельских, районных и городских медучреждениях, которые основаны на нормах, определяющих правила оказания услуг. Для смягчения этих различий пациенты, обслуживаемые в СВП (самом маленьком медучреждении ПМСП в сельской местности), могут обращаться за помощью в амбулаторные специализированные медицинские учреждения своего района, но не в районную семейную поликлинику (которая обеспечивает услуги ПМСП своему прикрепленному населению в этом районном центре, за исключением населения, охватываемого СВП).

Корректирующие коэффициенты для ПМСП основаны на половозрастных показателях и были рассчитаны на основе ранее проведенной аналитической работы. Результаты пилотного проекта в Ферганской области были использованы для определения коэффициентов, представленных в таблице 2.

Таблица 3. Утвержденные поло-возрастные коэффициенты

Возраст	Пол	
	мужской	женский
0-12		2.28
1-5		1.51
6-14		0.94
15 - 39	0.59	1.05
40 - 49	0.73	1.10
50 - 65		1.10
65 и старше		1.15

Подушевые ставки финансирования были одобрены Министерством здравоохранения, но были финансово недоступны. Пять подушевых ставок и корректировочных коэффициентов были утверждены в 2021 году приказами МЗ № 06-09-164 и №132. Утвержденные подушевые ставки были неустойчивыми, поскольку эти ставки рассчитывались на основе существующих норм, в то время как пилотный бюджет определялся на основе расходов прошлого периода. Утвержденная подушевая ставка и коэффициенты, умноженные на население Сырдарьинской области, составили 71 млрд сумов, что на 24% больше по сравнению с 54 млрд сумов, выделенными на пилотный проект ПМСП.

Ставка финансирования специализированных амбулаторно-поликлинических услуг рассчитана как дополнительное отдельное подушевое финансирование для прикрепленного населения районного центра. Эта ставка была рассчитана отдельно для городских и районных медучреждений, хотя разница в показателях подушевой ставки очень мала (таблица 4). Предполагаемые используемые ресурсы включали около 20 врачей, 25 медсестер и другой персонал, обслуживающий прикрепленное к ним население численностью 10 000 человек.

Таблица 4. Ставки подушевого финансирования для поликлиник

№	Тип медучреждения	Ставка в суммах
1	Центральная городская многопрофильная поликлиника	46,750
2	Центральная районная многопрофильная поликлиника	46,638

Использование сниженных (и финансово устойчивых) подушевых ставок могло бы создать финансовые риски для некоторых медучреждений. ФГМС не использовал вариант снижения подушевых ставок с использованием подхода «сверху-вниз», поскольку бюджетное моделирование показало, что это могло бы привести к потере бюджета более чем половины законтрактованных медучреждений. Риск потери бюджета возникает, прежде всего, из-за различий в фактической численности персонала, работающего в

Provider's type

■ City and district level hospitals

■ Oblast level hospital

Тип медучреждений

- Городские и районные больницы
- Областные больницы

Стационарные услуги оплачиваются с использованием комбинации глобального бюджета и оплаты на основе пролеченных больных или исключительно глобального бюджета. Исключительно глобальный бюджетный платеж используется для оплаты услуг, оказываемых наркологическим диспансером областного уровня, противотуберкулезным центром, инфекционной больницей, психиатрическими учреждениями, кожвенерологическим диспансером, онкологическим диспансером. Сочетание глобального бюджетного финансирования и финансирования за пролеченный случай используется для финансирования стационарных услуг областных, районных и городских многопрофильных медучреждений, а также моно-профильных медучреждений, таких как эндокринологический и кардиологический диспансеры, офтальмологическая клиника и клиника для ветеранов войны. Для этих медучреждений глобальный бюджет рассчитывается как 90% от их прошлых расходов.

Базовая ставка для выплат на основе пролеченных случаев и коэффициенты были рассчитаны с использованием подхода сверху-вниз. Данные о работе медучреждений за 2019 год были использованы рабочей группой для группировки госпитализаций и расчета весовых коэффициентов исходя из продолжительности пребывания в больнице и стоимости койко-дней в разных отделениях. Весовые коэффициенты фиксируются на длительность пилотного периода, в то время как базовая ставка рассчитывается ежемесячно с использованием имеющихся ежемесячных ассигнований на больничную помощь, которая оплачивается с помощью ГБД (группирования болезней по диагнозам). Разбивка заболеваний на группы была организована в 5 этапов:

- Клиническая группировка всех заболеваний на 68 однородных групп на основе диагнозов МКБ-10 и данных за 2019 год из стационарной годовой статистической формы;
- Расчет расходов за один койко-день;
- Расчет расходов на каждому пролеченному пациенту (случаю) на основе расходов на койко-день и продолжительности пребывания в больнице;
- Расчет средних расходов по каждому пролеченному пациенту, базовой ставки и коэффициента;
- Слияние нерепрезентативных групп, экспертная корректировка коэффициентов.

Список групп приведен в Приложении 2.

В общей сложности 59 групп используются для пилотного внедрения механизма оплаты на основе пролеченных случаев. Планировалось начать с небольшого числа

групп, чтобы позволить медучреждениям и закупщику адаптироваться к новой платежной системе и требованиям к кодированию. Количество групп может быть увеличено по мере увеличения пропускной способности обеих, а также по мере создания механизмов для предотвращения неправильного кодирования для получения большей оплаты.

Дополнительные корректировки были использованы для отражения сложности лечения и для стимулирования ввода данных. До этого хирургические операции в рамках пилотного проекта обычно не отражались в статистике, и было решено, что дополнительный коэффициент 1,2 будет применяться для хирургических госпитализаций. Этот коэффициент был направлен на увеличение выплат за более дорогостоящие госпитализации и стимулирование отчетности об оказанной хирургической помощи. Учитывая, что первоначальная группировка является довольно широкой и не отражает сложность оказываемой помощи, было решено ввести дополнительные коэффициенты с учетом уровня медучреждения: госпитализация в учреждениях областного уровня оплачивалась с использованием коэффициента 1,5, а 0,7 применялось к услугам, оказываемой в районных и городских больницах.

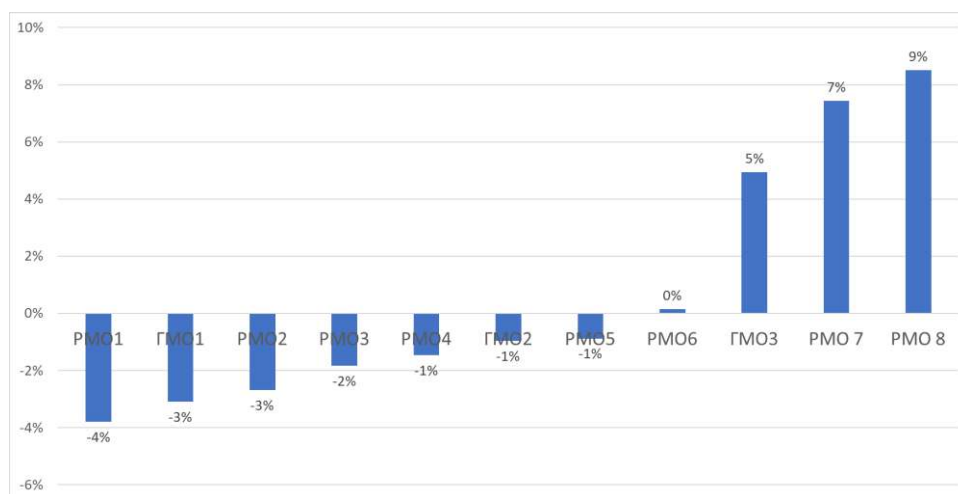
Базовая ставка рассчитывается ежемесячно, что обеспечивает нейтральность бюджета, но вызывает задержки платежей. Существуют задержки в выплатах по компоненту ГБД, поскольку базовая ставка рассчитывается ежемесячно на основе фактического числа госпитализаций и фактических смешанных случаев/сочетания заболеваний. Для того, чтобы рассчитать базовую ставку, ФГМС должен получать и проверять информацию о госпитализациях во всех учреждениях, оплачиваемых с помощью ГБД. Из-за задержек с представлением данных о выписке больных со стороны медучреждений, а также мониторинга предоплаты, ФГМС не смог вовремя выплатить оставшиеся 10%, в 2021 году платежи за июль и август были произведены в октябре. Оплата за сентябрь была произведена в декабре 2021 года.

ФГМС проверяет данные о госпитализациях, используя различные стратегии мониторинга. Контракт предоставляет ФГМС право проверять и контролировать соблюдение медучреждениями требований к предоставлению услуг, а медучреждения обязаны обеспечить ФГМС доступ ко всей необходимой информации. В случае, если ФГМС выявит какие-либо расхождения между электронными данными и оригиналами медицинских документов или любое другое нарушение положений контракта, он может приостановить или скорректировать платеж. В 2021 году ФГМС провел мониторинг целесообразности госпитализаций и выявил несколько случаев предотвратимых госпитализаций. Выплаты соответствующим медучреждениям были уменьшены. До пилотного проекта факты предотвратимой госпитализации не контролировались и, следовательно, не применялись никакие финансовые корректировки.

Пилотный проект привел к перераспределению средств на больничные услуги в соответствии с показателями деятельности учреждения. В частности, использование выплат на основе пролеченных больных привело к увеличению выплат для некоторых стационарных учреждений (диаграмма 3). Например, благодаря использованию принципа 10% платежей на основе пролеченных случаев, РМО №8 получило на 8% больше своего общего ежемесячного бюджета. Углубленный анализ показал, что медучреждения,

получающие более высокий бюджет, обеспечивают большее число госпитализаций и для более сложных случаев. Медучреждения, получающие меньше денег, госпитализировали пациентов с заболеваниями, которые можно было лечить в амбулаторных условиях. Это говорит о том, что предлагаемая система оплаты на основе пролеченных случаев эффективна для создания финансовых стимулов для медучреждений, предоставляющих больничные услуги.

Рисунок 3. Разница между планируемым и общим фактическим бюджетом, выплаченным по пролеченным случаям, январь 2022 года



Среди медучреждений была некоторая путаница в отношении расчета 10% бюджета с использованием ГБД (группирования болезней по диагнозам), хотя ФГМС провел несколько технических встреч с менеджерами больниц. Некоторые из медучреждений предполагали, что 10% бюджета применяется для заработной платы (хотя платежи в рамках пилотного проекта не организованы по строкам). Такая ситуация доказывает необходимость продолжения тесного сотрудничества с медучреждениями. Публикация руководства для пилотного проекта с ответами на наиболее распространенные вопросы могла бы быть полезной для формирования общего понимания в отношении использования новых финансовых механизмов.

Дизайн гарантированного пакета мед. помощи

Согласно закону, гарантированный пакет мед. помощи ежегодно определяется Министерством здравоохранения в координации с другими заинтересованными сторонами. Правила и принципы определения гарантированного пакета мед. помощи/услуг описаны в Постановлении Правительства No 832 от 30.09.2019⁵, которое ставит перед МЗ задачу подготовить список этих медуслуг в течение 15 дней после ежегодного утверждения бюджета и согласовать его с МФ и Минэкономразвития. В постановлении говорится, что гарантированный пакет медуслуг должен определяться в

⁵ <https://lex.uz/docs/4535088?ONDATE=05.04.2022>

соответствии с годовым бюджетом на здравоохранение; на практике это неосуществимо, так как стоимость большинства медицинских услуг не определена, и, как было сказано выше, медучреждения (за исключением медучреждений в Сырдарьинской области) финансируются постатейным бюджетом.

Гарантированный пакет медуслуг в Узбекистане организован по уровням предоставляемой медицинской помощи и типом медучреждений. Гарантированный пакет медуслуг первичной медико-санитарной помощи является всеобъемлющим и хорошо описан. В специализированной помощи этот пакет включает в себя бесплатные услуги на районном и городском уровнях для всех пациентов, в то время как медицинское обслуживание в больницах областного и республиканского уровня должно предоставляться бесплатно только для определенных групп населения, а все остальные пациенты должны оплачивать полную стоимость услуг.

Гарантированный пакет для пилота определен более четко и организован в соответствии с уровнем обслуживания и конкретными учреждениями. Гарантированный пакет для пилота был утвержден решением Наблюдательного совета Фонда от 7 июня 2021 года. В рамках пилота объем услуг ПМСП и специализированной помощи был описан более подробно, чем до пилота, включая четкое определение лабораторных и инструментальных исследований для амбулаторной помощи. В рамках пилотного проекта от пациентов требуется получить направление для доступа к услугам специализированной помощи. Стационарные услуги, предоставляемые районными и городскими больницами, определяются в зависимости от вида помощи (неотложная помощь, акушерство и гинекология, терапия, кардиология, неврология, педиатрия, хирургическая помощь, инфекционные заболевания). Стационарные услуги в учреждениях областного уровня определяются по наименованию учреждений.

Организация гарантированного пакета услуг для пилотного проекта не является устойчивой в отношении конкретных медучреждений. Как упоминалось выше, в рамках пилотного проекта для гарантированного пакета услуг используется перечень медучреждений с целью определения медуслуг. Хотя определение гарантированного пакета мед. услуг с использованием списка медучреждений можно рассматривать в качестве первого шага, однако использование списка медучреждений создаст трудности и подорвет использование новых методов оплаты в среднесрочной перспективе:

- Организация получения гарантированного пакета услуг вокруг медучреждений, а не вокруг медуслуг, усложняет приоритизацию медуслуг, а также планирование предоставления медицинской помощи на уровне всей области.
- Расширение реформы сделает невозможным выбор медучреждений, где медуслуги будут предоставляться бесплатно, так как это потребует принятия большого количества индивидуальных решений по каждому случаю. Прозрачность такого решения также может стать проблемой.

Услуги, не включенные в пакет услуг, должны оплачиваться пациентами, но для конкретных групп населения имеются защитные механизмы. Эти группы населения организованы в соответствии с их социальным статусом (например, сироты, пожилые люди,

ветераны, люди с низким доходом), а также люди со специфическими заболеваниями. К пациентам со специфическими заболеваниями относятся дети с редкими заболеваниями и ДЦП, люди с онкологическими заболеваниями, туберкулезом, ВИЧ и некоторыми другими заболеваниями. Для некоторых групп пациентов в гарантированном пакете услуг указывается учреждение, где эти услуги могут быть получены бесплатно. Например, беременные женщины с определенными осложнениями беременности могут получить бесплатную помощь только в Республиканском специализированном научном центре акушерства и гинекологии; то же самое касается людей с туберкулезом, специфическими эндокринологическими заболеваниями, специфическими ИППП и раком – они могут получать помощь в определенных республиканских учреждениях. Для направления в эти учреждения пациенты должны получить направление от местной медицинской комиссии. Тарифы на платные услуги, предоставляемые всем другим пациентам, определяются учреждениями без применения каких-либо дополнительных защитных мер. Анализ цен на мед. услуги показал различный диапазон цен в разных медучреждениях.⁶

Гарантированный пакет медуслуг для пилотного проекта определяется с использованием комбинирования форматов. Гарантированные медуслуги определяются с использованием следующего подхода:

- Более четкое описание медуслуг для учреждений ПМСП (с указанием того, какие услуги предоставляются в медицинских учреждениях в соответствии с их типом);
- Более общее описание специализированных мед. услуг, предоставляемых в медучреждениях районного/городского уровня;
- Более общее описание услуг, предоставляемых бесплатно всем гражданам в медучреждениях областного уровня согласно перечню медучреждений.

Более подробное описание может потребоваться для специализированной медицинской помощи. Например, по инфекционным заболеваниям гарантированный пакет медуслуг определяется как «Изоляция, диагностика, лечение и медицинская реабилитация больных инфекционными заболеваниями; обеспечение питанием во время стационарного пребывания»; возможно необходима некоторая дополнительная конкретизация диагнозов, процедур и лекарств, которые включены в финансируемую государством медицинскую помощь, для повышения прозрачности и понимания прав. Можно подготовить «негативные списки» для четкого определения того, что исключается из гарантированного пакета медуслуг.

Информация о включении новых медуслуг распространялась через средства массовой информации и социальные сети. Это представляет собой хороший первый шаг, но расширение коммуникации с пациентами с использованием информационных материалов в медучреждениях может также повысить осведомленность пациентов об их правах.

⁶ Техничко-экономическое обоснование поддержки цифровых реформ в секторе здравоохранения Узбекистан

Лекарственные средства для амбулаторного лечения

До пилотного проекта лекарственные средства для амбулаторного лечения некоторых групп пациентов покрывались за счет заключения контрактов между медучреждениями и аптеками или путем прямых закупок лекарственных средств. Вопросы лекарственных средств для амбулаторного лечения оговорены в постановлении Кабинета Министров № 204. Это постановление определяет 64 МНН (международных непатентованных названий), которые должны предоставляться группам пациентов, имеющих льготы (к которым относятся люди, имеющие определенные заболевания, люди с низкими доходами, сироты и другие). Бюджет этой программы оценивается в 3 млрд сомов (около 277 000 долларов США) в год на всю страну, что не позволяет охватить указанные лекарства. Уровень прозрачности с точки зрения расходов и использования лекарственных средств является низким.

В рамках пилотного проекта в Сырдарьинской области ФГМС внедрит новый подход по улучшению доступа к лекарственным средствам для амбулаторного лечения. Он будет включать в себя объединение (создание пула) бюджета возмещения на областном уровне (в отличие от объединения средств на уровне медучреждений до реализации пилотного проекта), прямые контракты между ФГМС и аптеками (для пилотного проекта была выбрана государственная аптека, предусматривается дальнейшее расширение числа аптек), а также использование электронных рецептов. Пилотное внедрение нового подхода в Сырдарьинской области начнется в июле 2022 года.

Выплаты из собственных средств и неформальные платежи

Финансирование здравоохранения в значительной степени зависит от выплат из собственных средств пациентов. В 2018 году на долю расходов на здравоохранение приходилось лишь 38,2% от общих расходов на здравоохранение, а расходы из собственных средств пациентов (ССП) составили 60,3%.⁷

Высокая распространенность расходов из собственных средств пациентов приводит к плохой финансовой защите пациентов. В Узбекистане в 2018 году около 18% домохозяйств столкнулись с катастрофическими расходами, что является одним из самых высоких уровней затрат в европейском регионе⁸. Уровень отказа от медицинской помощи также высок: в 2020 году 18% домохозяйств сообщили, что по крайней мере один член домохозяйства не смог получить медицинскую помощь из-за ее высокой стоимости⁹.

Формальные платежи более распространены по сравнению с неформальными платежами. Согласно опросу пациентов, проведенному в Сырдарьинской области перед пилотным проектом¹⁰, среди пользователей стационарной помощи 28% (53) пациентов сообщили, что официально оплачивали свое пребывание в больнице в последний раз. Сумма, уплаченная за пребывание в больнице, колеблется от 37 000 до 960 000 сумов, а средний показатель¹¹ по всем больницам составил 120 000 сумов. Средняя плата за пребывание в областных больницах составила 240 000 сумов, а в районных/городских больницах – 80 000 сумов. Только 1% (2) респондентов сообщили, что их попросили произвести неформальную оплату. Оба респондента были из областных больниц, и сумма составила 100 000 и 250 000 сумов.

Автономия медучреждений

До пилотного проекта МФ отвечал за расчет годовых и ежемесячных расходов медучреждений, разделенных по бюджетным статьям. Перераспределение этих средств было сложным бюрократическим процессом.

Учреждения получают средства для финансирования различных уровней/типов медицинской помощи на отдельные казначейские счета (подробный перечень представлен в Приложении 1). Например, РМО Сардобского района получает деньги на 7 отдельных счетов: на многопрофильный медицинский центр, семейную поликлинику, СВП, отделение скорой помощи, центральную районную больницу, отделение экстренной помощи, центр здорового образа жизни. На этих счетах средства организованы в виде

⁷ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1393964/retrieve>

⁸ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1393964/retrieve>

⁹ Кризис и восстановление в Узбекистане: экономические и социальные последствия COVID-19. Всемирный банк

¹⁰ Технично-экономическое обоснование поддержки цифровых реформ в секторе здравоохранения Узбекистана

¹¹ Обменный курс в 2020 году составил 1 USD = 9 531 сум

единовременной выплаты без разбивки по статьям, но учреждения имеют план расходов. Перед пилотным проектом было обязательным его соблюдение. В пилотном проекте при подаче запроса на оплату в ФГМС медучреждения указывают, на какие позиции будут потрачены средства, а в случае, если их предложение отличается от согласованного плана медучреждений, дают письменное объяснение о причинах. В ответ на эти просьбы ФГМС осуществляет единовременную выплату и контролирует фактические расходы с помощью данных Казначейства. Этот механизм несколько лучше с точки зрения обеспечения финансовой гибкости, но недостаточен для того, чтобы показать какое-либо значительное повышение эффективности расходов.

Разделение счетов было призвано защитить бюджет ПМСП от его использования для нужд специализированной помощи. Тем не менее, в нынешней модели даже бюджет ПМСП в рамках одного учреждения разделен на различные подразделения по оказанию услуг (например, услуги ПМСП предоставляются как семейной поликлинике, так и СВП). Бюджет специализированной помощи в рамках одного учреждения также разбросан: центральные больницы и отделения неотложной помощи (оба предоставляют стационарную помощь) имеют отдельные бюджеты, хотя и используют одни и те же ресурсы для предоставления услуг. В ноябре 2021 года ФГМС подал запрос в Министерство финансов о получении разрешения по использованию единого счета для каждого медучреждения. Это предложение не было поддержано, и по состоянию на июль 2022 года ФГМС по-прежнему использует несколько счетов для каждого медучреждения.

Благодаря пилотному проекту эти медучреждения могут сохранить свои деньги на следующий бюджетный период. До пилотного проекта все государственные средства должны были возвращаться в бюджет. В пилотном проекте все деньги из ФГМС перечисляются на отдельный казначейский счет (номер счета, начинающийся с кода 413), который ранее использовался медучреждениями для приема платежей от пациентов за платные услуги.

Официальный правовой статус медучреждений не был изменен в результате пилотного проекта. Они остались бюджетными учреждениями, что означает, что в их организационно-правовую форму не было внесено никаких изменений. Сфера ответственности руководителей учреждений не изменилась: руководители больниц несут ответственность за наем и увольнение персонала, закупку услуг, заключение контрактов, организацию клинических услуг, повышение качества и обеспечение соблюдения клиницистами протоколов лечения. Узбекское законодательство позволяет создать более автономную форму государственного юридического лица под названием «государственное унитарное предприятие», этот тип медучреждения ФГМС рассматривает как вариант расширения автономии медучреждения.

В рамках пилотного проекта перед ФГМС была поставлена задача контролировать расходы медучреждений, что противоречит принципу разделения между закупщиком и медучреждением. На ФГМС была возложена обязанность контролировать «рациональное и законное» использование средств. Это выходит за рамки функции приобретения медицинских услуг и предусматривает участие ФГМС в финансовом управлении средствами, которые он выплачивает медучреждениям. Это также оказывает

непропорциональное давление и ответственность на ФГМС. Контракт предполагает, что ФГМС должен проводить анализ плана расходов и согласовывать любые изменения в нем. Это подрывает идею автономии медучреждения. Хотя мониторинг расходов мог бы быть функцией ФГМС, однако функция контроля и утверждение перераспределения средств на уровне медучреждений противоречат философии реформ и будут нереалистичны, когда пилотный проект распространится на новые регионы. В 2021 году ФГМС не контролировал законность использования средств из-за ограниченных возможностей для выполнения этой функции.

Вместо того, чтобы контролировать расходы, закупщик может контролировать и анализировать использование средств наряду с мониторингом деятельности медучреждения, соблюдения положений контракта и результатов. До и во время пилота отчетность об использовании средств осуществляется с использованием общих экономических категорий и не предоставляет достаточной детализации. ФГМС рассматривает возможность разработки форм финансовой отчетности для контроля за использованием средств медучреждениями.

Финансовые операции осуществляются в системе Казначейства. До и во время пилотного проекта медучреждения осуществляют выплату заработной платы и другие платежи с использованием системы Казначейства.

По мере того, как осуществлялось разделение между закупщиком и медучреждениями, роль местных органов власти менялась. Раньше органы местного самоуправления выступали как в качестве закупщика, так и в качестве владельца медучреждений, так как медучреждения, расположенные на их территории, принадлежат им. Это относится к медучреждениям областного, городского и районного уровней, принадлежащим соответствующим местным администрациям. В результате пилотного проекта органы местного управления перестали выступать в качестве закупщиков услуг, но по-прежнему являются владельцами медучреждений. Большая часть медицинских услуг в настоящее время финансируется через новые механизмы, но некоторые из услуг по-прежнему финансируются местными органами власти, такими как санитарно-эпидемиологическая служба. Руководители медучреждений назначаются совместным решением местных хокимиятов и МЗ.

Руководство и оперативное управление ФГМС

Структура управления реализацией пилотного проекта определена постановлением Президента РУ № 4890 от 13.11.2020.¹² В нем отмечается, что ключевыми ответственными учреждениями по реализации пилотного проекта являются МЗ, МФ и ФГМС, а также хокимияты Сырдарьинской области.

ФГМС был создан в 2020 году с ключевой задачей реализации реформы финансирования здравоохранения. Обязанностями ФГМС, согласно законодательству, являются:

¹² <https://lex.uz/ru/docs/5100701>

- Внедрение и управление системой государственного медицинского страхования, а также обеспечение межведомственного сотрудничества в реализации согласованной политики государства в этой области;
- Внедрение системы стратегической закупки медицинских услуг в целях оказания качественной и необходимой медицинской помощи населению в рамках гарантированного пакета медуслуг;
- Создание пула ресурсов, целевое и эффективное расходование средств в рамках пилотного проекта;
- По результатам пилотного проекта осуществляется реализация необходимых мероприятий по поэтапному внедрению системы государственного медицинского страхования в других регионах республики.

ФГМС является национальным учреждением с представительством в Сырдарьинской области. Согласно распоряжению Президента РУ, ФГМС может иметь до 46 сотрудников, в том числе специалистов, работающих в Сырдарьинской области. Заработная плата работников регулируется общими государственными положениями о заработной плате государственных служащих, что ограничивает возможности ФГМС предлагать конкурентоспособную заработную плату, особенно для руководящих должностей и ИТ-специалистов. В своей деятельности ФГМС опирается, главным образом, на свой персонал и техническую поддержку Всемирной организации здравоохранения.

Потенциал ФГМС постоянно растет. Учитывая, что концепция стратегических закупок является новой для Узбекистана, при создании ФГМС вновь нанятые специалисты не имели опыта в этой области, но многие из многих ранее работали в сфере здравоохранения. ФГМС удалось запустить пилотный проект спустя 7 месяцев после его разработки, что свидетельствует о высоком уровне мотивации и возможностей персонала. На момент старта пилотного проекта в ФГМС работало около 20 человек, а по состоянию на июль 2022 года численность персонала увеличилась до 50 человек. Опыт, накопленный в ходе осуществления пилотного проекта, является прочной основой для его расширения, однако число сотрудников должно быть соответствующим образом увеличено, и приоритетное внимание следует уделять ознакомлению с пилотным проектом новых сотрудников. ВОЗ оказывала широкую поддержку сотрудникам ФГМС в таких областях, как управление, стратегические закупки, расчет ставок оплаты, заключение контрактов и включение в гарантированный пакет лекарств для амбулаторного лечения.

Наблюдательный совет является высшим руководящим органом ФГМС. В его состав входят представители МЗ, МФ, Администрации Президента, ФГМС, Антимонопольного комитета, а также представители пилотного региона: хоким Сырдарьинской области и начальник управления здравоохранения Сырдарьинского области. Наблюдательный совет отвечает за определение бюджета ФГМС, методов заключения контрактов и оплаты, разработку и запуск электронной системы здравоохранения, а также утверждение нормативных документов, необходимых для реализации пилотного проекта. Однако Наблюдательный совет не имеет официальных полномочий принимать решения вне функций ФГМС, но может давать рекомендации МЗ, МФ и другим субъектам для их рассмотрения.

Уровень управленческой автономии ФГМС в некоторых областях относительно низок. ФГМС отвечает за наем и увольнение своих сотрудников, но уровень использования материального стимулирования своего персонала недостаточен: как уже было сказано выше, заработная плата сотрудников регулируется общими государственными положениями о заработной плате государственных служащих. Несмотря на соблюдение общих положений, заработная плата сотрудников ФГМС де-факто ниже, чем в других государственных учреждениях. Независимость ФГМС в плане разработки ИТ-продуктов ограничена отсутствием финансирования этой задачи. Все решения, связанные со стратегическими закупками, принимаются Наблюдательным советом, а ФГМС отвечает за подготовку проекта документов.

ФГМС подотчетен Наблюдательному совету и другим правительственным учреждениям. Наблюдательный совет осуществляет надзор на стратегическом уровне – в настоящее время он не вмешивается в повседневную работу ФГМС. В 2021 году была проведена проверка эффективности работы закупщика с точки зрения расходования средств в рамках пилотного проекта. Другие госучреждения, такие как Счетная палата, также имеют мандат на осуществление надзора за деятельностью ФГМС и использованием государственных ресурсов.

ФГМС был создан с основной задачей осуществления Сырдарьинского пилотного проекта, но к ним были добавлены другие важные задачи без увеличения административного бюджета. Другие новые инициативы, такие как внедрение пилотного проекта на национальном уровне, создали значительную дополнительную рабочую нагрузку как для ФГМС, так и для разработки ИТ-решений для пилотного проекта в Сырдарьинской области. Круг обязанностей ФГМС должен соответствовать его бюджету, возможностям и уровню зрелости. Назначение слишком большого количества задач для вновь созданной организации создает риски для ее устойчивости и развития.

Административный бюджет ФГМС должен составлять 2% от бюджета управляемых им средств. 26 апреля 2022 года постановлением Президента РУ была утверждена норма, согласно которой на бюджет ФГМС должно приходиться 2% всех управляемых средств. Это также позволяет сохранить все неизрасходованные административные расходы на следующий бюджетный год в случае, если они не были потрачены. Это создает хорошие возможности для увеличения персонала ФГМС, его потенциала и разработки ИТ-решений для реализации реформ. До утверждения этой нормы был утвержден бюджет ФГМС около 1% управляемых средств на 2022 год.

Стратегические механизмы закупок — это прежде всего функции, связанные с заключением контрактов с медучреждениями услуг и оплатой предоставляемых услуг. Стратегическая закупка, в отличие от пассивной закупки, основана на интенсивном использовании данных, а также на четком определении того, какая услуга должна быть приобретена у каких медучреждений и какие способы оплаты должны использоваться для создания правильных стимулов.

Нынешнее постановление Президента РУ содержит очень скудные руководящие принципы в отношении стратегических закупок, и на практике нет четких исходных данных для организации закупок. Область стратегической концепции закупок менее развита на регулятивном уровне.

Хотя ФГМС выполняет функцию стратегического закупщика, эта функция четко не представлена в организационной структуре ФГМС. Функции и задачи по заключению контрактов с медучреждениями и закупка медицинских услуг четко не определены. Подразделение по организации закупок медицинских услуг входит в состав финансово-экономического отдела, который выполняет преимущественно финансовые функции, будучи технически ответственным за составление бюджета и заключение контрактов с медучреждениями услуг. В этой ситуации неясно, какой отдел должен отвечать за определение содержания договора, вида и объема услуг, которые будут закупаться, учитывая другие критерии, присущие заключению договора на медицинские услуги. Организационная структура ФГМС включает в себя еще одно подразделение, потенциально участвующее в закупочных соглашениях, называемое отделом по связям с организациями здравоохранения, расположенным в департаменте организационного управления государственным медицинским страхованием. Отсутствие этого структурного подразделения затруднит осуществление выборочной закупки услуг, которая предусматривает отбор медучреждений в соответствии с заранее определенными требованиями. Дальнейшая реализация стратегических закупок также будет затруднена.

Отношения с бенефициарами являются важной функцией, которая должна разрабатываться и эффективно выполняться закупочным агентством, но в структуре ФГМС нет ответственного подразделения. Можно ожидать, что бенефициары государственного медицинского страхования нуждаются в активной информации о том, как функционирует система, необходимо отвечать на запросы бенефициаров о предоставлении информации, консультировать население по вопросам использования медицинского страхования и медицинских услуг, предоставлять любую другую поддержку, необходимую населению рамках государственного медицинского страхования. В настоящее время в орг. структуре ФГМС нет отдела, который мог бы взять на себя ведущую роль в этом деле, а также функциональную ответственность за весь комплекс работы с бенефициарами. Возрастает потребность в структурном подразделении с компетентным персоналом для обеспечения руководства и осуществления стратегий, инициатив и услуг, связанных с бенефициарами. Это становится еще более важным, поскольку ожидается, что сфера охвата пилотного проекта будет расширяться.

Медицинская информация

Новый подход к сбору данных и управлению ими лежит в основе осуществления пилотного проекта. Концепция пилотного проекта предусматривает развитие интегрированной системы электронного здравоохранения и ее использование медицинскими учреждениями в рамках пилотного проекта. Для координации всех разработок в области ИТ в секторе здравоохранения правительство создало отдельное

учреждение под названием IT-Med. IT-Med был назначен ответственным органом для организации разработки ИТ-модулей для поддержки Сырдарьинского пилотного проекта.

Осуществление пилотного проекта требовало наличия трех основных модулей электронного здравоохранения, которые не были готовы к 1 июля 2021 года. Эти модули включали модуль регистрации пациентов для ПМСП, модуль выписки из больницы (форма 66) и модуль расчета платежей медучреждениями. Ни один из этих модулей не был готов к июлю 2021 г. из-за изменения приоритетов правительства в области развития электронного здравоохранения (в частности, разработки модулей для национального пилотного проекта финансирования здравоохранения). Тем не менее, пилотный проект начался и в ходе реализации были найдены временные решения.

Управление системой электронного здравоохранения остается сложной задачей при осуществлении реформы. Не существует утвержденной стратегии развития информационной системы здравоохранения, а механизмы координации и распределения функций и полномочий между ключевыми участниками недостаточно ясны и прозрачны. Существует также слабая интеграция между развитием электронного здравоохранения и государственной статистикой здравоохранения с точки зрения их согласования, что требует от медучреждений средств для поддержания параллельного документооборота (в бумажной и электронной форме).

Финансирование развития системы электронного здравоохранения является недостаточным. Разработка любого ИТ-продукта является дорогостоящей услугой, и МЗ и IT-Med столкнулись с нехваткой финансирования для разработки всех необходимых модулей электронного здравоохранения. Разработка ИТ для здравоохранения в настоящее время финансируется за счет государственных ресурсов.

Роль государственных и частных учреждений в будущей системе электронного здравоохранения еще не определена. Весной 2022 года Минздрав привлек частную ИТ-компанию для разработки отдельных модулей электронного здравоохранения. Функции государственных и частных учреждений пока не согласованы. В принципе, если частным медучреждениям разрешено разрабатывать модули и предоставлять интерфейс для собственного использования, эта возможность должна быть предоставлена всем медучреждениям, прошедшим предварительную квалификационную оценку, с целью обеспечения прозрачности и конкуренции. Это требует разработки стандартных протоколов обмена данными (которые еще не созданы) и стандартных рядов данных.

Система электронного здравоохранения не предоставляет функции агрегирования и визуализации данных для медучреждений. Это означает, что медучреждения могут только вводить данные, но не могут получать информацию обратно из системы в агрегированном или дезагрегированном форматах. Это негативно сказывается на мотивации медучреждений к работе в системе электронного здравоохранения, а также не позволяет учреждениям анализировать свою работу с помощью более удобных и современных электронных решений.

Управление данными ПМСП

Модуль ПМСП с базовой функций регистрации был подготовлен осенью 2021 года. Этот модуль используется для учета населения и включает в себя основные демографические данные, индивидуальный налоговый номер и информацию о медучреждении ПМСП, ответственном за оказание помощи этому пациенту. Клиническая информация о пациенте не была включена в набор данных первого модуля ПМСП. Ввод данных прикрепленного населения был организован медучреждениями ПМСП в районах и городах. Уровень регистрации в системе электронного здравоохранения высок: в декабре 2021 года медучреждения зарегистрировали в системе 92% официального населения. Тем не менее, использование этих данных для оплаты лечения ПМСП с использованием принципа подушевого финансирования сталкивается с неточностью в данных, особенно при введении коэффициентов корректировки возраста и пола.

Дальнейшая модернизация системы регистрации хронических заболеваний и выдачи электронных рецептов была разработана в июне 2022 года. Внедрение программы предоставления амбулаторных лекарственных средств потребовало дальнейшего развития модуля ПМСП. Для обеспечения доступности необходимой информации частная IT-компания «Med Hub» разработала модули, позволяющие добавлять информацию о хронических состояниях в электронную медицинскую карту пациента (EMR), а также некоторые клинические вмешательства. После добавления этой информации в систему становится доступен новый функционал выдачи электронных рецептов. Необходима дальнейшая разработка модуля для размещения данных о клинической деятельности.

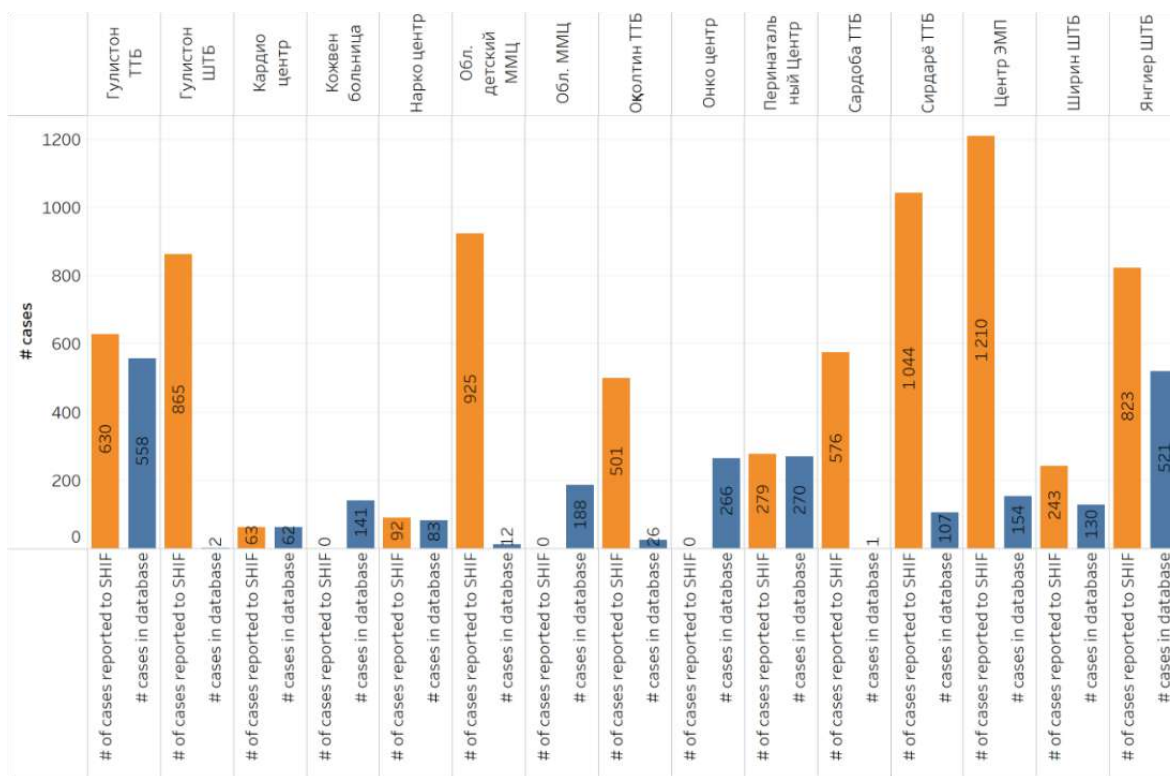
Управление данными специализированной помощи

Модуль для данных о выписке из больницы существует на уровне специализированной помощи, но требует дальнейшей доработки. Классификатор МКБ-10 используется для кодирования диагноза, а классификатор ICD11 используется для кодирования хирургических процедур. Последний был одобрен МЗ в рамках подготовки пилотного проекта. До пилота не было классификатора хирургических вмешательств. Некоторые из дополнительных классификаторов, таких как определение стандартных названий отделов, также были утверждены для пилотного проекта.

Параллельные механизмы сбора данных о госпитализациях были использованы в 2021 году для осуществления платежей на основе пролеченных случаев. Поскольку модуль электронного здравоохранения по выписке из больницы не был готов в начале пилотного проекта, выплата 10% ГБД оказалась под угрозой. Для преодоления этой проблемы были обсуждены два варианта: либо заплатить 10% от расходов прошлого периода в дополнение к уже оплаченным 90%, либо использовать специальные механизмы сбора данных. Последний был выбран с ключевой целью проверки оперативных процедур и развития потенциала ФГМС в использовании ГБД для платежей. ФГМС разработал модель Excel для отчетов о данных. Медучреждения представили данные о госпитализации в агрегированном формате в соответствии с 59 ГБД.

Модуль электронного здравоохранения о выписках из больниц был готов для медучреждений осенью 2021 года, но использование модуля Excel все еще продолжается. Учитывая, что данные электронного здравоохранения не использовались для оплаты, то у медучреждений низкая мотивация размещать информацию в системе электронного здравоохранения. По состоянию на 15 декабря 2021 года больницы ввели в электронную систему данные о 48 305 пациентах, проходивших лечение в больнице в период с июля по ноябрь 2021 года, что составляет примерно 50% от общего числа пациентов за этот период времени. Ситуация с серьезными расхождениями в данных, предоставленных в рамках модуля «Электронное здравоохранение и Excel», продолжилась и в 2022 году (рис. 4). Ключевыми трудностями в использовании информации электронного здравоохранения для фактических платежей являются отсутствие функций внутреннего контроля для поддержки качества данных и тот факт, что ФГМС не имеет прямого доступа к базе данных о госпитализациях и отсутствует функция автоматической генерации отчетов.

Рисунок 4. Количество стационарных пациентов, зарегистрированных в ФГМС и помещенных в систему электронного здравоохранения, Сырдарьинская область, январь 2022 г.



Приложение 1. Нормативно-правовая база пилотного проекта

№.	Наименование документа	Дата принятия	Орган	Содержание
УП-5590	Указ О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан	Дек. 7' 2018	Президент	Утверждает концепцию развития здравоохранения РУ, предусматривающую введение ОМС
ПП-4890	Постановление О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области	ноябрь 12' 2020	Президент	Утверждает следующие документы: 1. Концепцию внедрения в порядке эксперимента системы государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области (включая методы финансирования). 2. Дорожную карту реализации концепции 3. Временную структуру ФГМС. 4. Состав наблюдательного совета
№П П-5124 25.05.2021	О дополнительных мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения	май 24' 2021		Поручение Минздраву разработать перечень гарантированного объема и обеспечить оснащение медицинских организаций оборудованием для оказания услуг в рамках ГОМП
	Совместный приказ «Об утверждении гарантированного объема медицинской помощи»	июль 7'2021	МЗ, МФ, МНО	Утверждает перечень ГОМП
06-09-164-9298	Письмо «Об утверждении подушевых нормативов финансирования»	июль 30'2021	МЗ	Устанавливает размер подушевых нормативов для различных типов медицинских организаций
132	Приказ «Об утверждении основных параметров пилотного проекта в Сырдарьинской области»	июнь 15'2021	МЗ	Утверждает следующие параметры для проведения пилотного проекта: 1. Использование справочника операций (ICHI) и International

				<p>Classification of Primary Care (ICPC2)</p> <p>2. Основные формы для сбора данных (включая новую версию Формы 066 (Карта выбывшего из стационара) и карты амбулаторного приема</p> <p>3. Половозрастные коэффициенты для финансирования ПМСП</p> <p>4. Клинические группы оплаты «за пролеченный случай», включая коэффициенты затратоемкости</p>
11	Протокол заседания Наблюдательного Совета	июнь 29'2021	Наблюдательный Совет ФГМС	Утверждает форму типового контракта

Приложение 2. Перечень контрактных медучреждений и их казначейские счета для получения платежей за медицинские услуги

№	Наименование объекта		
		Учетная запись объекта	Субсчет
1	Областной центр репродуктивного здоровья	200521860244017076909337012	100021860244017072202054007
2	Областной центр скрининга матери и ребенка	200521860244017076909337013	100021860244017072202054006
3	Областной центр переливания крови	200521860244017076909337014	100021860244017072302054002
4	Областной госпиталь для ветеранов войны и труда	200521860244017076909337017	100021860244017073101054014
5	Областной детский многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337016	100021860244017073101054013
6	Областной многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337015	100021860244017073101054012
7	Областной центр неотложной помощи	200521860244017076909337018	100021860244017073102054005
8	Областной онкологический диспансер	200521860244017076909337019	100021860244017073201054019
9	Областной противотуберкулезный центр	200521860244017076909337027	100021860244137073201054003

10	Областной наркодиспансер	200521860244017076909337021	100021860244017073201054015
11	Областная психиатрическая больница	200521860244017076909337024	100021860244017073201054022
12	Областной эндокринологический диспансер	200521860244017076909337023	100021860244017073201054021
13	Областная офтальмологическая больница	200521860244017076909337026	100021860244017073201054013
14	Областная инфекционная больница	200521860244017076909337020	100021860244017073201054020
15	Областной центр кожных заболеваний и ИППП	200521860244017076909337022	100021860244017073201054018
16	Областной кардио-диспансер	200521860244017076909337025	100021860244017073201054017
17	Областной перинатальный центр	200521860244017076909337028	100021860244017073310054003
18	Областной центр СПИДа	200521860244017076909337029	100021860244017074910054002
19	ГМО города Гулистан		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337001	100022860244017072110054006
	Семейная поликлиника		100022860244017072120054012
	Центральная больница		100022860244017073101054011
	Центр здорового образа жизни		100022860244017074200054004
20	ГМО города Ширин		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337002	100022860244107072110054002
	СВП		100022860244107072130054003
	Отделение скорой помощи		100022860244107072301054002

	Центральная больница		100022860244107073101054003
	Отделение экстренной медпомощи		100022860244107073102054002
	Центр здорового образа жизни		100022860244107074200054002
21	ГМО города Янгиер		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337003	100022860244137072110054002
	Отделение скорой помощи		100022860244137072301054002
	Центральная больница		100022860244137073101054004
	Отделение экстренной медпомощи		100022860244137073102054003
	Центр здорового образа жизни		100022860244137074200054002
22	РМО Гулистанского района		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337004	100022860242207072110054002
	Семейная поликлиника		100022860242207072120054006
	СВП		100022860242207072130054039
	Отделение скорой помощи		100022860242207072301054003
	Центральная больница		100022860242207073101054004
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242207073102054002
	Центр здорового образа жизни		100022860242207074200054002
23	РМО Баяутского района		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337005	100022860242127072110054005
	Семейная поликлиника		100022860242127072120054013
	СВП		100022860242127072130054052
	Отделение скорой помощи		100022860242127072301054007

	Центральная больница		100022860242127073101054004
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242127073102054003
	Центр здорового образа жизни		100022860242127074200054003
24	РМО Сайхунабадского района		
	Многопрофильный медицинский центр		100022860242167072110054002
	Семейная поликлиника		100022860242167072120054006
	СВП		100022860242167072130054036
	Отделение скорой помощи		100022860242167072301054004
	Центральная районная больница	200521860244017076909337006	100022860242167073101054007
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242167073102054002
	Центр здорового образа жизни		100022860242167074200054003
25	РМО Сардобинского района		
	Многопрофильный медицинский центр		100022860242267072110054002
	Семейная поликлиника		100022860242267072120054005
	СВП		100022860242267072130054019
	Отделение скорой помощи		100022860242267072301054004
	Центральная больница	200521860244017076909337007	100022860242267073101054005
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242267073102054002
	Центр здорового образа жизни		100022860242267074200054003
26	РМО Мирзаабадского района		

	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337008	100022860242287072110054003
	Семейная поликлиника		100022860242287072120054007
	СВП		100022860242287072130054039
	Отделение скорой помощи		100022860242287072301054005
	Центральная больница		100022860242287073101054003
	Центр здорового образа жизни		100022860242287074200054003
27	РМО Хавастского района		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337009	100022860242357072110054004
	Семейная поликлиника		100022860242357072120054008
	СВП		100022860242357072130054033
	Отделение скорой помощи		100022860242357072301054002
	Центральная больница		100022860242357073101054004
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242357073102054002
	Центр здорового образа жизни	100022860242357074200054002	
28	РМО Околтинского района		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337010	100022860242067072110054003
	Семейная поликлиника		100022860242067072120054003
	СВП		100022860242067072130054036
	Отделение скорой помощи		100022860242067072301054003
	Центральная больница		100022860242067073101054007
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242067073102054002
	Центр здорового образа жизни	100022860242067074200054002	

29	РМО Сырдарьинского района		
	Многопрофильный медицинский центр	200521860244017076909337011	100022860242317072110054002
	Семейная поликлиника		100022860242317072120054009
	СВП		100022860242317072130054044
	Отделение скорой помощи		100022860242317072301054009
	Центральная больница		100022860242317073101054005
	Отделение экстренной медпомощи		100022860242317073102054002
	Центр здорового образа жизни		100022860242317074200054003

Приложение 3. Весовые коэффициенты, используемые для выплат по пролеченным случаям

Код Группы	Наименование группы	Коды МКБ10	Весовой коэффициент группы оплаты
A1	Кишечные инфекции	A00-A09	0.643
A3	Сепсис	A40-A41	1.403
A4	Вирусный гепатит	B15-B19	1.288
A5	Инфекционные болезни, прочие	A00-A99 (кроме A00-A09, A40-A41, B15-B19)	1.036
C1	Злокачественные новообразования	C00-C97	0.958
C2	Доброкачественные новообразования	C00-D48	1.244
D1	Анемии	D50-D64	0.725
D2	Нарушение свертываемости крови	D65-D68	1.05
D3	Болезни крови, прочие	D50-D89 (кроме D50-D64, D65-D68)	1.658
E1	Тиреотоксикоз	E05	0.477
E2	Сахарный диабет	E10-E14	1.024
E4	Болезни эндокринной системы, прочие	E00-E90 (кроме E05, E10-E14)	0.518
F1	Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	0.933
G1	Транзиторные ишемические приступы	G45	1.488
G2	Болезни периферической нервной системы	G50-G72	0.952
G3	ДЦП	G80	1.265
G4	Болезни нервной системы, прочие	G00-G99 (кроме G45, G50-G72)	1.09
H1	Глаукома	H40-H42	0.829
H2	Катаракта	H25-H26	0.933
H3	Болезни глаза, прочие	H00-H59 (кроме H40-H42, H25-H26)	0.678
H4	Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	0.571
I1	Острая ревматическая лихорадка	I00-I02	1.874
I2	Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09	0.939

I3	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I13	1.005
I4	Стенокардия	I20	1.324
I5	Острый инфаркт миокарда	I21-I23	2.011
I6	Другие формы острой и подострой ишемической болезни сердца	I24	1.35
I7	Хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	1.339
I8	Цереброваскулярные болезни	I60-I69	1.959
I9	Болезни системы кровообращения, прочие	I00-I99 (кроме I00-I02, I05-I09, I10-I13, I20, I21-I23, I24, I25, I60-I69)	0.854
J1	Острые респираторные инфекции	J00-J06, J20-22	0.82
J2	Пневмония	J12-J18	1.14
J3	Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	J40-J43	0.874
J4	Бронхиальная астма, астматический статус	J45, J46	1.005
J5	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	J44, J47	1.118
J7	Болезни органов дыхания, прочие	J01-J99 (кроме J12-J18, J40-J43, J45-J46, J44, J47)	0.784
K1	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25-K26	0.725
K2	Гастрит и дуоденит	K29	0.622
K3	Неинфекционный энтерит и колит, другие болезни кишечника	K50-K52, K55-K59	0.518
K4	Болезни печени	K70-K76	1.306
K5	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	K80-K83.0	1.232
K6	Болезни органов пищеварения, прочие	K00-K93 (кроме K25-K26, K29, K50-K52, K55-K59, K70-K76, K80-K83.0)	1.186
L1	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	0.725
M1	Реактивные артропатии, подагра, артрозы	M02	0.622
M6	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, прочие	M00-M99 (кроме M02)	1.045
N1	Тубулоинтерстициальные болезни почек, почечная недостаточность и другие болезни почки и мочеточника	N00-N19, N25-N28	0.963

N2	Мочекаменная болезнь	N20-N23	0.894
N3	Болезни предстательной железы	N40-N42	0.725
N4	Болезни мочеполовой системы, прочие	N00-N99 (кроме N00-N19, N25-N28)	0.829
O1	Беременность с родоразрешением	O80-O84	0.987
O2	Беременность с абортным исходом	O00-O08	0.518
O3	Беременность без родоразрешения	O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O85-O92, O95-O99	0.933
O4	Беременность, роды и послеродовой период, прочие	O00-O99 (кроме O80-O84, O00-O08, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O85-O92, O95-O99)	0.781
P1	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	2.073
Q1	Врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	0.957
T1	Ожоги	T20-T32	1.853
T2	Отравления лекарственными средствами	T36-T65	0.865
Z1	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	Все коды V-Y, Z	