

О внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030 "Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств"

Утративший силу

Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 1702. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 октября 2015 года № 862

Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 29.10.2015 № 862 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030 "Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств" (САПП Республики Казахстан, 2009 г., № 57, ст. 495) следующее изменение:

Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденные указанным постановлением, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вводится в действие с 1 января 2012 года и подлежит официальному опубликованию.

П р е м ь е р - М и н и с т р

Республики Казахстан

К. Масимов

П р и л о ж е н и е

**к постановлению
Республики Казахстан
от 30 декабря 2011 года № 1702**

Правительства

**У т в е р ж д е н ы
постановлением**

Правительства

**Республики Казахстан
от 7 декабря 2009 года № 2030**

Правила

**возмещения затрат организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств**

1. Общие положения

1. Настоящие Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств (далее - Правила) разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и определяют порядок возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) за счет бюджетных средств.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) комплексный подушевой тариф амбулаторно-поликлинической помощи - стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного жителя, включающая тариф первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи в организациях здравоохранения, определенных уполномоченным органом в области здравоохранения по согласованию с местными исполнительными органами областей, города республиканского значения и столицы, в рамках реализации пилота и в пределах средств, утвержденных администратором бюджетных программ;

2) базовый тариф - стоимость единицы медицинской услуги в зависимости от формы оказания медицинской помощи;

3) дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи - стимулирующая составляющая к тарифу первичной медико-санитарной помощи, учитывающая результаты качества оказываемой медицинской помощи организации первичной медико-санитарной помощи;

4) комплексный тариф на одного онкологического больного - стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в онкологическом регистре;

5) пролеченный случай - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;

6) подушевой норматив - норма затрат, определяемая уполномоченным органом в области здравоохранения, в расчете на одного человека для обеспечения конкретным объемом медицинских услуг;

7) половозрастной поправочный коэффициент - коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения, порядок расчета которого определяется уполномоченным органом в области здравоохранения;

8) клинико-затратные группы (далее - КЗГ) - клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение, перечень которых утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения;

9) тариф - стоимость единицы медицинской услуги, оказанной в организации здравоохранения ;

10) тарификатор - перечень тарифов на медицинские услуги, утверждаемый уполномоченным органом в области здравоохранения;

11) коэффициент затратоемкости - соотношение стоимости одной медицинской услуги (группировки услуг) к базовому тарифу.

3. Администратор бюджетных программ утверждает тариф, базовый тариф, коэффициент затратоемкости.

2. Порядок возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи за счет бюджетных средств

4. Возмещение затрат организациям здравоохранения, оказывающим ГОБМП (далее - организации здравоохранения), осуществляется на договорной основе, за исключением государственных учреждений.

Возмещение затрат организациям здравоохранения в организационно-правовой форме государственных учреждений, оказывающим ГОБМП, осуществляется в соответствии с индивидуальным планом финансирования, утвержденным администратором бюджетных программ.

5. Организациям здравоохранения возмещаются виды затрат, связанные с деятельностью организаций здравоохранения по оказанию ГОБМП, за исключением капитальных расходов, кроме расходов на выплату лизинговых платежей организациями здравоохранения на условиях финансового лизинга (далее - организации здравоохранения по лизингу).

Возмещение затрат организациям здравоохранения осуществляется в пределах средств, утвержденных администратором бюджетных программ.

6. Расходы капитального характера предусматриваются организациям здравоохранения в организационно-правовой форме государственных учреждений и государственных предприятий, оказывающим ГОБМП, по соответствующей специфике экономической классификации расходов бюджета Республики Казахстан.

7. Перечень организаций здравоохранения, возмещение затрат которым осуществляется в рамках реализации пилотного проекта, утверждаются уполномоченным органом в области здравоохранения (далее - пилотные организации здравоохранения).

8. Объем финансирования по возмещению затрат первичной медико-санитарной помощи определяется в соответствии с приложением 1 к настоящим Правилам, при этом подушевой норматив, определенный

уполномоченным органом в области здравоохранения, может увеличиваться или уменьшаться администратором бюджетных программ с учетом географической протяженности участка обслуживания, низкой плотности населения.

9. Объем финансирования по возмещению затрат дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи определяет уполномоченный орган в области здравоохранения.

10. Объем финансирования по возмещению затрат скорой медицинской помощи и санитарной авиации определяется в соответствии с приложением 2 к настоящим Правилам.

11. Объем финансирования по возмещению затрат консультативно-диагностической помощи определяется в соответствии с приложением 3 к настоящим Правилам.

Средний коэффициент затратоемкости определяется в порядке, установленном уполномоченным органом в области здравоохранения.

12. Объем финансирования по возмещению затрат пилотным организациям здравоохранения определяется в порядке, установленном уполномоченным органом в области здравоохранения.

13. Возмещение затрат за один пролеченный случай стационарной помощи осуществляется путем выплаты расходов по тарифам за один пролеченный случай стационарной помощи, структура которых представлена в приложении 4 к настоящим Правилам.

Стоимость за один пролеченный случай стационарной помощи по КЗГ определяется в соответствии с приложением 5 к настоящим Правилам.

14. Возмещение затрат за один пролеченный случай дневного стационара составляет 1/4 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи, за исключением случаев осуществления возмещения затрат, порядок которых установлен уполномоченным органом в области здравоохранения, по перечню нозологий, определенных уполномоченным органом в области здравоохранения.

Возмещение затрат за один пролеченный случай стационара на дому составляет 1/6 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи.

15. Объем финансирования по возмещению затрат на оказание медицинской помощи онкологическим больным определяется в соответствии с приложением 6 к настоящим Правилам. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи онкологическим больным осуществляется в соответствии с методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП, определяемой уполномоченным органом в области здравоохранения.

16. Объем финансирования по возмещению лизинговых платежей организациям здравоохранения по лизингу определяется в соответствии с

приложением 7 к настоящим Правилам.

Возмещение лизинговых платежей организациям здравоохранения по лизингу осуществляется путем перечисления средств, предусмотренных республиканским бюджетом, территориальными подразделениями государственного органа по оплате медицинских услуг на счет организации здравоохранения на договорной основе. Средства, направленные на возмещение лизинговых платежей, используются только в рамках договоров финансового лизинга, заключенных с организацией, созданной Правительством Республики Казахстан, основным предметом деятельности которой является организация и проведение закупок медицинской техники для дальнейшей передачи организациям здравоохранения на условиях финансового лизинга.

В случае недостаточности средств на погашение лизинговых платежей организациями здравоохранения по лизингу погашают лизинговые платежи за счет собственных средств, за исключением средств, полученных от оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП.

17. Возмещение затрат организациям здравоохранения, за исключением государственных учреждений, осуществляется с учетом реализации права свободного выбора гражданами Республики Казахстан и оралманами организации здравоохранения, результатов контроля качества и объема медицинской помощи по тарифам на основании актов выполненных работ (услуг) и счетов-реестров, формы которых и порядок их представления устанавливается уполномоченным органом в области здравоохранения.

18. Оплата за лечение пациента при переводе его внутри медицинской организации из одного отделения в другое отделение по профилю заболевания осуществляется как за один пролеченный случай, за исключением случаев перевода пациента на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию.

П р и л о ж е н и е 1

к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения,
оказывающим гарантированный
объем бесплатной медицинской
помощи за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению затрат
первичной медико-санитарной помощи**

$$\text{Офин} = (\text{Кнас.} \times \text{Пнорм.} \times \text{Пкоэф.}) + \text{ДКПН}, \text{ где:}$$

Офин - объем финансирования на очередной плановый период организации

первичной медико-санитарной помощи;
 Кнас - количество прикрепленного населения;
 Пнорм - подушевой норматив;
 Пкоэф - половозрастной поправочный коэффициент данной организации
 П М С П ;

ДКПН - дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи.

П р и л о ж е н и е 2
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения,
 оказывающим гарантированный
 объем бесплатной медицинской
 помощи за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению затрат
 скорой медицинской помощи и санитарной авиации**

$$О_{фин} = Т_{вх} \times К_{с}, \quad \text{где:}$$

Офин - объем финансирования на очередной плановый период по возмещению затрат скорой медицинской помощи и санитарной авиации;

Тв - тариф за один вызов в организациях здравоохранения скорой медицинской помощи и санитарной авиации;

Кс - количество медицинских услуг организаций здравоохранения скорой медицинской помощи и санитарной авиации.

П р и л о ж е н и е 3
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения,
 оказывающим гарантированный
 объем бесплатной медицинской
 помощи за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению затрат
 консультативно-диагностической помощи**

$$О_{фин} = \sum (О_{фин_{усл1}} + О_{фин_{усл2}} + О_{фин_{услn...}}), \quad \text{где:}$$

Офин - объем финансирования по возмещению затрат

консультативно-диагностической помощи;

Офин_{усл1...п} - объем финансирования по возмещению затрат на один вид услуг консультативно-диагностической помощи определяется по следующей формуле:

$$\text{Офин}_{\text{усл}} = \text{Бт}_{\text{кдп}} \times \text{Кз}_{\text{усл}} \times \text{Пк}, \text{ где:}$$

Кз_{усл} - коэффициент затратоемкости по виду услуги;

Пк - планируемое количество по виду услуги в организациях здравоохранения, оказывающих консультативно-диагностическую помощь;

Бт_{кдп} - базовый тариф консультативно-диагностической помощи определяется по следующей формуле:

$$\text{Бт}_{\text{кдп}} = \text{О средств} / (\text{Пк} \times \text{Кз}_{\text{ср усл.}}), \text{ где:}$$

Осредств - средства, предусмотренные соответствующим бюджетом на очередной планируемый период консультативно-диагностической помощи;

Пк - планируемое количество медицинских услуг консультативно-диагностической помощи;

Кз_{ср усл} - средний коэффициент затратоемкости услуги по всем планируемым медицинским услугам.

П р и л о ж е н и е 4

к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи за счет бюджетных средств

Структура

тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи

$$\text{Тст} = \text{ОМР} + \text{ДМР}, \text{ где:}$$

Тст - тариф за один пролеченный случай стационарной помощи;

ОМР - основные медицинские расходы, которые включают заработную плату работников организаций здравоохранения, дополнительные денежные выплаты в соответствии с Трудовым кодексом РК; социальные отчисления в соответствии с Налоговым кодексом РК, приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения и расходных материалов, приобретение продуктов питания для пациентов.

Заработная плата работников организаций здравоохранения определяется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 29

декабря 2007 года № 1400 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий".

Дополнительные денежные выплаты включают в себя выплату пособия на оздоровление в размере должностного оклада к ежегодному трудовому отпуску гражданских служащих в соответствии с Трудовым кодексом Республики К а з а х с т а н .

Социальные отчисления включают в себя уплату социального налога и отчисления в Государственный фонд социального страхования в соответствии с Налоговым кодексом Республики Казахстан.

Приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов определяется в соответствии с лекарственными формулярами, утверждаемыми уполномоченным органом в области з д р а в о о х р а н е н и я .

Приобретение продуктов питания для пациентов осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики".

ДМР - дополнительные медицинские расходы, которые включают коммунальные и прочие расходы: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода, затраты на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения, оплата банковских услуг, услуг связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения для размещения стационара, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг.

Расходы капитального характера не входят в структуру тарифа за один пролеченный случай.

П р и л о ж е н и е 5
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения,
оказывающим гарантированный
объем бесплатной медицинской
помощи за счет бюджетных средств

Формула

**определения стоимости за один пролеченный случай
стационарной помощи по КЗГ**

$$C = B_{\text{стац}} \times K_{\text{зг}} \times K_{\text{попр}}, \text{ где:}$$

C - стоимость за один пролеченный случай стационарной помощи по КЗГ;

$K_{\text{зг}}$ - коэффициент затратоемкости по КЗГ;

$K_{\text{попр}}$ - поправочный коэффициент (коэффициент уровня стационара, экологический коэффициент, региональный коэффициент, коэффициент сельской территории и другие коэффициенты), который утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения;

$B_{\text{стац}}$ - стоимость базового тарифа для финансирования стационарной помощи определяется по формуле:

$$B_{\text{стац}} = O_{\text{средств}} / (P_{\text{к}} \times K_{\text{зср}}), \text{ где:}$$

$O_{\text{средств}}$ - средства соответствующего бюджета, предусмотренные на возмещение затрат стационарной помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

$P_{\text{к}}$ - планируемое количество пролеченных случаев на год;

$K_{\text{зср}}$ - средний коэффициент затратоемкости планируемых случаев.

П р и л о ж е н и е 6

к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи за счет бюджетных средств

Формула

определения объема финансирования по возмещению затрат на оказание медицинской помощи онкологическим больным

$$O_{\text{фин онко}} = K_{\text{т онко}} \times K_{\text{онко}}, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин онко}}$ - объем финансирования организации здравоохранения по возмещению затрат на оказание медицинской помощи онкологическим больным на очередной плановый период;

$K_{\text{онко}}$ - количество онкологических больных, зарегистрированных в онкологическом регистре;

$K_{\text{т онко}}$ - комплексный тариф на одного онкологического больного определяется в порядке, установленном уполномоченным органом в области здравоохранения.

к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения,
оказывающим гарантированный
объем бесплатной медицинской
помощи за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению
лизинговых платежей организациям здравоохранения по лизингу**

$$\text{Олп} = \text{Офакт} \times \text{ЛП/Оплан}, \quad \text{где:}$$

Олп - объем финансирования по возмещению лизинговых платежей
организациям здравоохранения по лизингу;

Офакт - объем медицинских услуг, фактически оказанных на медицинской
технике, приобретенной на условиях финансового лизинга;

ЛП - размер лизингового платежа, определенный договором финансового
л и з и н г а ;

Оплан - объем медицинских услуг, планируемых оказать на медицинской
технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, определяется
организацией здравоохранения по лизингу, но не менее, определенного по
нижеследующей формуле:

$$\text{Оплан} = \text{Дгод} \times \text{Удень}, \quad \text{где:}$$

Дгод - количество рабочих дней в году по производственному календарю
Республики Казахстан на текущий год;

Удень - количество медицинских услуг, оказанных за один рабочий день,
которое рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Удень} = \text{Враб} / (\text{Нср} \times \text{Р}), \quad \text{где:}$$

Враб - рабочее время в минутах;

Нср - средний норматив времени выполнения одной услуги с помощью
медицинской техники, определяемый уполномоченным органом в области
з д р а в о о х р а н е н и я ;

Р - количество результатов, полученных за один цикл работы медицинской
т е х н и к и .

При оказании медицинских услуг с помощью реанимационного оборудования
и оборудования, применяемого для хирургического и инвазивного
вмешательства, $\text{У}_{\text{день}} = 1$.

