

"Республикалық бюджеттен қаржыландырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде ұсынылатын медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 26 қарашадағы № 801 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 7 ақпандағы № 52 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2018 жылғы 14 ақпанда № 16356 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-309/2020 бұйрығымен.

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 21.12.2020 № ҚР ДСМ-309/2020 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

2009 жылғы 18 қыркүйектегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 23-бабының 2-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. "Республикалық бюджеттен қаржыландырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде ұсынылатын медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 26 қарашадағы № 801 бұйрығына (Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5946 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының Орталық атқарушы және өзге де орталық мемлекеттік органдар актілерінің жинағында 2010 жылғы № 7 жарияланған) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрықтың тақырыбы мынадай редакцияда жазылсын:

"Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру қағидаларын және Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесін бекіту туралы";

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру қағидалары;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесі бекітілсін.";

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру қағидалары осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес редакцияда жазылсын;

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесі осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Қаржы департаменті осы бұйрықты облыстардың, Астана және Алматы қалаларының Денсаулық сақтау басқармаларына, "Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры" коммерциялық емес акционерлік қоғамына, "Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына және "Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына ақпарат және жұмыста басшылыққа алу үшін жіберсін.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды үйлестіру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық мемлекеттік тіркелген күннен бастап күнтізбелік он күн ішінде оның қағаз және электрондық түрдегі қазақ және орыс тілдеріндегі көшірмесін ресми жариялау және Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкіне қосу үшін "Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспа басылымдарына ресми жариялауға жіберуді;

4) осы бұйрық ресми жариялағаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсына орналастыруды;

5) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2), 3) және 4) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің жауапты хатшысы Б.Т. Төкежановқа жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі және 2018 жылғы 1 қаңтардан бастап туындаған қатынастарға қолданылады.

*Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі*

Е. Біртанов

"КЕЛІСІЛГЕН"

Қазақстан Республикасының
Ұлттық экономика министрлігі
Статистика комитетінің төрағасы

Н. Айдапкелов

2018 жылғы 8 ақпан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2018 жылғы 7 ақпандағы
№ 52 бұйрығына
1-қосымша

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидалары 1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 23-бабының 2-тармағына сәйкес әзірленді және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру тәртібін анықтайды.

2. Осы Қағидаларда мынадай ұғымдар пайдаланылады:

1) ақпараттық жүйе – ақпараттық өзара іс-қимыл арқылы белгілі бір технологиялық әрекеттерді іске асыратын және нақты функционалдық міндеттерді шешуге арналған ақпараттық-коммуникациялық технологиялардың, қызмет көрсетуші персоналдың және техникалық құжаттаманың ұйымдастырылып ретке келтірілген жиынтығы;

2) әкімшілік деректер – алғашқы статистикалық деректерді қоспағанда, әкімшілік дереккөздер қалыптастыратын жеке немесе заңды тұлға жөніндегі жеке-дара сандық және (немесе) сапалық деректер және шаруашылық бойынша есепке алу деректері;

3) әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (бұдан әрі – қор) – аударымдар мен жарналарды шоғырландыруды жүргізетін, сондай-ақ медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің көрсетілетін қызметтерін медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемдерде және талаптармен сатып алу мен оларға ақы төлеуді және Қазақстан Республикасының заңдарында айқындалған өзге де функцияларды жүзеге асыратын коммерциялық емес ұйым;

4) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) – азаматтардың денсаулығын қорғау, медициналық және фармацевтикалық ғылым, медициналық және фармацевтикалық білім беру, дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысы, медициналық қызметтер көрсету сапасын бақылау саласындағы басшылықты жүзеге асыратын мемлекеттік орган;

5) денсаулық сақтау субъектілері – денсаулық сақтау ұйымдары, сондай-ақ жекеше медициналық практикамен және фармацевтикалық қызметпен айналысатын жеке тұлғалар;

6) емделіп шығу – пациентке стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын шарттарда емдеуге жатқызылған сәттен бастап жазылып шыққанға дейін көрсетілген медициналық қызметтер кешені;

7) жұмыс органы – уәкілетті орган қызметін қамтамасыз ету үшін тарифтерді қалыптастыру мәселелері бойынша ақпаратты жинауға, өңдеуге, сақтауға, сараптауға және ұсынуға жауапты заңды тұлға;

8) клиникалық-шығынды топтар (бұдан әрі – КШТ) – емдеу шығындары бойынша ұқсас клиникалық біртекті аурулардың топтары;

9) медициналық-экономикалық тариф (бұдан әрі – МЭТ) – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде онкологиялық аурулары бар он сегіз жасқа дейінгі балаларға стационарлық және (немесе) стационарды

алмастыратын медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне төлеу үшін клиникалық хаттамалардың негізінде қалыптастырылатын бір емделіп шығу жағдайы үшін орташа құн;

10) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) – қордың активтері есебінен медициналық көрсетілетін қызметтерді тұтынушыларға медициналық көмек көрсету жөніндегі құқықтық, экономикалық және ұйымдастырушылық шаралар кешені;

11) референтті субъект – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және МӘМС жүйесінде тарифтерді әзірлеу және қайта қарау үшін ақпарат ұсынатын денсаулық сақтау субъектісі;

12) стационарлы науқастың медициналық картасы – "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) бекітілген құжат және стационарда медициналық көмек көрсетудің сапасы мен көлемі, науқастың денсаулық жағдайы, сипатын көрсететін жазбалар жасауға арналған;

13) тариф – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде қызмет бірлігінің немесе медициналық қызметтер кешенінің есеп айырысу құны;

14) тарификатор – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен медициналық қызметтерге арналған тарифтердің тізбесі;

15) тарифтерді қалыптастыру – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге (медициналық қызмет көрсету кешені) жаңа тарифтерді әзірлеу және бекіту, қолданыстағы тарифтерді қайта қарау және бекіту процесі;

16) тарифті қайта қарау – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді көрсету бойынша міндеттемелерімен МӘМС табыс жүйесі мен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі бюджетінің тепе-теңдігін қамтамасыз ету үшін жаңа тарифтерді әзірлеу және бекіту, қолданыстағы тарифтерді қайта қарау мен бекіту процесіндегі уәкілетті органмен жүзеге асырылатын тариф өлшемінің жоғарылауы немесе төмендеуі;

17) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) – Кодекстің 34-бабының 1-тармағына сәйкес Қазақстан Республикасының азаматтарына, оралмандарға, сондай-ақ Қазақстан Республикасының аумағында тұрақты тұратын шетелдіктерге және азаматтығы

жоқ адамдарға Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тізбе бойынша бюджет қаражаты есебінен берілетін медициналық көмектің көлемі;

18) төсек-күн тарифі – науқастың стационар жағдайында өткізген бір күні үшін ақы төлеуге арналған тариф;

19) электрондық денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті субъект –денсаулық сақтау жүйесінің ақпараттық инфрақұрылымын (электрондық денсаулық сақтау) және медициналық статистиканы жетілдіру бөлігінде құқықтық қатынастарға түсетін және қызметті жүзеге асыратын қолданыстағы заңнамаға сәйкес анықталатын ұйым (бұдан әрі – ақпараттандыру субъектісі).

3. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тариф қалыптастыру процесі келесі қағидаттарға негізделеді:

1) медициналық көмектің қолжетімділік қағидаты – тарифтерді қалыптастыру , сондай-ақ оларды жетілдіру ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық көмекке халықтың қолжетімділігін төмендетуге алып келмеуі қажет;

2) ашықтық қағидаты – заңмен қорғалатын мемлекеттік немесе басқа да құпияларды қоспағанда тарифтерді қалыптастыру процесінің басты кезеңдері нәтижелерін міндетті түрде жариялау, сонымен қатар тариф қалыптастыру процесінің қоғам үшін ашықтығын қамтамасыз ету;

3) нәтижелілік қағидаты – Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін дамытудың стратегиялық мақсаттарын, бағыттарын және міндеттеріне қол жеткізуге бағытталған медициналық көмек нысандары, түрі және бейіндері бойынша тарифтерді қалыптастыру;

4) шынайылық қағидаты – тарифтер өлшемдерінің бюджетпен бекітілген (нақтыланған, түзетілген) көрсеткіштерімен және қор активтерінің өлшемдерімен сай болуы;

5) бірізділік қағидаты – тарифтерді қалыптастыру процесіне қатысатын барлық тұлғалардың бұдан бұрын қабылданған шешімдерді ұстануы;

6) дәлелділік қағидаты – жаңа тарифтерді қалыптастыру және (немесе) қолданыстағы тарифтерді жетілдіру қажеттігін анықтайтын нормативтік құқықтық актілер және басқа да құжаттар негізінде тарифтерді қалыптастыру, сондай-ақ Қазақстан Республикасы заңнамасына сәйкес қор активтері мен бюджет қаражатын пайдалану;

7) жүйелілік қағидаты – тарифтерді жоспарлы түрде қайта қарау тұрақты жүргізіліп отырады, бірақ жылына бір реттен көп емес.

2-тарау. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру тәртібі

4. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру мынадай тәртіпте анықталады:

1) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге (медициналық қызметтер кешеніне) арналған тарифтерді қалыптастыру бойынша жұмыс жоспарын (бұдан әрі – жоспар) бекіту ;

2) референтті субъектілерді жұмыс органымен іріктеу және референтті субъектілердің тізімін уәкілетті органмен бекіту (денсаулық сақтау субъектісінің бастамасы бойынша тарифтерді есептеу және модельдеу жағдайларын қоспағанда);

3) тарифті есептеу үшін қаржы-экономикалық, статистикалық және клиникалық ақпараттарды жинақтау;

4) жоспар негізінде немесе денсаулық сақтау субъектісінің бастамасы бойынша тарифтерді есептеу және модельдеу;

5) тариф өлшемдерін қарау, келісу және бекіту;

6) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге (медициналық қызметтер кешеніне) тарифтерді қолдану мониторингі (бұдан әрі – мониторинг).

5. Жоспар жобасын жыл сайын алдағы жоспарланған жылға 1 және 30 қазан аралығында мыналарды ескере отырып жұмыс органы әзірлейді және уәкілетті орган бекітеді:

1) Қазақстан Республикасы мемлекеттік жоспарлау жүйесінің құжаттарына сәйкес денсаулық сақтау саласындағы басымдықтар;

2) Қазақстан Республикасында диагностика, емдеу және медициналық оңалтудың жаңа әдістерін енгізу;

3) медициналық ұйымдардың негізделген ұсыныстары;

4) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді көрсету бойынша міндеттермен ТМККК бюджеті мен МӘМС жүйесінің табыстарын реттеу.

Жоспар жобасын әзірлеу жана тарифтерді енгізу және қолданыстағы тарифтерді қайта қарау бойынша шараларды анықтау медициналық көмек нысандары бөлінісінде жүзеге асырылады.

6. Жоспар уәкілетті органның ресми интернет-ресурсында және қордың корпоративті сайтында орналастырылады.

7. Бекітілген жоспарға өзгерістер мен толықтырулар енгізу жарты жылда бір рет келесі жағдайларда жүргізіледі:

1) денсаулық сақтау мәселелері бойынша Қазақстан Республикасының заңнамалық актілері мен Қазақстан Республикасының мемлекеттік жоспарлау жүйесінің жаңа құжаттарын қабылдауы;

2) денсаулық сақтау саласындағы медициналық қызмет көрсету стандарттарының жетілдірілуі;

3) Қазақстан Республикасында диагностика, емдеу және медициналық оңалтудың жаңа әдістерін енгізу.

8. Референтті субъектілерді іріктеуді жұмыс органы медициналық көмектің нысандары мен бейіндерін ескере отырып мына өлшемшарттар негізінде жүзеге асырады:

1) денсаулық сақтау субъектілерінің іріктеу мерзімінің алдындағы үш жылдан кем емес кезең ішінде тарифтерді әзірлеу және (немесе) қайта қарау жоспарланған ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді көрсету;

2) "Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 10 наурыздағы № 127 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10735 болып тіркелген) бекітілген қосымшаға сәйкес нысан бойынша аккредиттеу туралы қолданыстағы куәліктің болуы;

3) әртүрлі үш облыстан (республикалық маңызы бар қала) бір бірден денсаулық сақтау субъектілерінің кемінде үшеуін таңдау арқылы аумақтық репрезентативтілік;

4) медициналық көмек көрсетумен байланысты субъект шығынының дараланған тіркеуін жүргізуге мүмкіндік беретін медициналық ақпараттық жүйелердің болуы;

5) тарифтерді әзірлеу және қайта қарау жоспарланған медициналық қызметтердің меншікті салмағы көпбейінді денсаулық сақтау ұйымдары үшін он пайыздан, ал мамандандырылған денсаулық сақтау ұйымдары үшін елу пайыздан кем болмауы.

9. Жұмыс органы референтті субъектілер тізімін қалыптастырады және уәкілетті органға он бес жұмыс күні ішінде келісуге жібереді.

10. Референтті субъектілер тізімін уәкілетті орган келген күннен бастап, бес жұмыс күні ішінде қарап, бекітеді.

11. Жұмыс органы референтті субъектілер бекітілгеннен кейін үш жұмыс күні ішінде бұл туралы референтті субъектілерге ерікті нысанда хабарлайды.

12. Референтті субъектілер хабарламаны алғаннан кейінгі он жұмыс күні ішінде осы Қағидалардың 11-тармағында қарастырылған құжаттармен (келісімдер, есеп фактуралар, қаржы құжаттары, ішкі құжаттармен) негізделген жұмыс органының сұранысы бойынша оларға қаржы-экономикалық және клиникалық ақпараттармен қамтамасыз етеді:

КШТ әзірлеу және (немесе) қайта қарау үшін:

1) осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес "1 емделіп шығу жағдайына арналған тікелей нақты шығындар бойынша ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

2) осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес "Денсаулық сақтау субъектісінің ауданы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

3) объектінің техникалық паспортының көшірмесі;

4) штаттық кестенің көшірмесі;

5) осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес нысан бойынша төсек қоры туралы ақпарат;

6) осы Қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес нысан бойынша дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды (оның ішінде реагенттерді) қолдану туралы ақпарат;

7) осы Қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өткізілген консультативтік-диагностикалық қызметтердің саны туралы ақпарат;

8) осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес нысан бойынша жасалған хирургиялық операциялар туралы ақпарат;

9) осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес нысан бойынша анестезиология, реанимотология және қарқынды терапия бөлімшесіне түскен пациенттердің саны туралы ақпарат;

10) осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес "Нақты бос емес ставкалар туралы ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

11) осы Қағидаларға 9-қосымшаға сәйкес нысан бойынша персоналға жұмсалатын шығыстар туралы ақпарат;

12) осы Қағидаларға 10-қосымшаға сәйкес "Персоналға қатысы жоқ шығыстар туралы ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан.

Емханадан шығарылған науқастардың стационарлық науқастың медициналық картасын жинақтау осы Қағидаларға 11-қосымшаға сәйкес емханадан шығарылған стационарлық науқастың медициналық картасының көшірмесін іріктеу формуласы бойынша уәкілетті органмен келісім бойынша жұмыс органы жүзеге асырады;

тарификаторды әзірлеу және (немесе) қайта қарау үшін:

1) осы Қағидаларға 12-қосымшаға сәйкес нысан бойынша медициналық қызметтер құнын есептеу;

2) осы Қағидаларға 13-қосымшаға сәйкес "Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

МЭТ әзірлеу және (немесе) жетілдіру үшін:

1) осы Қағидаларға 14-қосымшаға сәйкес "Бір емделіп шыққан жағдайға арналған МЭТ есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

2) осы Қағидаларға 15-қосымшаға сәйкес "Медициналық персоналдың жалақысы бойынша шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

3) осы Қағидаларға 16-қосымшаға сәйкес "Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарға шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

4) осы Қағидаларға 17-қосымшаға сәйкес "Пациенттерді тамақтандыруға жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

5) осы Қағидаларға 18-қосымшаға сәйкес "Медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

6) осы Қағидаларға 19-қосымшаға сәйкес "Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан;

бір төсек-күн үшін тарифті әзірлеу және қайта қарау үшін:

осы Қағидаларға 20-қосымшаға сәйкес нысан бойынша кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі және төсек-күн бойынша ақпарат;

санитариялық авиацияның көліктік қызметтеріне арналған тарифті әзірлеу және қайта қарау үшін:

авиациялық көлік қызметін көрсететін қызмет көрсетушілердің баға ұсыныстары (3 баға ұсынысынан кем емес).

13. Басқа тариф түрлерін әзірлеу, қайта қарау жағдайында жұмыс органы референтті субъектілерден уәкілетті органдармен алдын ала келісілген нысандар бойынша қаржы-экономикалық, статистикалық және клиникалық ақпаратты сұратады.

14. Негізгі құралдарды жаңартуға арналған шығындарды қосатын тарифтерді әзірлеу, қайта қарау тек қана Жоспарға сәйкес жұмыс органы Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру әдістемесінің (бұдан әрі – Әдістеме) талаптарына сәйкес жүзеге асырады.

15. Ақпараттандыру субъектісі жұмыс органына жауапты тұлғаның деректері мен қолданылудың қажет мерзімі көрсетілген ресми сұрау ұсынғаннан кейін электрондық ақпараттық ресурстар мен денсаулық сақтау саласының ақпараттық жүйелеріне қол жеткізу мүмкіндігін береді. Жұмыс органы ұсынылған қол

жеткізуді жеке тұлғалардың (пациенттердің) дербес деректерін қорғауды қамтамасыз ететін Кодекстің 28-бабының талаптарына сәйкес пайдаланады.

16. Осы Қағидалардың 12 және 13-тармақтарында көрсетілгендей референтті субъектісі қаржы-экономикалық, статистикалық және клиникалық ақпаратты қалыптастырған кезде қызметтер көрсетуге қатысы жоқ шығыстар ескерілмейді, оның ішінде:

- 1) ластаушы заттардың әдеттен тыс тасталуы үшін төлемдер;
- 2) үмітсіз қарыздар;
- 3) айыппұлдар, өсімдер, тұрақсыздық және шаруашылық келісім шарттарын бұзғаны үшін басқа да санкциялар түрі, сонымен қатар регресс тәртібіндегі соттық шешімдер;
- 4) кірісті жасыруға (төмендетуге) байланысты айыппұлдар мен өсімдер;
- 5) ұрлыққа байланысты шығындар;
- 6) медициналық көмек көрсетуге қатыспаған активтерді, оның ішінде тұрып қалған медициналық жабдықтарды ұстауға;
- 7) тиісті бейін бойынша медициналық көмек көрсету процесімен байланысы жоқ объектілерді ұстау;
- 8) мәдени танымдық, спорттық іс шараларды өткізуге;
- 9) демеушілік көмек көрсетуге;
- 10) субъект қызметкерлеріне арналған жатақхана мен қонақ үй, тұрғын ғимараттар мен құрылымдар, пәтерлер, жалдау мен ұстауға;
- 11) қызметшілерге сыйақы түрінде берілетін мерейтойлық сыйлықтар алуға;
- 12) нормадан тыс техникалық және коммерциялық шығындар, тауарлық материалдық құндылықтардың жетіспеушілігі мен бұзылуы, қоймадағы артық заттар мен өндірістік емес шығындарға;
- 13) ғылым және өнер қызметкерлерімен өткізетін курстар, семинарлар, тренингтер, дәрістер, көрмелер, талқылаулар, кездесулер ұйымдастыруға және өткізуге және өндіріс қажеттілігімен байланысты шараларды есептемегенде өнер, ғылыми-техникалық конференциялар өткізуге;
- 14) Қазақстан Республикасының заңнамасында бекітілген міндетті сақтандыру төлемдерін қоспағанда сақтандыру төлемдері (өз қызметкерлерінің пайдасы үшін субъектпен бекітілген мүліктік сақтандыру және жеке келісімдер бойынша субъектпен жасалған салымдар);
- 15) білім беру ұйымдарында білім алатын жұмысшылардың оқу демалысын төлеуге;
- 16) қызметкерлерге қосымша берілген (Қазақстан Республикасы заңнамасымен қарастырылған жағдайдан артық) демалыстарды төлеуге;
- 17) Қазақстан Республикасының заңнамасында қарастырылғаннан басқа субъект қызметкерлеріне арналған жеңілдіктер;

18) ұжымдық келісімдермен анықталған кәсіби одақтар мақсаты үшін жұмыстан шығарылу;

19) ұйым қызметкерлері алған қарыз, көмектерді пайызсыз қаржы көмектерді қоса алғанда төлеу;

20) қоғамдық ұйымдар мен қауымдастықтарға жасалған мүшелік салымдар;

21) негізгі құралдардың амортизациялық аударымдары.

17. Денсаулық сақтаудың референтті субъектілері осы Қағидалардың 12 және 13-тармақтарында көрсетілген ақпаратты жұмыс органына мынадай талаптарға сәйкес ұсынады:

1) материалдық өтінімдерді құзыретіне бухгалтерлік есеп пен қаржы мәселелері кіретін референтті субъектісінің басшысы, не оның орнын алмастырушы тұлға, не басшы орынбасары тігеді, нөмірлейді, қолтаңба және мөр қояды;

2) қаржы құжаттарына референтті субъектінің басшысы және бас бухгалтері, немесе оларды алмастырушы тұлғалар қол қояды, референтті субъектінің мөрімен куәландырады.

18. Жұмыс органы осы Қағидалардың 12 және 13-тармақтарында көрсетілген ақпаратты алған күннен бастап бес жұмыс күнінен кешіктірмей ұсынылған материалдардың толықтығын тексереді және жазбаша түрде референтті субъектіні материалды қарауға қабылдау немесе шығындарды растайтын қосымша құжаттар ұсыну қажеттілігі туралы ерікті нысанда хабарлайды.

19. Тарифтерді есептеу және модельдеу жоспар негізінде жұмыс органымен орындалады және мынадай іс-шараларды қамтиды:

1) алынған нәтижелерден есептеулер мен сараптамалар жүргізу;

2) тариф есептеулері нәтижелерін модельдеу;

3) тариф түрін таңдау бойынша ұсыныстарды өңдеу;

4) тарифтер тізімінің жобасын қалыптастыру;

5) уәкілетті органдарға тарифтерді модельдеу және есептеу нәтижелерін ұсыну.

20. Тарифтерді есептеуді жұмыс органы Әдістемеге сәйкес осы Қағидалардың 17-тармағында белгіленген талаптарды ескере отырып, референтті субъектілерден 12 және 13-тармақтарда көрсетілген ақпаратты алған күннен бастап 6 ай ішінде жүзеге асырады.

21. Тарифтерді есептеу нәтижелерін модельдеу әзірленген және қайта қаралған тарифтердің төмендегілерге әсер етуін бағалау мақсатында жүзеге асырылады:

1) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көмекті тұтыну көлемі;

2) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызмет көрсетумен байланысты шығыстар.

22. Тарифтерді есептеу нәтижелерін модельдеуді жұмыс органы бес жылдық мерзімде ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді көрсетуге жоспарланған және нақты шығыстар туралы уәкілетті орган және қор ұсынған ақпараты ескере отырып тарифтерді есептеу мерзімінде мыналарды қоса жүзеге асырады:

- 1) ағымдағы қаржылық жыл алдындағы екі жыл;
- 2) ағымдағы қаржылық жыл;
- 3) ағымдағы қаржылық жылдан кейінгі екі жыл.

23. Тарифтерді есептеу мен модельдеу нәтижелері бойынша жұмыс органы тарифтерді әзірлеу және (немесе) қайта қарау туралы есепті (бұдан әрі – Есеп) төмендегіні қоса жасайды:

- 1) алынған мәліметтер сараптамасы мен есептерінің нәтижелері;
- 2) есептелген тарифтерді модельдеу нәтижелері;
- 3) халықаралық тәжірибені ескере отырып тариф түрін таңдау, оның ішінде жаңа тариф түрін енгізу ұсынысы;
- 4) тарифтер тізімінің жобасы;
- 5) басқа медициналық қызметтерге тарифтерді қайта қараудың негізделген ұсыныстары.

24. Есепті жұмыс органы уәкілетті органға жібереді.

25. Уәкілетті орган Есепті алған күннен бастап он жұмыс күні ішінде құзыреттілігі бойынша тиісті бөлімшелер мен ведомстволық бағыныстағы ұйымдарға сұраныстар жібереді, алынған материалдар бойынша сараптама жасап, уәкілетті органның:

- 1) тарифтерді есептеу мен модельдеу нәтижелерінің осы Қағидалар және (немесе) Әдістеме талаптарына сай болуы;
- 2) денсаулық сақтау саласындағы Қазақстан Республикасының стратегиялық, бағдарламалық құжаттарына сай болуы;
- 3) тариф түрін таңдау, оның ішінде жаңа тариф түрлерін енгізудің орындылығы;
- 4) ұсынылып отырған есептелген, қайта қаралған тарифтерді енгізумен байланысты қосымша бюджет шығындарын және МӘМС жүйесінің қаражатын шығындауды жүзеге асырудың орындылығы;
- 5) басқа да медициналық қызметтерге тарифтерді қайта қарау орындылығы мен қажеттілігіне шешімін құрайды.

26. Уәкілетті орган жұмыс органынан олардың негізінде тарифтерді модельдеу мен есептеу жүзеге асырылған бастапқы құжаттарды сұрайды.

27. Осы Қағидалардың 25-тармағының 1) және 2) тармақшаларында қарастырылған негіздемелер бойынша уәкілетті орган теріс қорытынды қабылдаған жағдайда есеп жұмыс органына қорытындыны алған күннен бастап оң жұмыс күні ішінде пысықтау үшін қайтарылады.

28. Уәкілетті орган пысықталған есепті алған күннен бастап бес жұмыс күні ішінде осы Қағидалардың 25 және 26-тармақтарында қарастырылған тәртіпте қайталама қорытынды қалыптастырады.

29. Уәкілетті органның жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтерді енгізу туралы оң шешімі осы Қағидалардың 3-тармағында бекітілген тарифтерді қалыптастыру қағидаларына сай төмендегілерді көрсетумен мақұлданады:

1) оларды енгізу мерзімдері;

2) өңір және (немесе) ел және (немесе) денсаулық сақтау субъектілері масштабында тарифтерге алдын ала апробациялау жүргізу қажеттілігі;

3) тарифтерді алдын ала апробациялау жүргізу ұзақтығы;

4) басқа тарифтерді қарастыру бойынша ұсыныстар.

30. Жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтерді пысықтау туралы шешім пысықтауды қажет ететін нақты қаржылық-экономикалық, статистикалық және клиникалық өлшемдерді қамтиды.

31. Уәкілетті орган жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтерді пысықтау туралы шешім қабылдаған жағдайда:

1) жұмыс органы осындай шешім қабылданған күннен бастап, отыз жұмыс күні ішінде жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтерді пысықтауды жүзеге асырады;

2) уәкілетті орган осы Қағидалардың 25 және 26-тармақтарында қарастырылған тәртіпте қайта қорытындыны ұсынады.

32. Жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтер оң жұмыс күні ішінде Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті органмен бекітілуге тиіс.

33. Қабылдануы осы Қағидалардың 29 және 31-тармақтарында қарастырылған уәкілетті орган актілерінің көшірмелері бір жұмыс күні ішінде жұмыс органы мен қорға денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйесі мен электронды ақпараттың ресурстарда тиісті ақпаратты енгізу үшін ақпараттандыру субъектіне жіберіледі.

34. Уәкілетті органның жаңа және (немесе) қайта қаралған тарифтерді енгізуден бас тарту шешімі мұндай шешім қабылдауға негіздемелері көрсете отырып, осы Қағидалардың 3-тармағында бекітілген тарифтерді қалыптастыру қағидаларының сақталуын ескере отырып қабылданады.

35. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызмет көрсететін денсаулық сақтау субъектісі (бұдан әрі – денсаулық сақтау субъектісі) тарифтерді әзірлеу, қайта қарау үшін осы Қағидаларға 21-қосымшаға

сәйкес нысан бойынша уәкілетті органға тарифті әзірлеуге және (немесе) қайта қарауға өтініш жібереді.

36. Уәкілетті орган денсаулық сақтау субъектісінің өтінішін қарайды және " Жеке және заңды тұлғалардың өтініштерін қарау тәртібі туралы" 2007 жылғы 12 қаңтардағы Қазақстан Республикасының Заңында бекітілген уақытта қабылданған шешім туралы хабарлайды.

37. Медициналық көмектің тиісті бейіні бойынша тарифтерді әзірлеу және (немесе) қайта қарау Жоспарда қарастырылса, денсаулық сақтау субъектісінің өтінішін уәкілетті орган жұмыс органына жібереді.

38. Егер тарифтерді әзірлеу, қайта қарау жоспарда қарастырылмаса, уәкілетті орган денсаулық сақтау субъектісінің өтінішін келесі жағдайларда ескереді:

1) келесі жоспарлы жылдың Жоспарын қалыптастыру;

2) осы Қағидалардың 7-тармағында қарастырылған негіздемелер бойынша бекітілген Жоспарға өзгерістер мен толықтырулар енгізу.

39. Егер Қазақстан Республикасының аумағындағы ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қолданылуға рұқсат етілмеген диагностика, емдеу және медициналық оңалту әдісін төлеу үшін жоспарланған тарифтерді әзірлеу және қайта қарауды жоспарлау керек болса, уәкілетті орган денсаулық сақтау субъектісінің өтінішін қараусыз қалдырады.

Денсаулық сақтау субъектісі осы Қағидалардың 35-тармағында қарастырылған Қазақстан Республикасының аумағындағы ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде диагностика, емдеу және медициналық оңалтудың жаңа әдісін қолдануға сай рұқсат алғаннан кейін уәкілетті органға өтінімді қайта жібереді.

40. Тарифтерді есептеу үшін денсаулық сақтау субъектісі осы Қағидалардың 36-тармағында көрсетілген уәкілетті органнан хабарлама алған күннен бастап 20 жұмыс күні ішінде осы Қағидалардың 18-тармағында бекітілген талаптарды ескерумен және 12 және 13-тармақтарында қарастырылған, жұмыс органының сұранысы бойынша растайтын құжаттармен (келісімдер, есеп фактуралар, қаржы құжаттары, ішкі құжаттармен) негізделген қаржы-экономикалық, статистикалық және клиникалық ақпаратты жұмыс органына ұсынады.

41. Тарифтерді есептеу Әдістемеге сәйкес осы Қағидалардың 17-тармағында бекітілген талаптарды ескере отырып, 12 және 13-тармақтарда көрсетілген ақпаратты денсаулық сақтау субъектілерінен алған күннен бастап жұмыс органы 9 ай ішінде жүзеге асырады.

42. Тарифтерді есептеу нәтижелерін модельдеуді осы Қағидаларға 21 және 22 -тармақтарында бекітілген тәртіп пен мерзімде жұмыс органы жүзеге асырады.

43. Тарифтерді қарау, келісу және бекіту осы Қағидалардың 25-32-тармақтарында көрсетілген тәртіпте жүзеге асырылады.

44. Мониторинг барысында тарифтердің төмендегілерге әсері туралы актуалды және объективті ақпарат жинау жүзеге асырылады:

1) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерді тұтыну көлемі;

2) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтердің қолжетімділігі;

3) медициналық қызмет көрсету саласындағы бәсекелестіктің дамуы.

45. Мониторингті қор:

1) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесіндегі медициналық қызмет көрсету түрі;

2) тариф түрлері бөлінісінде жүзеге асырады.

46. Қор сұранысының негізінде, ақпараттандыру субъектісі:

1) Кодекстің 28-бабындағы талаптарды ескере отырып, "Ақпараттандыру туралы" 2015 жылғы 24 қарашадағы Қазақстан Республикасы Заңының 35-бабына сәйкес қор қызметкерлеріне электронды ақпараттық ресурстар мен денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелеріне қол жетімділікті қамтамасыз етеді;

2) денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерінде қажетті есептік және аналитикалық нысандарды түрлендіру бойынша іс-шараларды жүргізеді.

47. Тарифтерді жетілдіру жөніндегі ұсыныстарды қамтитын мониторинг туралы есепті қор 1-жартыжылдық пен есептік жыл қорытындысы бойынша жылына 2 рет әзірлейді және уәкілетті органға есепті кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне дейін тапсырады.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
1-қосымша

"1 емделіп шығу жағдайына арналған тікелей нақты шығындар бойынша ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан*

Индекс: 1-ТНШ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

																		Медициналық қызмет	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--

№ тізбекті	Өңірдің атауы	Медициналық ұйымның атауы	Пациенттің ЖСН	Сықатнама №	Емдеуге жатқызу күні	Шығу күні	Шығу бөлімшесінің атауы	көрсетілген, ДЗ және/немесе ММБ пайдаланылған (клиникалық бөлім, ота блогы, АРҚТБ) бөлім атауы	Негізгі диагнозды коды АХЖ-10)
------------	---------------	---------------------------	----------------	-------------	----------------------	-----------	-------------------------	--	--------------------------------

Кестенің жалғасы:

Медициналық қызметтер			Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар							
Тарификатор бойынша қызметтің коды	Тарификатор бойынша атауы	Саны	ДЗ/ММБ коды	ДЗ ХПА бойынша және ММБ толық атауы	ДЗ/ММБ шығару нысаны	Өлшем бірлігі (ДЗ үшін – миллиграмм, миллилитр, грамм, ММБ үшін – дана, сантиметр, метр, жұп, жинақ, жиынтық)	Біреттік мөлшер (таблетка, капсула саны)	Күнделікті еселік	Күндер саны	Қаптамадағы саны
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе:

* – "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама №066/е "Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" нысанына сәйкес толтырылады.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АХЖ-9 – Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі, 9 қайта қарау;

АХЖ-10 – Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі, 10 қайта қарау;

ДЗ – дәрілік заттар;

ЖСН – жеке сәйкестендіру нөмірі;

ММБ – медициналық мақсаттағы бұйымдар;

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі;

ХПА – халықаралық патенттелмеген атауы.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"1 емделіп шығу жағдайына арналған тікелей нақты шығындар бойынша ақпарат" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
2-қосымша

"Денсаулық сақтау субъектісінің ауданы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан

Индекс: 2-ДСА

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Бөлімше атауы (мысал)*	Аудан бойынша мәлімет, м ² **
1	Қаржылық блок	
2	Кадр бөлімі	
3	Әкімшілік	
4	Кір жуатын орын	
5	Тағам блогы/Асхана/Тамақтану	
6	Тасымалдау (көлікжай)	

7	Медициналық статистика кабинеті	
8	Орталық залалсыздандыру бөлімшесі	
9	Дәріхана	
10	Рентген бөлімшесі (сәулелі диагностика)	
11	Ағзаны ультрадыбыстық зерттеу мен функционалды диагностика бөлімшесі	
12	Зертхана	
13	Физиотерапия	
14	Эндоскопия бөлмесі	
15	Амбулаториялық бөлімше	
16	Мәйітхана	
17	Қабылдау бөлімі	
18	1 операция блогы	
19	2 операция блогы	
20	АРҚТБ ересектер	
21	АРҚТБ балалар	
22	1 бөлімше	
23	2 бөлімше	
24	3 бөлімше	
25	4 бөлімше	
Қорытынды		

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге соңғы бекітілген штаттық кестеге сәйкес;

** – денсаулық сақтау субъектісінің техникалық паспортына сәйкес.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

— (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

— (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Денсаулық сақтау субъектісінің ауданы" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
3-қосымша

Төсек қоры туралы ақпарат

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Төсек саны*
1	1 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
2	2 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
3	3 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
4	4 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
	Қорытынды	

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге төсек қоры туралы ішкі бұйрығына сәйкес.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық

Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды (оның ішінде реагенттерді) қолдану туралы ақпарат

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Бөлімшеге берілген дәрілік заттардың саны*
1	1 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
2	2 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
3	3 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
4	4 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
	Қорытынды	

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген көлемінің
шеңберінде және міндетті
элеуметтік медициналық
сақтандыру жүйесінде
көрсетілетін медициналық
қызметтерге тарифтерді
калыптастыру қағидаларына
5-қосымша

Өткізілген консультативтік-диагностикалық қызметтердің саны туралы ақпарат

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Зерттеулердің/қызметтердің жалпы саны*
1	1 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
2	2 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
3	3 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
4	4 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
	Қорытынды	

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге консультациялық-диагностикалық қызметтердің есебі ішкі журналына сәйкес.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
6-қосымша

Жасалған хирургиялық операциялар туралы ақпарат

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Оталар саны*
1	1 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
2	2 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
3	3 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
4	4 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)	
	Қорытынды	

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге оталар журналына сәйкес.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген
көлемінің шеңберінде және
міндетті әлеуметтік
медициналық сақтандыру
жүйесінде көрсетілетін
медициналық қызметтерге
тарифтерді
қалыптастыру қағидаларына
7-қосымша

Анестезиология, реаниматология және қарқынды терапия бөлімшесіне түскен

пациенттердің саны туралы ақпарат*

№	Құрылымдық бөлімше атауы	АРҚТБ №1	АРҚТБ №2	АРҚТБ №3
1	1 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)			
2	2 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)			
3	3 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)			
4	4 бөлімше (штаттық кестеге сәйкес)			
	Қорытынды			

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге АРҚТБ науқастардың есебі журналына сәйкес.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

— (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

— (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген көлемінің
шеңберінде және міндетті
элеуметтік медициналық
сақтандыру жүйесінде
көрсетілетін медициналық
қызметтерге тарифтерді
қалыптастыру қағидаларына
8-қосымша

"Нақты бос емес ставкалар туралы ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан*

Индекс: 3-НБЕС

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Ставкалар саны
1	Қаржылық блок	
2	Кадр бөлімі	
3	Әкімшілік	
4	Кір жуатын орын	
5	Тағам блогы/Асхана/Тамақтану	
6	Тасымалдау (көлікжай)	
7	Медициналық статистика кабинет	
8	Орталық залалсыздандыру бөлімшесі	
9	Дәріхана	
10	Рентген бөлімшесі (сәулелі диагностика)	
11	Ағзаны УДЗ мен функционалды диагностика бөлімшесі	

12	Зертхана	
13	Физиотерапия	
14	Эндоскопия бөлмесі	
15	Амбулаториялық бөлімше	
16	Мәйітхана	
17	Қабылдау бөлімі	
18	1 операция блогы	
19	2 операция блогы	
20	АРҚТБ ересектер	
21	АРҚТБ балалар	
22	1 бөлімше	
23	2 бөлімше	
24	3 бөлімше	
25	4 бөлімше	
	Қорытынды	

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі

УДЗ – ультра дыбыстық зерттеу.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Нақты бос емес ставкалар туралы ақпарат" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
9-қосымша

Персоналға жұмсалатын шығыстар туралы ақпарат*

№	Құрылымдық бөлімше атауы	Жалақы (111-114 ерекшеліктері), теңге	Жұмыс берушілердің жарналары (121-122 ерекшеліктері), теңге	Шығыстар қорытындысы, теңге
1	2	3	4	5=3+4
1	Қаржылық блок			
2	Кадр бөлімі			
3	Әкімшілік			
4	Кір жуатын орын			
5	Тағам блогы/Асхана/Тамақтану			
6	Тасымалдау (көлікжай)			
7	Медициналық статистика кабинеті			
8	Орталық залалсыздандыру бөлімшесі			
9	Дәріхана			
10	Рентген бөлімшесі (сәулелі диагностика)			
11	Ағзаны УДЗ мен функционалды диагностика бөлімшесі			
12	Зертхана			
13	Физиотерапия			
14	Эндоскопия бөлмесі			
15	Амбулаториялық бөлімше			
16	Мәйітхана			
17	Қабылдау бөлімі			
18	1 операция блогы			
19	2 операция блогы			
20	АРҚТБ ересектер			
21	АРҚТБ балалар			
22	1 бөлімше			
23	2 бөлімше			
24	3 бөлімше			

25	4 бөлімше		
	Қорытынды		

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

— М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына 10-қосымша

"Персоналға қатысы жоқ шығыстар туралы ақпарат" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан*

Индекс: 4-ПҚЖШ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

Ерекшелік	Шығыстар бабының атауы	Жалпы шығын, теңге**
141	Азық-түлік өнімдерін сатып алу	
142	Дәрілік заттар және медициналық мақсаттағы өзге де бұйымдарды сатып алу	

143	Заттай мүліктерді, басқа да киім нысанын және арнаулы киім-кешектер сатып алу, тігу және жөндеу	
144	Отын, жанар-жағар май материалдарын сатып алу	
149	Өзге де қорларды сатып алу: (атауын көрсету)	
151	Коммуналдық қызметтерге ақы төлеу: (атауын көрсету)	
152	Байланыс қызметтеріне ақы төлеу	
153	Көліктік қызмет көрсетулерге ақы төлеу	
154	Үй-жайды жалға алу төлемдері	
155	Мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс шеңберінде қызметтерге ақы төлеу	
156	Консалтингтік қызметтер мен зерттеулерге ақы төлеу	
159	Өзге де қызметтер мен жұмыстарға ақы төлеу: (атап көрсету)	
161	Ел ішіндегі іссапарлар мен қызметтік сапарлар	
162	Елден тыс жерлерге іссапарлар мен қызметтік сапарлар	
163	Жалпыға бірдей міндетті орта білім қорының шығындары	
164	Шетелдегі стипендиаттардың оқуына ақы төлеу	
165	Атқарушылық құжаттарының, сот актілерінің орындалуы	
166	Нысаналы салым	
167	Ерекше шығындар	
169	Өзге де ағымдағы шығындар: (атап көрсету)	
Қорытынды		

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес;

** – Капиталды шығындар мен негізгі құралдардың ескіруі (амортизация) ескерілмейді.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

___ (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

___ (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Персоналға қатысы жоқ шығыстар жөніндегі ақпарат" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген

көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына 11-қосымша

Шығарылған пациенттердің стационарлық науқастың медициналық картасының көшірмесін іріктеу формуласы

1. Шығарылған пациенттердің стационарлық науқастың медициналық картасының көшірмесін іріктеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n}}, \text{ мұндағы}$$

σ

– стандартты ауытқу;

χ

– жалпы жиынтықтан әрбір жағдайдың болу ұзақтылығы;

\bar{x}

– жалпы жиынтықтың болуының орташа ұзақтығы ;

n – жағдайлар саны.

2. Ауру тарихы тізімдерін қалыптастыру, қарастырылған ауру көрінісі бойынша жүзеге асырылады.

3. Алдын ала таңдау, жалпы жиынтықтан әрбір медициналық мекемеде мынадай негізгі критерийлер бойынша анықталады:

1) стационардың тәулік бойындағы типі;

Медициналық персоналдың лауазымы	Қызмет көрсетуге кеткен уақыт, минут	Жалақы есебі, теңге ⁴			Әлеуметтік салық, теңге	Әлеуметтік аударымдар, теңге	Тікелей шығыстар, теңге ⁵	Үстеме шығындар, теңге ⁶	
		Жалақының айлық қоры	Уақыт бірлігіне шаққандағы жалақы, минут	Қызмет бірлігіне шаққандағы жалақы				%	Абсолютті сома
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Ескертпе:

1 – Қызметтердің атауы мен коды ағымдағы медициналық қызметтердің тарификаторына сәйкес болуы;

2 – 5-8 бағандар бойынша мысал:

5 бағана – шығарылым нысаны: таблетка, ампула, құты, ұнтақ;

6 бағана – өлшем бірліктері: дәрілік заттар үшін миллиграмм, миллилитр, грамм, медициналық мақсаттағы бұйымдар үшін жұп, дана., сантиметр, метр;

7 бағана – дозалау: сан бойынша;

8 бағана – қаптамадағы саны: дана;

3 – Заттарға жұмсалатын шығындар сомасы (11 баған) 10 бағанды 8-ші бағанға бөліп, 9 бағанға көбейткендегі мәнге тең;

4 – Қызмет бірлігіне тиесілі жалақы 16 баған 15 бағанды 13 бағанға көбейту арқылы қалыптасады, өз кезегінде 15 баған 14 бағанды айлық жұмыс уақытының теңгеріміне сағат пен 60 минутқа бөлу арқылы қалыптасады. Жалақының айлық қоры "Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысына сәйкес белгіленеді;

5 – Тікелей шығындар 11, 16, 17 және 18 бағандарды қосу арқылы шығарылады;

6 – 21 бағандағы қосымша шығындар 16, 17 және 18 бағандарды қосып, 20 бағанға көбейту арқылы анықталады;

7 – 19 және 21 бағандар қосындысы 22 бағандағы медициналық қызметтер бағасын құрайды.

Жаңа медициналық қызмет ұсынысын 1 бағандағы тарификаторға енгізу үшін медициналық қызмет кодының орнына "Жаңа медициналық қызмет" белгісі қойылады.

Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар зерттеленетін кезеңге уәкілетті органның бұйрықтарына сәйкес шекті бағалары бойынша.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің

құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
13-қосымша

"Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан* _____

мекеме атауы, өңір

Индекс: 5-ҮШЕ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Шығыстар бабы	Медициналық қызметтер тарификаторына сәйкес төленетін субреттеу және денсаулық сақтау басқармасымен келісімшарттар бойынша сомасы (алдыңғы жылдың жоспары), мың теңге	Медициналық қызметтер тарификаторына сәйкес төленетін субреттеу және денсаулық сақтау басқармасымен келісімшарттар бойынша сомасы (алдыңғы жылдың нақты шығыстары), мың теңге	Ауытқу, мың теңге	1	2	3	4	5
									= 3 - 4

II	ШЫҒЫСТАР, барлығы:	0	0	0
	оның ішінде:			
110	Жалақы	0	0	0
	оның ішінде: медициналық персонал			
	әкімшілік-шаруашылық персонал			
120	Жұмыс берушілердің жарналары	0	0	0
	оның ішінде: медициналық персонал			
	әкімшілік-шаруашылық персонал			
140	Қорлар сатып алу, барлығы	0	0	0
141	Азық-түлік өнімдерін сатып алу			
142	Дәрілік заттар және медициналық мақсаттағы өзге де бұйымдарды сатып алу			
143	Заттай мүліктерді, басқа да киім нысанын және арнаулы киім-кешектер сатып алу, тігу және жөндеу			
144	Отын, жанар-жағар май материалдарын сатып алу			
149	Өзге де қорларды сатып алу			
150	Қызметтер мен жұмыстарды сатып алу	0	0	0
	Коммуналдық қызметтерге ақы төлеу: оның ішінде:	0	0	0
151	электр энергиясы			
	жылу			
	сумен жабдықтау мен канализация			
152	Байланыс қызметтеріне ақы төлеу			
153	Көліктік қызмет көрсетулерге ақы төлеу			
154	Үй-жайды жалға алу төлемдері			
159	Өзге де қызметтер мен жұмыстарға ақы төлеу			
160	Басқа да ағымдағы шығындар	0	0	0
161	Ел ішіндегі іссапарлар мен қызметтік сапарлар			
162	Елден тыс жерлерге іссапарлар мен қызметтік сапарлар			

165	Атқарушылық құжаттарды, сот актілерін орындау			
169	Өзге де ағымдағы шығындар (айыппұл, тұрақсыздық төлемі, комиссиялық төлемдер, кіріс жарналары; мемлекеттік баж салығы, бюджетке міндетті төлемдер мен салықтар, олар бойынша өсімпұлдар мен айыппұлдар (әлеуметтік салықтан өзге)			
	Амортизациялық шығындар (атын атап көрсету)			
	Күрделі шығыстар (атын атап көрсету)			

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

—

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына

"Бір емделіп шыққан жағдайға арналған МЭТ есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан*

Индекс: 6-МЭТЕ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

Медициналық ұйым _____

Емдеу ұзақтығы (төсек-күн) _____

Оталар тізімі (коды мен атауы) _____

№	МЭТ атауы	Тікелей шығындар, теңге					Үстеме шығындар (қосымша шығындар)		Бір рет емделіп шығу кезіндегі МЭТ бағасы, теңге**	
		Жалақы	Бюджетке төленетін міндетті төлемдер мен салықтар	Тамақтану	Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар	Медициналық қызметтер	%	теңге		
										8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ескертпе:

* – 15, 16, 17, 18 және 19-қосымшаларға сәйкес;

** – 10 баған 3, 4, 5, 6, 7 және 9 бағандарды қосу арқылы қалыптасады.

Аббревиатуралардың толық жазылу:

МЭТ – медициналық-экономикалық тариф.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің

құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Бір емделіп шыққан жағдайға арналған МЭТ есебі" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына 15-қосымша

"Медициналық персоналдың жалақысы бойынша пығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан¹

Индекс: 7-МПЖЕ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№ р/с	Құрылымдық бөлімше атауы (Лауазым атауы, операциялық блок, реанимация)	Лауазым атауы	Еңбек өтілі	Коэффициент	Базалық лауазымдық айлықақы, теңге	Лауазымдық айлықақы, теңге ²	Қосымша төлемдер, теңге					
							Ауыр (ерекше ауыр) қол еңбегі жұмыстарымен және еңбек жағдайлары зиянды (ерекше зиянды) және қауіпті жұмыстармен айналысатын қызметкерлерге төленетін қосымша ақы		Ерекше еңбек жағдайлары үшін қосымша ақы		Психозмо және жүктемес қосымша	
							%	сома	%	сома	%	сома
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Қорытынды												

Кестенің жалғасы:

Қосымша төлемдер, теңге	Жұмыс уақыты теңгеріміне	Әлеуметтік салық

Ғылыми дәрежесі үшін		Өзге қосымша төлемдер		Негізгі медициналық қызметкерлердің жалақы қоры, ай , теңге ³	сәйкес бір айдағы жұмыс сағаттарының саны	Сағат бағасы , теңге ⁴	Минут бағасы , теңге ⁵	Бір күндік уақыт нормасы	Емделу ұзақтығы (төсек-күн)	Операция жүргізу ұзақтығы , минут	Жалақы сомасы, теңге ⁶	әлеумет аудары сомасы теңге ⁷
%	сома	%	сома									
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Ескертпе:

¹ – "Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысына сәйкес;

² – 7 баған 5 бағанды 6 бағанға көбейту арқылы қалыптасады;

³ – 18 баған 7, 9, 11, 13, 15 және 17 бағандарды қосу қосу арқылы қалыптасады;

⁴ – 20 баған 18 бағанды 19 бағанға бөлу арқылы қалыптасады;

⁵ – 21 баған 20 бағанды 60 минутқа бөлу арқылы қалыптасады;

⁶ – 25 баған пациентті емдегенде 21, 22 және 23 бағандарды көбейту, ота жасағанда 21 және 24 бағандарды көбейту арқылы қалыптасады;

⁷ – 26 баған "Салық және бюджетке төленетін басқа да міндетті төлемдер туралы (Салық кодексі)" 2017 жылғы 25 желтоқсандағы Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____
М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

— (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

_____ (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Медициналық персоналдың жалақысы бойынша шығындар есебі" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген

Ескертпе:

* – Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар зерттеленетін кезеңге уәкілетті органның бұйрықтарына сәйкес шекті бағалары бойынша;

** – 12 баған 7, 8, 9, 10 және 11 бағандарды көбейту арқылы қалыптасады.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

ДЗ – дәрілік заттар;

ММБ – медициналық мақсаттағы бұйымдар;

ХПА – халықаралық патенттелмеген атауы.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің

құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарға шығындар есебі" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
17-қосымша

"Пациенттерді тамақтандыруға жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан¹

И н д е к с : 9 - Т Е

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы
Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Құрылымдық бөлімше атауы (бөлімше, реанимация)	Азық (өнімдерінің атауы)	1 жастан 3 жасқа дейін			3 жастан 7 жасқа дейін			7 жастан 14 жасқа дейін			14 жастан және жоғары			1 төс жұмса шығын 3
			норма	баға , теңге	сома , теңге 2	норма	баға , теңге	сома , теңге 2	норма	баға , теңге	сома , теңге 2	норма	баға , теңге	сома , теңге 2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		Қорытынды													
Азық-түлікке жұмсалатын шығындардың сомасы ⁴			қорытынды						Емделу ұзақтығы (төсек-күн)			1 төсек-күндегі азыққа кететін с			
1=2*3									2			3			

Ескертпе:

1 – "Республиканың мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында тамақтанудың заттай нормаларын және жұмсақ мүкәммалмен жабдықтаудың ең төменгі нормаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2002 жылғы 26 қаңтардағы № 128 қаулысына сәйкес;

- 2 – 6, 9, 12 және 15 бағандар норманы бағаға көбейту арқылы қалыптасады;
- 3 – 18 бағандар 6, 9, 12 және 15 бағандарды қосу арқылы қалыптасады;
- 4 – екінші кестеде 1 баған 2 бағанды 3 бағанға көбейту арқылы қалыптасады;
- 5 – екінші кестеде 3 баған 18 бағанға тең.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің

құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Пациенттерді тамақтандыруға жұмсалатын шығындар есебі" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру

жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына 18-қосымша

"Медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан¹

Индекс: 10-КДҚЕ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Құрылымдық бөлімше атауы (бөлімше, операциялық блок реанимация)	Тарификатор бойынша қызмет коды *	Тарификатор бойынша медициналық қызметтің атауы*	% бойынша ықтималдық	Саны	Бірлік бағасы, теңге *	Медициналық қызмет бойынша шығындар сомасы, теңге **
1		2	3	4	5	6	7
Негізгі медициналық қызметтер							
		Қорытынды					0,00
Қосымша медициналық қызметтер							
		Қорытынды					0,00
		Жалпы сомасы					0,00

Ескертпе:

* – Код 2 баған, қызмет атауы 3 баған, бірлік бағасы 6 баған бекітілген медициналық қызметтердің тарификаторына сәйкес келеді;

** – 7 баған 4, 5 және 6 бағандарды көбейту арқылы қалыптасады.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің

құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Консультациялық-диагностикалық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
19-қосымша

"Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан*

мекеме атауы, өңір

Индекс: 11-ҮШЕҮШҚ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті субъектілер

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Шығыстар бабы	Алдыңғы жылдың жоспары, мың теңге	Алдыңғы жылдың нақты шығыстар, мың теңге	Ауытқу, мың теңге	II	ШЫҒЫСТАР, барлығы:		
						0	0	0
	оның ішінде:							
110	Жалақы	0	0	0				
	оның ішінде: медициналық персонал							
	әкімшілік-шаруашылық персонал							

120	Жұмыс берушілердің жарналары	0	0	0
	оның ішінде: медициналық персонал			
	әкімшілік-шаруашылық персонал			
140	Қорлар сатып алу, барлығы	0	0	0
141	Азық-түлік өнімдерін сатып алу			
142	Дәрілік заттар және медициналық мақсаттағы өзге де бұйымдарды сатып алу			
143	Заттай мүліктерді, басқа да киім нысанын және арнаулы киім-кешектер сатып алу, тігу және жөндеу			
144	Отын, жанар-жағар май материалдарын сатып алу			
149	Өзге де қорларды сатып алу			
150	Қызметтер мен жұмыстарды сатып алу	0	0	0
	Коммуналдық қызметтерге ақы төлеу: оның ішінде:	0	0	0
151	электр энергиясы			
	жылу			
	сумен жабдықтау мен канализация			
152	Байланыс қызметтеріне ақы төлеу			
153	Көліктік қызмет көрсетулерге ақы төлеу			
154	Үй-жайды жалға алу төлемдері			
159	Өзге де қызметтер мен жұмыстарға ақы төлеу			
160	Басқа да ағымдағы шығындар	0	0	0
161	Ел ішіндегі іссапарлар мен қызметтік сапарлар			
162	Елден тыс жерлерге іссапарлар мен қызметтік сапарлар			
165	Атқарушылық құжаттарды, сот актілерін орындау			
169	Өзге де ағымдағы шығындар (айыппұл, тұрақсыздық төлемі, комиссиялық төлемдер, кіріс жарналары; мемлекеттік баж салығы, бюджетке міндетті төлемдер мен салықтар, олар бойынша өсімпұлдар мен айыппұлдар (әлеуметтік салықтан өзге)			
	Амортизациялық шығындар (атын атап көрсету)			
	Күрделі шығыстар (атын атап көрсету)			

Ескертпе:

* – денсаулық сақтау субъектісінің зерттелетін кезеңге бухгалтерлік есеп пен қаржылық есептілік мәліметтеріне сәйкес.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің
құрылымдық бөлімшесінің басшысы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

"Үстеме шығындарды есептеу үшін денсаулық сақтау субъекті шығыстарының құрылымы" нысанын толтыру бойынша түсіндірме осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларының 17-тармағында көрсетілген.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына
20-қосымша

Кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі мен төсек-күн саны бойынша ақпарат

мекеме атауы, өңір

№	Шығыстар бабы	Кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі, мң теңге*	ШЫҒЫНДАР , барлығы:	0
	оның ішінде:			
110	Жалақы	0		
	оның ішінде: медициналық персонал			
	әкімшілік-шаруашылық персонал			
120	Жұмыс берушілердің жарналары	0		
	оның ішінде: медициналық персонал			
	әкімшілік-шаруашылық персонал			
140	Қорлар сатып алу, барлығы	0		
141	Азық-түлік өнімдерін сатып алу			

142	Дәрілік заттар және медициналық мақсаттағы өзге де бұйымдарды сатып алу	
143	Заттай мүліктерді, басқа да киім нысанын және арнаулы киім-кешектер сатып алу, тігу және жөндеу	
144	Отын, жанар-жағар май материалдарын сатып алу	
149	Өзге де қорларды сатып алу	
150	Қызметтер мен жұмыстарды сатып алу	0
151	Коммуналдық қызметтерге ақы төлеу, оның ішінде:	0
	электр энергиясы	
	жылу	
	сумен жабдықтау мен канализация	
152	Байланыс қызметтеріне ақы төлеу	
153	Көліктік қызмет көрсетулерге ақы төлеу	
154	Үй-жайды жалға алу төлемдері	
159	Өзге де қызметтер мен жұмыстарға ақы төлеу	
160	Басқа да ағымдағы шығындар	0
161	Ел ішіндегі іссапарлар мен қызметтік сапарлар	
162	Елден тыс жерлерге іссапарлар мен қызметтік сапарлар	
165	Атқарушылық құжаттарының, сот актілерінің орындалуы	
169	Өзге де ағымдағы шығындар (айыппұл, тұрақсыздық төлемі, комиссиялық төлемдер, кіріс жарналары; мемлекеттік баж салығы, бюджетке міндетті төлемдер мен салықтар, олар бойынша өсімпұлдар мен айыппұлдар (әлеуметтік салықтан өзге)	
	Төсек күн саны	

Ескертпе:

* – даму жоспарына сәйкес және уәкілетті органмен/жергілікті атқарушы органдармен келісілген.

Денсаулық сақтау

субъектісінің басшысы: _____

___ М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық

бөлімшесінің басшысы: _____

___ (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: _____

___ (Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: _____

Орындаушының электрондық мекенжайы: _____

Тарифті әзірлеуге және (немесе) қайта қарауға өтініш

1. Өтініш берушінің мәліметтері:

1.1 Заңды тұлға:

1.1.1 Денсаулық сақтау субъектісінің атауы _____

1.1.2 Заңды мекенжайы _____

1.1.3 Басшысы (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)) _____

1.1.4 Байланыстар: (телефон, факс, электронды пошта мекенжайы) _____

1.2 Жеке тұлға:

1.2.1 Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

1.2.2 Мекенжайы _____

1.2.3 Байланыстар: (телефон, факс, электронды пошта мекенжайы) _____

2. Өтініш мақсаты (қажеттіні сызу қажет):

- КШТ тізіміне диагноз, ота/манипуляция кодын енгізу;
- КШТ тізімінен диагноз, ота/манипуляция кодын алып тастау;
- диагноз, ота/манипуляция кодының бағасын қайта қарау;
- КШТ бағасын қайта қарау;
- диагноз, ота/манипуляция кодын өзге КШТ тізіміне ауыстыру;
- тарификаторға жаңа қызмет түрін қосу;
- ағымдағы тарификатордан алып тастау;
- қызметтердің бағасын қайта қарау;
- басқа (қысқаша сипаттама).

3. Диагноз, ота/манипуляция атауы (код) _____

Ескерту :

- диагноз, ота/манипуляция коды – атауы мен кодын АХЖ-10/9 сәйкес келтіру

3. Қызмет атауы (код) _____

Ескерту :

-Қызметті шектеу мен қайта қарау жағдайында код пен атауды ағымдағы тарификаторға сәйкес көрсету;

-тарификатордың А, В және С бөліміне жаңа қызметті енгізу үшін атауы жалпы қабылданған халықаралық номенклатура мен кәсіптің бас штаттан тыс маманының келісімімен, өтініш берушінің түсіндіруіне сәйкес болуы қажет.

-тарификатордың D бөліміне жаңа қызметті қосу үшін атауы мен кодын АХЖ -9 сәйкес келтіру қажет.

4 Қызмет көрсету кезінде қолданылатын медициналық техниканың және/немесе медициналық мақсаттағы бұйымдардың атауын Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың мемлекеттік тізілімінде сәйкестендіру (кестеге сәйкес*).

Тіркеу нөмірі	Түрі ММЗ	МТ/ Тауарлық атауы	Тіркеу күні	Тіркеу мерзімі	Аяқталу күні	Өндіруші фирма	Өндіруші мемлекет
1	2	3	4	5	6	7	8

Ескерту:

* - дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың мемлекеттік тізілімінде тіркелмеген аппараттарда немесе медициналық мақсаттағы бұйымдарда жүргізілетін қызметтер үшін 2, 3, 7 және 8 бағандар толтырылады.

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АХЖ-9 – Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі, 9 қайта қарау;

АХЖ-10 – Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі, 10 қайта қарау;

КШТ – клиникалық-шығынды топтар;

ММБ – медициналық мақсаттағы бұйымдар;

МТ – медициналық техника.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2018 жылғы 7 ақпандағы
№ 52 бұйрығына
2-қосымша

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті

әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін

медициналық

қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесі

1-тарау. Негізгі ережелер

1. Осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесі (бұдан әрі – Әдістеме) 2009 жылғы 18 қыркүйектегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 23-бабының 2-тармағына сәйкес әзірленді және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде (бұдан әрі – ТМККК) және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) жүйесіндегі медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру алгоритмін айқындайды.

2. Осы Әдістемеді мынадай ұғымдар пайдаланылады:

1) амбулаториялық-емханалық көмектің (бұдан әрі – АЕК) базалық кешенді жан басына шаққандағы нормативі – түзету коэффициенттерін есепке алмай, медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) пен консультациялық-диагностикалық көмек (бұдан әрі – КДК) нысандарында ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде амбулаториялық-емханалық қызметтер кешенін есептеу құны;

2) АЕК кешенді жан басына шаққандағы нормативінің кепілдік берілген компоненті – түзету коэффициенттерін есепке ала отырып, МСАК пен КДК нысандарында көрсетілген ТМККК шеңберіндегі және (немесе) МӘМС жүйесіндегі амбулаториялық-емханалық қызметтер кешенінің есептік құны;

3) АЕК көрсетуге арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив (бұдан әрі – АЕК КЖН) – АЕК КЖН кепілдік берілген компонентінен және КЖН ынталандырушы компонентінен тұратын "Бекітілген халық тіркелімі" ақпараттық жүйесінде (бұдан әрі – "БХТ" АЖ) тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген бір адамға шаққанда ТМККК шеңберіндегі және (немесе) МӘМС жүйесіндегі амбулаториялық-емханалық қызметтер кешенінің құны;

4) ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті – түзету коэффициенттерін есепке ала отырып, бекітілген ауыл тұрғындарына көрсетілетін ТМККК шеңберіндегі және (немесе) МӘМС жүйесіндегі қызметтер кешенінің есеп айырысу құны;

5) ауыл тұрғындарына ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қызметтер көрсетуге арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив (бұдан әрі – ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив) – құрамында ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы

нормативтің кепілдік берілген компоненті мен кешенді жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті бар, "БХТ" АЖ-да тіркелген бір ауыл тұрғынына есептегендегі ТМККК шеңберіндегі және (немесе) МӘМС жүйесіндегі қызметтер кешенінің құны;

6) әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (бұдан әрі – қор) – аударымдар мен жарналарды шоғырландыратын, сондай-ақ медициналық қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемде және талаптар бойынша медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алуды, төлеуді және Қазақстан Республикасының заңдарында айқындалған өзге де функцияларды жүзеге асыратын коммерциялық емес ұйым;

7) базалық мөлшерлеме – ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде өлшеу бірлігі үшін алынған қызметтер кешенінің есеп айырысу құны;

8) бір адамның иммун тапшылығы вирусын жұқтырғанға және (немесе) жұқтырылған иммун тапшылығы синдромымен ауыратынға науқасқа кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен бір иммун тапшылығы вирусын (бұдан әрі – АИТВ) жұқтырғанға және (немесе) жұқтырылған иммун тапшылығы синдромымен (бұдан әрі – ЖИТС) ауыратын науқасқа есептегендегі ТМККК шеңберіндегі АИТВ-ны жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратындарға медициналық-әлеуметтік қызметтер кешенінің құны;

9) бір онкологиялық науқасқа кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен АХЖ-10 кодтары бойынша лимфа және қан жасау тіндерінің қатерлі ісіктерімен ауыратын және қан, қан жасау органдарының аурулары бар науқастарды және онкологиялық аурулары бар он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, "Онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінде тіркелген, бір онкологиялық науқасқа есептегендегі ТМККК шеңберіндегі медициналық қызметтер кешенінің құны;

10) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) – азаматтардың денсаулығын сақтау, медициналық және фармацевтикалық ғылым, медициналық және фармацевтикалық білім беру, дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысы, медициналық қызметтердің сапасын бақылау саласындағы басшылықты жүзеге асыратын мемлекеттік орган;

11) емделіп шығу жағдайы – пациентке стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын шарттарда емдеуге жатқызылған сәттен бастап жазылып шыққанға дейін көрсетілген медициналық қызметтер кешені;

12) жыныстық-жастық түзету коэффициенті – халықтың әр түрлі жыныстық-жастық санаттарының медициналық көмекті тұтыну деңгейіндегі айырмашылықтарды есепке алатын коэффициент;

13) кешенді жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті (бұдан әрі – КЖНЫК) – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 29 мамырдағы № 429 бұйрығымен бекітілген Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің жұмыскерлерін көтермелеу қағидаларымен (бұдан әрі – № 429 бұйрық) (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11526 болып тіркелген) айқындалған тәртіпте түпкілікті нәтижеге қол жеткізілген индикаторлар негізінде МСАК көрсететін денсаулық сақтау субъектісінің қызметкерлерін ынталандыруға бағытталған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы құрамдаушысы;

14) клиникалық-шығынды топтар (бұдан әрі – КШТ) – емдеу шығындары бойынша ұқсас клиникалық біртекті аурулардың топтары;

15) коммуналдық және басқа шығыстар (бұдан әрі – КБШ) – жылуға, электр қуатына, ыстық және суық суға, банк қызметтеріне, байланыс қызметтеріне, кеңсе тауарларын сатып алуға, іссапар шығыстарына, ағымдағы жөндеуге, үй-жайды жалға алуға, шаруашылық тауарларды, жұмсақ мүккәмал және басқа тауарлар мен қызметтерді сатып алуға арналған шығыстар;

16) медициналық-экономикалық тариф (бұдан әрі – МЭТ) – ТМККК шеңберінде онкологиялық аурулары бар он сегіз жасқа дейінгі балаларға стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне ақы төлеу үшін клиникалық хаттамалар негізінде қалыптасатын бір емделіп шығу жағдайы үшін орташа құн;

17) МСАК көрсетуге арналған жан басына шаққандағы норматив – МСАК нысанындағы бір адамға есептегендегі шығындардың нормасы;

18) психикалық белсенді затты тұтынудан туындаған психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Наркологиялық науқастардың тіркелімі" кіші жүйесінде (бұдан әрі – ННТ) тіркелген психикалық белсенді затты тұтынудан туындаған психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа есептегендегі ТМККК шеңберіндегі психикалық белсенді затты тұтынудан туындаған психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік қызметтер кешенінің құны ;

19) психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Психикалық науқастардың тіркелімі" кіші жүйесінде (бұдан әрі – ПНТ) тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа есептегендегі ТМҚКК шеңберіндегі психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік қызметтер кешенінің құны;

20) тариф – ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қызмет бірлігінің немесе медициналық қызметтер кешенінің есеп айырысу құны;

21) тарификатор – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен медициналық қызметтердің тарифтері;

22) төсек-күн – науқастың стационар шарттарында өткізген күні;

23) туберкулезбен ауыратын бір науқасқа кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Туберкулезбен ауыратын науқастардың ұлттық тіркелімі" кіші жүйесінде (бұдан әрі – ТАНҰТ) тіркелген туберкулезбен ауыратын бір науқасқа есептегендегі ТМҚКК шеңберіндегі туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік қызметтер кешенінің құны;

24) түзету коэффициенттері – осы Әдістемеге сәйкес тарифті түзету мақсатында уәкілетті орган қолданатын коэффициенттер;

25) шығын сыйымдылығы коэффициенті – КШТ-ның базалық мөлшерлеме құнына шығын дәрежесін айқындайтын коэффициент;

26) электрондық денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті субъект – қолданыстағы заңнамаға сәйкес анықталатын және осы ақпараттық денсаулық сақтау жүйесінің инфрақұрылымын (электрондық денсаулық сақтау) және медициналық статистиканы (бұдан әрі – ақпараттандыру субъектісі) жетілдіру бөлігінде қызметін жүзеге асыратын және құқықтық қатынастарға түсетін ұйым;

27) "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесі – диспансерлік науқастарды уақтылы анықтау, тұрақты байқау және сауықтыру бірыңғай ақпараттық жүйесі;

28) "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Наркологиялық науқастардың тіркелімі" кіші жүйесі (бұдан әрі – ННТ) – психикалық белсенді затты тұтынудан туындаған психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың деректерін электрондық тіркеу, есепке алу, өңдеу және сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі;

29) "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Психикалық науқастардың тіркелімі" кіші жүйесі (бұдан әрі – ПНТ) – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың деректерін

электрондық тіркеу, есепке алу, өңдеу және сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі;

30) "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Туберкулезбен ауыратын науқастардың ұлттық тіркелімі" кіші жүйесі (бұдан әрі – ТАНҰТ) – туберкулезбен ауыратын науқастардың деректерін электрондық тіркеу, есепке алу, өңдеу және сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі;

31) "Онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесі (бұдан әрі – ОНЭТ) – онкологиялық патологиясы бар науқастардың деректерін электрондық тіркеу, есепке алу, өңдеу және сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі.

2-тарау. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

3. ТМККК шеңберіндегі және МӘМС жүйесіндегі медициналық қызметтерге арналған тарифтер ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмек көрсету жөніндегі қызметпен байланысты мынадай:

1) қызметкерлерге қосымша ақшалай төлемдерді қоса алғанда, "Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысымен (бұдан әрі – № 1193 қаулы) белгіленген нормативтер бойынша 2015 жылғы 23 қарашадағы Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне (бұдан әрі – Еңбек кодексі) сәйкес денсаулық сақтау ұйымдарының қызметкерлеріне еңбекақы төлеу;

2) "Салық және бюджетке төленетін басқа да міндетті төлемдер туралы" (Салық кодексі) 2017 жылғы 25 желтоқсандағы Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес әлеуметтік салықты, әлеуметтік аударымдарды қоса алғанда бюджетке төленетін салықтар және басқа да міндетті төлемдер, сондай-ақ "Қазақстан Республикасындағы зейнетақымен қамтамасыз ету туралы" 2013 жылғы 21 маусымдағы Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес міндетті кәсіптік зейнетақы жарналары, "Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы" 2003 жылғы 25 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңына және "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы" 2015 жылғы 16 қарашадағы Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) сәйкес міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға арналған аударымдар және (немесе) жарналар;

3) клиникалық хаттамаларға және "Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 8 желтоқсандағы № 931 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 16141 болып тіркелген) сәйкес Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярға сәйкес дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды және шығыс материалдарын, сондай-ақ "Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде азаматтарды, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйлері) бар азаматтардың жекелеген санаттарын амбулаториялық деңгейде тегін немесе жеңілдікпен берілетін дәрілік заттармен, медициналық мақсаттағы бұйымдармен және мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 тамыздағы № 666 бұйрығына (бұдан әрі – № 666 бұйрық) (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15724 болып тіркелген) сәйкес жаңа туған нәрестенің дәрі қобдишасын, мамандандырылған емдік өнімдерін сатып алу (қамтамасыз ету);

4) "Республиканың мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын натуралды нормада азық-түлікпен және ең төменгі нормада жұмсақ мүлікпен қамтамасыз ету туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2002 жылғы 26 қаңтардағы № 128 бұйрығына сәйкес пациенттерді тамақтандыру және жұмсақ мүккәмалмен жарақтандыру;

5) кадрлардың біліктілігін арттыруға және оларды қайта даярлау;

6) коммуналдық қызметтерге: жылуға, электр қуатына, ыстық және суық суға ақы төлеу;

7) өзге шығыстарды, оның ішінде интернетті қоса алғандағы байланыс қызметтері, іссапар шығыстары, ағымдағы жөндеу жұмыстарын жүргізу, үй-жайды жалға алу, кеңсе, шаруашылық және жанар-жағармай тауарларын, басқа тауарлар мен қызметтерді сатып алу (қамтамасыз ету), сервистік қызмет көрсету, банк қызметтері;

8) осы бұйрықпен бекітілген ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру қағидасында көзделген тәртіпте уәкілетті орган бекітетін ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге (медициналық қызметтер кешеніне) арналған тарифтерді әзірлеу, қалыптастыру бойынша жұмыс жоспарында көзделген жағдайларда негізгі құралдарды жаңартуға арналған шығындарын қамтиды.

ТМККК шеңберіндегі және МӘМС жүйесіндегі медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру кезінде рентабельділік пен пайда қосылмайды.

1-параграф. Амбулаториялық-емханалық көмекке тарифтер қалыптастыру

4. АЕК арналған тарифтерді есептеу:

осы Әдістеменің 5-12-тармақтарына сәйкес МСАК және АЕК, оның ішінде АЕК КЖН бойынша интернаттық ұйымдарға жатпайтын орта білім беру ұйымдарының білім алушыларына медициналық көмек, 4 жеделдік санаттағы шақыртуларға қызмет көрсету үшін тіркелген халыққа тәулік бойы шұғыл медициналық көмек көрсеткені үшін, мамандандырылған емдік өнімдерімен қамтамасыз ету үшін;

осы Әдістеменің 13-16-тармақтарына сәйкес медициналық қызметтер көрсеткені үшін;

осы Әдістеменің 17-19-тармақтарына сәйкес жылжымалы медициналық кешеннің (бұдан әрі – ЖМК) қызмет көрсеткені үшін жүзеге асырылады.

5. АЕК КЖН айына "БХТ" АЖ-да МСАК субъектісіне тіркелген бір бекітілген тұрғынға есептеледі және АЕК КЖН кепілдік берілген компоненті мен КЖНЫК-нің теңдедегі қосындысы болып табылады.

6. АЕК кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті осы Әдістеменің 3-тармағына сәйкес Кодекстің 34-бабының 1-тармағына және Заңның 10-бабының 1) тармақшасына сәйкес айқындалған қызметтер тізбесі бойынша амбулаториялық-емханалық қызметтер кешенін көрсету бойынша МСАК субъектісінің қызметімен байланысты шығындарды қамтиды.

7. АЕК КЖН кепілдік берілген компонентін есептеу осы Әдістемеге 1-қосымшаға сәйкес түзету коэффициенттері ескеріле отырып, кешенді формула бойынша жүзеге асырылады;

8. КЖНЫК:

1) түпкілікті нәтиженің қол жеткізілген индикаторлары үшін МСАК субъектісінің қызметкерлерін материалдық көтермелеуге;

2) іссапар шығыстарын қоса алғанда, есепті кезеңдегі МСАК субъектісі бойынша КЖНЫК алынған сомасынан кемінде 5 %-ды құрайтын МСАК субъектісі қызметкерлерінің біліктілігін арттыруға және оларды қайта даярлауға арналған шығындарды қамтиды.

9. Бір тұрғынға шаққандағы КЖН ынталандырушы компонентінің сомасын есептеу осы Әдістемеге 2-қосымшаға сәйкес кешенді формула бойынша жүзеге асырылады.

10. КЖНЫК қаражатының есебінен ынталандыру қолданылатын МСАК субъектісі қызметкерлерінің тізбесі № 429 бұйрыққа сәйкес айқындалады.

11. КЖНЫК сомасының мөлшері МСАК субъектісі үшін МСАК субъектісі қызметінің түпкілікті нәтиже индикаторлары (бұдан әрі – түпкілікті нәтиже индикаторы) бойынша нысаналы мәнге қол жеткізу деңгейіне байланысты және осы Әдістеменің 2-қосымшасына сәйкес айқындалатын тәртіппен есептеледі.

12. МСАК субъектісі үшін АЕК кешенді жан басына шаққандағы нормативі бойынша АЕК қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{МСАК}} = C_{\text{МСАК}} \times KЖН_{\text{МСАК}} \times m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{МСАК}}$ – алдағы қаржы жылына немесе есептік кезеңге арналған МСАК субъектісін қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{МСАК}}$ – халықты ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша есептік кезеңдегі айдың соңғы күніне арналған ахуал бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны.

ТМККК шеңберінде АЕК көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

МӘМС жүйесінде АЕК көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді тұтынушылар ретінде тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

ТМККК шеңберінде АЕК көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық көмекке құқығы жоқ халықтың саны бойынша анықталады.

$KЖН_{\text{МСАК}}$ – МСАК субъектісі үшін белгіленген айда "БХТ" АЖ-да тіркелген бір бекітілген адамға арналған АЕК жан басына шаққандағы кешенді норматив;

m – қаржыландыру көлемін есептеуге қолданылатын кезеңдегі айлардың саны.

АЕК жан басына шаққандағы кешенді норматив бойынша МСАК субъектісін қаржыландыру көлемі көрсетілген қызметтер көлеміне тәуелді емес.

13. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсеткені үшін ақы төлеу тарификаторға сәйкес тікелей және жанама (үстеме) шығыстарды айқындау әдісінің негізінде бір медициналық қызмет көрсетуге арналған тариф бойынша жүзеге асырылады.

14. Тікелей және жанама (үстеме) шығыстарды айқындау әдісінің негізінде бір медициналық қызмет көрсетуге арналған тарифті есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$ҚМК_{i-P} = Ш_{тікелей-i} + Ш_{үстеме-i}$, мұнда:

$ҚМК_{i-P}$ – тікелей және жанама (үстеме) шығыстарды айқындау әдісінің негізінде түзету коэффициенттерін есепке алмай есептелген бір медициналық қызметтің орташа есеп айырысу құны;

i – медициналық қызметтер тарификаторына сәйкес тізбе бойынша медициналық қызметтің түрі;

$Ш_{тікелей-i}$ – i -ші медициналық қызмет көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің негізгі медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 3-тармағының 3) тармақшасымен көзделген шығыстарды қамтитын бір медициналық қызмет көрсетуге арналған тікелей шығыстардың орташа есеп айырысу сомасы;

$Ш_{үстеме-i}$ – i -ші медициналық қызмет көрсетуге тікелей қатыспайтын денсаулық сақтау субъектілерінің медицина қызметкерлеріне қосымша (жанама) еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 5)-8) тармақшаларымен көзделген шығыстарды қамтитын бір медициналық қызметке есептегендегі үстеме шығыстардың сомасы, олар мынадай формула бойынша айқындалады:

$Ш_{үстеме-i} = ЖА_i \times k_{үстеме}$, мұнда:

$ЖА_i$ – i -ші медициналық қызмет көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің негізгі медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеуге арналған шығыстардың орташа есеп айырысу сомасы, ол осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларына сәйкес есептелген;

$k_{үстеме}$ – үстеме шығыстардың коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$k_{үстеме} = Ш_{үстеме-МҰ} / ЖА_{мп}$, мұнда:

$Ш_{үстеме-МҰ}$ – амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің үстеме шығыстарының орташа есеп айырысу сомасы, ол медициналық қызмет көрсетуге тікелей қатыспайтын денсаулық сақтау субъектілерінің қызметкерлеріне қосымша (жанама) еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 3-тармағының 5)-8) тармақшаларымен көзделген шығыстарды қамтиды;

$ЖА_{мп}$ – денсаулық сақтау субъектілерінің медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеуге арналған шығыстардың орташа есеп айырысу сомасы, ол осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларына сәйкес есептелген.

15. Түзету коэффициенттерін есепке алғанда бір медициналық қызметті өтеуге арналған тарифті есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$C_{\text{МК-}i\text{-PP}} = C_{\text{МК-}i\text{-P}_n} + C_{\text{МК-}i\text{-P}_n} \times (K_1 - 1) + \dots + C_{\text{МК-}i\text{-P}_n} \times (K_n - 1)$, мұнда:

$C_{\text{МК-}i\text{-PP}_n}$ – тікелей және жанама (үстеме) шығыстарды айқындау әдісінің негізінде түзету коэффициенттерін есепке ала отырып есептелген n түріндегі бір медициналық қызметтің орташа құны;

K_1, K_n – уәкілетті орган медициналық қызмет құнын түзету мақсатында ауылдық жерлерде жұмыс істегені үшін, Қазақстан Республикасының "Арал өңіріндегі экологиялық қасірет салдарынан зардап шеккен азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы" 1992 жылғы 30 маусымдағы (бұдан әрі – Арал өңіріндегі азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы) және "Семей ядролық сынақ полигонындағы ядролық сынақтардың салдарынан зардап шеккен азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы" 1992 жылғы 18 желтоқсандағы (бұдан әрі – ССЯП азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы) заңдарына сәйкес экологиялық апатты аймақтарда жұмыс істегені үшін үстемеақыны төлеуге арналған шығыстарды есепке ала отырып, жылыту маусымының ұзақтығы үшін қолданатын түзету коэффициенттері және Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен коэффициенттер.

16. Тікелей және жанама (үстеме) шығыстарды айқындау әдісінің негізінде есептелген, бір қызметтің орташа есеп айырысу құны бойынша медициналық қызметтерді көрсеткені үшін денсаулық сақтау субъектісін қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$V_{\text{МК-}i\text{-P}} = C_{\text{МК-}i-1} \times C_{\text{МК-}i\text{-PP}_1} + C_{\text{МК-}i-n} \times C_{\text{МК-}i\text{-PP}_n}$, мұнда:

$V_{\text{МК-}i\text{-P}}$ – жоспарлы немесе есепті кезеңге медициналық қызметтер көрсеткені үшін шығыстарды өтеу бойынша қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{МК-}i-1}, C_{\text{МК-}i-n}$ – жоспарлы немесе есепті кезеңге медициналық қызметтердің n түрінің саны.

17. Жылжымалы медициналық кешендердің (бұдан әрі – ЖМК) қызметтерін төлеу бір адамға ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған тариф бойынша жүзеге асырылады.

18. Бір адамға ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған тарифті есептеу бір адамға орташа нақты шығындарға сәйкес мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$T_{\text{ЖМК}} = (V_{\text{орт. нақты шығын.}} - V_{\text{экол.ЖМК}}) / C_{\text{ЖМК}}$, мұнда:

$T_{\text{ЖМК}}$ – бір адамға ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған тариф;

$V_{\text{орт. нақты шығын.}}$ – уәкілетті орган айқындаған ЖМК қызметтерін көрсететін денсаулық сақтау субъектісінің нақты шығындардың орташа көлемі;

$V_{\text{экол.ЖМК}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес облыс

деңгейінде қалыптастырылатын, экологиялық апат аймақтарында жұмыс істегені үшін үстемеақы төлеуге көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

СЖМК – ЖМК қызметтерін алған халық саны;

19. ЖМК қызметтерін көрсеткені үшін денсаулық сақтау субъектісін қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша анықталады:

$V_{\text{ЖМК қарж.}} = C_{\text{ЖМК}} \times T_{\text{ЖМК}} \times K_{\text{экол.}}$, мұнда:

$V_{\text{ЖМК қарж.}}$ – ЖМК қызметтерін көрсеткені үшін денсаулық сақтау субъектісін қаржыландыру көлемі;

СЖМК – ЖМК қызметтерін алған халық саны;

ТМККК шеңберінде ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

МӘМС жүйесінде ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді тұтынушылар ретінде тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

ТМККК шеңберінде ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық көмекке құқығы жоқ халықтың саны бойынша анықталады.

$K_{\text{экол.}}$ – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен бір адамға ЖМК қызметтерін көрсетуге арналған тарифті түзету мақсатында, Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес экологиялық апатты аймақтарда жұмыс істегені үшін үстемеақыны төлеуге арналған шығыстарды есепке ала отырып, уәкілетті орган қолданатын түзету коэффициенті.

2-параграф. Стационарлық және стационарды алмастыратын көмекке арналған тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

20. Стационарлық және стационарды алмастыратын көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері мынадай:

бір төсек-күн үшін;

орташа есеп айырысу құны бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін;

медициналық-экономикалық тарифтер бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін;

Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен аурулар, операциялар мен манипуляциялардың тізбесі бойынша нақты шығыстар бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін;

шығын сыйымдылығы коэффициентін есепке ала отырып КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тарифтерді пайдаланады.

21. Ақы төлеу бір төсек-күні үшін жүзеге асырылатын, ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде стационарлық көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін тариф мынадай формула бойынша айқындалады:

$$T_{т/к} = V_{қарж} / C_{т/к}, \text{ мұнда:}$$

$T_{т/к}$ – стационарлық көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін бір төсек-күні үшін тариф;

$V_{қарж}$ – ақы төлеу бір төсек-күн үшін тариф бойынша жүзеге асырылатын, стационарлық көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі;

$C_{т/к}$ – кезекті жоспарлы кезеңге арналған осы денсаулық сақтау субъектісі бойынша төсек-күндердің саны.

22. ТМККК шеңберіндегі және (немесе) МӘМС жүйесіндегі стационарлық және (немесе) стационарды алмастратын көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін орташа есеп айырысу құны бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф мынадай формула бойынша айқындалады:

$$T_{еж} = V_{қарж} / C_{еж}, \text{ мұнда:}$$

$T_{еж}$ – стационарлық және (немесе) стационарды алмастратын көмек көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін орташа есеп айырысу құны бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф;

$V_{қарж}$ – ақы төлеу орташа есеп айырысу құны бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф бойынша жүзеге асырылатын, стационарлық және (немесе) стационарды алмастратын көмек көмек нысанындағы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі;

$C_{еж}$ – кезекті жоспарлы кезеңге арналған осы денсаулық сақтау субъектісі бойынша емделіп шығу жағдайларының саны.

23. Онкологиялық аурулары бар он сегіз жасқа дейін балаларға стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсететін

денсаулық сақтау субъектілері үшін МЭТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф клиникалық хаттамалар негізінде есептеледі.

24. Клиникалық хаттамалардың негізінде қалыптастырылатын бір емделіп шығу жағдайына арналған МЭТ тікелей және жанама шығыстарды табу арқылы мынадай формула бойынша анықталады:

$$T_{\text{МЭТ}} = \text{Штікелей} + \text{Шүстеме}, \text{ мұнда:}$$

$T_{\text{МЭТ}}$ – бір емделіп шығу жағдайына арналған МЭТ құны;

$\text{Ш}_{\text{тікелей}}$ – медициналық қызмет көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің негізгі медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 3-тармағының 3) және 4) тармақшаларымен көзделген шығыстарды қамтитын клиникалық хаттамаларға сәйкес бір емделіп шығу жағдайына арналған тікелей шығындардың сомасы;

$\text{Ш}_{\text{жанама}}$ – медициналық қызмет көрсетуге тікелей қатыспайтын денсаулық сақтау субъектілерінің қызметкерлеріне қосымша (жанама) еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 3-тармағының 5)-8) тармақшаларымен көзделген шығыстарды қамтитын емделіп шығу жағдайы бойынша жанама шығыстардың сомасы.

25. Емделіп шығу жағдайына арналған тікелей шығындар мынадай формула бойынша есептеледі:

$$\text{Ш}_{\text{тікелей}} = \text{Ш}_{\text{жа}} + \text{Ш}_{\text{Ү}} + \text{Ш}_{\text{тамақ}} + \text{Ш}_{\text{дз/ммб/мед.қызметтер}}, \text{ мұнда:}$$

$\text{Ш}_{\text{жа}}$ – бір жағдайды емдеуге қатысатын негізгі медицина қызметкерлерінің жалақысы бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{Ү}}$ – бір жағдай бойынша бюджетке төленетін салықтар және басқа да міндетті төлемдер бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{тамақ}}$ – бір жағдайға арналған тамақтану бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{дз/ммб/мед.қызметтер}}$ – бір жағдайға арналған дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар және медициналық қызметтер бойынша шығыстар.

26. Бір жағдай бойынша жанама шығындар мынадай формула бойынша есептеледі:

$$\text{Ш}_{\text{жанама}} = \text{ЖА}_{\text{ж}} \times \text{күстеме}, \text{ мұнда:}$$

$\text{ЖА}_{\text{ж}}$ – осы Әдістеменің 3-тармағының 1 және 2-тармақшаларына сәйкес емдеу көрсететін негізгі медицина қызметкерлеріне жалақы төлеуге арналған шығыстардың сомасы.

күстеме – үстеме шығыстар коэффициенті мынадай формула бойынша анықталады:

$K_{\text{үстеме}} = \frac{\text{Ш}_{\text{үстеме-мұ}}}{\text{ЖА}_{\text{мұ}}}$, мұнда:

$\text{Ш}_{\text{үстеме-мұ}}$ – уәкілетті орган белгілеген медициналық ұйымдар бойынша үстеме шығыстардың орташа сомасы;

$\text{ЖА}_{\text{мұ}}$ – орта шығындар сомасы негізгі медицина медициналық ұйымның қызметкерлеріне жалақы төлеуге арналған шығыстардың орташа сомасы.

27. Бір емделіп шығу жағдайы үшін тарифті нақты шығыстар бойынша есептеу мынадай формула бойынша есептеледі:

$T_{\text{нақты шығ.}} = \text{Ш}_{\text{тікелей}} + \text{Ш}_{\text{үстеме}}$, мұнда:

$T_{\text{нақты шығ.}}$ – бір емделіп шығу жағдайы үшін нақты шығыстар бойынша тариф;

Штікелей – осы Әдістеменің 3-тармағының 1)-4) тармақшаларында көзделген шығындарды қамтитын бір емделіп шығу жағдайына арналған тікелей шығындардың сомасы;

Шүстеме – емделіп шығу жағдайы бойынша үстеме шығыстарының сомасы, ол медициналық қызмет көрсетуге тікелей қатыспайтын денсаулық сақтау субъектілерінің қызметкерлеріне қосымша (жанама) еңбекақы төлеуге осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларымен және осы Әдістеменің 3-тармағының 5)-8) тармақшаларымен көзделген шығыстарды қамтиды.

28. Емделіп шығу жағдайына арналған тікелей шығындар мынадай формула бойынша есептеледі:

$\text{Ш}_{\text{тікелей}} = \text{Ш}_{\text{жа}} + \text{Ш}_{\text{Ү}} + \text{Ш}_{\text{тамақ}} + \text{Ш}_{\text{ДЗ/ММБ}} + \text{Ш}_{\text{қызметтер}}$, мұнда:

$\text{Ш}_{\text{жа}}$ – бір жағдайды емдеуге қатысатын негізгі медицина қызметкерлерінің жалақысы бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{Ү}}$ – бір жағдай бойынша бюджетке төленетін салықтар және басқа да міндетті төлемдер бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{тамақ}}$ – бір жағдайға арналған тамақтану бойынша шығыстар;

$\text{Ш}_{\text{ДЗ/ММБ}}$ – бір жағдайға арналған ДЗ және ММБ бойынша шығыстар.

$\text{Ш}_{\text{қызметтер}}$ – бір жағдайға арналған медициналық қызметтер бойынша шығыстар.

29. Емделіп шығу жағдайына арналған жанама шығыстар мынадай формула бойынша есептеледі:

$\text{Ш}_{\text{үстеме}} = \frac{\text{ЖА}_{\text{кп}} + \text{КБШ}_{\text{ай}}}{C_{\text{ай}}}$, мұнда:

$ЖА_{кп}$ – осы Әдістеменің 3-тармағының 1) және 2) тармақшаларына сәйкес алдындағы айда медициналық қызмет көрсетуге тікелей қатыспайтын денсаулық сақтау субъектілерінің қызметкерлеріне қосымша (жанама) еңбекақы төлеуге шығыстар сомасы;

$КБШ_{ай}$ – медициналық ұйым бойынша алдындағы айда КБШ бойынша шығыстар сомасы;

$С_{ай}$ – алдындағы айда жағдайлар саны.

30. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф емделіп шығу жағдайына жұмсалған нақты шығындар негізінде есептеледі.

31. Емделіп шығу жағдайына арналған нақты шығындар мынадай формула бойынша айқындалады:

$Қ = Ш_{пациент} + Ш_{мұ}$, мұнда:

$Қ$ – бір емделіп шығу жағдайының құны;

$Ш_{пациент}$ – бір пациентке арналған нақты шығындар шығыстардың бағытталған пациентті диагностикалауға және емдеуге бағытталған шығыстар жинынтығын (дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар, медициналық қызметтер) білдіреді;

$Ш_{мұ}$ – шығындарды сатылы жатқызу әдісімен есептелген бір пациентке арналған медициналық ұйымның нақты шығындары мынадай формула бойынша есептеледі:

$Ш_{мұ} = Қ_{т/к_орт.без.} \times НОБҰ$, мұнда:

$Қ_{т/к_орт.без.}$ – медициналық көмек көрсетудің тиісті і-ші КШТ АХЖ-10/9 КМ сәйкес келетін медициналық көмек көрсету деңгейіне байланысты тиісті бөлімше бейіндерінің орташа безбенделген төсек-күн құны:

$$Қ_{т/к_орт.без.} = \frac{\sum (К \times ЖС)}{ЖС}, \quad \text{мұнда:}$$

$Қ$ – і-ші КШТ әрбір АХЖ-10/9 КМ медициналық көмек көрсету деңгейіне байланысты бөлімшелердің нақты құны;

$ЖС$ – і-ші КШТ әрбір АХЖ-10/9 КМ бойынша медициналық көмек көрсету деңгейіне байланысты жағдайлар саны;

$НОБҰ$ – і-ші КШТ әрбір АХЖ-10/9 КМ медициналық көмек көрсету деңгейіне байланысты науқастың орташа болу ұзақтығы.

32. і-ші КШТ-ның орташа безбенделген құны мынадау формула бойынша есептеледі:

$$K_{\text{орт. без. КШТ}i} = \frac{\sum (K_{\text{орт}} \times \text{ЖС})}{\sum C},$$

мұнда:

$K_{\text{орт}}$ – і-ші КШТ әрбір АХЖ-10/9 КМ орташа нақты құны;

ЖС – ел бойынша і-ші КШТ КМ әрбір АХЖ-10/9 бойынша жағдайлардың саны.

33. Шығын сыйымдылығы коэффициенті мынадай формула бойынша есептеледі:

$$\text{ШСК}_{\text{КШТ}i} = \frac{\text{ЖС}_{\text{орт. КШТ}i}}{\text{БМ}_{\text{КШТ}}},$$

мұнда:

$\text{БМ}_{\text{КШТ}}$ – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен КШТ бойынша базалық мөлшерлеменің құны.

34. Стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін түзету коэффициенттерін есепке ала отырып, КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{КШТ}} = B_{\text{СКШТ}} \times \text{ШСК}_{\text{КШТ}i} + B_{\text{СКШТ}} \times \text{ШСК}_{\text{КШТ}i} \times (Kn_1 - 1) + B_{\text{СКШТ}} \times \text{ШСК}_{\text{КШТ}i} (Kn_2 - 1) + \dots + B_{\text{СКШТ}} \times \text{ШСК}_{\text{КШТ}i} \times (Kn_n - 1),$$
 мұнда:

$K_{\text{КШТ}}$ – КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайының құны;

i – КШТ-ның түрі немесе тобы;

$\text{БМ}_{\text{КШТ}}$ – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен КШТ бойынша базалық мөлшерлеменің құны;

$\text{ШСК}_{\text{КШТ}i}$ – КШТ-ның белгілі бір (i) түрінің шығын сыйымдылығы коэффициенті;

Kn_1, Kn_2, Kn_n – түзету коэффициенттері (Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен экологиялық коэффициент, ауылдық аумақтың коэффициенті, жылыту маусымы ұзақтығының коэффициенті және басқа да түзету коэффициенттері).

Еңбек кодексіне және № 1193 қаулыға сәйкес ауылдық жерде жұмыс істегені үшін түзету коэффициенті ауылдық елді мекендерде жұмыс істейтін денсаулық сақтау саласындағы мамандарға қала жағдайында қызметтің осы түрлерімен айналысатын мамандардың жалақыларымен және тарифтік ставкаларымен салыстырғанда жалақының жиырма бес пайызынан кем емес жоғары еңбекақы төлеуді қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау субъектілеріне тағайындалады, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$K_a = TK_a \times \%жа, \text{ мұнда:}$$

K_a – ауылдық елді мекендерде жұмыс істейтін денсаулық сақтау саласы мамандарының ауылдық коэффициенті;

TK_a – Еңбек кодексінде және № 1193 қаулыда көзделген, ауылдық елді мекендерде жұмыс істейтін денсаулық сақтау саласының мамандары үшін коэффициент;

$\%жа$ – тиісті өңірде ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің жалпы бюджетіндегі жалақының орташа үлесі.

Экологиялық түзету коэффициенті Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес экологиялық апатты аймақтарда тұратын қызметкерлерге қосымша ақыны қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау субъектілеріне тағайындалады, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$Э_{каө} = 1 + (TK_{э_{аө}} - 1) \times \%жа, \text{ мұнда:}$$

$Э_{каө}$ – Арал өңіріндегі экологиялық апатты аймақтарда тұратын қызметкерлерге арналған экологиялық коэффициент;

$TK_{э_{аө}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңында көзделген экологиялық апатты аймақтарда тұрғаны үшін коэффициент;

$\%жа$ – экологиялық апатты аймақтардың аумақтарында ТМҚКК шеңберінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектісінің жалпы бюджетіндегі жалақының орташа үлесі.

ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес Семей ядролық полигонындағы ядролық сынақ аумақтарында тұратын қызметкерлерге аймақтар бойынша қосымша еңбекақы белгіленеді, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$Э_{к_{семей}} = 1 + (Саек \times Наек / ЖАорт \times \%жа), \text{ мұнда:}$$

$Э_{к_{семей}}$ – Семей ядролық полигонындағы ядролық сынақ аумақтарында тұратын қызметкерлерге экологиялық коэффициент;

$C_{\text{аек}}$ – Семей ядролық полигонындағы ядролық сынақ аумақтарында тұратын тұрғындар үшін жалақыға үстеме ақы ретінде көзделген айлық есептік көрсеткіштердің саны;

$N_{\text{аек}}$ – тиісті жылдарға арналған мемлекеттік бюджет туралы Заңмен тиісті жылға көзделген айлық есептік көрсеткіштің мөлшері;

$ЖА_{\text{орт}}$ – Семей ядролық полигонын ядролық сынақ аумақтарындағы орташа жалақы;

%жа – Семей ядролық полигонындағы ядролық сынақ аймақтарының аумақтарында ТМККК шеңберінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектісінің жалпы бюджетіндегі жалақының үлесі.

Облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) үшін жылыту маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{жылыту} \cdot \text{обл.}} = 1 + Y_{\text{жылыту} \cdot \text{обл.}} \times (K_{\text{обл.}} - K_{\text{ҚР/орт.}}) / K_{\text{ҚР/орт.}}, \text{ мұнда:}$$

$K_{\text{обл.} \cdot \text{жыл.}}$ – облыс үшін жылыту маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті;

Үжылыту – өткен жылға облыста (республикалық маңызы бар қалада және астанада) стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері деректерінің негізінде облыс бойынша (республикалық маңызы бар қалада және астанада) ағымдағы шығындардың жалпы жылдық көлемінде жылытудың жылдық көлеміне жұмсалатын шығындардың үлесі;

$K_{\text{обл.}}$ – алдағы қаржы жылына қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын, облыстың (республикалық маңызы бар қаланың және астананың) жергілікті атқарушы орган шешімінің негізінде айқындалған, облыс бойынша (республикалық маңызы бар қалада және астанада) жылыту маусымының кезеңі;

$K_{\text{ҚР/орт.}}$ – алдағы қаржы жылына қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын, облыстың (республикалық маңызы бар қаланың және астананың) деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасы бойынша орташа жылыту маусымының кезеңі.

35. Стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{мұ қарж}} = C_{\text{ем'жағд}} \times \text{ШСК}_{\text{орт'кшт}} \times \text{Бм} + C_{\text{ем.жағд}} \times \text{ШСК}_{\text{орт'кшт}} \times \text{Бм} \times (\text{К}_{\text{п1}} - 1) + C_{\text{ем'жағд}} \times \text{ШСК}_{\text{орт'кшт}} \times \text{Бм} \times (\text{К}_{\text{п2}} - 1) + \dots + C_{\text{ем'жағд}} \times \text{ШСК}_{\text{орт'кшт}} \times \text{Бм} \times (\text{К}_{\text{пn}} - 1), \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{мұ қарж}}$ – ақы төлеу КШТ бойынша бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф бойынша жүзеге асырылатын стационарлық және (немесе) стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі үшін кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{ем'жағд}}$ – кезекті жоспарлы кезеңге арналған осы денсаулық сақтау субъектісі бойынша емделіп шығу жағдайларының саны;

$\text{ШСК}_{\text{орт.КШТ}}$ – кезекті жоспарлы кезеңге арналған осы денсаулық сақтау субъектісі бойынша КШТ шығын сыйымдылығының орташа коэффициенті;

Бм – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен жоспарлы кезеңге арналған базалық мөлшерлеменің құны;

$\text{К}_{\text{п1}}, \text{К}_{\text{п2}}, \text{К}_{\text{пn}}$ – кезекті жоспарлы кезеңге арналған осы денсаулық сақтау субъектісі бойынша түзету коэффициенттері (Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен экологиялық коэффициент, ауылдық аумақтың коэффициенті, жылыту маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті және басқа да түзету коэффициенттері).

36. Патологоанатомиялық диагностиканы көрсетуге, қан компоненттерін өндіруге арналған тарифтер осы Әдістеменің 13-15-тармақтарына сәйкес формула бойынша есептеледі.

3-параграф. Онкологиялық науқастарға көрсетілген медициналық көмек үшін тарифтер қалыптастыру алгоритмі

37. Мыналарды:

терминалдық (соңғы) сатысындағы науқастарға стационарлық және стационарды алмастыратын көмек нысанында паллиативтік көмекті және мейірбике күтімін;

осы онкологиялық диспансердің есебінде тұрмаған онкологиялық науқастарға (бұдан әрі – өзге қалалық науқас), олардың еркін таңдау құқығын іске асыру шеңберінде стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді;

таргеттік препараттармен және химиялық препараттармен қамтамасыз етуді, сәулелік терапияны;

жоғары технологиялық медициналық қызметтерді қолданумен амбулаториялық-емханалық, стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмекті;

ақы төлеу бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф бойынша стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсеткені үшін жүзеге асырылатын республикалық денсаулық сақтау ұйымдарын (бұдан әрі – онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектісі) қоспағанда, денсаулық сақтау субъектілеріне ТМККК шеңберінде онкологиялық науқастарға көрсеткен медициналық қызметтер үшін ақы төлеу бір онкологиялық науқасқа шаққандағы кешенді тариф бойынша жүзеге асырылады.

38. Онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектісіне лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, айына "Онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйеде (бұдан әрі – "ОНЭТ" АЖ) тіркелген бір онкологиялық науқасқа шаққандағы кешенді тарифті есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$K_{\text{тонко}} = (V_{\text{онко қаржы жыл}} / C_{\text{онко орт. тізім. жыл}}) / m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{онко қаржы жыл}}$ – алдағы қаржы жылына арналған онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсетуге берілетін қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{онко орт. тізім. жыл}}$ – лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, қоспағанда, онкологиялық науқастардың жылдық ортатізімдік саны, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$C_{\text{онко орт. тізім. жыл}} = (C_{\text{онко бас.}} + C_{\text{онко бас.}} \times K_{\text{өсім}} / 100) / 2, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{онко бас.}}$ – лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, қоспағанда, қаржы жылының басында "ОНЭТ" АЖ-да тіркелген онкологиялық науқастардың саны;

$K_{\text{өсім}}$ – соңғы үш жылдағы онкологиялық науқастардың орташа өсім қарқыны, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{өсім}} = (C_{\text{онко соң.}(n1)} / C_{\text{онко бас.}(n1)} \times 100 + C_{\text{онко соң.}(n2)} / C_{\text{онко бас.}(n2)} \times 100 + C_{\text{онко соң.}(n3)} / C_{\text{онко бас.}(n3)} \times 100) / 3, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{онко бас.}}$ – лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, қоспағанда, соңғы үш жыл кезеңіндегі (n1,2,3) жыл басында "ОНЭТ" АЖ-да тіркелген онкологиялық науқастардың саны;

$C_{\text{онко соң}}$ – лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, қоспағанда, соңғы үш жыл кезеңіндегі (n1,2,3) жыл соңында "ОНЭТ" АЖ-да тіркелген онкологиялық науқастардың саны;

m – онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсетуге арналған қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлардың саны.

39. Онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсететін, ақы төлеу есепті кезеңдегі бір онкологиялық науқасқа шаққандағы кешенді тариф бойынша жүзеге асырылатын денсаулық сақтау субъектілері үшін қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{онко қаржы}} = C_{\text{онко орт.тізім}} \times K_{\text{тонко}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{онко орт.тізім}}$ – лимфа және қан өндіру тіндерінің қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды және он сегіз жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, қоспағанда, онкологиялық науқастардың есепті кезеңдегі ортатізімдік саны есепті кезеңнің әрбір күнтізбелік күнінде "ОНЭТ" АЖ-да тіркелген онкологиялық науқастардың санын қосу және осы есепті кезең айындағы күнтізбелік күндер санына алынған соманы бөлу арқылы есептеледі.

4-параграф. Психикалық бұзылулардан (аурулардан) зардап шегетін науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсеткені үшін тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

40. ТМККК шеңберінде психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсеткені үшін ақы төлеу ТМККК шеңберінде оларға ақы төлеу орташа есеп айырысу құны бойынша емделіп шығу жағдайы үшін және бір төсек-күн үшін жүзеге асырылатын стационарлық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсететін республикалық денсаулық сақтау ұйымдарын қоспағанда, (бұдан әрі – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмекті көрсететін денсаулық сақтау субъектісі) денсаулық сақтау субъектілеріне психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тариф бойынша жүзеге асырылады.

41. Психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тариф мыналарды қамтиды және көздейді:

1) психикалық және мінез-құлқы бұзылулардың (аурулардың) алдын алуға, психикалық денсаулықты тексеруге, психикалық бұзылуларды диагностикалауға,

психикалық және мінез-құлқының бұзылулардан (аурулардан) зардап шегетін адамдарды емдеуге, күтім жасауға және медициналық-әлеуметтік оңалтуға бағытталған қызметтер;

2) психикалық және мінез-құлқы бұзылулардың (аурулардың) алдын алуға, диспансерлік есепте тұрмайтын азаматтардың психикалық денсаулығын тексеруге бағытталған қызметтер;

3) психикалық және мінез-құлқы бұзылулардан (аурулардан) зардап шегетін адамдарға білікті, мамандандырылған, медициналық-әлеуметтік көмек көрсету, оның ішінде мынадай нысандарда әлеуметтік-еңбектік оңалту: жедел медициналық көмек, амбулаториялық-емханалық көмек: консультациялық-диагностикалық көмек, стационарлық және стационарды алмастырушы көмек, оның ішінде мәжбүрлеп емдеу шараларын қолдану туралы сот шешімі бойынша стационарлық емдеу.

42. Психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тарифті есептеу айына ПНТ-та тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісіне мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$K_{\text{тпсих}} = (V_{\text{псих}} \cdot \text{қарж.}_{\text{жыл}} / C_{\text{ср.спис.псих}} \cdot \text{год}) / m, \text{ онда:}$$

$V_{\text{псих}} \cdot \text{қарж.}_{\text{жыл}}$ – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуге арналған келесі қаржы жылына қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{псих}} \cdot \text{орт.тізім.жыл}$ – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың жылдық орташа тізімдік саны, ол мынадай формуламен есептеледі:

$$C_{\text{псих}} \cdot \text{орт.тізім.жыл} = (C_{\text{псих бас.}} + C_{\text{псих бас.}} \cdot x \cdot \text{Қөсім} / 100) / 2, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{псих бас.}}$ – қаржы жылының басындағы ПНТ тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың саны;

$K_{\text{өсім}}$ – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың соңғы үш жылдағы орташа өсу қарқыны, ол мынадай формула бойынша анықталады:

$$K_{\text{өсім}} = (C_{\text{псих соң.}}(n1) / C_{\text{псих бас.}}(n1) \cdot 100 + C_{\text{псих соң.}}(n2) / C_{\text{псих бас.}}(n2) \cdot 100 + C_{\text{псих соң.}}(n3) / C_{\text{псих бас.}}(n3) \cdot 100) / 3, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{псих бас.}}$ – соңғы үш жыл кезеңінде (n1,2,3) жылдың басындағы ПНТ тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың саны;

$C_{\text{псих соң.}}$ – соңғы үш жыл кезеңінде (n1,2,3) жылдың соңындағы ПНТ тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың саны;

m – психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуге арналған қаржыландыру іске асырылатын қаржылық жылдағы айлар саны.

43. Оларға ақы төлеу психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешенді тариф бойынша жүзеге асырылатын психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін қаржыландыру көлемін есептеу есептік кезеңге мынадай формуламен анықталады:

$$V_{\text{псих.қарж.}} = C_{\text{псих.орт.тізім.}} \times K_{\text{псих.}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{псих.орт.тізім.}}$ – есептік кезеңге психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың орта тізімдік саны есептік кезеңнің әрбір күнтізбелік күніне ПНТ тіркелген психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың санын қосу және алынған соманы аталған есептік кезеңнің айындағы күнтізбелік күндердің санына бөлу жолы арқылы есептеледі.

5-параграф. Маскүнемдікпен, нашақорлықпен және токсикоманиямен ауыратын

науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсеткені үшін тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

44. Психикалық белсенді заттарды қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек үшін ақы төлеу ТМККК шеңберінде психикалық белсенді заттарды қабылдау (бұдан әрі – ПБЗ) әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешендік тариф бойынша денсаулық сақтау субъектілеріне ТМККК шеңберінде ақы төлеу бір төсек-күн үшін төленетін стационарлық көмек түрінде мамандандырылған медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтаудың республикалық ұйымдарын қоспағанда (бұдан әрі – психикалық белсенді заттарды қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі) жүргізіледі.

45. ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешендік тариф мыналарды қамтиды:

1) маскүнемдікпен, нашақорлықпен және токсикоманиямен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуге, маскүнемдікті, нашақорлықты және ПБЗ қабылдау әсерінен болған токсикоманияны диагностикалауға бағытталған қызметтер, маскүнемдікпен, нашақорлықпен және ПБЗ қабылдау әсерінен болған токсикоманиямен ауыратын адамдарды емдеу, қарау және медициналық-әлеуметтік оңалту, ПБЗ қабылдау фактісін анықтау үшін

медициналық қуаландыру, оның ішінде, мәжбүрлеп емдеуді қолдану туралы сот шешімімен стационарлық емдеу, уақытша бейімдеу және уытсыздандыру орталықтарында ұстау;

2) маскүнемдікпен, нашақорлықпен және токсикоманиямен ауыратын адамдарға білікті, мамандандырылған, медициналық-әлеуметтік көмек, оның ішінде, әлеуметтік-еңбектік оңалту көмектерін төмендегі түрде көрсету: жедел медициналы көмек, консультациялық-диагностикалық көмек, стационарлық және стационарлық көмекті ауыстыратын көмек.

46. ННР-да тіркелген ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар бір науқасқа кешендік тариф есебін бір айға ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі мына формула бойынша жүзеге асырады:

$$K_{\text{тнарко}} = (V_{\text{қарж'нарко_жыл}} / C_{\text{орт.тізім.нарко жыл}}) / m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{қарж'псих_жыл}}$ – алдағы қаржы жылындағы ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{орт'тізім.нарко жыл}}$ – ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың жылдық орташа тізімдік саны, мынадай формула бойынша есептеледі:

$$C_{\text{орт'тізім.нарко жыл}} = (C_{\text{нарко басы.}} + C_{\text{нарко басы.}} \times K_{\text{өсімбарысы}}/100)/2, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{нарко басы.}}$ – ННР-да тіркелген ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастардың қаржы жылы басындағы саны;

$K_{\text{өсімбарысы}}$ – соңғы үш жылдағы ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастар өсімінің орташа қарқыны, мына формула бойынша анықталады:

$$K_{\text{өсімбарысы}} = (C_{\text{нарко соңы}}(n1) / C_{\text{нарко басы.}}(n1) \times 100 + C_{\text{нарко соңы}}(n2) / C_{\text{нарко басы.}}(n2) \times 100 + C_{\text{нарко соңы}}(n3) / C_{\text{нарко басы.}}(n3) \times 100) / 3, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{нарко басы.}}$ – соңғы үш жыл бойында (n1,2,3) жыл басындағы наркологиялық науқастар регистріне тіркелген ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастар саны;

$C_{\text{нарко соңы}}$ – соңғы үш жыл бойында (n1,2,3) жыл соңындағы ННР-да тіркелген ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастар саны;

m – қаржы жылында ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді қаржыландыру жүргізілетін айлар саны.

47. ПБЗ қабылдау әсерінен психикалық және мінез-құлық ауытқушылығына шалдыққан бір науқасқа кешендік тариф есебін бір айға ПБЗ қабылдау әсерінен психикалық және мінез-құлық ауытқушылығына шалдыққан науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерін қаржыландыру көлемін есептеу, есеп берілетін жылға мына формула бойынша анықталады:

$$V_{\text{қаржнарко}} = C_{\text{орт'тізім.нарко}} \times K_{\text{тнарко}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{орт'тізім.нарко}}$ – есептік кезеңдегі ННР-да тіркелген ПБЗ қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастар орташа тізімдік санын психикалық белсенді заттарды қабылдау әсерінен психикасы мен мінез-құлқының бұзылулары бар науқастар санын есептік кезеңнің әрбір күнтізбелік күніне сомалап, одан шыққан соманы сол есептік кезеңдегі айдың күнтізбелік күндерінің санына бөлу арқылы есептеледі.

6-параграф. Туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсеткені үшін тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

48. Туберкулезбен ауыратын науқастарға ТМККК шеңберінде медициналық және әлеуметтік көмек көрсету үшін төлем бір жағдайға байланысты стационарлық және стационарлық ауыстыратын емделуді қамтамасыз ету үшін төленетін төлем республикалық денсаулық сақтау ұйымдарын қоспағанда, денсаулық сақтау субъектілеріне туберкулезбен ауыратын бір адам үшін күрделі тариф бойынша жүзеге асырылады (бұдан әрі – туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық және әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі).

49. Туберкулезге шалдыққан бір науқас үшін кешенді тариф мыналарды көздейді:

1) аурудың күдігі бар адамдарда туберкулезді анықтау бойынша емдеу-диагностикалық шараларды жүзеге асыру;

2) туберкулезбен ауыратын адамдарға (белсенді туберкулезге) және туберкулезге қарсы диспансерлерде диспансерлік бақылауына тұрған адамдарға диспансерлік бақылауға алу емдеу-диагностикалық шараларды жүргізуді қамтамасыз ету;

3) туберкулезбен ауыратын адамдарға әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету.

50. Туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық және әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына ЖРВТ-де тіркелген бір айдағы туберкулезбен ауыратын науқастарға кешенді тарифті есептеу формуласы бойынша жүзеге асырылады:

$$K_{\text{туб}} = (V_{\text{туб.қар.жыл}} / C_{\text{туб.орт.тізім.жыл}}) / m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{туб.қар.жыл}}$ – алдағы жылға қаржы жылына арналған туберкулезге қарсы науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету үшін қаржыландыру;

$C_{\text{туб.орт.тізім.жыл}}$ – туберкулезбен ауыратындардың жылдық орташа тізімдік саны, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$C_{\text{туб.орт.тізім.жыл}} = (C_{\text{туб.бас.}} + C_{\text{туб.бас.}} \times K_{\text{өсім}} / 100) / 2,$$

$C_{\text{туб.бас.}}$ – қаржы жылының басында ТАНҰТ-та тіркелген туберкулезбен ауыратындардың саны;

$K_{\text{өсім}}$ – формула бойынша анықталады соңғы үш жылда туберкулезбен ауыратын науқастар орташа өсу қарқыны:

$$K_{\text{өсім}} = (C_{\text{туб.соң.}}(n1) / C_{\text{туб.бас.}}(n1) \times 100 + C_{\text{туб.соң.}}(n2) / C_{\text{туб.бас.}}(n2) \times 100 + C_{\text{туб.соң.}}(n3) / C_{\text{туб.бас.}}(n3) \times 100) / 3, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{туб.бас.}}$ – (n1,2,3) кезең үшін жылдың басында ТАНҰТ-та тіркелген туберкулезбен ауыратын науқастар саны соңғы үш жылда;

$C_{\text{туб.соң.}}$ – (n1,2,3) кезең үшін жыл соңында ТАНҰТ-та тіркелген туберкулезбен ауыратын науқастар саны соңғы үш жылда;

m – қаржылық жылдағы айлар саны, оның барысында туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық және әлеуметтік қызметтер көрсету үшін қаржыландыру қарастырылатын боладық-диагностикалық шараларды қамтамасыз ету;

$$V_{\text{туб.қарж.}} = C_{\text{туб.орт.тізім.}} \times K_{\text{туб}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{туб.орт.тізім.}}$ – есепті кезеңде туберкулезбен ауыратын науқастардың орташа саны есептік кезеңнің әрбір күнтізбелік күнінде және осы есепті кезеңде күнтізбелік күн санына түскен соманы бөлу арқылы ТАНҰТ-та тіркелген науқастардың санын есептеу жолымен есептеледі.

7-параграф. АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсеткені үшін тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

52. ТМККК шеңберінде АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету үшін ақы төлеу бір медициналық қызметті көрсетуге арналған тариф бойынша төлем жүргізілетін консультациялық-диагностикалық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсететін ұйымдарды қоспағанда, денсаулық сақтау субъектілеріне бір АИТВ инфекциясын жұқтырғанға және ЖИТС-пен ауыратын науқасқа шаққанда кешенді тариф бойынша жүзеге асыралыды (бұдан әрі – АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі).

53. Бір АИТВ инфекциясын жұқтырғанға және ЖИТС-пен ауыратын науқасқа шаққандағы кешенді жоспар мынаны қамтиды:

1) амбулаториялық-емханалық көмек нысанында білікті, мамандандырылған, медициналық-әлеуметтік көмекті қамтамасыз ету: АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және ЖИТС-пен ауыратын науқастарға консультациялық-диагностикалық көмекті, оның ішінде АИТВ-инфекциясын анадан ұрыққа және ерте жастағы балаға берілу қауіпін төмендету жөніндегі профилактикалық іс-шараларды жүзеге асыру;

2) құпия медициналық тексеріп-қарауды қамтамасыз ету, психологиялық-әлеуметтік, заң консультацияларын ұсыну, сенім пунктерінің, достық кабинеттерінің жұмыс істеуі, халық арасында АИТВ-инфекциясын профилактикалау жөніндегі іс-шараларды іске асыру;

3) уәкілетті орган бекіткен АИТВ жұқтырудың жоғары қауіп-қатері бойынша халықтың осал топтарына жататын тұлғалардың арасында емдеу-профилактикалық іс-шараларды жүргізу;

4) стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмекті және бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің пациенттері үшін АИТВ-инфекциясына талдаулар жүргізу.

54. Айына бір АИТВ инфекциясын жұқтырғанға және ЖИТС-пен ауыратын науқасқа, АИТВ-инфекциясын жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісіне арналған кешенді тарифті есептеу мына формула бойынша жүзеге асырылады:

$$K_{\text{АИТВ}} = (V_{\text{қарж.}} \text{ _жылға АИТВ} / C_{\text{жылына АИТВ орташа тізімі}}) / m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{қарж.}} \text{ _жылға АИТВ}$ – АИТВ инфекциясын жұқтырғанға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуге арналған қаржыландыру көлемі;

$C_{\text{АИТВ орт.тізім.жыл}}$ – АИТВ инфекциясын жұқтырғандардың және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың жылдық орташа тізімдік саны, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$C_{\text{АИТВ орт.тізім.жыл}} = (C_{\text{АИТВ бас.}} + C_{\text{АИТВ бас.}} \times K_{\text{өсім}}/100)/2, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{АИТВ бас.}}$ – қаржы жылының басында АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға консультативтік-диагностикалық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсететін республикалық денсаулық сақтау ұйымы ресми ұсынған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың саны;

$K_{\text{өсім}}$ – АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың соңғы үш жылдағы өсімінің орташа қарқыны мына формула бойынша есептеледі:

$$K_{\text{өсім}} = (C_{\text{АИТВ соң.}(n1)} / C_{\text{АИТВ бас.}(n1)} \times 100 + C_{\text{АИТВ соң.}(n2)} / C_{\text{АИТВ бас.}(n2)} \times 100 + C_{\text{АИТВ соң.}(n3)} / C_{\text{АИТВ бас.}(n3)} \times 100)/3, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{АИТВ бас.}}$ – соңғы үш жыл мерзімінде (n1,2,3) жылдың басында АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға консультативтік-диагностикалық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсететін республикалық денсаулық сақтау ұйымы ресми ұсынған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың саны;

$C_{\text{АИТВ соң.}}$ – соңғы үш жыл мерзімінде (n1,2,3) жылдың соңында АИТВ инфекциясын жұқтырғандарға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға консультативтік-диагностикалық көмек нысанында мамандандырылған медициналық көмек көрсететін республикалық денсаулық сақтау ұйымы ресми ұсынған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың саны;

m – АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік қызметтерді көрсетуге арналған қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлар саны.

55. АИТВ жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсететін, төлемі есеп беріп отырған мерзімде бір АИТВ жұқтырғанға және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқасқа шаққанда кешенді тариф бойынша жүзеге асырылатын денсаулық сақтау субъектілері үшін қаржыландыру көлемін есептеу мына формула бойынша анықталады:

$$V_{\text{қарж. АИТВ}} = C_{\text{АИТВ орт.тізім.}} \times K_{\text{Т АИТВ}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{АИТВ орт.тізім}}$ – есеп беріп отырған мерзімдегі АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың орта тізімдік саны есеп беріп отырған мерзімнің әр күнтізбелік күні тіркелген АИТВ инфекциясын жұқтырғандар және (немесе) ЖИТС-пен ауыратын науқастардың санын қосу және алынған соманы осы есеп беріп отырған мерзімдегі айдың күнтізбелік күніне бөлу жолымен есептеледі.

8-параграф. Жедел медициналық көмек көрсеткені үшін және санитариялық авиацияға арналған тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

56. Жедел медициналық көмек станциясының деңгейінде жедел медициналық көмек (бұдан әрі – ЖК) көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне және " Рұқсаттар және хабарламалар туралы" 2014 жылғы 16 мамырдағы Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес рұқсат ету құжаттары бар денсаулық сақтау ұйымдарына ақы төлеу тіркелген халыққа шақыртулардың 4 жеделдік санатындағы ЖК-ті қоспағанда, жан басына шаққандағы жедел медициналық көмек көрсету норматив бойынша жүзеге асырылады.

57. ЖК көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін айына бір тұрғынға ЖК-ге арналған жан басына шаққандағы нормативті есептеу мына формула бойынша жүзеге асырылады:

$$ЖШН_{ЖК(субъект)} = (ЖШН_{баз.ЖККР} * ЖТК_{ЖК} + ЖШН_{баз.ЖККР} * (K_{обл.тығыз.} - 1) + ЖШН_{баз.ЖККР} * (K_{обл.жылу} - 1) + ЖШН_{баз.ЖККР} * (K_{ауыл.обл.} - 1)) * K_{субъект ЖК} + V_{экол.ЖК} / C_{субъект} / ш, мұнда:$$

$ЖТК_{ЖК}$ – субъект бойынша халықтың медициналық қызметтерді тұтынуының жынысы-жасы бойынша түзету коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$ЖТК_{ЖК} = \sum (С_{ЖК k/n} \times ЖТК_{ЖК(n)}) / C_{субъект}, \text{ мұнда:}$$

$C_{субъект}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген субъектіге бекітілген халықтың саны;

$C_{ЖК k/n}$ – n нөмірлі жастық-жыныстық топқа жататын k нөмірлі халықтың " БХТ" АЖ-да тіркелген жедел жәрдем көрсету субъектісіне бекітілген халықтың саны;

$ЖТК_{ЖК(n)}$ – n нөмірлі жастық-жыныстық топтың Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына кестеге сәйкес жынысы-жасы бойынша түзету коэффициенті.

Субъектіге бекітілген халықтың саны мен халықтың жыныстық-жастық құрамы халықты ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе айдың

соңғы күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-ның базасындағы халық жөніндегі деректердің негізінде айқындалады, олар алдағы қаржы жылы ауыл тұрғындарына АЕК көрсетуге арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін немесе денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органның шешімі бойынша ағымдағы қаржы жылы ішінде оны түзету үшін пайдаланылады.

$V_{\text{экол-қр}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес экологиялық апатты аймақтарда жұмыс істегені үшін үстемеақыны төлеуге арналған қаражаттың жылдық көлемі.

$K_{\text{обл. тығыз}}$ – осы Әдістеменің 1-қосымшасындағы 4-тармағына сәйкес формула бойынша айқындалатын осы облыс, республикалық маңызы бар қала мен астана бойынша халық тығыздығының коэффициенті;

$K_{\text{обл. жылу}}$ – осы Әдістеменің 1-қосымшасындағы 5-тармағына сәйкес формула бойынша айқындалатын облыс (республикалық маңызы бар қала мен астана) үшін жылу беру маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті;

$K_{\text{ауыл.обл.}}$ – облыстар үшін ауылдық жерлерде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті;

$$K_{\text{ауыл.обл.}} = 1 + 0,25 \times (C_{\text{ауыл}} / C_{\text{обл.}} \times ЖҮ_{\text{н}}), \text{ мұнда:}$$

$ЖҮ_{\text{ауыл}}$ – ауыл субъектілерінің ағымдағы шығындарының жалпы көлеміндегі лауазымдық жалақы бойынша еңбекақы төлеу шығындарының үлесі.

Республикалық маңызы бар қала мен астанаға арналған ауылдық елді мекенде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті 1,0-ге тең;

$K_{\text{субъект ЖК}}$ – тарифті түзету және тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган айқындаған денсаулық сақтау субъектісі үшін белгіленетін түзету коэффициенті. Түзету коэффициентінің мөлшерін есептеу және оны бекітуді уәкілетті орган жүзеге асырады;

$ЖШН_{\text{баз.ЖК(қр)}}$ – түзету коэффициенттерін есепке алмай айқындалған, Қазақстан Республикасының аумағында бірыңғай болып табылатын, Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен бір айда "БХТ" АЖ-да тіркелген бекітілген бір адамға арналған ЖК базалық жан басына шаққандағы норматив, және мына формула бойынша есептеледі:

$$ЖШН_{\text{баз.ЖК(қр)}} = ЖШН_{\text{орт.ЖК(қр)}} / ЖТК_{\text{қр}} + (K_{\text{тығыз.қр}} - 1) + (K_{\text{жылыту.қр}} - 1) + (K_{\text{ауыл.қр}} - 1), \text{ мұнда:}$$

$ЖШН_{\text{баз.ЖК(қр)}}$ – экологиялық апатты аймақтарда үстемеақы төлеуге арналған қаражатты қоспағанда, алдағы қаржы жылына ел бойынша айына бір

тұрғынға шаққандағы ЖК орташа жан басына шаққандағы норматив, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\text{ЖШН}_{\text{орт.ЖК(кр)}} = (V_{\text{СП-кр}} - V_{\text{экол-кр}}) / C_{\text{кр}} / m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{ЖК(кр)}}$ – халыққа ЖК көрсету үшін ел бойынша қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемі;

$V_{\text{экол-кр}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес экологиялық апатты аймақтарда жұмыс істегені үшін үстемеақыны төлеуге арналған қаражаттың жылдық көлемі;

$C_{\text{кр}}$ – халықты еркін бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе есепті кезеңнің алдағы қаржы жылына немесе қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын айының соңғы күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген, барлық МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

m – ЖК қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржылық жылдағы айлардың саны;

$K_{\text{ауыл.кр.}}$ – ел бойынша ауылдық жерлерде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алудың орташа коэффициенті;

$V_{\text{экол-жк}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес облыс деңгейінде қалыптастырылатын субъектіге экологиялық апат аймақтарында жұмыс істегені үшін үстемеақы төлеуге көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

m – МСАК субъектісін қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлардың саны;

$K_{\text{ауыл.обл.}}$ – облыстар үшін ауылдық жерлерде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті;

$$K_{\text{ауыл.обл.}} = 1 + 0,25 \times (C_{\text{ауыл}} / C_{\text{обл.}} \times \text{ЖҮ}_{\text{ауыл}}), \text{ мұнда:}$$

$\text{ЖҮЖК}_{\text{ауыл}}$ – ЖК субъектілерінің ағымдағы шығындарының жалпы көлеміндегі лауазымдық жалақы бойынша еңбекақы төлеу шығындарының үлесі.

Республикалық маңызы бар қала мен астанаға арналған ауылдық елді мекенде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті 1,0-ге тең.

58. ЖК субъектісі үшін жан басына шаққандағы норматив бойынша ЖК-ті қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{ЖК}} = C_{\text{ЖК}} \times \text{ЖШН}_{\text{ЖК}} \times m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{ЖК}}$ – алдағы қаржы жылына немесе есепті кезеңге арналған ЖК субъектісін қаржыландыру көлемі;

$C_{ЖК}$ – ТМККК көрсету шартына сәйкес ЖК субъектісі қызмет көрсететін халықтың саны;

$ЖШН_{ЖК}$ – айына "БХТ" АЖ-да тіркелген, ЖК субъектісі үшін айқындалған бір бекітілген адамға шаққандағы ЖК жан басына шаққандағы нормативі;

m – қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын кезеңдегі айлардың саны.

ЖК жан басына шаққандағы нормативі бойынша ЖК субъектісін қаржыландыру көлемі көрсетілген қызметтердің көлеміне байланысты емес.

59. Көрсетілген жедел медициналық көмекке ақы төлеу "Рұқсаттар және хабарламалар туралы" 2014 жылғы 16 мамырдағы Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес рұқсат ету құжаттары бар денсаулық сақтау ұйымдарын қоса орындау үшін тарту жағдайда жедел медициналық көмекті бір шақыру үшін тариф бойынша жүзеге асырылады, ол осы Әдістеменің 13-15-тармақтарына сәйкес формула бойынша анықталады.

60. Білікті мамандарды және (немесе) науқастарды әр түрлі жер бетіндегі транспорттармен тасымалдаумен байланысты медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне ақы төлеу медициналық көмекті бір шақыру үшін тариф бойынша жүзеге асырылады, ол мынадай формула бойынша анықталады:

$$T_{ш} = V_{қарж} / C_{ш}, \text{ мұнда:}$$

$T_{ш}$ – білікті мамандарды және (немесе) науқастарды әр түрлі жер бетіндегі транспорттармен тасымалдаумен байланысты медициналық көмекті бір шақыру үшін тариф;

$V_{қарж}$ – білікті мамандарды және (немесе) науқастарды әр түрлі жер бетіндегі транспорттармен тасымалдаумен байланысты медициналық көмекті көрсетуге денсаулық сақтау субъектісінің кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі;

$C_{ш}$ – денсаулық сақтау субъектісінің кезекті жоспарлы кезеңге арналған білікті мамандарды және (немесе) науқастарды әр түрлі жер бетіндегі транспорттармен тасымалдаумен байланысты медициналық көмекті шақыру саны.

61. Санитариялық авиацияның көрсетілген медициналық қызметтері үшін ақы төлеу көлік және медициналық қызметтерге арналған тарифтер бойынша жүзеге асырылады.

Санитариялық авиацияның медициналық қызметтеріне арналған тариф мынадай формула бойынша айқындалады:

$$T_{мк} = V_{мк қарж} / C_c, \text{ мұнда:}$$

$T_{\text{МК}}$ – санитариялық авиацияның медициналық қызметінің бір сағаты үшін тариф;

$V_{\text{МК қарж}}$ – санитариялық авиацияның медициналық қызметтерін көрсетуге кезекті жоспарлы кезеңге арналған қаржыландыру көлемі;

C_c – медициналық қызметтер көрсетудің жоспарланып отырған сағаттарының саны.

Санитариялық авиацияның көлік қызметтеріне арналған тариф білікті мамандарды және (немесе) науқасты көліктің түрлі түрлерімен тасымалдауға байланысты шығыстарды қамтиды және әлеуетті қызметтер берушілердің ұсыныстарының орташа құны бойынша айқындалады.

9-параграф. Ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсеткені үшін тарифтерді қалыптастыру алгоритмі

62. Кодекстің 34-бабының 1-тармағына және Заңның 10-бабының 1) тармақшасына сәйкес айқындалатын медициналық көмек нысандарының тізбесі бойынша медициналық қызметтер кешенін көрсететін аудандық маңызы бар және ауылдың денсаулық сақтау субъектілеріне (бұдан әрі – ауылдың субъектісі) қаржыландыру көлемін айқындау үшін тариф ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив болып табылады.

63. Ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив МСАК көрсететін ауыл субъектілері үшін айына "БХТ" АЖ-да тіркелген бір ауыл тұрғынына есептегенде айқындалады және оның құрамында ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті мен ЖБНЫК бар.

Ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив МСАК көрсетпейтін ауыл субъектілері үшін осы өңір немесе ауыл бойынша айына "БХТ" АЖ-да тіркелген бір ауыл тұрғынына есептегенде айқындалады және оның құрамында ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті бар.

64. Ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті осы Әдістеменің 3-тармағына сәйкес МСАК, КДК, жедел медициналық көмек, стационарды алмастыратын және стационарлық медициналық көмек нысандарында көрсетілетін медициналық көмектің, оның ішінде дәрігерге дейінгі, білікті, мамандандырылған, медициналық-әлеуметтік түрлері бойынша ауыл тұрғындарына ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесіндегі медициналық қызметтер кешенін

камтамасыз ету бойынша ауыл субъектісінің қызметімен байланысты шығындарды қамтиды.

Ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компонентінің мөлшері медициналық көмектің нысандары (МСАК, ҚДК, стационарды алмастыратын көмек, стационарлық көмек) бойынша ауыл субъектілерінің құрылымына байланысты белгіленеді.

65. Кешенді жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті осы Әдістеменің 9-11-тармақтарына сәйкес айқындалады.

66. Ауыл субъектілері үшін бір айға ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативті есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$КЖН_{ауыл} = КЖН_{ауыл\ кепіл.} + S_{жнык}, \text{ мұнда:}$$

$КЖН_{ауыл}$ – айына "БХТ" АЖ-да тіркелген бір бекітілген адамға шаққандағы ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив;

$S_{жнык}$ – айына "БХТ" АЖ-да тіркелген, ауыл субъектісіне бекітілген бір адамға шаққандағы ЖНЫК сомасы;

$КЖН_{ауыл\ кепіл.}$ – айына "БХТ" АЖ-да тіркелген, ауыл субъектісіне бекітілген бір адамға шаққандағы ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы нормативтің кепілдік берілген компоненті, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$КЖН_{ауыл\ кепіл.} = (КЖН_{МСАК\ баз.} \times ЖТК_{ауыл} + КЖН_{МСАК\ баз.} \times (К_{обл.тығыз} - 1) + КЖН_{МСАК\ баз.} \times (К_{обл.жылу} - 1) + КЖН_{МСАК\ баз.} \times (К_{обл.ауыл} - 1)) \times \\ K_{ауыл\ субъектісі} + V_{ауыл_экол} / C_{ауыл} / m + (V_{ск/сат_ауыл} / C_{ауыл} / m) \times K_{ауыл\ субъектісі} + V_{мектеп_ауыл} / C_{ауыл} / m + V_{ЖК_ауыл} / C_{ауыл} / m + \\ V_{тамақ_ауыл} / C_{ауыл} / m. \text{ Мұнда:}$$

$КЖН_{баз.МСАК}$ – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен, осы Әдістеменің 1-қосымшасына сәйкес формула бойынша есептелетін түзету коэффициенттері есепке алынбай айқындалған, бір айда "БХТ" АЖ-да тіркелген бір бекітілген адамға шаққандағы АЕК базалық кешенді жан басына шаққандағы норматив;

$Сауыл$ – осы аудан немесе ауыл бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК көрсететін ауыл субъектісіне бекітілген халықтың саны немесе "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК көрсетпейтін ауыл субъектісіне бекітілген халықтың саны (бұдан әрі – ауыл субъектісіне бекітілген халықтың саны);

ТМККК шеңберінде ауыл субъектісіне бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

МӘМС жүйесінде ауыл субъектісіне бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді тұтынушылар ретінде тіркелген халықтың саны бойынша анықталады.

ТМККК шеңберінде ауыл субъектісіне бекітілген халық саны есепті кезең айының соңғы күніндегі ахуал бойынша Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық көмекке құқығы жоқ халықтың саны бойынша анықталады.

$V_{\text{мектеп-ауыл}}$ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 3 ақпандағы № 85 бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасында МСАК көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 13392 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 85 бұйрық) МСАК субъектісіне тіркелген интернаттық ұйымдарға жатпайтын орта білім беру ұйымдарында оқитындарға медициналық көмек көрсету бойынша білім беру ұйымының медициналық пункті қызметіне байланысты республикалық бюджеттен бөлінген қаражат шеңберінде шығындарды өтеуге арналған ауыл субъектісі үшін көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

$V_{\text{ЖК-ауыл}}$ – жіті сырқатынан немесе созылмалы аурудың асқынуынан туындаған, ағзалар мен жүйелердің кенеттен болған және айқын көрінетін бұзылуларсыз науқастың өмірі мен денсаулығына тікелей қауіп төндірмейтін пациенттің жай-күйі кезінде 4 жеделдік санаттағы шақыртуларға қызмет көрсету үшін тіркелген халыққа тәулік бойы шұғыл медициналық көмек көрсеткені үшін ауыл МСАК ұйымдарының қызметімен байланысты шығындарға ақы төлеуге республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың шегінде өңірлер бөлінісінде көзделген жылдық қаражат көлемі;

$V_{\text{тамақ-ауыл}}$ – № 666 бұйрыққа сәйкес амбулаториялық деңгейде мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз етумен байланысты шығындарға ақы төлеуге республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың шегінде көзделген жылдық қаражат көлемі;

$ЖТК_{\text{ауыл}}$ – ауыл субъектісі бойынша халықтың МСАК-ты тұтынуының жыныстық-жастық түзету коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$ЖТК_{\text{ауыл}} = \sum$$

(Сауыл k/n x ЖТКауыл (n))/ Сауыл, мұнда:

$C_{\text{ауыл } k/n}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген, ауыл субъектісіне бекітілген халықтың саны, n нөмірлі жыныстық-жастық топқа жататын халықтың k нөмірі;

$ЖТК_{\text{ауыл } (n)}$ – Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына кестеге сәйкес n нөмірлі жыныстық-жастық топ халқының медициналық көрсетілетін қызметтер тұтынуының жыныстық-жастық түзету коэффициенті.

Ауыл субъектісіне бекітілген халықтың саны мен халықтың жыныстық-жастық құрамы халықты ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе айдың соңғы күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-ның базасындағы халық жөніндегі деректердің негізінде айқындалады, олар алдағы қаржы жылы ауыл тұрғындарына ТМККК қызметтерінің кешенін көрсетуге арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін немесе уәкілетті органның шешімі бойынша ағымдағы қаржы жылы ішінде оны түзету үшін пайдаланылады.

$K_{\text{обл. тығыз.}}$ – осы Әдістеменің 1-қосымшаның 4-тармағына сәйкес формула бойынша айқындалатын облыс, республикалық маңызы бар қала мен астана бойынша халық тығыздығының коэффициенті;

$K_{\text{обл. жылу}}$ – осы Әдістеменің 1-қосымшаның 5-тармағына сәйкес формула бойынша айқындалатын облыс (республикалық маңызы бар қала мен астана) үшін жылу беру маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті;

$K_{\text{ауыл. обл.}}$ – облыстар үшін ауылдық жерлерде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті;

$K_{\text{ауыл. обл.}} = 1 + 0,25 \times (\text{Сауыл} / \text{Собл.} \times \text{ЛАауыл})$, мұнда:

$TU_{\text{ауыл}}$ – ауыл субъектілерінің ағымдағы шығындарының жалпы көлеміндегі лауазымдық жалақы бойынша еңбекақы төлеу шығындарының үлесі.

Республикалық маңызы бар қала мен астана үшін ауылдық елді мекенде жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алу коэффициенті 1,0-ге тең;

$K_{\text{ауыл субъектісі}}$ – халқының саны аз болған жағдайда, тығыздығы төмен аумағы анағұрлым көп және Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен басқа аумақтық ерекшеліктер жағдайында тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында ауыл субъектісі үшін белгіленетін түзету коэффициенті. Түзету коэффициентінің мөлшерін есептеуді және оны бекітуді уәкілетті орган жүзеге асырады.

$V_{\text{экол-ауыл}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы мен ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес облыс деңгейінде қалыптастырылатын, ауыл субъектілеріне экологиялық апат

аймақтарында жұмыс істегені үшін үстемеақы төлеуге көзделген жылдық қаражаттың көлемі;

$V_{ск/сат_ауыл}$ – бекітілген халыққа стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсетуге арналған ауыл субъектісі үшін қаражаттың жылдық көлемі, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$V_{ск/сат_ауыл} = V_{ск/сат_ауыл/обл./ПСск/сат_ауыл/обл.} \times EЖ_{ск/сат_ауыл} + V_{дк}$,
мұнда:

$V_{ск/сат_ауыл/обл.}$ – алдағы қаржы жылына ауыл тұрғындарына стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысандарында мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған қаражаттың жылдық көлемі;

$V_{дк}$ – республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың шегінде стационардан шығарылған тірі туғандарды № 666 бұйрыққа сәйкес сәбиді күтіп қарауға арналған жиынтықпен (жаңа туған нәрестенің дәрі қобдишасын) қамтамасыз етумен байланысты шығындарды төлеуге көзделген облыс бойынша жылдық қаражат көлемі;

$EЖ_{ск/сат_ауыл/обл.}$ – алдағы қаржы жылына ауыл тұрғындарына стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысандарында мамандандырылған медициналық көмек көрсету кезінде облыс бойынша жоспарланатын емделіп шығу жағдайларының саны, ол емделіп шығу сомасы ($EЖ_{ск/сат_ауыл}$) ретінде барлық ауыл субъектілері бойынша айқындалады;

$EЖ_{ск/сат_ауыл}$ – алдағы қаржы жылына бекітілген халыққа стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысандарында мамандандырылған медициналық көмек көрсету кезінде ауыл субъектісі бойынша жоспарланатын емделіп шыққан жағдайлардың саны, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$EЖ_{ск/сат_ауыл} = EЖ_{ск/а_ауыл} + EЖ_{ск/ауыл} \times \%қарқыныск/ауыл + EЖ_{сат/ауыл} + EЖ_{сат/ауыл} \times \%қарқынысат/ауыл$, мұнда:

$EЖ_{ск/ауыл}$ – бекітілген халық арасында стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысандарында мамандандырылған медициналық көмек көрсетілген ауыл субъектісінің өткен жылға емделіп шыққан жағдайлардың саны;

$EЖ_{сат/ауыл}$ – бекітілген ауыл тұрғындары арасында стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмек нысандарында мамандандырылған медициналық көмек көрсетілген ауыл субъектісінің өткен жылға емделіп шыққан жағдайлардың саны;

%қарқыныск/ауыл, % қарқынысат/ауыл – алдағы қаржы жылына тиісті жоспарланатын стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмектің пайызда көрсетілген өсу немесе төмендеу қарқыны;

Кауыл субъектісі – халқының саны аз болған жағдайда, тығыздығы төмен аумағы анағұрлым көп және Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен басқа аумақтық ерекшеліктер жағдайында тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында ауыл субъектісі үшін белгіленетін түзету коэффициенті. Түзету коэффициентінің мөлшерін есептеуді және оны бекітуді уәкілетті орган жүзеге асырады.

m – ауыл субъектісін қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлардың саны;

67. Ауыл субъектісі үшін ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив бойынша ауыл тұрғындарына медициналық қызметтер кешенін көрсетуге арналған қаржыландыру көлемін есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{ауыл қаржы}} = C_{\text{ауыл}} \times KЖН_{\text{ауыл}} \times m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{ауыл қаржы}}$ – алдағы қаржы жылына немесе есепті кезеңге арналған МСАК көрсететін ауыл субъектісін қаржыландыру көлемі;

Ауыл тұрғындарына арналған кешенді жан басына шаққандағы норматив бойынша ауыл субъектісін қаржыландыру көлемі көрсетілген қызметтердің көлеміне байланысты емес.

Ауыл субъектісіне бір тұрғынға есептегендегі ЖБНЫК сомасы алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін айқындау кезінде республика бойынша белгіленген жоспарлы деңгей бойынша, ал есепті кезеңдегі қаржыландыру көлемін айқындау кезінде ИКК-ның алынған нақты нәтижесі негізінде айқындалады.

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген көлемі
шеңберінде және
міндетті әлеуметтік
медициналық
сақтандыру жүйесінде
көрсетілетін медициналық
қызметтерге арналған
тарифтерді қалыптастыру
әдістемесіне
1-қосымша

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласы

1. Бір айда МСАК субъектісіне "БХТ" АЖ-да тіркелген бір адамға шаққандағы АЕК кешенді жан басына шаққандағы нормативті есептеу мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$KЖН_{\text{кепіл.АЕК}} = KЖН_{\text{баз.МСАК}} \times ЖТК_{\text{МСАК}} + KЖН_{\text{баз.МСАК}} \times (K_{\text{обл.тығыз.}} - 1) + KЖН_{\text{баз.МСАК}} \times (K_{\text{обл.жылу}} - 1) + KЖН_{\text{баз.МСАК}} \times (K_{\text{МСАК субъект}} - 1) + ЖШН_{\text{баз.ҚРЖК}} \times ЖТК_{\text{ЖК}} + ЖШН_{\text{баз.ҚРЖК}} \times (K_{\text{обл.тығыз.}} - 1) + ЖШН_{\text{баз.ҚРЖК}} \times (K_{\text{обл.жылу}} - 1) + ЖШН_{\text{баз.ҚРЖК}} \times (K_{\text{обл. ауыл}} - 1) + V_{\text{экол.мсак}} / C_{\text{МСАК}} / m + V_{\text{мектеп. мсак}} / C_{\text{МСАК}} / m + V_{\text{тамақ. мсак}} / C_{\text{МСАК}} / m, \text{ мұнда:}$$

1) $KЖН_{\text{баз.МСАК}}$ – осы қосымшаның 2-тармағына сәйкес формула бойынша анықталатын МСАК субъектілері үшін Кодекстің 23-бабы 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган түзету коэффициенттерін есепке алмай бекіткен, айына "БХТ" АЖ-да алдағы қаржы жылына тіркелген бір бекітілген адамға шаққандағы АЕК базалық кешенді жан басына шаққандағы норматив;

2) $ЖТК_{\text{МСАК}}$ – осы қосымшаның 3-тармағына сәйкес анықталатын МСАК субъектісі бойынша халықтың медициналық қызметтерді тұтынуының жыныстық-жастық түзету коэффициенті;

3) $K_{\text{тығызд. қр}}$ – осы қосымшаның 4-тармағына сәйкес анықталатын ел бойынша халықтың орташа тығыздық коэффициенті;

4) $K_{\text{жылу. қр}}$ – осы қосымшаның 5-тармағына сәйкес анықталатын ел бойынша жылыту маусымының ұзақтығын есепке алудың орташа коэффициенті;

5) $K_{\text{МСАК субъект}}$ – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен МСАК субъектісі үшін тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында белгіленетін түзету коэффициенті. Түзету коэффициентінің мөлшерін есептеу және оны бекітуді уәкілетті орган жүзеге асырады;

6) $V_{\text{экол-мсак}}$ – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы және ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңына сәйкес облыс деңгейінде қалыптастырылатын, МСАК субъектісіне экологиялық апат аймақтарында жұмыс істегені үшін үстемеақы төлеуге көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

7) $C_{\text{МСАК}}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

8) $V_{\text{мектеп-мсак}}$ – "Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 3 ақпандағы № 85 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 13392 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 85 бұйрық) сәйкес МСАК субъектісіне тіркелген интернаттық ұйымдарға жатпайтын орта білім беру ұйымдарында оқитындарға медициналық көмек

көрсету бойынша білім беру ұйымының медициналық пункті қызметіне байланысты республикалық бюджеттен бөлінген қаражат шеңберінде шығындарды өтеуге арналған ауыл субъектісі үшін көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

9) $V_{\text{ЖК}_{\text{МСАК}}}$ – жіті сырқатынан немесе созылмалы аурудың асқынуынан туындаған, ағзалар мен жүйелердің кенеттен болған және айқын көрінетін бұзылуларсыз науқастың өмірі мен денсаулығына тікелей қауіп төндірмейтін пациенттің жай-күйі кезінде 4 жеделдік санаттағы шақыртуларға қызмет көрсету үшін тіркелген халыққа тәулік бойы шұғыл медициналық көмек көрсеткені үшін МСАК ұйымдарының қызметімен байланысты шығыстарға ақы төлеуге республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың шегінде өңірлер бөлінісінде көзделген жылдық қаражат көлемі;

10) $V_{\text{тамақ} \cdot \text{МСАК}}$ – "Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде азаматтарды, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйлері) бар азаматтардың жекелеген санаттарын амбулаториялық деңгейде тегін немесе жеңілдікпен берілетін дәрілік заттармен, медициналық мақсаттағы бұйымдармен және мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 тамыздағы № 666 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15724 болып тіркелген) сәйкес амбулаториялық деңгейде мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз етумен байланысты шығындарға ақы төлеуге республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың шегінде көзделген жылдық қаражат көлемі;

11) m – АЕК-ті қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлардың саны;

12) ЖТКЖК – субъект бойынша халықтың медициналық қызметтерді тұтынуының жынысы-жасы бойынша түзету коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\text{ЖТК}_{\text{ЖК}} = \sum (C_{\text{ЖК } k/n} \times \text{ЖТК}_{\text{ЖК}(n)}) / C_{\text{субъект}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{субъект}}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген субъектіге бекітілген халықтың саны;

$C_{\text{ЖК } k/n}$ – n нөмірлі жастық-жыныстық топқа жататын k нөмірлі халықтың "БХТ" АЖ-да тіркелген жедел жәрдем көрсету субъектісіне бекітілген халықтың саны;

ЖТКЖК(n) – n нөмірлі жастық-жыныстық топтың Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына кестеге сәйкес жынысы-жасы бойынша түзету коэффициенті.

ЖШН_{баз.ЖК(рк)} – түзету коэффициенттерін есепке алмай айқындалған, Қазақстан Республикасының аумағында бірыңғай болып табылатын, Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган айқындайтын бір айда "БХТ" АЖ-да тіркелген бекітілген бір адамға арналған ЖК базалық жан басына шаққандағы норматив, және мына формула бойынша есептеледі:

$$\text{ЖШН}_{\text{баз.ЖК(кр)}} = \text{ЖШН}_{\text{орт.ЖК(кр)}} / \text{ЖТК}_{\text{кр}} + (K_{\text{тығыз.кр}} - 1) + (K_{\text{жылыту.кр}} - 1) + (K_{\text{ауыл.кр}} - 1),$$
 мұнда:

ЖШН_{баз.ЖК(кр)} – экологиялық апатты аймақтарда үстемеақы төлеуге арналған қаражатты қоспағанда, алдағы қаржы жылына ел бойынша айына бір тұрғынға шаққандағы ЖК орташа жан басына шаққандағы норматив, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\text{ЖШН}_{\text{орт.ЖК(кр)}} = (V_{\text{СП-кр}} - V_{\text{экол-кр}}) / C_{\text{кр}} / m,$$
 мұнда:

V_{ЖК(кр)} – халыққа ЖК көрсету үшін ел бойынша қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемі;

C_{кр} – халықты еркін бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе есепті кезеңнің алдағы қаржы жылына немесе қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын айының соңғы күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген, барлық МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

m – ЖК қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржылық жылдағы айлардың саны.

2. МСАК субъектілері үшін Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган түзету коэффициенттерін есепке алмай айқындаған, айына "БХТ" АЖ-да алдағы қаржы жылына тіркелген бір бекітілген адамға шаққандағы АЕК базалық кешенді жан басына шаққандағы норматив, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$KЖН_{\text{баз.МСАК}} = KЖН_{\text{баз.АЕК(кр)}} - KЖН_{\text{баз.АЕК(кр)}} \times \%КДК,$$
 мұнда:

1) KЖН_{баз.АЕК(кр)} – түзету коэффициенттері есепке алынбай айқындалған, Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган айқындайтын айына "БХТ" АЖ-да тіркелген бір бекітілген адамға шаққандағы АЕК базалық кешенді жан басына шаққандағы норматив, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

$$КЖН_{\text{баз.АЕК(кр)}} = \frac{КЖН_{\text{АЕК(кр)}}}{ЖТК_{\text{кр}} + (К_{\text{кр.тығыз}} - 1) + (К_{\text{обл.жыту}} - 1) + (К_{\text{ауыл.жыту}} - 1)},$$

мұнда:

$КЖН_{\text{кепіл.АЕК(кр)}}$ – экологиялық апатты аймақтарда үстемеақы және интернаттық ұйымдарға жатпайтын орта білім беру ұйымдарының білім алушыларына медициналық көмекке төлеуге қаражатты қоспағанда, алдағы қаржы жылына ел бойынша айына бір тұрғынға шаққандағы АЕК орташа кешенді жан басына шаққандағы норматив, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$КЖН_{\text{баз.МСАК}} = КЖН_{\text{баз.АЕК(кр)}} - КЖН_{\text{баз.АЕК(кр)}} \times \%КДК, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{АЕК(кр)}}$ – халыққа АЕК көрсету үшін ел бойынша қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемі;

$V_{\text{жнык_кр}}$ – республика бойынша ЖЫНК-қа республикалық бюджеттен бөлінген қаражаттың жылдық көлемі;

$V_{\text{экол-кр}}$ – "Арал өңіріндегі экология салдарынан зардап шеккен азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы" (бұдан әрі – Арал өңірінің азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы) 1992 жылғы 30 маусымдағы және "Семей сынақ ядролық полигонындағы ядролық сынаулардың салдарынан зардап шеккен азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы" (бұдан әрі – ССЯП азаматтарын әлеуметтік қорғау туралы ҚР Заңы) 1992 жылғы 18 желтоқсандағы Қазақстан Республикасының Заңдарына сәйкес облыс деңгейінде қалыптастырылатын, МСАК субъектілеріне экологиялық апатты аймақтарда жұмыс істегені үшін үстемеақы төлеуге көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

$V_{\text{мектеп_кр}}$ – № 85 бұйрыққа сәйкес МСАК субъектісіне тіркелген интернаттық ұйымдарға жатпайтын орта білім беру ұйымдарында оқитындарға медициналық көмек көрсету бойынша білім беру ұйымының медициналық пункті қызметіне байланысты республикалық бюджеттен бөлінген қаражат шеңберінде шығындарды өтеуге арналған ауыл субъектісі үшін көзделген қаражаттың жылдық көлемі;

$Скр$ – халықты ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе қаржыландыруды есептеу үшін пайдаланылатын айдың күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген, барлық МСАК субъектілеріне бекітілген халықтың саны ;

m – АЕК-ті қаржыландыру жүзеге асырылатын қаржы жылындағы айлардың саны;

ЖТК_{кр.} – "БХТ" АЖ деректерінің негізінде ел халқының жыныстық-жастық құрылымы бойынша есептелген ел деңгейінде халықтың медициналық көрсетілетін қызметтерді тұтынуының жыныстық-жастық түзету коэффициенті;

$K_{\text{тығызд.кр}}$ – осы қосымшаның 4-тармағына сәйкес формула бойынша анықталатын ел бойынша халықтың орташа тығыздық коэффициенті;

$K_{\text{жылу.кр}}$ – осы қосымшаның 5-тармағына сәйкес формула бойынша анықталатын ел бойынша жылыту маусымының ұзақтығын есепке алудың орташа коэффициенті;

$K_{\text{ауыл.кр}}$ – ел бойынша ауыл аймақтарында жұмыс істегені үшін үстемеақыны есепке алудың орташа коэффициенті.

2) % КДК – МСАК субъектілеріне бекітілген халыққа консультациялық-диагностикалық қызметтерді көрсетуге арналған қаражат үлесі ;

3. ЖТК_{МСАК} – МСАК субъектісі бойынша халықтың медициналық қызметтерді тұтынуының жыныстық-жастық түзету коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$\text{ЖТК}_{\text{МСАК}} = \sum(C_{\text{МСАК}k/n} \times \text{ЖТК}_{\text{МСАК}(n)}) / C_{\text{МСАК}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{МСАК}}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

$C_{\text{МСАК}k/n}$ – "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны n нөмірлі жыныстық-жастық топқа жататын халықтың k нөмірі;

$\text{ЖТК}_{\text{МСАК}(n)}$ – Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына кестеге сәйкес n нөмірлі жыныстық-жастық топтың жыныстық-жастық түзету коэффициенті;

МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны мен халықтың жыныстық-жастық құрамы халықты ерікті бекіту науқанының нәтижесі бойынша немесе айдың соңғы күніндегі ахуал бойынша алдағы қаржы жылындағы АЕК көрсетуге арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін немесе уәкілетті органның шешімі бойынша ағымдағы қаржы жылы ішінде оны түзету үшін пайдаланылатын "БХТ" АЖ базасындағы халық бойынша деректердің негізінде айқындалады.

4. $K_{\text{обл.тығыз}}$ – осы облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) бойынша халық тығыздығының коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{обл.тығыз}} = 1 + C \times T_{\text{ҚР хал/орта}} / T_{\text{обл.хал.}}, \text{ мұнда:}$$

C – облыстардың (республикалық маңызы бар қаланың және астананың) халқы тығыздығының орташа республикалық деңгейден немесе аудандардың халқы тығыздығының (облыстық маңызы бар қалалардың) орташа облыстық деңгейден ауытқуы есептелетін салмақ (Пирсон желілік корреляциясының коэффициентінің есебі бойынша);

$T_{\text{ҚР хал/орта}}$ – алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын кезеңдегі ахуал бойынша Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Статистика комитетінің (бұдан әрі – Статистика комитеті) деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасы бойынша халықтың орташа тығыздығы;

$T_{\text{обл.хал.}}$ – алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын кезеңдегі ахуал бойынша Статистика комитетінің деректеріне сәйкес облыстағы (республикалық маңызы бар қаладағы және астанадағы) халықтың тығыздығы.

5. $K_{\text{обл. жылу}}$ – облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) үшін жылыту маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{обл. жылу}} = 1 + Y_{\text{жылу}} \times \frac{(K_{\text{обл.}} - K_{\text{ҚР/орта}})}{K_{\text{ҚР/орта}}}, \text{ мұнда:}$$

$K_{\text{обл. жылу}}$ – облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) үшін жылыту маусымының ұзақтығын есепке алу коэффициенті;

$Y_{\text{жылу}}$ – облыста (республикалық маңызы бар қалада және астанада) амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің деректері негізінде өткен жылға облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) бойынша ағымдағы шығындардың жалпы көлеміндегі жылытуға арналған шығындардың үлесі;

$K_{обл}$ – алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын облыстың (республикалық маңызы бар қаланың және астананың) жергілікті атқарушы органы шешімінің негізінде айқындалған облыс (республикалық маңызы бар қала және астана) бойынша жылыту маусымының кезеңі;

$K_{ҚР/орта}$ – алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын облыстардың (республикалық маңызы бар қаланың және астананың) деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасы бойынша орташа жылыту маусымының кезеңі.

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына кесте

Жыныстық-жастық түзету коэффициенттері

Жынысы	Ерлер	Әйелдер
Жасы	Жыныстық-жастық түзету коэффициенттері	
0-12 ай	4,82	5,52
12 ай - 4 жас	1,45	1,65
5-9 жас	0,96	0,99
10-14 жас	0,94	0,92
15-19 жас	1,02	0,83
20-29 жас	0,53	1,20
30-39 жас	0,413	1,21
40-49 жас	0,53	1,20
50-59 жас	0,48	1,11
60-69 жас	0,84	2,19
70 және одан артық	1,11	1,48

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтерді қалыптастыру әдістемесіне 2-қосымша

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы компонентін есептеудің кешенді формуласы

1. ЖБНЫК-ны есептеу реттілікпен мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

1-қадам: республика деңгейінде айына бір тұрғынға есептегендегі ЖБНЫК-ның жоспарлы сомасын айқындау мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{жбнык_кр}} = C_{\text{кр_хал.}} * S_{\text{жбнык_кр}} * m_{\text{жыл.}}, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{жбнык_кр}}$ – республика бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жылдық көлемі;

$C_{\text{кр_хал.}}$ – алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыруды есептеу үшін пайдаланылатын айдың күнінде Статистика комитетінің деректері бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген халық санының деректеріне немесе "БХТ" АЖ-ның деректеріне сәйкес түзетілуі тиіс республика бойынша халық саны;

$S_{\text{жбнык_кр}}$ – 100 теңгеге тең 1 тұрғынға ЖБНЫК тіркелген мәні;

$m_{\text{жыл}}$ – ЖБНЫК сомаларын төлеу жүзеге асырылатын жоспарлы қаржы жылындағы айлардың саны.

2-қадам: өңір бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемін айқындау мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{өңір жбнык}} = C_{\text{өңір хал.}} * S_{\text{жбнык_кр}} * m_{\text{жыл}}, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{өңір жбнык}}$ – өңір бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жылдық көлемі;

$C_{\text{өңір.хал.}}$ – ағымдағы қаржы жылындағы бюджетті есептеу үшін пайдаланылатын, "БХТ" АЖ-да тіркелген, өңір бойынша бекітілген халықтың саны;

$S_{\text{жбнык_кр}}$ – 100 теңгеге тең 1 тұрғынға ЖБНЫК тіркелген мәні;

$m_{\text{жыл}}$ – ЖБНЫК-ны есептеу үшін жоспарлы қаржы жылындағы айлардың саны.

Айына өңір бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландыру көлемі ЖБНЫК-ны есептеу үшін жоспарлы қаржы жылындағы айлардың санына бөлу арқылы айқындалады ($V_{\text{өңір жбнык.}/\text{ай}}$).

3-қадам: МСАК субъектісі үшін ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемін айқындау мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$V_{\text{жбнык мұ жоспар}} = C_{\text{мсак}} * S_{\text{жбнкк_кр}} * K_{\text{мұ}} * m, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{жбнык мұ жоспар}}$ – МСАК субъектісінің ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемі;

$C_{\text{мсак}}$ – халықты еркін бекіту науқанының нәтижелері бойынша немесе алдағы қаржы жылына арналған қаржыландыру көлемін есептеу үшін пайдаланылатын айдың күніндегі ахуал бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

$S_{\text{жбнык қр}}$ – 100 теңгеге тең 1 тұрғынға ЖБНЫК тіркелген мәні;

$K_{\text{мұ}}$ – 1,0-ге тең, ТМККК шеңберінде МСАК қызметтерін көрсету кешенділігіне МСАК-тың нақты субъектісінің сәйкес келу коэффициенті;

m – ЖБНЫК сомаларын төлеу жүзеге асырылатын жоспарлы қаржы жылындағы айлардың саны.

Айына МСАК субъектісі бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы көлемі ЖБНЫК-ны есептеу үшін жоспарлы қаржы жылындағы айлардың санына бөлу арқылы айқындалады.

4-қадам: есепті кезеңдегі МСАК субъектісінің деңгейіне дейін МСАК субъектісі жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижесі үшін ЖБНЫК сомасын есептеу төрт кезеңде жүзеге асырылады:

1-кезең: МСАК субъектісінің есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторларының нысаналы мәніне қол жеткізуін бағалау (Σ

Σ

ИКК):

МСАК субъектісі жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижелерін бағалау индикаторларының (бұдан әрі – түпкілікті нәтиже индикаторы) нысаналы мәнін айқындау мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$M = Ид - Ид \times N$, мұнда:

M – есепті кезеңде қол жеткізілген түпкілікті нәтиже индикаторының нысаналы мәні;

$I_{\text{д}}$ – өткен есепті кезеңде қол жеткізілген түпкілікті нәтиже индикаторының деңгейлес мәні өңірлермен келісім бойынша уәкілетті органмен белгіленеді және Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына 1-кестеге (бұдан әрі – 1-кесте) сәйкес аумақтық учаскелер бейіндерінің бөлінісінде МСАК субъектілері үшін ең жоғары мүмкін балдар кестесіне сәйкес есептеу әдісі бойынша есептеледі;

N – өңірлермен келісім бойынша уәкілетті орган белгілейтін есепті кезең қорытындысы бойынша түпкілікті нәтиже индикаторларын жақсарту жөніндегі болжалды әсер. N -ды белгілеу кезінде мыналарды есепке алу қажет:

1) егер N түпкілікті нәтиже индикаторының деңгейлес мәнінің төмендеуін белгілесе, онда N оң мәнде қолданылады ($N_{\text{төмен}}$);

2) егер N түпкілікті нәтиже индикаторы мәнінің ұлғаюын белгілесе, онда N теріс мәнде қолданылады ($N_{\text{жоғар}}$);

3) егер түпкілікті нәтиже индикаторының нысаналы мәніне белгілі бір мәнде қол жеткізілуі тиіс болса, онда $M = N$.

Есепті кезеңдегі МСАК субъектісі жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижелерін бағалау индикаторларының ағымдағы мәнін айқындау мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

1) "Медициналық-санитариялық алғашқы көмек тарифіне қосымша компонент" (бұдан әрі – "ЖБНҚК" АЖ) ақпараттық жүйесінде түпкілікті нәтиже индикаторларын қалыптастыру:

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына 2-кестеге (бұдан әрі – 2-кесте) сәйкес медициналық-санитариялық алғашқы көрсететін денсаулық сақтау субъектілері жұмысының қол жеткізілген нәтижелерін бағалау индикаторына сәйкес "БХТ", "ОНЭТ", "Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесі", "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" және (немесе) "Туберкулезбен ауыратын науқастардың ұлттық тіркелімі" ақпараттық жүйелері дерекқорларының (бұдан әрі – дерекқор), сондай-ақ медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік бақылау нәтижесінің негізінде;

ай сайын автоматтандырылған режимде дерекқордағы деректерді жаңартудың күн сайынғы мерзімділігімен;

дерекқордағы деректерге сәйкес келетін толық көлемде;

нақты жүзеге асырылады, яғни жүктелім 2-кестеде айқындалған талаптарға және Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы нормативін есептеудің кешенді формуласына 3-кестеге (бұдан әрі – 3-кесте) сәйкес медициналық-санитариялық алғашқы көрсететін ұйымы жұмысының қол жеткізілген нәтижелерін бағалау индикаторларын есептеу кезінде есепке алынатын Халықаралық аурулар жіктелмесінің Кодтар тізбесіне сәйкес жүзеге асырылған;

2) есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша ағымдағы мәнді (I_a) есептеу дерекқорлардан жүктелген деректердің негізінде "ЖБНҚК" АЖ-да автоматтандырылған режимде жүзеге асырылады және мынадай формула бойынша айқындалады:

$$I_a = C_a / C_0 \times N_{\text{и}}, \text{ мұнда:}$$

I_a – есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша ағымдағы мән;

C_a – 2 және 3-кестелерге сәйкес айқындалған талаптарға сәйкес есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиженің нақты индикаторын есептеу үшін алым бойынша біріктірілген сандық деректер;

C_b – 2 және 3-кестелерге сәйкес айқындалған талаптарға сәйкес есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиженің нақты индикаторын есептеу үшін бөлгіш бойынша біріктірілген сандық деректер;

N_i – 2-кестеге сәйкес айқындалған түпкілікті нәтиженің нақты индикаторын есептеу бірлігінің мәні.

"Жоқтық" деген болжалды әсері бар индикаторлар ерекше болып табылады. Осы индикаторлар үшін есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша ағымдағы мән (I_a) мынадай формула бойынша айқындалады:

$$I_a = C_a, \text{ мұнда:}$$

I_a – есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша ағымдағы мән;

C_a – 2 және 3-кестелерге сәйкес айқындалған талаптарға сәйкес есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиженің нақты индикаторын есептеу үшін алым бойынша біріктірілген сандық деректер.

Балдармен есепті кезеңдегі МСАК ұйымдары жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижесін бағалау реттілікпен мынадай тәртіппен орындалады:

1) балдармен ең жоғары балға қатысты нысаналы мәніне қол жеткізу деңгейін көрсететін түпкілікті нәтиже индикаторының келтірілген көрсеткіші (ИКК) мынадай формула бойынша есептеледі:

Нтөмен-дегі нысаналы мән (M) белгіленген түпкілікті нәтиже индикаторы үшін:

$$ИКК = M \times ИЖК / I_a, \text{ мұнда:}$$

ИКК – түпкілікті нәтиже индикаторының келтірілген көрсеткіші (бұдан әрі - нақты балл);

I_a – есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша ағымдағы мән;

ИЖК – түпкілікті нәтиженің нақты индикаторы бойынша балдың ең жоғары мәні;

M – есепті кезеңде қол жеткізілуі тиіс түпкілікті нәтиже индикаторының нысаналы мәні.

Егер ИКК ең жоғары мәннен (ИЖК) жоғары болса, онда ИКК өз ең жоғары мәнінде (ИЖК) белгіленеді;

Нжоғар-дағы нысаналы мән (М) белгіленген түпкілікті нәтиже индикаторы үшін:

$$\text{ИКК} = I_a \times \text{ИЖК} / M, \text{ мұнда:}$$

Егер ИКК ең жоғары мәннен (ИЖК) жоғары болса, онда ИКК өз ең жоғары мәнінде (ИЖК) белгіленеді;

0-ге тең нысаналы мән (М) белгіленген түпкілікті нәтиже индикаторы үшін:

егер $I_a = 0$ болса, онда ИКК өз ең жоғары мәнінде (ИЖК) белгіленеді;

егер $I_a > 0$ болса, онда ИКК 0 ретінде белгіленеді.

Егер $N_{\text{төмен}}$ мен $N_{\text{жоғар-дағы}}$ нысаналы мән (М) белгіленген түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша алым мен бөлгіш бойынша деректер болмаса, онда ИКК өзінің ең жоғары мәнінде (ИЖК) белгіленсін.

2) есепті кезеңдегі түпкілікті нәтиже индикаторлары бойынша нысаналы мәнге қол жеткізуге қалалық маңызы бар МСАК субъектісі қосқан үлесінің деңгейі (М%) мынадай формула бойынша айқындалады:

$$M\% =$$

$$\frac{\sum \text{ИКК}}{\sum M_{\text{балл}}}$$

Мбалл x 100, мұнда:

$$\sum$$

Мбалл – есепті кезеңде МСАК субъектісіне жинау қажет болған әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша ең жоғары балдардың сомасы;

ИКК – МСАК-тың нақты субъектісі бойынша есепті кезеңде қалыптасқан әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша нақты балдардың сомасы.

2-кезең: ИКК-ның алынған нақты нәтижесі негізінде есепті кезеңдегі МСАК-тың нақты субъектісі бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландыру көлемі мынадай формула бойынша есептеледі:

$$\sum V_{\text{нақты}} / \sum_{\text{мұ жбнык1}} = C_{\text{мұ хал.}} \times \sum_{\text{Сөңір_нақты жбнык/балл}} \times$$

ИКК x $K_{\text{МҰ}}$, мұнда:

$V_{\text{нақты}} / \sum_{\text{мұ жбнык1}}$ – есепті кезеңдегі МСАК субъектісі бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты көлемі;

Смұ хал. – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

Σ

ИКК – осы қадамның 1-кезеңіне сәйкес МСАК-тың нақты субъектісі бойынша есепті кезеңде қалыптасқан әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша нақты балдардың сомасы;

Сөңір_нақты жбнык/балл – өңір бойынша 1 балға есептегендегі есепті кезеңде белгіленген ЖБНЫК сомасы, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$S_{\text{кр_нақты жбнык/балл}} = S_{\text{кр жбнык}} / K_{\text{макс.балл}}, \text{ мұнда:}$$

$S_{\text{кр жбнык}}$ – 100 теңгеге тең 1 тұрғынға ЖБНЫК тіркелген мәні.

$K_{\text{макс.балл}}$ – 1-кестеде көрсетілген барлық индикаторлар бойынша балдардың сомасы;

$K_{\text{мұ}}$ – есепті кезеңдегі ТМККК шеңберінде МСАК қызметтерін көрсетудің кешенділігіне МСАК-тың нақты субъектісінің сәйкес келу коэффициенті, ол " БХТ" АЖ-ның деректері негізінде мынадай формула бойынша есептеледі:

$$K_{\text{мұ}} = (K_y + K_{\text{ОМК}} + K_{\text{әлеум.қызм/психолог}}) / 3, \text{ мұнда:}$$

K_y – аумақтық учаскелердің коэффициенті, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_y = (U_{\text{тер}} \times K_{\text{тер}} + U_{\text{пед}} \times K_{\text{пед}} + U_{\text{жпд}} \times K_{\text{жпд}}) / (U_{\text{мұ}} \times K_{\text{макс.балл}}), \text{ мұнда:}$$

$U_{\text{тер}}$ – терапиялық бейіндегі учаскелердің саны;

$U_{\text{пед}}$ – педиатриялық бейіндегі учаскелердің саны;

$U_{\text{жпд}}$ – жалпы практика дәрігерлері (бұдан әрі – ЖПД) учаскелерінің саны;

$U_{\text{мұ}}$ – МСАК-тың осы нақты субъектісі учаскелерінің жалпы саны;

Кең жоғары.балл – 1-кестеге сәйкес аумақтық учаскелер бейінінің бөлінісінде МСАК субъектілері үшін ең жоғары мүмкін балдардың кестеде көрсетілген барлық индикаторлар бойынша балдардың ең жоғары сомасы;

$K_{\text{тер}}$, $K_{\text{пед}}$ және $K_{\text{жпд}}$ – 1-кестеде көрсетілген әрбір бейін учаскесіндегі балдардың сомасы;

ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемін айқындау кезінде барлық МСАК субъектілері үшін 1,0-ге тең $K_{\text{убелгіленеді}}$.

$K_{\text{ОМК}}$ – орта медициналық персоналмен қамтамасыз етілу коэффициенті мынадай формула бойынша есептеледі:

$$K_{\text{омқ}} = (K_{\text{нақты/жпд омқ}} + K_{\text{нақты/тер омқ}} + K_{\text{нақты/пед омқ}}) / (C_{\text{хал. нақты/жпд}} / C_{\text{хал. норм/жпд}} + C_{\text{хал.нақты/тер.}} / C_{\text{хал. норм/тер.}} + C_{\text{хал.нақты/пед.}} / C_{\text{хал. норм/пед.}}), \text{ мұнда:}$$

$K_{\text{нақты/жпд омқ}}$, $K_{\text{нақты/тер омқ}}$, $K_{\text{нақты/пед омқ}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-ның деректері бойынша "БХТ" АЖ-да тіркелген учаскенің тиісті бейініндегі орта медицина қызметкерлерінің бос емес штаттық бірліктерінің нақты саны;

$C_{\text{хал. нақты (жпд, тер, пед.)}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген учаскенің бейініне сәйкес аумақтық учаскеге бекітілген халықтың нақты саны;

$C_{\text{хал. норм. (жпд, тер., пед.)}}$ – "Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттарын және штат нормативтерін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі № 238 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6173 тіркелген) (бұдан әрі – № 238 бұйрық) бекітілген және учаскедегі 2 мейіргерді есептегенде 1 мейіргер лауазымына айқындалған тиісті бейіндегі аумақтық учаскеде бекітілген халықтың нормативтік саны;

ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы жылдық көлемін айқындау кезінде барлық МСАК субъектілері үшін 1,0-ге тең Комқ белгіленеді.

Есепті кезеңдегі нақты МСАК субъектісі бойынша Комқ-ны айқындау кезінде мыналар есепке алынады:

аудандық маңызы бар және ауылдың МСАК субъектілерін қоспағанда, барлық МСАК субъектілері үшін егер нақты мәні 1,0-ден жоғары болса, онда 1,0-ге тең мән қойылады;

аудандық маңызы бар және ауылдың МСАК субъектілері үшін егер нақты мәні 1,25-тен жоғары болса, онда 1,25-ке тең мән қойылады.

Кәлеум.қызм/психолог – әлеуметтік қызметкерлермен және психологтармен қамтамасыз етілу коэффициенті мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{әлеум.қызм/психолог}} = (K_{\text{нақты/әлеум.қызм.}} + K_{\text{нақты/психолог}}) / (K_{\text{норм./әлеум.қызм.}} + K_{\text{норм./психолог}}), \text{ мұнда:}$$

$K_{\text{нақты/әлеум.қызм.}}$, $K_{\text{нақты/психолог}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі " БХТ" АЖ-ның деректері бойынша МСАК-тың нақты субъектісіндегі әлеуметтік қызметкерлер мен психологтардың штат бірліктерінің нақты саны;

$K_{\text{норм./әлеум.қызм.}}$, $K_{\text{норм./психолог}}$ – МСАК субъектісіне бекітілген халықтың нақты санына есептелген әлеуметтік қызметкерлер мен психологтардың штат бірліктерінің нормативтік саны мынадай формула бойынша айқындалады:

$K_{\text{норм./элеум.қызм.}} = C_{\text{мұ хал.}} / C_{\text{хал.норм./элеум.қызм.}}$ мұнда:

$C_{\text{мұ хал.}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

$C_{\text{хал.норм./элеум.қызм}}$ – № 238 бұйрықпен бекітілген әлеуметтік қызметкердің бір лауазымын белгілеу үшін МСАК субъектісіне бекітілген халықтың нормативтік саны;

$K_{\text{норм./психолог}} = C_{\text{мұ хал.}} / C_{\text{хал.норм./психолог}}$ мұнда:

$C_{\text{мұ хал}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК ұйымына бекітілген халықтың саны;

$C_{\text{хал.норм./психолог}}$ – № 238 бұйрықпен бекітілген психологтың бір лауазымын белгілеу үшін МСАК субъектісіне бекітілген халықтың нормативтік саны;

ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жылдық көлемін айқындау кезінде барлық МСАК субъектілері үшін 1,0-ге тең $K_{\text{элеум.қызм/психолог}}$ белгіленеді.

Есепті кезеңдегі МСАК-тың нақты субъектісі бойынша $K_{\text{элеум.қызм/психолог-ты}}$ айқындау кезінде барлық МСАК субъектілері үшін мыналар есепке алынады:

егер нақты мән 1,0-ден жоғары болса, онда 1,0-ге тең мән қойылады;

әлеуметтік қызметкерлер мен психологтар болмаған жағдайда 0-ге тең мән қойылады.

Егер МСАК субъектісі қосқан үлестің деңгейі (М%):

80%-ға дейін болса – қызметтің түпкілікті нәтижесіне қол жеткізуге қосқан үлесі ішінара қол жеткізілген ретінде бағаланады, онда есепті кезеңге ақы төлеу ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты қалыптасқан көлемі бойынша жүзеге асырылады;

80% және одан артық – қызметтің түпкілікті нәтижесіне қол жеткізуге қосқан үлесі қол жеткізілген ретінде бағаланады, онда есепті кезеңге ақы төлеу ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты қалыптасқан көлеміне МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімінің болмауы шартында 7-қадамның 2-кезеңіне сәйкес есептелеген 80% және одан артық түпкілікті нәтижеге қол жеткізгені үшін қосымша ынталандыру қорынан бөлінетін соманы қосу бойынша жүзеге асырылады. МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі болған жағдайда осы МСАК субъектісіне ақы төлеу ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты қалыптасқан көлемі бойынша жүзеге асырылады.

3-кезең: 80% және одан артық түпкілікті нәтижеге қол жеткізгені үшін МСАК субъектілерін қосымша ынталандыру қорын қалыптастыру және оны бөлу қағидалары;

1) қорды қалыптастыру есепті кезеңде ЖБНЫК-ның жоспарлы сомасының ЖБНЫК-ның нақты сомасынан ауытқуына байланысты МСАК субъектілерінен алынған қаражаттың есебінен мынадай формула бойынша жүзеге асырылады:

$$\sum K = V_{\text{мұ жоспар жбнык}} - V_{\text{мұ нақты жбнык}} \cdot 1, \text{ мұнда:}$$

$\sum K$ – есепті кезеңде 80% және одан артық түпкілікті нәтижеге қол жеткізгені үшін МСАК субъектілерін қосымша ынталандыру қоры қаражатының көлемі;

$V_{\text{мұ жоспар жбнык}}$ – есепті кезеңге арналған МСАК субъектісінің ЖБНЫК-ны қаржыландырудың жоспарлы көлемі мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{мұ жоспар жбнык}} = C_{\text{мұ хал}} * S_{\text{қр жбнык}} * K_{\text{мұ}}, \text{ мұнда:}$$

$C_{\text{мұ хал}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген, МСАК субъектісіне бекітілген халықтың саны;

$S_{\text{қр жбнык}}$ – 100 теңгеге тең 1 тұрғынға ЖБНЫК тіркелген мәні;

$K_{\text{мұ}} = 1,0$ -ге тең.

$V_{\text{мұ нақты жбнык}} \cdot 1$ – есепті кезеңдегі МСАК субъектісі бойынша ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты көлемі;

2) 80% және одан артық түпкілікті нәтиженің нысаналы мәнін орындауға қол жеткізген МСАК субъектілері (бұдан әрі – МСАК субъектілері-көшбасшылар) арасында қордың қаражатын бөлу мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

қордың қаражатынан МСАК субъектісі-көшбасшыны қосымша ынталандыруға бөлінетін 1 балдың құны мынадай формула бойынша айқындалады:

$$S_{\text{қос.жбнык}_\text{өңір/балл}} = \sum K / (C_{\text{мұ хал}-80\%} * \sum ИКК_{\text{мұ}-80\%} * K_{\text{мұ}-80\%}, \text{ мұнда:}$$

$S_{\text{қос.жбнык}_\text{өңір/балл}}$ – МСАК субъектілері-көшбасшылар үшін 1 балға есептегенде белгіленген ЖБНЫК-ның қосымша сомасы;

$C_{\text{мұ хал}-80\%}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген МСАК субъектісі-көшбасшының бекітілген халқының саны;

$ИКК_{\text{мұ}-80\%}$ – есепті кезеңдегі МСАК субъектісі-көшбасшының әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша нақты балдардың сомасы;

$K_{\text{мұ}-80\%}$ - есепті кезеңдегі МСАК субъектісі-көшбасшының ТМККК көрсетуі кезіндегі медициналық қызметтер кешенділігінің коэффициенті;

МСАК субъектісі-көшбасшы үшін қордан бөлінетін қосымша ынталандыру сомасы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$K_{\text{мұ}} = (C_{\text{мұ хал.}-80\%} \times \sum$$

$\text{ИКК}_{\text{мұ}-80\%} \times K_{\text{мұ}-80\%}) \times S_{\text{қос.жбнык}_\text{өңір/балл}}$, мұнда:

$K_{\text{мұ}} - 80\%$ және одан артық түпкілікті нәтижеге қол жеткізгені үшін МСАК субъектісі-көшбасшы үшін қордан бөлінетін қосымша ынталандыру сомасы.

Егер облыс бойынша 80% және одан артық қосқан үлес деңгейі бар (М%) МСАК субъектілерінің саны облыстың МСАК субъектілерінің жалпы санынан:

20% және одан артық болса – онда қалыптастырылған қор 80% және одан артық қосқан үлес деңгейіне қол жеткізген, МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі тіркелмеген МСАК субъектілері арасында толық көлемде бөлінеді;

20%-дан кем болса – онда МСАК субъектілеріне ЖБНЫК сомаларын төлеу мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

80% дейін (М%) қосқан үлес деңгейі бар МСАК субъектілеріне – ақы төлеу ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты қалыптасқан көлемі бойынша жүзеге асырылады;

80% және одан артық қосқан үлес деңгейі бар (М%) МСАК субъектілеріне МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімінің болмауы шартында ақы төлеу есепті кезеңге өңір бойынша бөлінген ЖБНЫК сомасының шегінде 25%-ға ұлғайтылған, өңір бойынша 1 балға есептегенде есепті кезеңде белгіленген ЖБНЫК сомасы ($S_{\text{нақты жбнык}_\text{өңір/балл}}$) бойынша жүзеге асырылады. МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі болған жағдайда осы МСАК субъектісіне ақы төлеу ЖБНЫК-ны қаржыландырудың нақты қалыптасқан көлемі бойынша жүзеге асырылады.

25%-ға ұлғаюымен өңір бойынша 1 балдың құнын ($S_{\text{нақты жбнык}_\text{өңір/балл}}$) есептеу 4-қадамның 2-кезеңіне сәйкес ЖБНЫК сомаларын бөлгенге дейін айқындалады. Бұл ретте, өңір бойынша қордан бөлінетін ЖБНЫК сомаларын бөлу толық көлемде жүргізілмейді, өйткені қордан бөлінген ЖБНЫК-ның қалған сомасы 80% және одан артық қосқан үлес деңгейі бар МСАК субъектілеріне 1 балдың құнын 25%-ға ұлғайтумен ЖБНЫК сомасын шегергеннен кейін бюджет заңнамасы айқындаған тәртіппен бюджетке қайтарылуға тиіс.

Егер 1 балдың құнын 25%-ға ұлғайту есепті кезеңде көзделген ЖБНЫК сомасынан жоғары болса, онда 1 балдың құнының ұлғаюын есептеу 80% дейін (М%) қосқан үлес деңгейі бар МСАК субъектілеріне бөлгеннен кейін қалған қаражатқа сүйене отырып жүзеге асырылады.

4-кезең: қор қаражатынан бөлінген қосымша ынталандыруды есепке ала отырып МСАК субъектісі-көшбасшы жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижесі үшін ЖБНЫК сомасын есептеу мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{мұ нақты жбнык}2} = V_{\text{мұ нақты жбнык}1} + K_{\text{мұ}}, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{мұ нақты жбнык}2}$ – есепті кезеңдегі қор қаражатынан бөлінген қосымша ынталандыруды есепке ала отырып МСАК субъектісі-көшбасшы үшін ЖБНЫК-ны қаржыландыру көлемі.

Егер есепті кезеңдегі халықтың 1 бекітілген адамына есептегенде есепті кезеңдегі қордың қаражатынан бөлінген қосымша ынталандыруды есепке ала отырып МСАК субъектісі-көшбасшы үшін ЖБНЫК-ны қаржыландыру көлемі ($V_{\text{мұ нақты жбнык}2}$) 150 теңгеден артық болса, онда осы МСАК субъектілеріне ЖБНЫК сомаларын төлеу мынадай тәртіппен жүзеге асырылады:

1) $V_{\text{мұ нақты жбнык}3}$ мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{мұ нақты жбнык}3} = C_{\text{мұ хал}} - 80\% \times 150, \text{ мұнда:}$$

150 – есепті кезеңдегі халықтың бекітілген 1 адамына есептегендегі ЖБНЫК-ның ең жоғары сомасы, теңге;

2) бюджет заңнамасы айқындаған тәртіппен бюджетке қайтарылуы тиіс немесе уәкілетті органның шешімі бойынша қайта бөлінуі тиіс қаражаттың қалдығы мынадай формула бойынша айқындалады:

$$V_{\text{қалдық}} = V_{\text{мұ нақты жбнык}2} - V_{\text{мұ нақты жбнык}3}$$

5-қадам: есепті кезеңдегі МСАК субъектісінің аумақтық учаскесі (бұдан әрі – учаске) деңгейіне дейін МСАК субъектісі жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижесі үшін ЖБНЫК сомасын есептеу мынадай реттілікпен жүзеге асырылады:

1) жұмыстың қол жеткізілген түпкілікті нәтижесі үшін МСАК субъектісінің учаскелік қызметін ынталандыруға арналған қаржы қаражатының көлемін айқындау мынадай формула бойынша:

$$V_{\text{уч.қызмет жбнык}} = V_{\text{мұ жбнык}} - V_{\text{білікт. арт.}} - V_{\text{уч.мың}}, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{уч.қызмет жбнык}}$ – есепті кезеңдегі МСАК субъектісінің учаскелік қызметін ынталандыру үшін ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражатының көлемі;

$V_{\text{мұ жбнык}}$ – осы Әдістеменің 7-қадамына сәйкес есептелген есепті кезеңдегі 80% дейін қосқан үлес деңгейі бар МСАК субъектісі ($V_{\text{мұ нақты жбнык}1}$) үшін

немесе МСАК субъектісі-көшбасшы үшін (V мұ нақты жбнык2 немесе V мұ нақты жбнык3) ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражатының көлемі;

$V_{\text{білікт. арт.}}$ – іссапарлық шығыстарды қоса, МСАК субъектісі қызметкерлерінің біліктілігін арттыру мен оларды қайта даярлауға осы МСАК субъектісі жіберетін, бірақ МСАК субъектісі үшін ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражаты көлемінен 5%-дан кем емес ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражатының көлемі (бұдан әрі – біліктілікті арттыруға арналған сома);

$V_{\text{уч.мың}}$ – қосымша персоналды (дербес Отбасы денсаулығы орталығының немесе дәрігерлік амбулаторияның басшысын, жалпы дәрігерлік практика бөлімдерінің меңгерушілері мен аға мейіргерлерін, учаскелік қызмет бөлімдерінің меңгерушілері мен аға мейіргерлерін, Отбасы денсаулығы орталығының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімінің қызметкерлерін (дәрігерлері мен мейіргерлерін)) ынталандыру үшін ЖБНЫК-ға арналған, бірақ біліктілікті арттыруға арналған соманы шегергеннен кейін МСАК субъектісінің ЖБНЫК сомасынан 20%-дан аспайтын қаржы қаражатының көлемі;

2) учаске жұмысының қол жеткізілген түпкілікті нәтижесін бағалау индикаторларының ағымдағы мәнін айқындау осы Әдістеменің 4-қадамының 1-кезеңіне сәйкес жүзеге асырылады. Бұл ретте, учаске үшін жұмыстың қол жеткізілген түпкілікті нәтижесін бағалау индикаторлары бойынша нысаналы мән осы Әдістеменің 4-қадамына сәйкес МСАК субъектісі бойынша сияқты белгіленеді.

3) "МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі" индикаторын қоспағанда, осы Әдістеменің 4-қадамының 1-кезеңіне сәйкес учаске бойынша балдармен түпкілікті нәтиже индикаторының келтірілген көрсеткіші (ИККУч) есептеледі. Учаскенің қызмет көрсету аумағында бір және одан да артық ана өлімі жағдайы тіркелген жағдайда ИКК мәні осы аумақтық учаскенің барлық индикаторлары бойынша 0 ретінде белгіленеді.

Учаскенің қызмет көрсету аумағында бекітілген халық ішінде ана өлімінің тіркелуі болмаған жағдайда ИКК мәні "МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі" индикаторы бойынша өз ең жоғары мәнінде (ИЖК) белгіленеді.

4) есепті кезеңде жұмыстың қол жеткізілген түпкілікті нәтижесі үшін нақты учаскені ынталандыруға арналған қаржы қаражатының көлемін айқындау мынадай формула бойынша:

$$V_{\text{уч. жбнык}} = C_{\text{уч. хал.}} \times S_{\text{уч. жбнык/балл}} \times \sum \text{ИККУч.}, \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{уч. жбнык}}$ – аумақтық учаске шарттарында қызметтер көрсететін қызметкерлерді (жалпы практика дәрігерлері, учаскелік терапевтер мен педиатрлар, жалпы практика мен учаскелік қызметтің мейіргерлері, аумақтық учаске шарттарында медициналық қызметтер көрсететін акушерлер, әлеуметтік қызметкерлер мен психологтар) ынталандыру үшін ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражатының көлемі;

$C_{\text{уч. хал}}$ – есепті кезеңде айдың соңғы күніндегі "БХТ" АЖ-да тіркелген, учаскеге бекітілген халықтың саны;

ИККуч – нақты учаске бойынша есепті кезеңде қалыптасқан әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша нақты балдардың саны;

$S_{\text{уч_жбнык/балл}}$ – 1 балға есептегендегі есепті кезеңде учаскелік қызмет үшін белгіленген ЖБНЫК сомасы, ол мынадай формула бойынша айқындалады:

$$S_{\text{уч_жбнык/балл}} = V_{\text{уч.қызмет жбнык}} / (C_{\text{уч. хал}} \times \sum \text{ИККуч.}), \text{ мұнда:}$$

$V_{\text{уч.қызмет жбнык}}$ – есепті кезеңдегі МСАК субъектісінің учаскелік қызметін ынталандыру үшін ЖБНЫК-ға арналған қаржы қаражатының көлемі;

Σ

($C_{\text{уч. хал}} \times \sum \text{ИККуч.}$) – есепті кезеңде "БХТ" АЖ-да тіркелген бекітілген халық саны туындыларының сомасы және нақты учаске бойынша есепті кезеңде қалыптасқан әрбір түпкілікті нәтиже индикаторы бойынша нақты балдардың сомалары.

6-қадам: МСАК-тың әрбір қызметкерінің деңгейіне дейін ЖБНЫК сомасын есептеуді № 429 бұйрыққа сәйкес МСАК субъектісінің бірінші басшысының бұйрығымен құрылған ЖБНЫК нәтижелерін бағалау мен төлемдерін аудару жөніндегі комиссия жүзеге асырады.

Амбулаториялық-емханалық
көмектің кешенді жан басына
шаққандағы ынталандырушы
компонентін есептеудің кешенді
формуласына
1-кесте

Аумақтық учаскелер бейіндерінің бөлінісінде МСАК субъектілері үшін максимал мүмкін балдардың кестесі

р/ с №	Индикатордың атауы	Максимал балдың жиыны*	Жалпы практика учаскесі	Терапиялық учаске*	Педиатриялық учаске
1	МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі**	4,00	4,00	4,00	

2	МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі бала өлімі***	4,00	4,00		4,00
3	Асқынған респираторлық жіті жұқпалары бар емдеуге жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы****	4,00			4,00
4	Перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы 3 тәулікте жаңа туған нәрестелерді патронаждық караулармен қамту****	4,00			4,00
5	Өкпе туберкулезін уақтылы анықтау	4,00	4,00	4,00	4,00
6	Сүт безі, жатыр мойыны қатерлі ісіктерін қоспағанда, 0-1 сатысында көзге көрінетін қатерлі ісіктердің алғаш анықталған жағдайлары. Сүт безі ісігінің 0-2a (T0-T2N0M0), жатыр мойыны ісігінің 1-2 (T1-T2N0M0) алғаш анықталған жағдайлары	4,00	4,00	4,00	4,00
7	Асқынған жүрек-қантамырлары жүйесінің аурулары (миокард инфарктісі, инсульт) бар науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі*****	4,00	4,00	4,00	
8	Негізделген шағымдар	4,00	4,00	4,00	4,00
Максимальная балды жиыны			24,00	20,00	24,00

Ескертпе:

* Құрылымында тек терапиялық учаскелер бар МСАК субъектілері үшін қорытынды максимал балл 20 балл көлемінде белгіленеді.

** "МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі" индикаторы тек 18 жасқа дейінгі балаларға қызмет көрсететін педиатриялық учаскелерге қолданылмайды.

*** "МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі бала өлімі" индикаторы тек ересек адамдарға қызмет көрсететін терапиялық учаскелерге қолданылмайды.

**** "Асқынған жіті респираторлық инфекциялары бар емдеуге жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы" және "Перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы 3 тәулікте жаңа туған нәрестелерді патронаждық караулармен қамту" индикаторлары тек ересек адамдарға қызмет көрсететін терапиялық учаскелерге қолданылмайды, ал жалпы практика учаскелеріне процесс индикаторы ретінде қолданылады.

***** "Асқынған қантамыр жүйесінің аурулары (миокард инфарктісі, инсульт) бар науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі" тек балаларға қызмет көрсететін педиатриялық учаскелерге қолданылмайды;

МСАК – медициналық санитариялық алғашқы көмек.

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы компонентін есептеудің кешенді

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері жұмысының қол жеткізілген нәтижелерін бағалау индикаторлары

р/с №	Индикатордың атауы	Есептеу әдісі			Деректер көзі	
		алым	бөлім	көбейту	алым	бөлім
1	2	3	4	5	6	7
1	МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында сараптамалық расталған алдын алуға болатын себептерден ана өлімі жағдайларының саны			"ТХТ" АЖ: "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 907 бұйрық) бекітілген "Ана өлімін есепке алу картасы" деген 2009-1/е нысанындағы қайтыс болу фактісі "ЖБНҚК" АЖ: МСАК деңгейінде алдын алуға болатындығы туралы ҚДСК растаған қайтыс болу фактісі	
2	МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі бала өлімі	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі бала өлімінің саны			"БХТ" АЖ: № 907 бұйрықпен бекітілген "Тірі туған, өлі туған, 1 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы" деген 2009/е нысанындағы Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы компонентін есептеудің кешенді формуласына № 3 кестеде (бұдан әрі - № 3 кесте) көрсетілген АХЖ-10 кодтарына сәйкес қайтыс болу себептері бойынша 5	

					жасқа дейін кеңейтілген қайтыс болу фактісі "ЖБНҚК" АЖ: МСАК деңгейінде алдын алуға болатындығы туралы ҚДСК растаған қайтыс болу фактісі	
3	Асқынған респираторлық жіті жұқпалары бар емдеуге жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы	Асқынған жіті респираторлық инфекциялары бар емдеуге жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың саны	жіті респираторлық инфекциялармен тіркелген 5 жасқа дейінгі балалардың жалпы саны	100	МҚСБЖ АЖ: №907 бұйрықпен бекітілген № 066/е нысаны, "ТХТ" АЖ: тіркелген халық	"Емхана" ААЖ: 025 статистика карта, "ТХ АЖ: тірке: халық
4	Перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы 3 тәулікте жаңа туған нәрестелерді патронаждық қараулармен қамту	Перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы 3 тәулікте патронаждық қараулармен қамтылған жаңа туған нәрестелердің саны	Есептік кезеңде перзентханадан шығарылған жаңа туған нәрестелердің саны	100	"Емхана" ААЖ: 025-5/У статистикалық карта, МҚСБЖ АЖ: № 907 бұйрықпен бекітілген № 066 /е нысаны, "ТХТ" АЖ: тіркелген халық	МҚСБЖ А № 907 бұйрықпен бекітілген 066/е ныс: "ТХТ" А: тіркелген халық
5	Өкпе туберкулезін уақтылы анықтау	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында алғаш анықталған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастарда уақтылы диагностикаланған өкпе туберкулезі нысандарының саны	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында алғаш анықталған өкпе туберкулезі жағдайларының саны	100	"ДНЭТ" АЖ (Туберкулезбен ауыратын науқастардың ұлттық тіркелімі): № 907 бұйрықпен бекітілген "Диспансерлік контингентті байқау картасы" деген ТА 16/е нысаны, АХЖ-10 кодтарына және № 3 кестеде көрсетілген Туберкулезбен ауыратын науқастардың тіркелімі бойынша диагноздың кодтарына сәйкес туберкулез нысандарын уақытылы диагностикалау жағдайлары "ТХТ" АЖ: тіркелген халық	"ДНЭТ" А Туберкуле: ауыратын науқастард электронд тіркелімі): 9 0 7 бұйрықпен бекітілген Диспансер континген байқау картасы" деген ТА 1 нысаны, АХЖ-10 кодтарына және № кестеде көрсетілге Туберкуле: ауыратын науқастард тіркелімі бойынша диагнозды кодтарына сәйкес бар алғаш анықталға туберкуле

					жағдайлар ТХТ" АЖ тіркелген халық
6	Сүт безі, жатыр мойыны қатерлі ісіктерін коспағанда, 0-1 сатысында көзге көрінетін қатерлі ісіктердің алғаш анықталған жағдайлары. Сүт безі ісігінің 0-2а (Т0-Т2N0M0), жатыр мойыны ісігінің 1-2 (Т1-Т2N0M0) алғаш анықталған жағдайлары	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында 0-1 сатысында көзге көрінетін қатерлі ісіктердің алғаш анықталған жағдайларының саны Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында 2а сатысында жатыр мойының қатерлі ісігінің және сүт безінің қатерлі ісігінің алғаш анықталған жағдайларының саны	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында көзге көрінетін қатерлі ісік диагнозы бар барлық алғаш анықталған жағдайлардың саны Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында жатыр мойының қатерлі ісігі және сүт безінің қатерлі ісігі диагнозымен барлық алғаш анықталған жағдайларының саны	100	ОНЭТ АЖ: № 907 бұйрықпен бекітілген 030-6/е нысаны, № 3 кестеде көрсетілген АХЖ-10 кодтары бойынша 1 кезеңдегі көзге көрінетін қатерлі ісіктердің алғаш анықталған жағдайлар, "ТХТ" АЖ: тіркелген халық ОНЭТ АЖ: № 907 бұйрықпен бекітілген 030-6/е нысаны, жатыр мойының қатерлі ісігінің және сүт безінің қатерлі ісігінің алғаш анықталған жағдайлар, "ТХТ" АЖ: тіркелген халық ОНЭТ АЖ: 9 0 7 бұйрықпен бекітілген -6/е ныса № 3 кесте көрсетілге АХЖ-10 кодтары бойынша көзге көрінетін қатерлі іс бар барлі алғаш анықталға жағдайла "ТХТ" АЖ: тіркелген халық ОНЭТ АЖ: 9 0 7 бұйрықпен бекітілген -6/е ныса жатыр мойының қатерлі ісігі және сүт безінің қат ісігінің бар. алғаш анықталға жағдайла "ТХТ" АЖ: тіркелген халық
7	Асқынған жүрек-қантамырлары жүйесінің аурулары (миокард инфарктісі, инсульт) бар науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі	Есепті кезеңде тіркелген халықтың ішінен тәуліктік стационарда емделіп шыққан асқынған жүрек-қантамырлары жүйесінің аурулары (миокард инфарктісі,	Есепті кезеңде тіркелген халықтың арасында емделіп шыққан асқынған қантамыр жүйесінің	100	"МҚСБЖ" АЖ: № 9 бұйрықпен бекітілген 066/е ныса № 3 кесте көрсетілге АХЖ-10 кодтары бойынша негізгі диа "МҚСБЖ" АЖ: № 907 бұйрықпен бекітілген № 066 /е нысаны, № 3 кестеде көрсетілген АХЖ-10 кодтары бойынша негізгі диа "ТХТ" АЖ: тіркелген халық

		инсульт) бар науқастардың саны	аурулары бар науқастардың саны		"ТХТ" АЖ тіркелген халық
8	Негізделген шағымдар	Есепті кезеңде МСАК субъектісінің қызметіне қатысты тіркелген халық арасындағы негізделген шағымдардың саны		МҚСБЖ: МСАК субъектісінің қызметіне шағымның негізділігі туралы ҚДСК растаған жеке тұлғалардың шағымдары жағдайлары	

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АХЖ-10 – 10-шы қайта қараудағы аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктемесі;

"ДНЭТ" АЖ – "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесі;

"Емхана" ААЖ – автоматтандырылған ақпараттық жүйесі;

"ЖБНҚК" АЖ – "МСАК тарифіне қосымша компонент" ақпараттық жүйесі;

ҚДСК – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау комитеті;

"МҚСБЖ" АЖ – "Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесі" ақпараттық жүйесі;

МСАК – медициналық-санитариялық алғашқы көмек;

"ОНЭТ" АЖ – "Онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесі;

"ТХТ" АЖ – "Тіркелген халық тіркелімі" ақпараттық жүйесі.

Амбулаториялық-емханалық көмектің кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы компонентін есептеудің кешенді формуласына
3-кесте

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдары жұмысының қол жеткізілген

нәтижелерін бағалау индикаторларын есептеу кезінде есепке алынатын

Аурулардың

халықаралық жіктемесі кодтарының тізбелері

"МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен бастап 5 жасқа дейінгі бала өлімі" индикаторын есептеу кезінде перзентханаларда туындаған жағдайлар мен кестеде көрсетілген жағдайларды қоспағанда, ҚДСК растаған барлық МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен бастап 5 жасқа дейінгі бала өлімі жағдайлары есепке алынады:

--	--	--	--	--

р/с №	АХЖ-10 коды	Аурулардың атауы
1	R95	Емшектегі баланың кенеттен қайтыс болуы
2	R96	Белгісіз себептерден кенеттен қайтыс болудың басқа түрлері
3	S00-T98	XIX сынып – Жарақаттар, уланулар және сыртқы себептер әсерінің бірқатар басқа салдарлары
4	V01-Y98	XX сынып – Сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің сыртқы себептері
5	Z00-Z99	XXI сынып – Денсаулық жағдайына және денсаулық сақтау мекемесіне келіп қаралуына ықпал ететін факторлар

"Асқынған жіті респираторлық инфекциялары бар емдеуге жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы" индикаторын есептеу кезінде есепке алынатын аурулар үшін АХЖ-10 кодтары тізбесі:

1) осы индикатордың алымында осы АХЖ-10 кодтары тізбесінің асқынған жіті респираторлық инфекциялары бар стационарға емдеуге жатқызылған жағдайлар есепке алынады;

2) осы индикатордың бөлімінде осы АХЖ-10 кодтары тізбесінің жіті респираторлық инфекциялары бар тіркелген жағдайлар есепке алынады.

р/с №	АХЖ-10	Аурулардың атауы
1.	J00-J06	Жоғарғы тыныс жолдарының респираторлық жіті жұқпалары
2.	J09-J18	Тұмау мен пневмония
3.	J20-J22	Төменгі тыныс жолдарының басқа респираторлық жіті жұқпалары
4.	J30-J39	Жоғарғы тыныс жолдарының басқа аурулары
5.	J40-J47	Төменгі тыныс жолдарының созылмалы аурулары
6.	J60-J70	Өкпенің сыртқы агенттер тудырған аурулары
7.	J80-J84	Негізінен интерстициальдық тінді зақымдайтын респираторлық басқа аурулар
8.	J85-J86	Төменгі тыныс жолдарының іріңді және өлі етті жағдайлары
9.	J90-J94	Плевраның басқа аурулары
10.	J95-J99	Тыныс алу ағзаларының басқа аурулары

"Өкпе туберкулезін уақтылы анықтау" индикаторларын есептеу кезінде есепке алынатын АХЖ-10 кодтары мен Туберкулезбен ауыратын науқастардың тіркелімі бойынша аурулар үшін диагноз кодтарының тізбесі:

Іріктеу параметрлері:

1."Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген "Туберкулезбен науқас адамның медициналық картасы" деген ТА 01 нысанында "науқас түрі" бағанында - жаңа жағдай және "орналасу" бағанында – өкпелік немесе өкпелік, оның ішінде өкпеден тыспен бірлескен деп толтырған жағдайда;

2. Немесе есептік кезеңде ТА 01 нысаны жүргізілмеген болса, "IV санаттағы туберкулезбен науқас адамның медициналық картасы" ТА 01 IV санаты ТА01 нысанында "науқас түрі" бағанында - жаңа жағдай және "орналасу" бағанында – өкпелік немесе өкпелік, оның ішінде өкпеден тыспен бірлескен деп толтырған жағдайда.

1) осы индикатордың алымында:

Р/с №	Туберкулезбен ауыратын науқастардың тіркелімі бойынша кодтың диагнозы	Аурулардың атауы	АХЖ-10 коды
1	01	Бактерия бөлетін алғашқы туберкулезді комплекс	A15.7
2	02	Бактерия бөлмейтін алғашқы туберкулезді комплекс	A16.7
3	05	Жайылған жіті бактерия бөлетін өкпе ТА	A19.0
4	06	Жайылған жіті бактерия бөлмейтін өкпе ТА	A19.0
5	11	Бактерия бөлетін ошақталған өкпе ТА	A15.0
6	12	Бактерия бөлмейтін ошақталған өкпе ТА	A16.0
7	13	Бактерия бөлетін инфилтративтік өкпе туберкулезі	A15.0
8	14	Бактерия бөлмейтін инфилтративтік өкпе туберкулезі	A16.0
9	17	Бактерия бөлетін өкпе туберкуломасы	A15.0
10	18	Бактерия бөлмейтін өкпе туберкуломасы	A16.0
11	28	Милиарлы ТА	A19
12	29	Анықталған, бір орында орналасқан жіті миллиарлы ТА	A19.0
13	30	Көп орында орналасқан жіті миллиарлы ТА	A19.1
14	31	Орны анықталмаған, жіті миллиарлы ТА	A19.2

2) Осы индикатордың бөлімінде:

№ р/с	Туберкулезбен ауыратын науқастардың тіркелімі бойынша кодтың диагнозы	Аурулардың атауы	АХЖ-10 коды
1	01	Бактерия бөлетін алғашқы туберкулезді комплекс	A15.7
2	02	Бактериясыз бөлетін алғашқы туберкулезді комплекс	A16.7
3	05	Жайылған жіті бактерия бөлетін өкпе ТА	A19
4	06	Жайылған жіті бактериясыз өкпе ТА	A19

5	07	Жайылған жітілеу бактерия бөлетін өкпе ТА	A19
6	08	Жайылған жітілеу бактериясыз өкпе ТА	A19
7	09	Жайылған созылмалы бактерия бөлетін өкпе ТА	A19
8	10	Жайылған созылмалы бактериясыз өкпе ТА	A19
9	11	Бактерия бөлетін ошақталған өкпе туберкулезі	A15.0
10	12	Бактериясыз ошақталған өкпе ТА	A16.0
11	13	Бактерия бөлетін инфильтративтік өкпе ТА	A15.0
12	14	Бактериясыз инфильтративтік өкпе ТА	A16.0
13	15	Бактерия бөлетін казеоздық пневмония	A15.0
14	16	Бактериясыз казеоздық пневмония	A16.0
15	17	Бактерия бөлетін өкпе туберкуломасы	A15.0
16	18	Бактерия бөлетін кавернозды өкпе ТА	A16.0
17	19	Бактериясыз кавернозды өкпе ТА	A15.0
18	20	Бактерия бөлетін фиброзды-кавернозды өкпе ТА	A16.0
19	21	Бактериясыз фиброзды-кавернозды өкпе ТА	A15.0
20	22	Бактерия бөлетін цирротикалық өкпе ТА	A16.0
21	23	Бактериясыз фиброзды-кавернозды өкпе ТА	A15.0
22	24	Бактерия бөлетін алғашқы туберкулезді комплекс	A16.0
23	28	Милиарлы ТА	A19
24	29	Анықталған, бір орында орналасқан жіті миллиарлы ТА	A19.0
25	30	Көп орында орналасқан жіті миллиарлы ТА	A19.1
26	31	Орны анықталмаған, жіті миллиарлы ТА	A19.2
27	32	Миллиарлы ТА-ның басқа пішіндері	A19.8
28	33	Орналасу орны анықталмаған миллиарлы ТА	A19.9

"1-кезеңдегі көзге көрінетін қатерлі ісіктердің алғаш анықталған жағдайлары" индикаторын есептеу кезінде есепке алынатын аурулар үшін Ісіктер топографиясы мен морфологиясының халықаралық жіктелмесінің кодтары бойынша көзге көрінетін ісіктер топографиясының тізбесі:

1) осы индикатордың алымында АХЖ-10 кодтарының осы тізбесінің 1 кезеңі есепке алынады;

2) осы индикатордың бөлімінде осы АХЖ-10 кодтары тізбесінің 1, 2, 3 және 4 -кезеңдері есепке алынады.

Жатыр мойнының қатерлі ісігі және сүт безінің қатерлі ісігі үшін қосымша:

1) осы индикатордың алымында АХЖ-10 2а кезеңдеріндегі жатыр мойнының қатерлі ісігі және сүт безінің қатерлі ісігі есепке алынады;

2) осы индикатордың бөлімінде АХЖ-10 1, 2, 3 және 4 кезеңдеріндегі жатыр мойнының қатерлі ісігі және сүт безінің қатерлі ісігі есепке алынады

р/с №	АХЖ-0 коды	Аурулардың атауы
1	C00	Ерін, ерін терісін қоспағанда (C44.0)
2	C00.0	Жоғарғы еріннің сыртқы беті
3	C00.1	Төменгі еріннің сыртқы беті
4	C00.2	Еріннің сыртқы беті, анықталмаған
5	C00.3	Жоғарғы еріннің ішкі беті
6	C00.4	Төменгі еріннің ішкі беті
7	C00.5	Еріннің ішкі беті, анықталмаған
8	C00.6	Ерін дәнекері
9	C00.9	Еріннің анықталмаған бөлігі
10	C01	Тіл түбірі
11	C02	Тілдің басқа да анықталмаған бөлімдері
12	C02.0	Тілдің жоғарғы беті
13	C02.1	Тілдің бүйірлік беті
14	C02.2	Тілдің төменгі беті
15	C02.3	Тілдің алдыңғы 2/3 бөлігі, қосымша анықталмаған
16	C02.4	Тіл бадамшасы
17	C02.9	Тілдің анықталмаған бөлімі
18	C03	Қызыл иектің қатерлі ісігі
19	C03.0	Жоғарғы жақтың қызыл иегі
20	C03.1	Төменгі жақтың қызыл иегі
21	C03.9	Қызыл иек, қосымша анықталмаған
22	C04	Ауыз қуысының түбі
23	C04.0	Ауыз қуысы түбінің алдыңғы бөлімі
24	C04.1	Ауыз қуысы түбінің бүйірлік бөлімі
25	C04.9	Ауыз қуысы түбі, қосымша анықталмаған
26	C05	Таңдай
27	C05.0	Қатты таңдай
28	C05.1	Жұмсақ таңдай (жұмсақ таңдайдың аңқа бетін қоспағанда, c11.3)
29	C05.2	Тілше
30	C05.9	Таңдай, қосымша анықталмаған

31	C06	Ауыз қуысының басқа және анықталмаған бөлімдері
32	C06.0	Ұрттың сілемейлі қабығы
33	C06.1	Ауыз кіреберісі
34	C06.2	Ретромолярлық аймақ
35	C06.9	Ауыз, қосымша анықталмаған
36	C07	Шықшыт сілекей безі
37	C08	Басқа және анықталмаған үлкен сілекей бездері
38	C08.0	Төменгі жақ сүйек асты безі
39	C08.1	Тіласты безі
40	C08.9	Үлкен сілекей безі, қосымша анықталмаған
41	C09	Бадамша
42	C09.0	Бадамша шұңқыры
43	C09.1	Таңдай бадамшасының доғасы
44	C09.9	Бадамша, қосымша анықталмаған
45	C10	Ауыз-жұтқыншақ
46	C10.2	Ауыз-жұтқыншақтың бүйірлік қабырғасы
47	C10.3	Ауыз-жұтқыншақтың артқы қабырғасы
48	C10.4	Желбезек саңылауы
49	C10.9	Аңқа, қосымша анықталмаған
50	C20	Тік ішек
51	C21	Анал арнасы
52	C21.0	Артқы өтіс, орны анықталмаған
53	C21.1	Анал арнасы
54	C21.2	Клоакатекті аймақ
55	C43	Қатерлі тері меланомасы
56	C44	Тері
57	C44.0	Еріннің терісі, қосымша анықталмаған
58	C44.1	Қабак
59	C44.2	Сыртқы құлақ
60	C44.3	Беттің басқа және анықталмаған бөлімдерінің терісі
61	C44.4	Бастың шашты бөлігі мен мойынның терісі
62	C44.5	Дененің терісі
63	C44.6	Иық белдеуі аймағын қоса алғандағы қол терісі
64	C44.7	Ұршық аймағын қоса алғандағы аяқ терісі
65	C44.9	Тері, қосымша анықталмаған
66	C46.0	Терінің Капош саркомасы
67	C46.1	Жұмсақ тіндердің Капош саркомасы
68	C50	Сүт безі
69	C50.0	Емізік
70	C50.1	Сүт безінің орталық бөлігі
71	C50.2	Сүт безінің жоғарғы-ішкі квадранты
72	C50.3	Сүт безінің төменгі-ішкі квадранты

73	C50.4	Сүт безінің жоғарғы-сыртқы квадранты
74	C50.5	Сүт безінің төменгі-сыртқы квадранты
75	C50.6	Сүт безінің қолтықтық-артқы бөлігі
76	C50.9	Сүт безі, қосымша анықталмаған
77	C51	Сарпай
78	C51.0	Үлкен жыныстық ернеу
79	C51.1	Кіші жыныстық ернеу
80	C51.2	Деліткі
81	C51.9	Сарпай, қосымша анықталмаған
82	C52	Қынап
83	C53	Жатыр мойны
84	C53.0	Жатыр мойнының ішкі бөлігі
85	C53.1	Жатыр мойнының сыртқы бөлігі
86	C53.9	Жатыр мойны
87	C60	Еркек жыныс мүшесі
88	C60.0	Күпек
89	C60.1	Еркек жыныс мүшесінің басы
90	C60.2	Еркек жыныс мүшесінің денесі
91	C60.9	Еркек жыныс мүшесі, қосымша анықталмаған
92	C62	Аталық бездер
93	C62.0	Орнына дейін түспеген аталық без
94	C62.1	Төмен түскен атабез
95	C62.9	Аталық ұрық безі, қосымша анықталмаған
96	C63.2	Ұма, қосымша анықталмаған
97	C73	Қалқанша без
98	C73.9	Қалқанша без

"Асқынған қантамыр жүйесінің аурулары (миокард инфарктісі, инсульт) бар науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі" индикаторын есептеген кезде есепке алынатын аурулар үшін АХЖ-10 кодтарының тізбесі:

1) осы индикатордың алымында:

р/с №	АХЖ-10	Аурулардың атауы
1.	I21, I21.0-I21.4	М и о к а р д т ы ң ж і т і и н ф а р г і Жүректің алдыңғы қабырғасының жіті трансмуральдық инфаргі Жүректің төменгі қабырғасының жіті трансмуральдық инфаргі Жүректің басқа орналасу орны анықталған жіті трансмуральдық инфаргі Жүректің орналасу орны анықталмаған жіті трансмуральдық, инфаргі. Миокардтың жіті субэндокардиальдық инфаргі
2.	I22, I22.0-I22.9	М и о к а р д т ы ң қ а й т а л а ң ғ а ң и н ф а р г і Жүректің алдыңғы қабырғасының қайталанған инфаргі Жүректің төменгі қабырғасының қайталанған инфаргі Жүректің басқа орналасу орны анықталған қайталанған инфаргі Жүректің орналасу орны анықталмаған қайталанған инфаргі.

3.	I60, I60.0-I60.9	<p>Мидың торлы қабығы астына қан құйылу Каротидтік қойнау мен ашадан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Милық ортаңғы артериядан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Алдыңғы дәнекерлік артериядан мидың торлы қабығының; астына қан құйылу Артқы дәнекерлік артериядан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Негіздік артериядан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Омыртқа артериясынан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Бас сүйек ішілік басқа артериялардан мидың торлы қабығының; астына қан құйылу Бас сүйек ішілік анықталмаған артериядан мидың торлы қабығының астына қан құйылу Мидың торлы қабығының астына басқаша қан құйылу Мидың торлы қабығының астына қан құйылу, анықталмаған</p>
4.	I61, I61.0-I61.9	<p>Мидың ішіне қан құйылу Ми сыңары қыртысының астына қан құйылу Ми сыңарының қыртысына қан құйылу Ми сыңарына қан құйылу, анықталмаған Ми діңінің ішіне қан құйылу Мишық ішіне қан құйылу Ми қарыншасы ішіне қан құйылу Мидың ішінде көп орынды қан құйылулар Ми ішіне басқаша қан құйылу Ми ішіне қан құйылу, анықталмаған</p>
5.	I62.0, I62.1, I62.9, I62.	<p>Бас сүйек ішіне жарақаттық емес басқаша қан құйылу Мидың қатты қабығының астына қан құйылу (жіті) (жарақаттық емес) Мидың қатты қабығының жарақаттық емес қан құйылулар Бас сүйек ішілік қан құйылу, анықталмаған (жарақаттық емес)</p>
6.	I63, I63.0-I63.9	<p>Ми инфаркті Прецеребралды артерияның тромбозы тудырған ми инфаргі Прецеребралды артерияның эмболиясы тудырған ми инфаргі Прецеребралды артерияның анықталмаған бітелуі немесе тарылуы тудырған ми инфаргі Ми артерияларының тромбозы тудырған ми инфаргі Ми артерияларының эмболиясы тудырған ми инфаргі Ми артерияларының анықталмаған бітелуі немесе тарылуы тудырған ми инфаргі Ми веналарының тромбозы тудырған ми инфаргі, ірің текті емес Мидың басқа инфаргі Мидың анықталмаған инфаргі</p>

2) осы индикатордың бөлімінде: АХЖ-10 кодтары бойынша: I10-I79.8

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АХЖ-10 – 10-шы қайта қараудағы аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктемесі;

ҚДСК – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау комитеті;

МСАК – медициналық-санитариялық алғашқы көмек.

