



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

Утративший силу

Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 января 2013 года № 14. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 октября 2015 года № 862

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

Примечание РЦПИ!

Вводится в действие с 1 января 2013 года.

Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

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

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

2. Настоящее постановление вводится в действие с 1 января 2013 года и подлежит официальному опубликованию.

Премьер - Министр

Республики Казахстан

С. Ахметов

П р и л о ж е н и е

к постановлению

Правительства

Республики Казахстан

от 21 января 2013 года № 14

У т в е р ж д е н ы

постановлением

Правительства

Республики Казахстан

от 7 декабря 2009 года № 2030

Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств 1. Общие положения

1. Настоящие Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 15) статьи 6 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют порядок возмещения затрат за счет бюджетных средств организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – организации, оказывающие ГОБМП), за исключением государственных учреждений.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) комплексный подушевой тариф – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного человека для обеспечения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) по перечню форм медицинской помощи, определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения;

2) базовый тариф консультативно-диагностической помощи – стоимость единицы медицинской услуги, оказываемой в форме консультативно-диагностической помощи;

3) дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи – стимулирующая составляющая к тарифу первичной медико-санитарной помощи за достигнутые конечные результаты деятельности организации первичной медико-санитарной помощи;

4) комплексный тариф на одного онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного онкологического больного, за исключением онкогематологических больных (кроме больных лимфомой), зарегистрированных в онкологическом регистре;

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

6) подушевой норматив первичной медико-санитарной помощи – норма затрат в расчете на одного человека для обеспечения ГОБМП в форме первичной медико-санитарной помощи, включая социальные и психологические услуги;

7) половозрастной поправочный коэффициент – коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения;

8) клинико-затратные группы (далее – КЗГ) – клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;

9) тариф – стоимость единицы медицинской помощи, оказываемой в рамках ГОБМП;

10) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень

затратности медицинской услуги либо группировки услуг от базового тарифа консультативно-диагностической помощи либо стоимости базовой ставки стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи;

11) базовая ставка – одна расчетная единица медицинской помощи;

12) стоимость базовой ставки – стоимость одной расчетной единицы медицинской помощи;

13) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые администратором бюджетных программ с целью уменьшения или увеличения тарифа медицинской помощи, в том числе с учетом гарантий, предусмотренных законодательством Республики Казахстан в порядке, определенном уполномоченным органом;

14) администратор бюджетной программы (далее – администратор) – Министерство здравоохранения Республики Казахстан либо управления здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы;

15) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

16) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, выступающий от имени Министерства здравоохранения Республики Казахстан, и управление здравоохранения соответствующей области, городов Астаны и Алматы, осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП за счет средств республиканского или местного бюджетов в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 (далее - Правила выбора поставщика услуг), а также гражданским законодательством Республики Казахстан;

17) договор на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП (далее - договор) – гражданско-правовой договор на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП, заключенный между заказчиком и организацией, оказывающей ГОБМП, в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг, а также гражданским законодательством Республики Казахстан;

18) линейная шкала оценки исполнения договора – правило расчета превышения суммы договора с учетом результатов контроля качества и объема

медицинской помощи для представления к возмещению;

19) Комиссия по оплате услуг - постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком для осуществления оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП;

20) зарубежный специалист - иностранный дипломированный и сертифицированный специалист в сфере здравоохранения, приглашенный с визитом в Республику Казахстан для оказания высокотехнологичных медицинских услуг, не оказываемых отечественными медицинскими организациями, в том числе для проведения мастер-классов;

21) Комиссия Министерства здравоохранения Республики Казахстан по направлению граждан республики на лечение в зарубежные медицинские организации – постоянно действующая Комиссия по направлению граждан республики на лечение в зарубежные медицинские организации, состав и Положение о деятельности которой утверждаются уполномоченным органом в области здравоохранения (далее – Комиссия по лечению за рубежом);

22) договор на лечение пациента в отечественной медицинской организации, претендующего на лечение за рубежом, – договор между уполномоченным органом и отечественной медицинской организацией на оказание медицинской помощи пациенту, претендующему на лечение в зарубежных медицинских организациях в соответствии с перечнем заболеваний, при которых граждане Республики Казахстан направляются на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, и перечнем отдельных категорий граждан Республики Казахстан, направляемых на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2016 (далее – перечень заболеваний и перечень отдельных категорий граждан).

3. Администратор утверждает тарифы, в том числе тарифы пилотных проектов, стоимость базовой ставки и поправочные коэффициенты, за исключением половозрастного поправочного коэффициента, в соответствии с методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (далее – методика формирования тарифов).

4. Уполномоченный орган утверждает перечень КЗГ, коэффициент затратно-емкости, половозрастной поправочный коэффициент, тариф на лечение пациента, претендующего на лечение в зарубежных медицинских организациях, в условиях отечественных медицинских организаций в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан.

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

5. Возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, осуществляется с учетом реализации гражданами Республики Казахстан и оралманами права свободного выбора врача и организации, оказывающей ГОБМП.

Возмещение затрат осуществляется по тарифам в соответствии с методикой формирования тарифов на основании актов выполненных работ (услуг), формы и порядок представления которых утверждены уполномоченным органом.

Возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи на основании заключенного договора в пределах средств, утвержденных администратором.

6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с их деятельностью по оказанию ГОБМП, за исключением капитальных расходов (кроме расходов на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга).

Организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия на праве хозяйственного ведения с наблюдательным советом, дочерним организациям АО «Национальный медицинский холдинг» и акционерным обществам и хозяйственным товариществам, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, в тариф включаются капитальные расходы на приобретение оборудования стоимостью менее пяти миллионов тенге в порядке, установленном уполномоченным органом. При этом сумма капитальных расходов не должна превышать 1 % от суммы договора.

7. Перечень организаций, оказывающих ГОБМП, методика формирования тарифов и порядок оплаты за оказанные медицинские услуги, возмещение затрат которым осуществляется в рамках реализации пилотного проекта, утверждаются уполномоченным органом.

8. Объем финансирования по возмещению затрат первичной медико-санитарной помощи определяется в соответствии с приложением 1 к настоящим Правилам.

Объем и порядок финансирования дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи определяет уполномоченный орган.

9. Объем финансирования по возмещению затрат скорой медицинской помощи определяется в соответствии с приложением 2 к настоящим Правилам.

10. Объем финансирования по возмещению затрат санитарной авиации определяется в соответствии с приложением 3 к настоящим Правилам, за исключением случаев, определенных уполномоченным органом, по которым возмещение затрат осуществляется с учетом фактических расходов в порядке, установленном уполномоченным органом.

11. Объем финансирования по возмещению затрат консультативно-диагностической помощи определяется в соответствии с приложением 4 к настоящим Правилам.

12. Объем финансирования по возмещению затрат амбулаторно-поликлинической помощи определяется по комплексному подушевому тарифу на одного человека в соответствии с приложением 5 к настоящим Правилам.

Перечень и объем услуг для обеспечения ГОБМП, включенных в комплексный подушевой тариф на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, определяет администратор.

13. Объем финансирования по возмещению затрат стационарной помощи определяется по тарифам за один пролеченный случай: расчетной средней стоимости, КЗГ, койко-дням и перечню заболеваний, операций и манипуляций, определенных уполномоченным органом, по которым возмещение затрат осуществляется с учетом фактических расходов в порядке, установленном уполномоченным органом.

Стоимость за один пролеченный случай стационарной помощи по КЗГ определяется в соответствии с приложением 6 к настоящим Правилам.

Стоимость за один пролеченный случай дневного стационара составляет 1/4 от тарифа стационарной помощи, за исключением случаев по перечню заболеваний, определенных уполномоченным органом.

Стоимость за один пролеченный случай проведенных хирургических операций и манипуляций в условиях дневного стационара по перечню заболеваний, определенному уполномоченным органом, составляет 3/4 от тарифа стационарной помощи.

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

14. Объем финансирования по возмещению затрат за лечение в условиях отечественных медицинских организаций пациента, претендующего на лечение за рубежом, в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан определяется по тарифу за один пролеченный случай и в порядке, утверждаемом уполномоченным органом.

Лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, проводится в отечественной медицинской организации, в том числе с привлечением

зарубежных специалистов, по решению Комиссии по лечению за рубежом, на основе договора на лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в отечественной медицинской организации.

При этом размер оплаты труда привлекаемых зарубежных специалистов определяется договором между отечественной медицинской организацией и привлекаемыми зарубежными специалистами.

15. Объем финансирования по возмещению затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным определяется в соответствии с приложением 7 к настоящим Правилам.

16. Объем финансирования по возмещению затрат за оказание медицинской помощи организациям районного значения и села, оказывающим ГОБМП, определяется в соответствии с приложением 8 к настоящим Правилам.

17. Объем финансирования по возмещению лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия, дочерним организациям АО «Национальный медицинский холдинг» и акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, на условиях финансового лизинга осуществляется из средств республиканского бюджета и за счет целевых текущих трансфертов областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы согласно приложению 9 к настоящим Правилам.

Организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия, дочерним организациям АО «Национальный медицинский холдинг» и акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, возмещаются расходы на выплату лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга, по заключенному договору с организацией, определенной Правительством Республики Казахстан, предметом деятельности которой являются организация и проведение закупок медицинской техники для дальнейшей передачи организациям здравоохранения на условиях финансового лизинга.

Методика расчета и порядок выплаты лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга, определяются уполномоченным органом.

Размер вознаграждения по лизингу не превышает пяти процентов годовых от стоимости медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

3. Заключительные положения

18. Порядок оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП, осуществляемые за счет бюджетных средств, определяется уполномоченным органом.

19. В случае превышения организацией, оказывающей ГОБМП за счет средств республиканского бюджета, месячной суммы, предусмотренной договором с учетом контроля качества и объема медицинской помощи, возмещение затрат осуществляется по решению Комиссии по оплате услуг с применением линейной шкалы оценки исполнения договора согласно приложению 10 к настоящим Правилам в порядке, определяемом уполномоченным органом.

20. Физическим лицам, осуществляющим предпринимательскую деятельность в сфере здравоохранения, возмещение затрат при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП осуществляется также, как и организациям, оказывающим ГОБМП, в соответствии с настоящими Правилами.

Приложение 1
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

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

$O_{\text{фин}} = K_{\text{нас}} \times P_{\text{норм}} \times K_{\text{попр}} \times K_{\text{пп}}$, где

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению затрат на оказание первичной медико-санитарной помощи;

$K_{\text{нас}}$ – количество прикрепленного населения;

$P_{\text{норм}}$ – подушевой норматив;

$K_{\text{пп}}$ – половозрастной поправочный коэффициент данной организации, оказывающей ГОБМП;

$K_{\text{попр}}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

Приложение 2
к Правилам возмещения затрат

организациям
за счет бюджетных средств

здравоохранения

Формула

определения объема финансирования по возмещению затрат скорой медицинской помощи

$O_{\text{фин}} = K_c \times T_v \times K_{\text{попр}}$, где

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению затрат скорой медицинской
п о м о щ и ;

T_v – тариф за один вызов скорой медицинской помощи;

K_c – количество медицинских услуг скорой медицинской помощи;

$K_{\text{попр}}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

П р и л о ж е н и е 3

к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

определения объема финансирования по возмещению затрат санитарной авиации

$O_{\text{фин}} = O_{\text{фин му}} + O_{\text{фин ту}}$, где

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению затрат санитарной авиации;

$O_{\text{фин ту}}$ – объем финансирования по возмещению затрат транспортных услуг санитарной авиации, который включает расходы, связанные с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного различными видами транспорта, и определяется по тарифу, исходя из средней стоимости ценовых предложений на оказание транспортных услуг санитарной авиации;

$O_{\text{фин му}}$ – объем финансирования по возмещению затрат медицинских

$O_{\text{фин му}} = K_{\text{ч}} \times T_{\text{му}}$, где

$T_{\text{му}}$ – тариф за час медицинской услуги санитарной авиации;

$K_{\text{ч}}$ – количество часов оказания медицинских услуг санитарной авиации.

П р и л о ж е н и е 4
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

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

$$O_{\text{фин}} = K_{\text{л}_{\text{усл}}} \times K_{\text{з}_{\text{усл}}} \times B_{\text{т}_{\text{кдп}}} \times K_{\text{попр}}, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению затрат
консультативно-диагностической помощи;

$K_{\text{л}_{\text{усл}}}$ – количество консультативно-диагностических услуг;

$K_{\text{з}_{\text{усл}}}$ – коэффициент затратоемкости консультативно-диагностических услуг;

$B_{\text{т}_{\text{кдп}}}$ – базовый тариф консультативно-диагностической помощи;

$K_{\text{попр}}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

П р и л о ж е н и е 5
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению затрат
амбулаторно - поликлинической помощи**

$$O_{\text{фин}} = K_{\text{нас.}} \times K_{\text{ПТ}_{\text{АПП}}} \times K_{\text{пп}} \times K_{\text{попр}}, \text{ где}$$

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению затрат на оказание
амбулаторно-поликлинической помощи;

$K_{\text{нас.}}$ – количество прикрепленного населения;

$K_{\text{ПТ}_{\text{АПП}}}$ – комплексный подушевой тариф амбулаторно–поликлинической
помощи в расчете на одного прикрепленного человека для обеспечения ГОБМП
по формам первичной медико-санитарной помощи и
консультативно-диагностической помощи, определяемый в порядке,
установленном администратором;

$K_{пп}$ – половозрастной поправочный коэффициент данной организации, оказывающей ГОБМП;
 $K_{попр}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание:* в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

Приложение 6
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

определения стоимости за один пролеченный случай стационарной помощи по КЗГ

$$C = C_{бс} \times Kz_{кзг} \times K_{попр}^*, \text{ где}$$

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

$Kz_{кзг}$ – коэффициент затратоемкости по КЗГ;

$K_{попр}^*$ – поправочный коэффициент;

$C_{бс}$ – стоимость одной базовой ставки определяется по формуле:

$$C_{бс} = O_{фин} / (\sum K_{лпр.случ} \times Kz_{кзг}), \text{ где}$$

$O_{фин}$ – объем финансирования по возмещению затрат стационарной помощи в рамках ГОБМП на очередной плановый период;

$K_{лпр.случ}$ – количество пролеченных случаев на очередной плановый период;

$Kz_{кзг}$ – коэффициент затратоемкости.

Примечания: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

При применении линейной шкалы оценки исполнения договора в случае превышения организацией, оказывающей ГОБМП, месячной суммы, предусмотренной договором с учетом контроля качества и объема медицинской помощи, с момента образования суммы превышения стоимости за один пролеченный случай значение поправочного коэффициента в формуле приравнивается 1,0.

Приложение 7
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

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

$$O_{\text{фин}_{\text{онко}}} = K_{\text{онко}} \times K_{\text{Т}_{\text{онко}}} \times K_{\text{попр}}, \text{ где}$$

$O_{\text{фин}_{\text{онко}}}$ – объем финансирования организации здравоохранения по возмещению затрат на оказание медицинской помощи онкологическим больным;

$K_{\text{онко}}$ – количество онкологических больных, за исключением онкогематологических больных, кроме больных лимфомой, зарегистрированных в онкологическом регистре;

$K_{\text{Т}_{\text{онко}}}$ – комплексный тариф на одного онкологического больного определяется в порядке, установленном уполномоченным органом;

$K_{\text{попр}}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

П р и л о ж е н и е 8

к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств

Формула

определения объема финансирования по возмещению затрат на оказание медицинской помощи в организациях здравоохранения районного значения и села

$$O_{\text{фин}} = K_{\text{село}} \times K_{\text{Т}_{\text{село}}} \times K_{\text{попр}}, \text{ где}$$

$O_{\text{фин}}$ – объем финансирования по возмещению за оказание медицинской помощи организациям здравоохранения районного значения и села, оказывающим ГОБМП;

$K_{\text{село}}$ – количество прикрепленного населения района (села);

$K_{\text{Т}_{\text{село}}}$ – комплексный подушевой тариф в расчете на одного человека для обеспечения ГОБМП по перечню форм медицинской помощи, прикрепленного к организации здравоохранения районного значения и села, оказывающей ГОБМП, определяемый в порядке, установленном уполномоченным органом;

$K_{\text{попр}}^*$ – поправочный коэффициент.

Примечание: * в случае отсутствия утвержденных поправочных коэффициентов, значение их в формуле приравнивается 1,0.

П р и л о ж е н и е 9

к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Формула

**определения объема финансирования по возмещению
лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП,
на условиях финансового лизинга**

$$O_{\text{лп}} = O_{\text{факт}} \times \text{ЛП} / O_{\text{план}}, \quad \text{где}$$

$O_{\text{лп}}$ – объем финансирования по возмещению лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, на условиях финансового лизинга;

$O_{\text{факт}}$ – объем медицинских услуг, фактически оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга;

ЛП – размер лизингового платежа, определенный договором финансового лизинга, включающий вознаграждение по лизингу в размере пяти процентов годовых;

$O_{\text{план}}$ – объем медицинских услуг, планируемых оказать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, определяется организацией, оказывающей ГОБМП, на условиях финансового лизинга, но не менее, определенного по нижеследующей формуле:

$$O_{\text{план}} = D_{\text{год}} \times U_{\text{день}}, \quad \text{где}$$

$D_{\text{год}}$ – количество рабочих дней в году по производственному календарю Республики Казахстан на текущий год;

$U_{\text{день}}$ – количество медицинских услуг, оказанных за один рабочий день, которое рассчитывается по следующей формуле:

$$U_{\text{день}} = V_{\text{раб}} / (N_{\text{ср}} \times P), \quad \text{где}$$

$V_{\text{раб}}$ – рабочее время в минутах;

$N_{\text{ср}}$ – средний норматив времени выполнения одной услуги с помощью медицинской техники, определяемый уполномоченным органом в области здравоохранения;

P – количество результатов, полученных за один цикл работы медицинской

т е х н и к и .

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

П р и л о ж е н и е 1 0
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Линейная шкала оценки исполнения договора

1. Линейная шкала оценки исполнения договора распространяется на организации, оказывающие ГОБМП в виде специализированной медицинской помощи по форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, и применяется в отчетном периоде.

Расчет суммы возмещения организации, оказывающей ГОБМП, превысившей месячную сумму, предусмотренную договором с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее – сумма возмещения), осуществляется в следующей последовательности:

1-й шаг: расчет суммы превышения месячной суммы, предусмотренной договором с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи, определяется по следующей формуле:

$$C_{\text{превыш}} = C_{\text{договор}} - C_{\text{принят. к оплате}}, \text{ где}$$

$C_{\text{превыш}}$ – сумма превышения месячной суммы, предусмотренной договором, с учетом результатов контроля качества и объема медицинской п о м о щ и ;

$C_{\text{договор}}$ - месячная сумма, предусмотренная договором (далее – сумма по д о г о в о р у) ;

$C_{\text{принят. к оплате}}$ - сумма, принятая к оплате с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее - сумма с учетом экспертизы);

2-й шаг: определение процента превышения суммы с учетом экспертизы от суммы по договору по следующей формуле:

$$\%_{\text{превыш.}} = C_{\text{превыш}} / C_{\text{договор}}, \text{ где}$$

$\%_{\text{превыш}}$ - процента превышения суммы с учетом экспертизы от суммы по договору (далее – процент превышения);

3-й шаг: определение процента возмещения в соответствии с интервалом согласно следующей таблицы:

--	--	--

№ интервала (i)	Процент превышения (% _{превыш})	Процент возмещения (% _{возм. i})
1	от 100 % до 105 %	100 %
2	свыше 105 %-до 110 %	90 %
3	свыше 110 % -115 %	70 %
4	свыше 115 % -120 %	50 %
5	свыше 120 %	20 %

4-й шаг: расчет суммы возмещения в зависимости от процента превышения определяется по следующей формуле:

$$C_{\text{возмещ.}} = C_{\text{превыш}} \times \%_{\text{возм. i}}, \text{ где}$$

$C_{\text{возмещ.}}$ – сумма возмещения;

$\%_{\text{возм. i}}$ - процент возмещения в соответствии с интервалом;

i – интервал.

2. Линейная шкала оценки исполнения договора распространяется на амбулаторно-поликлинические организации, оказывающие ГОБМП в виде специализированной медицинской помощи по форме стационарозамещающей медицинской помощи, и применяется в отчетном периоде в последовательности согласно описанным шагам пункта 1, указанным в настоящем приложении, за исключением шага 3.

3-й шаг: определение процента возмещения в соответствии с интервалом согласно следующей таблицы:

№ интервала (i)	Процент превышения (% _{превыш})	Процент возмещения (% _{возм. i})
1	от 100 % до 110 %	100 %
2	свыше 110 % -115 %	90 %
3	свыше 115 % -120 %	80 %
4	свыше 120 % -125 %	70 %
5	свыше 125 %	50 %