



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 31 декабря 2013 года № 1529. 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 2014 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 2014 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 31 декабря 2013 года № 1529

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, организаций здравоохранения, определенных Правительством Республики Казахстан выполнять государственное задание в рамках ГОБМП; медицинских услуг, оказываемых 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.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – комплексный подушевой норматив АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), по перечню услуг, определенному уполномоченным органом, на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале «Регистр прикрепленного населения» (далее – портал «РПН»), к субъекту здравоохранения, оказывающему первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива АПП и стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива;

2) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи по перечню услуг, определяемому уполномоченным органом, с учетом поправочных коэффициентов;

3) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) – стимулирующая составляющая комплексного подушевого норматива,

направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, за достигнутые конечные результаты деятельности на основе индикаторов в порядке, определяемом уполномоченным органом;

4) базовый комплексный подушевой норматив АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи по перечню услуг, определяемому уполномоченным органом, без учета поправочных коэффициентов;

5) комплексный тариф онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в онкологическом регистре;

6) комплексный подушевой норматив на оказание услуг ГОБМП сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг ГОБМП по перечню форм медицинской помощи, определяемому уполномоченным органом, в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в портале «РПН», к субъекту здравоохранения районного значения или села, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и СКПН;

7) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг ГОБМП, оказываемых сельскому населению, по перечню форм медицинской помощи, определяемому уполномоченным органом, с учетом поправочных коэффициентов;

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

9) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека для обеспечения ГОБМП в форме ПМСП;

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

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

12) тариф услуги ГОБМП (далее – тариф) – стоимость единицы или комплекса услуг ГОБМП;

13) тарификатор – утвержденный уполномоченным органом единый перечень медицинских услуг с указанием их стоимости;

14) коэффициент затратноемкости – коэффициент, определяющий степень затратности услуги ГОБМП и клинико-затратных групп к стоимости базовой ставки;

15) стоимость базовой ставки – расчетная стоимость одной единицы услуги
Г О Б М П ;

16) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые администратором бюджетных программ с целью корректировки тарифа в порядке, определенном уполномоченным органом;

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

18) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан или 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
К а з а х с т а н ;

19) поставщик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор на оказание
Г О Б М П ;

20) договор на оказание ГОБМП – гражданско-правовой договор на оказание ГОБМП, заключенный между заказчиком и поставщиком в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг, а также гражданским законодательством Республики
К а з а х с т а н ;

21) субподрядчик – субъект здравоохранения, с которым поставщиком заключен договор субподряда для исполнения части обязательств по договору на оказание
Г О Б М П ;

22) линейная шкала оценки исполнения договора – механизм расчета суммы возмещения в случаях превышения месячной суммы договора на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи ;

23) Комиссия по оплате услуг – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком для осуществления оплаты за оказанный ГОБМП ;

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

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

26) договор на лечение пациента, претендовавшего на лечение за рубежом, в отечественной медицинской организации – договор между уполномоченным органом и отечественной организацией здравоохранения на оказание медицинской помощи пациенту, претендовавшему 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).

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

3. Возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, осуществляется на основании заключенных договоров на оказание ГОБМП с учетом реализации гражданами Республики Казахстан и оралманами права свободного выбора субъекта здравоохранения, оказывающего ГОБМП, и результатов контроля качества и объема медицинской помощи, проводимого в порядке, определенном уполномоченным органом, в пределах средств, предусмотренных администратором.

4. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором, на основании актов выполненных работ (услуг), формы и порядок представления которых утверждены уполномоченным органом.

5. Тарифы с учетом поправочных коэффициентов, в том числе половозрастного поправочного коэффициента формируются 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).

6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с

их деятельностью по оказанию ГОБМП, за исключением капитальных расходов,
к р о м е :

амортизационных расходов дочерним организациям акционерного общества (далее – АО) «Национальный медицинский холдинг», оказывающим ГОБМП, возмещаемых в порядке, определяемом уполномоченным органом;

расходов на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга 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 п р и н а д л е ж и т г о с у д а р с т в у ;

расходов на приобретение оборудования стоимостью менее пяти миллионов тенге, включенные в тариф, в порядке, установленном уполномоченным органом , 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 за счет средств из сложившейся экономии. При этом сумма данных расходов не должна превышать 1 % от суммы договора на оказание ГОБМП.

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 у п о л н о м о ч е н н ы м о р г а н о м .

8. Возмещение затрат на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, осуществляется за оказание ПМСП по подушевому нормативу на оказание ПМСП, за оказание консультативно-диагностических услуг по тарифу согласно тарификатору, за оказание АПП по комплексному подушевому нормативу АПП.

Комплексный подушевой норматив АПП не должен быть ниже базового комплексного подушевого норматива АПП, являющегося единым на территории Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н .

9. Возмещение затрат скорой медицинской помощи осуществляется по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи.

10. Возмещение затрат стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется по тарифам за один пролеченный случай: расчетной средней стоимости, КЗГ с учетом коэффициента затратно-емкости, койко-дням, медико-экономическим тарифам, фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций и в порядке, определенном

уполномоченным органом.

11. Возмещение затрат за лечение пациента, претендовавшего на лечение за рубежом, в отечественных медицинских организациях за счет бюджетных средств, в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан осуществляется по тарифу за один пролеченный случай и в порядке, утвержденном уполномоченным органом.

Лечение пациента, претендовавшего на лечение за рубежом, в отечественной организации здравоохранения, в том числе с привлечением зарубежных специалистов, осуществляется по решению Комиссии по лечению за рубежом, на основе договора на лечение пациента, претендовавшего на лечение за рубежом, в отечественной медицинской организации.

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

12. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным осуществляется по комплексному тарифу онкологического больного, за исключением республиканских медицинских организаций.

13. Возмещение затрат организациям районного значения или села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население.

14. Возмещение 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 или за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы 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

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

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

17. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание ГОБМП осуществляется в соответствии с тарификатором.

18. Физическим лицам, занимающимся частной медицинской практикой, возмещение затрат при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП осуществляется в соответствии с настоящими Правилами.

П р и л о ж е н и е

к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств

Линейная шкала оценки исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Линейная шкала оценки исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) 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 на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее – сумма возмещения), осуществляется в следующей последовательности:

1-й шаг: расчет суммы превышения месячной суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи, определяется по следующей формуле:

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

$C_{\text{превыш}}$ – сумма превышения месячной суммы, предусмотренной договором

на оказание ГОБМП, без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

$C_{\text{договор}}$ – месячная сумма, предусмотренная договором на оказание ГОБМП (далее – сумма по договору);

$C_{\text{предъяв. к оплате}}$ – сумма, предъявленная к оплате организацией, оказывающей ГОБМП, за оказание услуг ГОБМП по счет-реестру за оказанные медицинские услуги по специализированной медицинской помощи в рамках, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета;

2-й шаг: определение процента превышения суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП, без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее – процент превышения) по следующей формуле:

$$\%_{\text{превыш.}} = C_{\text{превыш}} / C_{\text{договор}} \times 100, \text{ где}$$

$\%_{\text{превыш}}$ – процента превышения;

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

№ интервала (i)	Процент превышения ($\%_{\text{превыш}}$)	Процент возмещ. ($\%_{\text{возм. i}}$)
1	от 100 % до 105 %	50 %
2	свыше 105 %	0 %

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.