

**О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи"**

*Утративший силу*

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 105. Зарегистрирован Министерством юстиции Республики Казахстан 28 марта 2011 года № 6848. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-158.

**Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 13.12.2022 № ҚР ДСМ-158 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).**

В соответствии со статьей 23 Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан № 5946, опубликованный в собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов республики Казахстан № 7, 2010 года), следующие изменения:

Методику формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту стратегического развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Токежанов Б.Т.) обеспечить в установленном законодательством порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Юридическому Департаменту Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить в установленном законодательством порядке официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на  
Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Курмангалиеву А.Д.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных  
дней после дня его первого официального опубликования.

И.о. министра

Э. Байжунусов

Приложение  
к приказу и.о. Министра  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 1 марта 2011 года № 105  
Утверждено  
приказом Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 26 ноября 2009 года № 801

**Методика  
формирования тарифов и планирования затрат  
на медицинские услуги, оказываемые  
в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи**

**1. Основные положения**

1. Настоящая Методика формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - Методика) разработана в соответствии со статьей 23 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения".

2. Настоящая Методика устанавливает механизм по определению тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по следующим формам предоставления медицинской помощи:

- 1) первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП);
- 2) консультативно-диагностическая помощь;
- 3) скорая медицинская помощь, санитарная авиация;
- 4) стационарная помощь;
- 5) стационарозамещающая помощь.

3. В настоящей Методике используются следующие понятия:

подушевой норматив - установленная норма затрат, пересматриваемая ежегодно в расчете на одного человека для обеспечения конкретного объема медицинских услуг;

половозрастной поправочный коэффициент - это коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения;

тарификатор - перечень тарифов на оказываемые медицинские услуги;

тариф – стоимость оказания медицинской помощи за один пролеченный случай в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь; за один вызов в организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь, санитарной авиации;

тариф стационарной помощи – это интегральная стоимостная характеристика медико-экономических протоколов за один пролеченный случай;

медико-экономические протоколы – это группы заболеваний, объединяющие сходные клинические состояния и методы лечения, характеризующиеся устойчивыми сочетаниями кодов болезней и оперативных вмешательств и обладающие сходной стоимостью и стоимостной характеристикой медицинских затрат с детальным описанием входящих функциональных (по структурным подразделениям) и структурных (по статьям затрат) компонентов;

предельные объемы стационарной помощи - определяемые уполномоченным органом в области здравоохранения годовые объемы стационарной помощи в разрезе областей, городов Астана и Алматы;

коэффициент затроемкости услуг – отражает соотношение стоимости конкретной услуги к средней стоимости всех видов услуг;

базовый тариф тарификатора – это стоимость первичного приема врача терапевта (врача общей практики);

коммунальные и прочие расходы (далее – КПП) – это расходы, которые включают коммунальные и прочие расходы: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода, затраты на повышение квалификации медицинских работников, оплата банковских услуг, услуги связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, текущий ремонт, аренда помещения для размещения стационара, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг. К КПП применяются индивидуальные, повышающие коэффициенты.

## **2. Основные этапы расчета тарифов**

4. Администратор бюджетных программ определяет:

плановый объем потребления медицинских услуг по формам помощи на планируемый период;

необходимый объем ресурсов для возмещения затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи. Планирование затрат по видам

помощи осуществляется на основании действующих нормативов расходов, утвержденных законодательством Республики Казахстан.

### **3. Формирование тарифов на медицинские услуги**

5. Для организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, тарифом является подушевой норматив, обслуживаемой территории и (или) прикрепления граждан с учетом права свободного выбора медицинской организации, который рассчитывается путем деления общего объема средств, предусмотренного государственного бюджета на количество прикрепленного населения в соответствии со статистическими данными и поправочный коэффициент (Приложение 1).

6. Половозрастной поправочный коэффициент отражает относительное распределение по полу и возрасту бюджетных средств, предназначенных для оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

7. Для организаций здравоохранения, оказывающих консультативно-диагностическую помощь, тарифом является базовый тариф тарификатора, который определяется путем деления объема средств за оказание консультативно-диагностической помощи на произведение среднего коэффициента затратоемкости услуги и планируемое количество оказания медицинских услуг в организациях, оказывающих консультативно-диагностическую помощь.

8. Коэффициент затратоемкости исчисляется как отношение стоимости конкретной услуги к стоимости базового тарифа.

9. Тарифы вызова скорой медицинской помощи и санитарной авиации определяются как отношение объема средств, предусмотренного государственного бюджета к количеству вызовов. При этом тариф на санитарную авиацию состоит из двух компонентов: медицинская часть, транспортная составляющая тарифа.

10. Тарифы организациям здравоохранения, оказывающим стационарную помощь, формируются путем суммации всех фактических расходов, связанных с оказанием медицинских услуг (заработная плата работников организаций здравоохранения, дополнительные денежные выплаты в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан, социальные отчисления в соответствии с Налоговым кодексом Республики Казахстан, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, приобретение продуктов питания для пациентов, а также коммунальные и прочие расходы, включающие расходы на отопление, электроэнергию, горячую и холодную воду, затраты на повышение квалификации медицинских работников, оплату банковских услуг, услуг связи,

приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, текущий ремонт, аренду помещения для размещения стационара, приобретение медицинской техники в лизинг, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг).

11. Тариф за пролеченные случаи стационарозамещающего лечения составляет 1/4 от фонда заработной платы, оплачиваемых за пролеченные случаи стационарного лечения.

Оплата коммунальных и прочих расходов при оказании стационарозамещающего лечения на дому не производится.

Оплата коммунальных и прочих расходов при лечении в дневном стационаре производится из расчета 1/6 от среднерегионального тарифа на коммунальные и прочие расходы.

Оплата расходов за пролеченные случаи стационарозамещающего лечения на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинские услуги оказываются по фактическим расходам, с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи.

Оплата за оказанный объем услуг специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи производится по базовому тарифу, определяемому путем деления предусмотренных финансовых средств соответствующих бюджетов на планируемое количество оказания медицинских услуг с учетом коэффициентов затратоемкости.

### **3.1 Расчет расходов на обновление основных фондов**

12. Расходы по планированию лизингового платежа для пилотных организаций здравоохранения, участвующих в проекте внедрения по приобретению медицинской техники в лизинг определяются согласно формуле:

$$\text{Расходы ЛП} = O_{\text{факт.средств стац.}} \times \text{ЛП}_{\text{год}} / O_{\text{план.средств стац.}}$$

где:

$\text{ЛП}_{\text{год}}$  – годовая сумма расходов на погашение лизинговых платежей пилотной организации здравоохранения, оказывающей стационарную медицинскую помощь, согласно договору финансового лизинга;

$O_{\text{факт.средств стац.}}$  – сумма средств, фактически полученных от оказания стационарной помощи пилотной организацией здравоохранения, участвующей в закупе медицинской техники на условиях лизинга;

$O_{\text{план.средств стац.}}$  – сумма средств, планируемых получить от оказания стационарной помощи пилотной организацией здравоохранения, участвующей в закупе медицинской техники на условиях лизинга.

13. Годовые расходы организации здравоохранения, предусмотренные на обновление основных средств посредством приобретения медицинской техники в лизинг, не должны превышать суммы годового лизингового платежа, определенного договором между лизингодателем и лизингополучателем.

14. Средства, направленные на возмещение лизинговых платежей, используются только в рамках договоров финансового лизинга, заключенных с организацией, созданной Правительством Республики Казахстан, основным предметом деятельности которой является организация и проведение закупок медицинской техники для дальнейшей передачи организациям здравоохранения на условиях финансового лизинга.

### **3.2 Расчет расходов на повышение квалификации**

15. Планирование расходов на повышение квалификации медицинских работников осуществляется для пилотных организаций здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) по следующим показателям:

1) количество медицинских работников организаций здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) по данным статистических форм;

2) объем средств, запланированных на повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников в плановом году;

3) предельные объемы стационарной и лимиты стационарозамещающей помощи (кроме случаев лечения инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза);

4) условная единица измерения для стационарной и стационарозамещающей помощи – пациент, который применяется при расчете на повышение квалификации медицинских работников.

16. Расходы на повышение квалификации медицинских работников организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь, определяются последовательно по следующим формулам:

1) Шаг 1:

$$\frac{Nn}{N}$$

=  $K_n$ , где,

$N_n$  – количество медицинских работников, в организациях здравоохранения для региона "n", предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза). Источник информации – статистические формы.

$N$  – общее количество медицинских, в государственных организациях здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза). Источник информации – статистические формы.

$K_n$  – доля медицинских, региона "n", в организациях здравоохранения для региона "n", предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза);

2) Шаг 2:  $K_n * M = M_n$ , где,

$K_n$  – доля медицинских работников, региона "n", в организациях здравоохранения для региона "n", предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза).

$M$  – общее количество медицинских и фармацевтических работников, работающих в организациях здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза), которые должны пройти повышение квалификации в плановом году.

$M_n$  – количество медицинских и фармацевтических работников, работающих в организациях здравоохранения региона "n", предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) которые должны пройти повышение квалификации в плановом году;

3) Шаг 3:  $C * M_n = S_n$ , где,

$C$  – сумма средств, предусмотренная в бюджете на плановый год, на повышение квалификации 1 курсанта.

$M_n$  – количество медицинских и фармацевтических работников, работающих в организациях здравоохранения региона "n", предоставляющих стационарную и стационарозамещающую помощь (кроме инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза), которые должны пройти повышение квалификации в плановом году.

$S_n$  – сумма средств, предусмотренная в бюджете на плановый год на финансирование расходов, связанных с повышением квалификации медицинских и фармацевтических работников, для региона "n";

4) Шаг 4:

$$\frac{S_n}{L_n}$$

=  $T_n$ , где,

$S_n$  – сумма средств, предусмотренная в бюджете на плановый год на финансирование расходов, связанных с повышением квалификации медицинских и фармацевтических работников, для региона "n".

$L_n$  – условный предельный объем помощи, который определяется по формуле:  
 $Z_n +$

$$\frac{X_n}{6}$$

, где,

$Z_n$  – предельный объем стационарной помощи (за исключением случаев инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) для региона "n", утверждаемый уполномоченным органом в области здравоохранения.

$X_n$  – лимиты стационарозамещающей помощи (за исключением случаев инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) для региона "n", утверждаемый уполномоченным органом в области здравоохранения.

$T_n$  – объем средств, выплачиваемый на 1 предельный объем стационарной помощи (за исключением случаев инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) для региона "n";

5) Шаг 5:  $P_n =$

$$\frac{T_n}{6}$$

, где,

$P_n$  – объем средств, выплачиваемый на 1 лимит стационарозамещающей помощи (за исключением случаев инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) для региона "n".

$T_n$  – объем средств, выплачиваемый на 1 предельный объем стационарной помощи (за исключением случаев инфекционных заболеваний, психических расстройств и туберкулеза) для региона "n".

#### 4. Планирование затрат на медицинские услуги



17. Планирование затрат на медицинские услуги осуществляется на основе анализа и оценки деятельности системы здравоохранения в целом и организаций здравоохранения по следующим показателям:

объем медицинской помощи по видам (за 3-х летний период) в целом по региону и по каждой организации здравоохранения в отдельности;

количество койко-дней в стационаре, средняя продолжительность пребывания на койке, работа койки в разрезе организаций здравоохранения;

объемы медицинских услуг, оказанных за счет бюджетных средств и других источников, в том числе за счет платных услуг;

численность работающего персонала, уровень оплаты труда;

оснащенность оборудованием и их использование, обеспеченность мягким инвентарем и прочее, степень их износа;

состояние зданий и сооружений, необходимость в проведении текущего, капитального ремонта.

18. На основе анализа с учетом статистических данных и отраслевых справочников (справочник медицинских услуг; справочник операций и манипуляций; справочник медико-экономических тарифов; перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения), утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения определяются:

1) планируемый объем медицинской помощи, который должен быть оказан на уровне организаций ПМСП;

2) планируемое количество вызовов скорой медицинской помощи;

3) планируемое количество специализированных консультативных и диагностических услуг, в том числе стоматологических;

4) предельные объемы стационарной помощи (случаев госпитализации);

5) планируемое количество пролеченных случаев стационарозамещающей помощи;

6) осуществляется регулирование объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

## **5. Формирования дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи**

19. Система планирования затрат на оказание ПМСП направлена на выполнение следующих задач:

1) определение стимулирующей составляющей подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП за достигнутые результаты, направляемые на материальное поощрение медицинских работников;

2) повышение квалификации медицинских работников ПМСП;

3) совершенствование системы внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что в свою очередь повлияет на повышение качества оказываемых услуг и создание более эффективной организационной структуры организаций ПМСП.

20. Основными принципами построения системы подушевого финансирования с элементами оплаты по результатам деятельности являются:

1) взаимосвязь стимулов и возможностей организаций ПМСП, направленная на результат и процесс;

2) гарантированные выплаты организациям ПМСП на покрытие текущих расходов в рамках предоставления гарантированного объема медицинской помощи, а также и дополнительные стимулирующие выплаты за достигнутые (качественные) результаты работы;

3) охват всех организаций ПМСП, работающих по принципу смешанного приема или общей врачебной практики;

4) результаты деятельности организаций (качество и эффективность) должны оцениваться через систему специально установленных индикаторов, соответствующих определенным критериям. Оценка индикаторов должна проводиться периодически и по итогам оценки должны начисляться и производиться выплаты организациям. Система индикаторов и их оценка должны быть связаны с системой мониторинга деятельности ПМСП и информационными системами.

21. Дополнительный компонент к тарифу на оказание первичной медико-санитарной помощи – дополнительная составляющая к тарифу первичной медико-санитарной помощи, учитывающая результаты деятельности организации первичной медико-санитарной помощи.

22. Индикаторы, отражающие приоритетные направления развития ПМСП и соответственно деятельности организаций, через которые административно-бюджетные программы (далее – АБП) будут производить оценку качества и эффективности деятельности организаций ПМСП, устанавливает Министерство здравоохранения Республики Казахстан (далее - Министерство).

23. Бюджет организаций ПМСП складывается из гарантированной части финансирования, покрывающей текущие затраты на предоставление гарантированного объема ПМСП прикрепленному населению, и переменной стимулирующей части, размер которой будет зависеть от результатов работы, оцененных через систему установленных индикаторов.

24. Разработка системы дополнительного компонента к тарифу ПМСП строится на определении правил и процедур для каждого из следующих параметров системы:

1) составляющие финансирования:

определение общего объема финансирования и его распределение на базовый и стимулирующий объемы, включающие затраты на повышение квалификации и стимулирование труда с учетом дифференцированной оплаты;

2) индикаторы деятельности поставщиков ПМСП для стимулирующей составляющей:

установление критериев отбора индикаторов;

определение оптимального количества приоритетных индикаторов;

установление периодичности и правил пересмотра индикаторов;

3) оценка индикаторов и определение размера стимулирующих выплат для каждого поставщика ПМСП:

систематизация сбора и обработки необходимых данных по индикаторам;

определение правил оценки индикаторов и установления размеров выплат на основании оценки индикаторов;

установление периодичности предоставления поставщикам ПМСП отчетов по результатам оценки индикаторов;

4) выплаты:

установление периодичности выплат стимулирующей составляющей и приоритетных направлений использования средств;

5) принятие управленческих решений (ПМСП и АБП).

25. Индикаторы оценки достигнутых результатов работы организации ПМСП и определение размера выплат по стимулирующей составляющей проводится ежеквартально (Приложение 2).

26. Система оценки индикаторов строится на оценке сравнительных данных настоящего с предыдущим годами. Такой подход позволяет оценить, что в настоящее время добивается система региона в целом, и каков вклад каждой организации. На основании системы оценки индикаторов определяются размеры стимулирующих выплат для организаций ПМСП в соответствии с достижением тех или иных значений по индикаторам.

27. На основании оценки индикаторов составляются ежеквартальные отчеты и производится условная оценка деятельности ПМСП в целом и условное ранжирование организаций ПМСП (относительно хорошо и относительно слабо работающие). Данная информация используется на уровне Покупателя и Поставщиков ПМСП для принятия управленческих решений и помогает определить приоритетные направления для усовершенствования, как отдельных организаций ПМСП, так и системы в целом.

28. Органы управления здравоохранения областей, городов Астаны, Алматы осуществляют экспертную оценку сложившихся уровней средних величин по

каждому индикатору и определяют меры, направленные на достижение оптимальных средних величин.

29. Комиссией по оценке результатов и начислению выплат администраторами бюджетных программ окончательно утверждаются размеры стимулирующей составляющей организациям ПМСП за отчетный период (квартал).

30. Администраторы бюджетных программ производят стимулирующие выплаты в соответствии с бюджетным законодательством Республики Казахстан.

31. Для достижения максимального управляющего воздействия рекомендуется стимулирующие выплаты направлять на премирование сотрудников организаций ПМСП в соответствии с условиями Трудового Кодекса и коллективного договора.

32. Внедрение системы подушевого финансирования ПМСП с дополнительным компонентом к тарифу предполагает расширение роли и функций организаций, вовлеченных в данный процесс.

33. Распределение основных функций и полномочий осуществляется следующим образом:

1) Министерство осуществляет:

общее управление при формировании системы дополнительного компонента к тарифу ПМСП;

нормативно-правовое регулирование: периодическое усовершенствование модели дополнительного компонента к тарифу ПМСП;

решение вопросов внутри секторальной координации;

2) администраторы бюджетных программ осуществляют:

внедрение системы дополнительного компонента к тарифу ПМСП на уровне региона;

управление и координацию деятельностью участников системы на уровне региона;

учреждение Комиссии по оценке результатов и начислению выплат;

внедрение единых информационных систем;

проведение мониторинга внедрения и анализ системы;

подготовка рекомендаций по усовершенствованию системы и внесение предложений Министерству;

3) организации ПМСП осуществляют:

основную деятельность в рамках оказания ГОБМП;

внедрение информационных систем в рамках единой информационной системы здравоохранения;

принятие управленческих решений и совершенствование системы непрерывного повышения качества медицинских услуг;

эффективное управление и использование средств по гарантированным и стимулирующим выплатам;

предоставление необходимой отчетности;

4) комиссии по оценке результатов и начислению выплат осуществляют:

рассмотрение и утверждение результатов системы мониторинга и оценки индикаторов;

расчет и утверждение размера выплат по стимулирующей составляющей для каждой организации на основании оценки индикаторов за отчетный период;

контроль за выплатами;

рассмотрение обращений организаций ПМСП по спорным вопросам.

34. Определение стимулирующего компонента подушевого норматива организаций ПМСП производится по следующим процессам:

1) определение интегрированного показателя значений индикаторов каждой организации ПМСП в баллах;

2) определение суммы стимулирующей надбавки для каждой организации ПМСП в тенге.

Процесс 1: Определение интегрированного показателя значений индикаторов каждой организации в баллах:

1) по конкретному индикатору определяется значение предыдущего и текущего отчетных периодов в деятельности организации ПМСП - (Ип; Ио);

2) определяется фактическое отклонение показателя индикатора за текущий период от показателя индикатора за предыдущий период:

$$\text{ФО} = (\text{Ип} - \text{Ит}) / \text{Ип},$$

если значение индикатора рассчитано на снижение в динамике,

если показатель по нормативу должен быть увеличен по сравнению с предыдущим, в числителе применяется разница между значением индикатора за текущий период и его значением за предыдущий период (Ит-Ип), в знаменателе используется значение индикатора за текущий период;

3) определяется отклонение индикатора (ОИ) по сравнению с нормативом отклонения (ОН) и с учетом весового коэффициента каждого индикатора (ВК) (нормы отклонения – ОН, весовые коэффициенты (ВК):

$$\text{ОИ} = \text{ФО} - \text{ОН}$$

4) вычисляется приведенный показатель индикатора за текущий период как сумма 1 и отклонения по сравнению с нормативом за текущий период с учетом коэффициента веса индикатора:

$$\text{ППИ} = (1 + \text{ОИ} / 100) * \text{ВК}$$

5) повторяются описанные шаги 1-4 для всех индикаторов в целом для медицинской организации;

б) суммируются значения приведенных показателей индикаторов по МО, тем самым получаем суммарный показатель МО:

$$СП = \sum \text{ППИ}$$

Процесс 2: Определение суммы стимулирующей надбавки для каждой организации ПМСП в тенге:

1) суммируются величины суммарных показателей по всем МО:

$$ССП = \sum \text{СП}$$

2) вычисляется величина нормы ставки вознаграждения (далее - НСВ) за текущий период путем деления запланированной суммы вознаграждения (Ф) на текущий период на сумму величин суммарных показателей:

$$НСВ = \Phi / ССП$$

3) вычисляется величина стимулирующей надбавки по каждой МО путем умножения величины суммарного показателя по каждой МО на норму ставки вознаграждения:

$$СН = СП * НСВ$$

Приложение 1  
к Методике формирования тарифов  
и планирования затрат на медицинские  
услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи

### Половозрастные поправочные коэффициенты

Возраст	Мужчины	Женщины
0-12 месяцев	4,82	5,52
12 месяцев - 4 года	1,45	1,65
5-9 лет	0,96	0,99
10-14 лет	0,94	0,92
15-19 лет	1,02	0,83
20-29 лет	0,53	1,20
30-39 лет	0,413	1,21
40-49 лет	0,53	1,20
50-59 лет	0,48	1,11
60-69 лет	0,84	2,19
70 и старше	1,11	1,48

Приложение 2  
к Методике формирования тарифов  
и планирования затрат на медицинские  
услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи

**Индикаторы оценки достигнутых результатов работы  
организаций ПМСП**

№	Название	Формула расчета		На сколько считать	Коэффициент
		Делимое	Делитель		
1	2	3	4	5	6
1.*	Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП	Количество случаев материнской смерти среди прикрепленных жителей от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно за отчетный период	количество прикрепленных женщин фертильного возраста, далее ЖФВ	На 100 ЖФВ	3
1.1	Случаи беременности ЖФВ с ЭГП, которым абсолютно противопоказана беременность	Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭГП, которым абсолютно противопоказана беременность, среди прикрепленных жителей	общее количество госпитализированных беременных среди прикрепленных жителей	На 100 ЖФВ	3
1.2	Случаи подростковой беременности (15-18 лет)	Количество случаев госпитализации с подростковой беременности (15-18 лет) среди прикрепленного	общее количество госпитализированных беременных в возрасте 15-18 лет среди прикрепленных жителей в	на 100 подростков	2

		населения в отчетном периоде	предыдущем перед отчетным периоде		
1.3	Случаи выполненных аборт ов в возрасте 15-18 лет	Количество аборт ов у подростков в возрасте 15-18 лет среди прикрепленного населения в отчетном периоде	Количество аборт ов у подростков в возрасте 15-18 лет среди прикрепленного населения в предыдущем перед отчетным периоде	на 100 подростков	2
1.4	Соблюдение принципа регионализации (по данным круглосуточного стационара)	случаи госпитализаций беременных и рожениц с несоблюдением принципа регионализации среди прикрепленного населения	общее количество случаев госпитализации беременных и рожениц среди прикрепленного населения	100	2
1.5	Уровень аборт ов по отношению к родам	Общее количество случаев аборт ов среди прикрепленного населения	Общее количество родов среди прикрепленных ЖФВ	100	2
2**	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ ОРИ,)	количество детской смертности в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ ОРИ)	количество детей в возрасте от 7 дней до 5 лет среди прикрепленного населения	на 100	2
3	Количество запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких	Количество запущенных случаев у впервые выявленных туберкулезом легких среди прикрепленного населения	количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения	на 100 %	1



4	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии среди прикрепленного населения	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии среди прикрепленного населения	количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций среди прикрепленного населения	на 100 %	2
5	Уровень госпитализации с осложнениями заболеваний, управляемых на уровне ПМСП				
5.1	Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт* 100	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт	на 100 %	1
5.2	Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения, госпитализированных с осложнениями сахарного диабета	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с осложнениями сахарного диабета*100	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с сахарным диабетом	на 100 %	1
5.3	Удельный вес госпитализации больных из числа прикрепленного населения с	Количество пролеченных больных с астматическим	Количество пролеченных больных с астмой из числа	на 100 %	1

	астматическим синдромом из числа прикрепленного населения	синдромом из числа прикрепленного населения*100	прикрепленного населения		
5.4	Удельный вес экстренной госпитализации больных из числа прикрепленного населения с пневмонией и бронхитом	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения, экстренно госпитализированных с пневмонией и бронхитом*100	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с пневмонией и бронхитом	на 100 %	1
5.5.	Удельный вес беременных из числа прикрепленного населения госпитализированных с эклампсией	Количество пролеченных случаев с эклампсией из числа прикрепленного населения*100	Число всех пролеченных случаев беременных из числа прикрепленного населения	на 100 %	1
6	Количество расхождений направительного и заключительного диагнозов	Число случаев расхождений диагнозов среди пролеченных больных, направленных организацией ПМСП и заключительного клинического диагноза *100	Количество всех пролеченных случаев из числа прикрепленного населения	на 100 %	1
7	Показатель снижения госпитализаций по экстренным показаниям	количество госпитализаций по экстренным показаниям среди прикрепленного населения за отчетный период *100	Количество всех пролеченных случаев из числа прикрепленного населения	на 100 %	1
	Общее количество	Количество	количество		

8	обоснованных жалоб по сравнению с предыдущим отчетным периодом	обоснованных жалоб за отчетный период	обоснованных жалоб за предыдущий период		0,5
9.***	Уровень госпитализации больных старше 70 лет из числа прикрепленного населения госпитализированных независимо от источника направления (определить диагнозы)	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения старше 70 лет*100	Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения старше 70 лет за отчетный период	на 100 %	0,5

*продолжение таблицы*

№	Источник данных		Пороговое значение на 1 МО	Периодичность (раз в квартал, год)
	числитель	знаменатель		
1	7	8	9	10
1.*	Факт смерти ф. 2009/у-02 (приказ 665 от 22.12.2008), подтвержденный ТД ККМФД о предотвратимости на уровне ПМСП.	1. Данные стат.управления 2. Регистр прикрепленного населения 3. ПО Регистр беременной	0	Ежеквартально
1.1	ф. №066/у – (ККМФД определить коды МКБ-10 ЭПГ, при которых абсолютно противопоказана беременность)	ф. № 066/у (МКБ-10 : кл О) ПО Регистр беременной	0	Ежеквартально
1.2	ф. № 066/у – данные о беременности среди подростков в возрасте 15-18 лет	ф. № 066/у ПО Регистр беременной	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
	ф. № 066/у – данные о	ф. № 066/у		

1.3	беременности среди подростков в возрасте 15-18 лет	ПО Регистр беременной	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
1.4	ф. № 066/у (МКБ-10 : О с указанием родоразрешения) необходимо расширить приложение 1 к 066/у указанием принципа регионализации	ф. № 066/у (МКБ-10 : О с указанием родоразрешения) ПО Регистр беременной	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
1.5	ф. № 066/у (МКБ-10 : О 02-07)	ф. № 066/у (МКБ-10 : роды)	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
2**	1. Факт смерти из ф. 2009/у-01 (приказ 665 от 22.12.2008) расширенная до 5 лет, по определенным причинам смерти (ТДККМФД определить коды смертельных исходов при ОКИ ОРИ, предотвратимых на уровне ПМСП	1. Данные статуправления 2. Регистр прикрепленного населения 3. Данные ККМФД	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
3	ТубРегистр	ТубРегистр	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
4	ОнкоРегистр	ОнкоРегистр	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
5	Уровень госпитализации с осложнениями заболеваний, управляемых на уровне ПМСП			

5.1	ф. № 066/у (МКБ-10 : I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9)	ф. № 066/у (МКБ-10 : класс I)	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 10 %	Ежеквартально
5.2	ф. № 066/у (E10 за исключением E10.9, E11 за исключением E11.9)	ф. № 066/у (E10, E11)	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 10 %	Ежеквартально
5.3	ф. № 066/у (МКБ-10 : 45.0, J45.1, J46)	ф. № 066/у (МКБ-10 : J45, J46)	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 10 %.	Ежеквартально
5.4	ф. № 066/у (МКБ-10 : J12-J16, J18, J40-J43) экстренный	ф. № 066/у (МКБ-10 : J12-J16, J18, J40-J43) все типы госпитализации	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 % .	Ежеквартально
5.5	ф. № 066/у (МКБ-10 : O15)	ф. № 066/у (МКБ-10 : O)	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 10 %.	Ежеквартально
6	Ф 066/у	Ф 066/у	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 10 %.	Ежеквартально
7	Ф 066/у	Ф 066/у	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 % .	Ежеквартально

8	СУКМУ		Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 %	Ежеквартально
9***	Ф066/у	Ф066/у	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 1 %	Ежеквартально

\* (Примечание к индикатору 1.1.)

Перечень кодов МКБ 10 для заболеваний, при которых абсолютно противопоказана беременность, учитываемый при расчете данного индикатора

№	Код МКБ 10	Наименование болезней
1.	A15, A16, A17, A18, A19	все формы активного легочного и внелегочного туберкулезного процесса с осложнениями, с множественной (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) или в сочетании с сахарным диабетом
2.	C00-C97	наличие в настоящем злокачественного новообразования всех локализаций
3.	D60-D61	апластическая анемия
4.	D65, D68.2-9, D69.1, D69.6-9	часто рецидивирующие или тяжело протекающие пурпура и другие геморрагические состояния
5.	F01-F03, F05.1, F06.0	органические, включая симптоматические, психические расстройства
6.	F10.5-7, F11.5-7, F12.5-7, F13.5-7, F14.5-7, F15.5-7, F16.5-7, F17.5-7, F18.5-7, F19.5-7	психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением психоактивных веществ
7.	F20.0-2, F22	шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
8.	F71-F73	умственная отсталость

9.	G40-G41	эпилепсия с развитием психических нарушений
10.	B69	цистицеркоз, наследственные нервно-мышечные заболевания
11.	G30-G32	дегенеративные заболевания ЦНС
12.	G12.2	болезнь двигательного нейрона
13.	G35	рассеянный склероз
14.	G37	другие демиелинизирующие заболевания
15.	G70, G73	миастения и миастенические синдромы
16.	G61.0, G61.8	острые (Гийена-Барре) и хронические воспалительные демиелинизирующие заболевания, нарколепсия, катаlepsия
17.	H46	неврит зрительного нерва
18.	H47.0	ишемическая двухсторонняя нейропатия
19.	H36.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне диабетической ретинопатии
20.	H35.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне гипертонической ретинопатии
21.	I01.0-2, I01.8-9	острая ревматическая лихорадка
22.	I50.0-1, I50.9	врожденные и приобретенные пороки сердца, осложнившиеся хронической сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца
23.	I11.0, I12.0, I13.0-2, I13.9	гипертоническая болезнь, II-III ст. и злокачественное течение
24.	I25	ишемическая болезнь сердца, не скорректированная (консервативными или хирургическими методами)
25.	I27.0	первичная легочная гипертензия с развитием сердечно-легочной недостаточности
26.	I33.0, I33.9	острый и подострый эндокардит

27.	I40, I42, I46, I49, I50.0-1, I50.9	миокардиты, кардиомиопатии, осложненные хронической сердечной недостаточностью III-IV по NYHA, после протезирования клапанов сердца с признаками сердечной недостаточности III-IV по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца или хроническая сердечная недостаточность III-IV ст. по NYHA любой этиологии
28.	I49, I46	жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма
29.	I71.0-9	аневризма и расслоение аорты
30.	I01.0-2, I01.8, I01.9, I27.0	состояние после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма и проводимости, наличием легочной гипертензии и обострения ревматизма
31.	J45, J96.1	бронхиальная астма, тяжелое течение, неконтролируемая, ДН III степени
32.	J43.1	буллезная эмфизема, ДН III степени
33.	Q33.6	кистозная гипоплазия легких, распространенная форма, тяжелое течение, ДН III степени
34.	J47	бронхоэктатическая болезнь легких, ДН III степени, лимфангиолейомиоматоз легких, ДН III степени
35.	J84.9	идиопатический фиброзирующий альвеолит, ДН III степени, первичная легочная гипертензия, ДН III степени
36.	K22.2	сужение и стеноз пищевода, искусственный пищевод
37.	K21	болезни пищевода - ГЭРБ, осложненная язвой, стриктурой, пищевод Баррета



38.	K31.2, K31.5	болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - язвенная болезнь, осложненная кровотечением, стеноз после хирургического лечения
39.	K50.8	болезнь Крона в стадии обострения (в стадии ремиссии решать в индивидуальном порядке)
40.	K71-2, K71.5, K71.7, K71.9, K74-6	острые и хронические заболевания печени в стадии обострения, тяжелое течение; цирроз печени, декомпенсированный
41.	K86.1, K86.6	хронический панкреатит с выраженным нарушением секреторной функции и синдромом нарушения всасывания тяжелой степени (стадия фиброза)
42.	N00	острый гломерулонефрит
43.	N08.3	диабетическая нефропатия IV, V ст.

\*\* (Примечание к индикатору 2)

Перечень кодов МКБ 10 для диагнозов детской смертности (от 7 дней до 5 лет) предотвратимой на уровне ПМСП, учитываемый при расчете данного индикатора

№	Код МКБ 10	Наименование болезней
1	A 02	Другие сальмонеллезные инфекции
2	A 03	Шигеллез
3	A 04	Другие бактериальные кишечные инфекции
4	A 08	Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции
5	A 09	Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения
6	J 00	Острый назофарингит
7	J 01	Острый синусит
8	J 02	Острый фарингит
9	J 03	Острый тозиллит
10	J 04	Острый ларингит и трахеит
11	J 05	Острый обструктивный ларингит и эпиглотит

12	J 06	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
13	J 12	Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках
14	J 13	Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae
15	J 14	Пневмония вызванная Haemophilus influenzae (палочкой Афанасьева-Пфейффера)
16	J 15	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках
17	J 18	Пневмония без уточнения возбудителя
18	J 20	Острый бронхит
19	J 21	Острый бронхолит
20	J 22	Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей
21	K 59.1	Функциональная диарея

**\*\*\* (Примечание к индикатору 9) Перечень кодов МКБ 10 для заболеваний, учитываемых при расчете данного индикатора**

№	Код МКБ 10	Наименование болезней
1	D 50	Железодefицитная анемия
2	E 10-E 14	Сахарный диабет
3	G 50 - G64; G 70 - G 73	Болезни нервов, нервных корешков и сплетений
4	I 10 - I 13	Артериальная гипертензия
5	I 20	Стенокардия
6	J 44	Другие хронические обструктивные болезни легких
7	M 15 – V 19	Артрозы
8	N 10, N 12, T 15	Тубулоинтерстициальные болезни почек