

**О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстана 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 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложениек приказу и.о. МинистраздравоохраненияРеспублики Казахстанот 1 марта 2011 года № 105 Утвержденоприказом Министра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 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, характеризуемые 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 затратоемкости 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 – КПР) – 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 КПР 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 половозрастной 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:

      Расходы ЛП = Офакт.средств стац. х ЛПгод / Оплан.средств стац.

      где:

      ЛПгод – годовая сумма расходов на погашение лизинговых платежей пилотной организации здравоохранения, оказывающей стационарную медицинскую помощь, согласно договору финансового лизинга;

      Офакт.средств стац. – сумма средств, фактически полученных от оказания стационарной помощи пилотной организацией здравоохранения, участвующей в закупе медицинской техники на условиях лизинга;

      Оплан.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:



= Kn, где,

      Nn – 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.

      Kn – 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: Kn\*M=Mn, где,

      Kn – 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.

      Mn – 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\*Mn=Sn, где,

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

      Mn – 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.

      Sn – 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:



= Tn, где,

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

      Ln – условный предельный объем помощи, который определяется по формуле: Zn+



, где,

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

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

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

      5) Шаг 5: Pn=



, где,

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

      Tn – 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 связанны 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:

      ФО = (Ип-Ит)/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):

      ОИ = ФО-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:

      ППИ = (1+ОИ/100)\*ВК

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

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

      СП =



ППИ

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

      1) суммируются величины суммарных показателей по всем МО:

      SСП =



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 = Ф/SСП

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

      СН = СП\*НСВ

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к Методике формирования тарифови планирования затрат на медицинские услуги,оказываемые в рамках гарантированногообъема 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 2к Методике формирования тарифови планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированногообъема 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
госпитализи-
рованных
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
населения в отчетном
периоде |
общее
количество
госпитализи-
рованных
беременных в
возрасте 15-18
лет среди
прикрепленных
жителей в
предыдущем
перед отчетным
периоде |
на 100
подростков |
2 |
|
1.3 |
Случаи выполненных
абортов в возрасте
15-18 лет |
Количество абортов у
подростков в
возрасте 15-18 лет
среди прикрепленного
населения в отчетном
периоде |
Количество
абортов 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 госпитализиций
беременных и рожениц
с несоблюдением
принципа
регионализации среди
прикрепленного
населения |
общее
количество
случаев
госпитализа-
ции беременных
и роженниц
среди
прикрепленного
населения |
100 |
2 |
|
1.5 |
Уровень абортов по
отношению к родам |
Общее количество
случаев абортов 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 запушенных
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
злокачествен-
ного ново-
образования
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
астматическим синдромом
из числа прикрепленного
населения |
Количество
пролеченных больных с
астматическим
синдромом из числа
прикрепленного
населения\*100 |
Количество
пролеченных
больных с
астмой из
числа
прикрепленного
населения |
на 100 % |
1 |
|
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 экслампсией 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 |
|
8 |
Общее количество
обоснованных жалоб по
сравнению с предыдущим
отчетным периодом |
Количество
обоснованных жалоб за
отчетный период |
количество
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 |
Ежеквар-
тально |
|
1.1 |
ф. №066/у – (ККМФД
определить коды МКБ-10 ЭПГ,
при которых абсолютно
противопоказана
беременность) |
ф. № 066/у (МКБ-10: кл O)
ПО Регистр беременной |
0 |
Ежеквар-
тально |
|
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 % |
Ежеквар-
тально |
|
1.3 |
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 % |
Ежеквар-
тально |
|
1.4 |
ф. № 066/у (МКБ-10: O с
указанием родоразрешения)
необходимо расширить
приложение 1 к 066/у
указанием принципа
регионализации |
ф. № 066/у (МКБ-10: O с
указанием родоразрешения)
ПО Регистр беременной |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 5 % |
Ежеквар-
тально |
|
1.5 |
ф. № 066/у (МКБ-10: O 02-07) |
ф. № 066/у (МКБ-10: роды) |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 5 % |
Ежеквар-
тально |
|
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 % |
Ежеквар-
тально |
|
3 |
ТубРегистр |
ТубРегистр |
Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
Ежеквар-
тально |
|
4 |
ОнкоРегистр |
ОнкоРегистр |
Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
Ежеквар-
тально |
|
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 % |
Ежеквар-
тально |
|
5.2 |
ф. № 066/у (Е10 за
исключением Е10.9, Е11 за
исключением Е11.9) |
ф. № 066/у (Е10, Е11) |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 10 % |
Ежеквар-
тально |
|
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 %. |
Ежеквар-
тально |
|
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 %. |
Ежеквар-
тально |
|
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 %. |
Ежеквар-
тально |
|
6 |
Ф 066/у |
Ф 066/у |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 10 %. |
Ежеквар-
тально |
|
7 |
Ф 066/у |
Ф 066/у |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 5 %. |
Ежеквар-
тально |
|
8 |
СУКМУ |  |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 5 %. |
Ежеквар-
тально |
|
9\*\*\* |
Ф066/у |
Ф066/у |
Уменьшение значения
показателя
настоящего периода
по сравнению с
предыдущим на 1 %. |
Ежеквар-
тально |

      \* (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. |
А15, А16, А17, А18, А19 |
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. |
С00-С97 |
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. |
В69 |
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,
каталепсия |
|
17. |
Н46 |
неврит зрительного нерва |
|
18. |
Н47.0 |
ишемическая двухсторонняя нейропатия |
|
19. |
Н36.0 |
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 корригированная
(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
нарушениеями 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. |
К22.2 |
сужение и стеноз пищевода, искусственный пищевод |
|
37. |
К21 |
болезни пищевода - ГЭРБ, осложненная язвой,
стриктурой, пищевод Баррета |
|
38. |
К31.2, К31.5 |
болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - язвенная
болезнь, осложненная кровотечением, стеноз после
хирургического лечения |
|
39. |
К50.8 |
болезнь Крона в стадии обострения (в стадии ремиссии
решать в индивидуальном порядке) |
|
40. |
К71-2, К71.5, К71.7, К71.9, К74-6 |
острые и хронические заболевания печени в стадии
обострения, тяжелое течение; цирроз печени,
декомпенсированный |
|
41. |
К86.1, К86.6 |
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 |
А 02 |
Другие сальмонеллезные инфекции |
|
2 |
А 03 |
Шигеллез |
|
3 |
А 04 |
Другие бактериальные кишечные инфекции |
|
4 |
А 08 |
Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции |
|
5 |
А 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 pneumonie |
|
15 |
J 14 |
Пневмония вызванная Haemephulus 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 бронхиолит |
|
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 |
Железодефицитная 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, Т 15 |
Тубулоинтерстициальные болезни почек |

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан