

**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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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, 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 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  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