

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

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 апреля 2012 года № 226. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 мая 2012 года № 7649. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 21.12.2020 № ҚР ДСМ-309/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с пунктом 8 статьи 21 Закона Республики Казахстан от 24 марта 1998 года "О нормативных правовых актах" **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 за № 5946, опубликованный в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 7, 2010 года; Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан, 2010 г., № 9, ст. 384) следующее изменение:

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 юридической службы и государственных закупок Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Амиргалиев Е.Р.) обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра Курмангалиеву А. Д.

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

С. Каирбекова

Приложение
к приказу Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от 6 апреля 2012 года № 226
Утверждена
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" и является единой для медицинских организаций Республики Казахстан, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП).

2. Настоящая Методика определяет механизм формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП, по следующим формам медицинской помощи:

- 1) амбулаторно-поликлинической помощи:
первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП);
консультативно-диагностической помощи;
- 2) стационарной помощи;
- 3) стационарозамещающей помощи;
- 4) скорой медицинской помощи;
- 5) санитарной авиации.

3. Порядок возмещения затрат медицинских организаций определен постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030 "Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств".

4. В настоящей Методике используются следующие понятия:

1) комплексный подушевой тариф амбулаторно-поликлинической помощи – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного жителя, включающая подушевой норматив первичной медико-санитарной помощи и тариф консультативно-диагностической помощи в организациях здравоохранения;

2) коэффициент выравнивания территориальных участков – коэффициент, учитывающий различия в количестве используемых индикаторов при оценке достигнутых результатов работы организаций ПМСП;

3) базовая ставка – одна расчетная единица медицинской помощи;

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

5) базовый тариф – стоимость единицы медицинской услуги для медицинской организации, оказывающей специализированную и (или) высокоспециализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи;

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

7) подушевой норматив – норма затрат в расчете на одного человека для обеспечения конкретным объемом медицинских услуг;

8) дополнительный (стимулирующий) компонент подушевого норматива - стимулирующая составляющая к тарифу ПМСП, учитывающая результаты качества оказываемой медицинской помощи организации первичной медико-санитарной помощи;

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

10) весовой коэффициент индикатора – (далее – ВК) – коэффициент, установленный для определенного индикатора;

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

12) коммунальные и прочие расходы (далее – КПр) – расходы на отопление, электроэнергию, горячую и холодную воду, повышение квалификации и переподготовку кадров, банковские услуги, услуги связи, приобретение

канцелярских товаров, командировочные расходы, текущий ремонт, аренду помещения для размещения стационара, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг;

13) региональные тарифы на коммунальные и прочие расходы – средняя стоимость коммунальных и прочих расходов группы регионов, сгруппированных по климатическим условиям, а также географическим местоположением;

14) медико-экономический тариф – средняя стоимость за один пролеченный случай, формируемая на основе протоколов диагностики и лечения;

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

16) коэффициент уровня стационара – это коэффициент, устанавливаемый администратором бюджетных программ, позволяющий учесть особенности условий для оказания медицинских услуг, а также исторически сложившиеся большие или меньшие расходы конкретного стационара;

17) тариф – стоимость единицы медицинской услуги (помощи), оказанной в организации здравоохранения;

18) койко-день – день, проведенный больным в условиях стационара;

19) поправочный коэффициент – коэффициент, применяемый администраторами бюджетных программ с целью увеличения или уменьшения базового тарифа с учетом значимых отличительных особенностей организации здравоохранения;

20) коэффициент затратоемкости – соотношение стоимости одной медицинской услуги (группировки услуг) к базовому тарифу (стоимости базовой ставки).

5. Администратор бюджетных программ утверждает тарифы, стоимость базовой ставки, базовый тариф, поправочные коэффициенты.

2. Планирование затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

6. Планирование затрат на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по видам медицинской помощи осуществляется администратором бюджетных программ на основании утвержденных действующих нормативов расходов, а также анализа и оценки деятельности системы здравоохранения в целом и медицинских организаций по следующим показателям:

объем медицинской помощи по видам (за трехлетний период) в целом по региону и по каждой медицинской организации в отдельности;

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

численность работающего персонала, уровень оплаты труда;

расходы на приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов;

расходы на питание;

оснащенность оборудованием и их эффективное использование, обеспеченность мягким инвентарем и прочее;

состояние зданий и сооружений, необходимость в проведении их текущего ремонта;

обеспеченность площадями, наличие неиспользованной площади;

коммунальные расходы: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода;

прочие расходы: затраты на повышение квалификации и переподготовку кадров организации здравоохранения, оплата банковских услуг, услуг связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения для размещения стационара, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг.

В основу анализа должны быть положены данные медицинской статистики, данные информационных систем, а также данные финансовых отчетов медицинских организаций, сведения, получаемые из органов статистики и финансовых органов.

3. Формирование тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

7. Расходы на медицинские услуги подразделяются на основные медицинские расходы и дополнительные медицинские расходы.

Основные медицинские расходы включают заработную плату работников организации здравоохранения, дополнительные денежные выплаты в соответствии с Трудовым кодексом РК; социальные отчисления в соответствии с Налоговым кодексом РК, приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения и расходных материалов, приобретение продуктов питания для пациентов.

Заработная плата работников организации здравоохранения определяется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий".

Дополнительные денежные выплаты включают в себя выплату пособия на оздоровление в размере должностного оклада к ежегодному трудовому отпуску гражданских служащих в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан.

Социальные отчисления включают в себя уплату социального налога и отчисления в Государственный фонд социального страхования в соответствии с Налоговым кодексом Республики Казахстан.

Приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов определяется в соответствии с лекарственными формулярами.

Приобретение продуктов питания для пациентов осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики".

Дополнительные расходы включают коммунальные и прочие расходы: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода, затраты на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения, оплата банковских услуг, услуг связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения для размещения стационара, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря и прочих товаров и услуг.

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

3.1.1. Первичная медико-санитарная помощь

8. Для организаций, оказывающих ПМСП и имеющих прикрепленное население, тарифом является двухкомпонентный подушевой норматив.

Двухкомпонентный подушевой норматив состоит из: подушевого норматива и дополнительного (стимулирующего) компонента (далее – СКПН).

9. Объем финансирования организации ПМСП определяется по следующей формуле:

$$O_{\text{фин мо}} = (P_{\text{норм}} \times \sum (K_{\text{нас (n)}} \times P_{\text{коэф(n)}}) \times K_{\text{попр}}) + \text{СКПН}, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин мо}}$ – объем финансирования организации ПМСП;

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

$K_{\text{нас}(n)}$ – количество прикрепленного населения входящего в половозрастную группу номер n ;

$\Pi_{\text{коэф}(n)}$ – половозрастной поправочный коэффициент потребления ПМСП населением половозрастной группы номер n ;

$K_{\text{попр}}$ – поправочный коэффициент;

СКПН – дополнительный (стимулирующий) компонент подушевого норматива.

Объем финансирования организаций ПМСП по подушевому нормативу не зависит от объема оказанных услуг или других результатов работы организации ПМСП.

10. Подушевой норматив определяется по следующей формуле:

$$\Pi_{\text{норм}} = \frac{O_{\text{фин пмсп}}}{\sum (K_{\text{нас}(n)} \Pi_{\text{коэф}(n)} \times K_{\text{попр}})}, \text{ где:}$$

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

$O_{\text{фин пмсп}}$ – объем финансирования на обеспечение населения ПМСП;

$K_{\text{нас}(n)}$ – количество прикрепленного населения, входящего в половозрастную группу номер n ;

$\Pi_{\text{коэф}(n)}$ – половозрастной поправочный коэффициент потребления ПМСП населением половозрастной группы номер n ;

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

При расчете подушевого норматива учитываются затраты ПМСП на обеспечение лечебной, диагностической и профилактической деятельности, которые зависят от:

- количества прикрепленного населения,
- половозрастные поправочные коэффициенты согласно приложению 1 к настоящей Методике.

11. Подушевой норматив может увеличиваться или уменьшаться администратором бюджетных программ с учетом географической протяженности участка обслуживания, низкой плотности населения.

12. Дополнительный (стимулирующий) компонент подушевого норматива направлен на:

1) материальное поощрение работников ПМСП за достигнутые конечные результаты;

2) повышение квалификации и обучение работников организации ПМСП, в том числе профильных специалистов, деятельность которых влияет на

достижение конечных результатов работы организаций ПМСП, включая командировочные расходы.

13. Расчет суммы СКПН для организации ПМСП осуществляется на основе индикаторов оценки достигнутых результатов работы организаций первичной медико-санитарной помощи согласно приложению 2 к настоящей Методике.

Перечни кодов Международной классификации болезней, учитываемые при расчете индикаторов оценки достигнутых результатов работы организации первичной медико-санитарной помощи, указаны в приложении 3 к настоящей Методике.

14. Индикаторы оценки достигнутых результатов работы организации ПМСП формируются на основе баз данных "Национальный регистр больных туберкулезом", Регистр онкологических больных и (или) "Электронный регистр онкологических больных", программного комплекса автоматизированной информационной системы (далее – АИС) стационарных больных "Стационар" и (или) "Электронного регистра стационарных больных" (далее – Регистр стационарных больных), АИС "Материнства и детства", "Регистр прикрепленного населения" (далее – база данных), а также результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.

15. Расчет суммы СКПН осуществляется последовательно по следующим формулам:

шаг 1: определение интегрального показателя значений индикаторов каждой организации ПМСП в баллах:

1. По конкретному индикатору определяется значение за предыдущий и текущий отчетные периоды в деятельности организации ПМСП.

2. Определяется цель, которая должна быть достигнута в текущем периоде:

$$Ц = I_{\Pi} - I_{\Pi} \times N, \text{ где:}$$

Ц – цель, которая должна быть достигнута в текущем периоде;

N – норма порогового значения индикатора согласно приложению 2 к настоящей Методике;

В случае если N устанавливает по сравнению с предыдущим кварталом:

снижение значения индикатора, тогда N применяется в положительном значении ($N_{\text{сниж}}$);

увеличение значения индикатора, тогда N применяется в отрицательном значении ($N_{\text{повыш}}$);

I_{Π} – индикатор за предыдущий период.

В случае если цель должна достигнуть определенного значения $Ц = N$.

3. Отклонение индикатора от цели (ОЦ):

1) ОЦ при $N_{\text{сниж}}$ определяется по формуле:

$$\text{ОЦ} = \text{Ц} - \text{И}_T;$$

2) ОЦ при N повыш определяется по формуле:

$$\text{ОЦ} = \text{И}_T - \text{Ц}, \text{ где:}$$

ОЦ – отклонение индикатора от цели;

Ц – цель, которая должна была быть достигнута в текущем периоде;

И_T – индикатор за текущий период.

В случае если:

цель достигнута ОЦ показывает "0";

цель не достигнута ОЦ показывает отрицательное значение;

цель перевыполнена ОЦ показывает положительное значение.

4. Вычисляется приведенный показатель индикатора по отношению к достижению цели на основании значения ОЦ. Максимальное отклонение "в минус" оценивается как 0 баллов, попадание в цель - 1 балл, максимальное отклонение "в плюс" - 2 балла. Также максимальным значением приведенного показателя индикатора оценивается и нулевое значение индикатора за текущий период, если норма порогового значения, установленная в приложении 2 к настоящей Методике, равно 0. Отклонения от цели, находящиеся в интервале от 0 до 2, оцениваются по формуле:

$$\text{ППИ} = 1 - (\text{ОЦ} / \text{ОЦ}_{\text{мин}}), \text{ если оценивается отклонение "в минус";}$$

$$\text{ППИ} = 1 + (\text{ОЦ} / \text{ОЦ}_{\text{макс}}), \text{ если оценивается отклонение "в плюс", где:}$$

ППИ - приведенный показатель индикатора;

ОЦ – отклонение индикатора от цели;

$\text{ОЦ}_{\text{мин}}$ – максимальное отклонение "в минус" среди всех организаций ПМСП;

$\text{ОЦ}_{\text{макс}}$ – максимальное отклонение "в плюс" среди всех организаций ПМСП.

Исключением является ППИ по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи".

В случае регистрации на территории обслуживания организации ПМСП одного случая материнской смертности и более, значение ППИ устанавливается как 0.

В случае отсутствия регистрации материнской смертности среди прикрепленного населения, ППИ устанавливается в своем максимальном значении - 2.

5. Повторяются описанные пункты 1-4 шага 1 для индикаторов, указанных в приложении 2 к настоящей Методике.

6. Вычисляется интегральный показатель по индикаторной системе № 1 для каждой организации ПМСП, которая включает величины ППИ индикаторов согласно приложению 2 к настоящей Методике:

$$\sum \text{ИП}_{\text{ис1}} =$$

(ППИ x ВК), где:

ИП_{ис1} – интегральный показатель по индикаторной системе № 1;

ВК – весовой коэффициент индикатора, установленного в приложении 2 к настоящей Методике;

ППИ – приведенный показатель индикатора.

7. Интегральный показатель по индикаторной системе № 2 (ИП_{ис2}) не рассчитывается, так как в этой индикаторной системе используется только величина ППИ по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи" (ППИ1) приложения 2 к настоящей Методике.

шаг 2: расчет суммы стимулирующего компонента подушевого норматива:

1. Расчет суммы СКПН осуществляется в четыре этапа: на первом этапе - до уровня организации ПМСП по индикаторной системе № 1, на втором этапе - до уровня организации ПМСП по индикаторной системе № 2, на третьем этапе - до уровня территориальных участков организации ПМСП, на четвертом этапе – до уровня работника организации ПМСП.

2. Первый этап расчета суммы СКПН до уровня организации ПМСП осуществляется по индикаторной системе № 1 следующим образом:

1) определяется объем финансирования СКПН для организации ПМСП по следующей формуле:

$$O_{\text{фин ис1скпн}} = C1_{\text{мо}} \times \text{НСВ}_1, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин ис1скпн}}$ – объем финансирования СКПН для организации ПМСП по индикаторной системе № 1;

$C1_{\text{мо}}$ – сумма баллов индикаторной системы № 1 по организации ПМСП рассчитывается по формуле:

$$C1_{\text{мо}} =$$

\sum

$ИП_{ис1} \times K_n \times K_y + C_{МО\ дн/с} + C_{МО\ соц/п}$, где:

$C1_{МО}$ – сумма баллов индикаторной системы № 1 по организации ПМСП;

$ИП_{ис1}$ – интегральный показатель по индикаторной системе № 1;

K_n – коэффициент населения для организации ПМСП определяется по формуле:

$K_n = N_{МО} / N_{мин} / 100$, где:

$N_{МО}$ – количество прикрепленного населения к данной конкретной организации ПМСП;

$N_{мин}$ – минимальное количество прикрепленного населения среди всех организаций ПМСП Республики Казахстан;

K_y – коэффициент выравнивания территориальных участков, который определяется по формуле:

$K_y = (Y_{тер} \times K_{тер} / Y_{МО} + Y_{пед} \times K_{пед} / Y_{МО} + Y_{воп} \times K_{воп} / Y_{МО})$, где:

$Y_{тер}$ – количество участков терапевтического профиля;

$Y_{пед}$ – количество участков педиатрического профиля;

$Y_{воп}$ – количество участков ВОП;

$Y_{МО}$ – общее количество участков данной конкретной организации ПМСП;

$K_{тер}$, $K_{пед}$ и $K_{воп}$ – нормативные коэффициенты профиля участков, рассчитанные на основе максимально возможно набираемых баллов на участке каждого профиля, определяются по формуле:

- для участков терапевтического и педиатрического профиля:

$K_{уч. профиля} = C_{уч. макс} / C_{уч. профиля}$, где:

$K_{уч. профиля}$ – коэффициент одного из профилей участков ($K_{тер}$, $K_{пед}$);

$C_{уч. макс}$ – максимальная сумма баллов профилей участков $K_{тер}$ и $K_{пед}$ с учетом весового коэффициента индикаторов, указанного в таблице максимально возможных баллов в разрезе профилей специальностей согласно приложению 4 к настоящей Методике;

$C_{уч. профиля}$ – сумма баллов одного из профилей участков ($K_{тер}$, $K_{пед}$) с учетом весового коэффициента по всем индикаторам, указанным в таблице максимально возможных баллов в разрезе профилей специальностей согласно приложению 4 к настоящей Методике;

- для участков ВОП:

$K_{воп} = C_{уч. воп} / C_{уч. макс}$, где:

$K_{воп}$ – коэффициент участка ВОП;

Суч. воп – сумма баллов по участку ВОП с учетом весового коэффициента по всем индикаторам, указанного в таблице максимально возможных баллов в разрезе профилей специальностей согласно приложению 4 к настоящей Методике;

Суч. макс – максимальная сумма баллов профилей участков $K_{\text{тер}}$ и $K_{\text{пед}}$ с учетом весового коэффициента индикаторов, указанного в таблице максимально возможных баллов в разрезе профилей специальностей согласно приложению 4 к настоящей Методике;

СМО дн/с - сумма баллов по организации ПМСП для стимулирования врачей (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры и профильные специалисты), оказывающих медицинскую помощь в дневном стационаре в организациях амбулаторно-поликлинической помощи, стационаре на дому и (или) направивших на госпитализацию в дневной стационар организации здравоохранения по индикатору 8, указанному в индикаторах оценки достигнутых результатов работы организаций первичной медико-санитарной помощи согласно приложению 2 к настоящей Методике, которая рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{МО дн/с}} = \text{ИП}_{\text{МО дн/с}} \times K_{\text{н}}, \text{ где:}$$

$\text{ИП}_{\text{МО дн/с}}$ – интегральный показатель организации ПМСП, рассчитанный по индикаторной системе № 1 по индикатору 8 согласно приложению 2 к настоящей Методике;

$K_{\text{н}}$ – коэффициент населения для организации ПМСП, рассчитанный согласно пункту 2 шага 2 настоящей Методики;

$C_{\text{МО соц/п}}$ - сумма баллов по организации ПМСП для социальных работников и психологов по индикатору 9 согласно приложению 2 к настоящей Методике, которая рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{МО соц/п}} = \text{ИП}_{\text{МО соц/п}} \times K_{\text{соц/п}} \times K_{\text{н}}, \text{ где:}$$

$\text{ИП}_{\text{МО соц/п}}$ – интегральный показатель организации ПМСП, рассчитанный по индикаторной системе № 1, по индикатору 9 приложения 2 к настоящей Методике;

$K_{\text{н}}$ – коэффициент населения для организации ПМСП, рассчитанный согласно подпункту 2) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики;

$K_{\text{соц/п}}$ – коэффициент персонала социальных работников и психологов организации ПМСП определяется по формуле:

$$K_{\text{соц/п}} = K_{\text{соц/п мо}} / K_{\text{соц/п мин}} / 10, \text{ где:}$$

$K_{\text{соц/п мо}}$ – количество социальных работников и психологов в организации ПМСП;

$K_{\text{соц/п мин}}$ – минимальное суммарное количество социальных работников и психологов среди всех организаций ПМСП по РК.

Если в организации ПМСП отсутствуют социальные работники, то $K_{\text{соц/п}}$ равен 0 и, соответственно, объем средств, предназначенный на СКПН для стимулирования социальных работников и психологов организации ПМСП, будет равен 0;

$НСВ_1$ – норма ставки вознаграждения индикаторной системы № 1 рассчитывается по формуле:

$$НСВ_1 = O_{\text{фин скпн}} /$$

$\sum C_{1 \text{ мо}}$, где:

$O_{\text{фин скпн}}$ – объем финансирования СКПН для всех организаций ПМСП Республики Казахстан в отчетном периоде, определенный уполномоченным органом;

$C_{1 \text{ мо}}$ - сумма баллов индикаторной системы № 1 по всем организациям ПМСП Республики Казахстан;

2) в случае регистрации в регионе одного и более случаев материнской смертности всем организациям ПМСП данного региона по индикатору "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" выставляется балл равный 0. В результате уменьшаются величины ППИ 1 и ИП_{ис1} для каждой организации ПМСП в регионе, допустившем материнскую смерть.

Расчет суммы СКПН по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" для организации ПМСП в регионе, допустившем материнскую смерть, осуществляется по формуле:

$$O_{\text{фин1}} =$$

$(C_{\text{мо}} \cdot НСВ_1)$, где:

$O_{\text{фин1}}$ – сумма СКПН по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" для организации ПМСП в регионе, допустившем материнскую смерть;

$НСВ_1$ – норма ставки вознаграждения индикаторной системы № 1;

$C_{\text{мо "-"}}$ – сумма баллов по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", подлежащая снятию с организации ПМСП в регионе, допустившем материнскую смерть, которая рассчитывается по формуле:

$C_{\text{мо "-"}} = \text{ППИ1} \times \text{Кн} \times \text{Ку}$, где:

ППИ 1 – приведенный показатель по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", рассчитанный в соответствии с пунктом 4 шага 1 настоящей Методики;

Кн – коэффициент населения по организации ПМСП, рассчитанный согласно подпункту 2) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики;

Ку – коэффициент выравнивания территориальных участков по организации ПМСП, рассчитанный согласно подпункту 1) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики.

Сумма СКПН по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", снятая с организации ПМСП региона, в котором зарегистрирован случай материнской смертности в отчетном периоде, направляется в организации ПМСП регионов, не допустивших материнскую смерть, и распределяется пропорционально сумме заработанных баллов данными организациями ПМСП по индикаторной системе № 2.

2. Второй этап расчета суммы СКПН до уровня организации ПМСП осуществляется по индикаторной системе № 2 следующим образом:

1) определяется сумма СКПН по организации ПМСП региона, не допустившего материнскую смерть в отчетном периоде, по следующей формуле:

$O_{\text{фин2мо}} = C2_{\text{мо}} \times \text{НСВ}_2$, где:

$O_{\text{фин2мо}}$ – сумма СКПН по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" для организации ПМСП в регионе, не допустившем материнскую смерть;

НСВ_2 - норма ставки вознаграждения или стоимость 1 балла индикаторной системы № 2;

$C2_{\text{мо}}$ – сумма баллов индикаторной системы № 2 по организации ПМСП по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", рассчитанная как:

$C2_{\text{мо}} = \text{ППИ1} \times \text{ВК1} \times \text{Ку} \times \text{Кн}$, где:

ППИ1 - приведенный показатель индикатора 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", рассчитанный в соответствии с пунктом 4 шага 1 настоящей Методики и откорректированный в соответствии с подпунктом 2) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики;

ВК1 – весовой коэффициент индикатора 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП", согласно приложению 2 к настоящей Методике;

2) норма ставки вознаграждения индикаторной системы № 2 определяется по следующей формуле:

$$НСВ_2 = O_{фин} 1 /$$

$\Sigma C2_{мо}$, где:

$O_{фин}1$ – сумма СКПН по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" для организации ПМСП региона, допустившего материнскую смерть рассчитанный согласно подпункта 2) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики;

$C2_{мо}$ – сумма баллов индикаторной системы № 2 по организации ПМСП по индикатору 1 "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП".

3. Третий этап расчета суммы СКПН до уровня территориальных участков организации ПМСП осуществляется следующим образом:

1) определяется сумма стимулирующей надбавки по участку организации ПМСП по следующей формуле:

$$O_{фин/у} = C_y \times НСВ_{ус}, \text{ где:}$$

$O_{фин/у}$ – объем финансирования, выделенных на СКПН на участок;

C_y – сумма баллов по участку;

$НСВ_{ус}$ – норма ставки вознаграждения участковой службы по данной организации ПМСП;

2) сумма баллов по участку рассчитывается по формуле:

$$C_y = ИП_{ис1у} \times Kп \times Kу \times Kн_y, \text{ где:}$$

C_y – сумма баллов по участку;

$ИП_{ис1у}$ – интегральный показатель индикаторной системы № 1 по данному участку;

$Kп$ – коэффициент персонала, определяемый по следующей методике:

для участков общей практики, терапевтического и педиатрического профилей, имеющих в своем составе более 1 медицинской сестры, используется коэффициент 1,28, который определяется по формуле:

$$(1_{врач} + 2_{смп} \times 0,4) / (1_{врач} + 1_{смп} \times 0,4) = 1,28;$$

для участков ВОП, имеющих в своем составе более 2-х медицинских сестер используется коэффициент 1,57, который определяется по формуле:

$$(1_{\text{врач}} + 3_{\text{смп}} \times 0,4) / (1_{\text{врач}} + 1_{\text{смп}} \times 0,4) = 1,57, \text{ где:}$$

0,4 – коэффициент отношения фонда оплаты труда средних медицинских работников к фонду оплаты труда врачей;

$K_{н_у}$ – коэффициент населения по территориальному участку рассчитывается по формуле:

$$K_{н_у} = N_у / N_{у \text{ норм}}, \text{ где:}$$

$N_у$ – количество прикрепленного населения к данному территориальному участку;

$N_{у \text{ норм}}$ – нормативная численность прикрепленного населения на территориальном участке в соответствии с профилем участка, утвержденная приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2010 года № 238 "Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения";

3) норма ставки вознаграждения для участковой службы определяется по следующей формуле:

$$НСВ_{ус} = O_{\text{фин ус}} /$$

$C_{ус}$, где:

$O_{\text{фин/у}}$ – объем финансовых средств, предназначенный для стимулирования участковой службы организации ПМСП, который определяется как:

$$O_{\text{фин/у}} = O_{\text{фин мо}} - O_{\text{фин кв}} - O_{\text{фин доп}} - O_{\text{фин соц/п}} - O_{\text{фин дн/с}}, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин ус}}$ – объем финансовых средств, предназначенная на СКПН, направляемая на участки организации ПМСП;

$O_{\text{фин мо}}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН, для организации ПМСП в целом, рассчитанный как:

$$O_{\text{фин мо}} = O_{\text{фин1мо}} + O_{\text{фин2мо}}, \text{ где:}$$

$O_{\text{фин1мо}}$ и $O_{\text{фин2мо}}$ – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, по организации ПМСП, рассчитанный согласно подпункта 2) пункта 2 шага 2 пункта 15 настоящей Методики;

$O_{\text{фин кв}}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН, резервируемый организацией ПМСП на повышение квалификации и обучение работников организации ПМСП, в том числе профильных специалистов, деятельность которых влияет на достижение конечных результатов работы организаций ПМСП, включая командировочные расходы;

$O_{\text{фин доп}}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование руководителя самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории, заведующих и старших медицинских сестер отделений общей врачебной практики, заведующих и старших медицинских сестер отделений участковой службы, акушерки, оказывающие медицинские услуги в условиях территориального участка, врачей и медицинских сестер отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья (далее - дополнительный персонал).

$O_{\text{фин соц/п}}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН для стимулирования социальных работников и психологов организации ПМСП, рассчитывается по формуле:

$$O_{\text{фин соц/п}} = C_{\text{МО соц/п}} \times \text{НСВ}_1, \text{ где:}$$

$C_{\text{МО соц/п}}$ - сумма баллов по организации ПМСП для социальных работников и психологов по индикатору 9 согласно приложению 2 к настоящей Методике;

НСВ_1 – норма ставки вознаграждения индикаторной системы № 1;

$O_{\text{фин дн/с}}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН для стимулирования врачей (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры и профильные специалисты), оказывающих медицинскую помощь в дневном стационаре в организациях амбулаторно-поликлинической помощи, стационаре на дому и (или) направивших на госпитализацию в дневной стационар организации здравоохранения рассчитывается по формуле:

$$O_{\text{фин дн/с}} = C_{\text{МО дн/с}} \times \text{НСВ}_1, \text{ где:}$$

$C_{\text{МО дн/с}}$ - сумма баллов по организации ПМСП для стимулирования врачей (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры и профильные специалисты), оказывающих медицинскую помощь в дневном стационаре в организациях амбулаторно-поликлинической помощи, стационаре на дому и (или) направивших на госпитализацию в дневной стационар организации здравоохранения по индикатору 8 согласно приложению 2 к настоящей Методике;

НСВ_1 – норма ставки вознаграждения индикаторной системы № 1.

4. Четвертый этап расчета суммы СКПН до уровня каждого работника ПМСП, осуществляется комиссией по оценке результатов и начислению выплат СКПН в организации ПМСП, утвержденной руководителем организации ПМСП, которая определяет порядок его распределения.

3.1.2. Консультативно-диагностическая помощь

16. 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 затратноности:

$$Бт_{кдп} = О_{средств} / (Пк \times Кз_{ср\ усл}), \text{ где:}$$

$Бт_{кдп}$ – базовый тариф консультативно-диагностической помощи;

$О_{средств}$ – средства, предусмотренные соответствующим бюджетом на очередной планируемый период для оказания консультативно-диагностической помощи;

$Пк$ – планируемое количество медицинских услуг консультативно-диагностической помощи;

$Кз_{ср\ усл}$ – средний коэффициент затратноности услуги по всем планируемым медицинским услугам;

$О_{фин}$ – объем финансирования по возмещению затрат консультативно-диагностической помощи определяется по следующей формуле:

$$О_{фин} = О_{фин\ усл1} + О_{фин\ усл2} + О_{фин\ услn}, \text{ где:}$$

$О_{фин\ усл1 \dots n}$ – объем финансирования по возмещению затрат на один вид услуг консультативно-диагностической помощи определяется по следующей формуле:

$$О_{фин\ усл} = Бт_{кдп} \times Кз_{усл} \times Пк_{усл}, \text{ где:}$$

$Кз_{усл}$ – коэффициент затратноности по виду услуги;

$Пк_{усл}$ – планируемое количество по виду услуги в организациях здравоохранения, оказывающих консультативно-диагностическую помощь.

3.2. Стационарная и стационарозамещающая помощь

17. Организации, оказывающие стационарную и стационарозамещающую помощь, используют следующие тарифы:

за один койко-день;

за один пролеченный случай;

за один пролеченный случай по медико-экономическим тарифам;

за один пролеченный случай по клинико-затратным группам.

18. Тариф для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один койко-день, определяется как отношение объема финансирования по возмещению затрат стационарной помощи в рамках ГОБМП на очередной плановый период к количеству койко-дней по данной медицинской организации на очередной плановый период по следующей формуле:

$$T_{\text{к/дн}} = O_{\text{фин}} / \text{Кл}_{\text{к/дн}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{к/дн}}$ – тариф для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один койко-день;

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

$\text{Кл}_{\text{к/дн}}$ – количество койко-дней по данной медицинской организации на очередной плановый период.

19. Тариф для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один пролеченный случай, рассчитывается, как отношение объема финансирования по возмещению затрат стационарной помощи в рамках ГОБМП на очередной плановый период к количеству пролеченных случаев по данной медицинской организации на очередной плановый период по следующей формуле:

$$T_{\text{пс}} = O_{\text{фин}} / \text{Кл}_{\text{пс}}, \text{ где}$$

$T_{\text{пс}}$ – тариф для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один пролеченный случай;

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

$\text{Кл}_{\text{пс}}$ – количество пролеченных случаев по данной медицинской организации на очередной плановый период.

20. Тариф для медицинских организаций, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую помощь, оплата которым осуществляется по

медико-экономическим тарифам, рассчитывается на основе протоколов диагностики и лечения.

21. Тариф для медицинских организаций, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую помощь, оплата которым осуществляется по КЗГ, рассчитывается последовательно по следующим формулам:

шаг 1: определение стоимости одной КЗГ:

$$C_{\text{кзг}} = C_{\text{бс}} \times Kz_{\text{кзг}}, \text{ где}$$

$C_{\text{кзг}}$ – стоимость одной КЗГ;

$C_{\text{бс}}$ – стоимость одной базовой ставки;

$Kz_{\text{кзг}}$ – коэффициент затроемкости по КЗГ;

шаг 2: определения стоимости одной базовой ставки:

$$C_{\text{бс}} = O_{\text{средств}} / (Kл_{\text{бс}} \times K_{\text{попр}}), \text{ где:}$$

$C_{\text{бс}}$ – стоимость одной базовой ставки;

$O_{\text{средств}}$ – объем средств, предусмотренный соответствующим бюджетом на очередной планируемый период для оказания стационарной и (или) стационарозамещающей помощи по КЗГ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

$Kл_{\text{бс}}$ – количество базовых ставок;

$K_{\text{попр}}$ – поправочный коэффициент (коэффициент уровня стационара, экологический коэффициент, региональный коэффициент, коэффициент сельской территории и другие коэффициенты), который утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения;

шаг 3: определение количества базовых ставок:

$$Kл_{\text{бс}} =$$

$\sum (Kz_{\text{ср.кзг}} \times Kл_{\text{пр.случ}}), \text{ где:}$

$Kл_{\text{бс}}$ – количество базовых ставок;

$Kz_{\text{ср.кзг}}$ – средний коэффициент затроемкости по КЗГ за отчетный период;

$Kл_{\text{пр.случ}}$ – количество пролеченных случаев по КЗГ за отчетный период;

шаг 4: определение объема финансирования по возмещению затрат медицинской организации, оказывающей стационарную и (или) стационарозамещающую помощь в рамках ГОБМП, оплата которым осуществляется по КЗГ, на очередной плановый период:

$$O_{\text{фин мо}} =$$

Σ

$(K_{з ср.кзг мо} \times K_{л пр.случ мо}) \times K_{попр}$, где

$O_{фин мо}$ – объем финансирования по возмещению затрат медицинской организации, оказывающей стационарную и (или) стационарозамещающую помощь в рамках ГОБМП, оплата которым осуществляется по КЗГ, на очередной плановый период;

$K_{з ср.кзг мо}$ – средний коэффициент затратноемкости по КЗГ за отчетный период по медицинской организации;

$K_{л пр.случ мо}$ – количество пролеченных случаев по КЗГ на очередной плановый период по медицинской организации;

$K_{попр}$ – поправочный коэффициент (коэффициент уровня стационара, экологический коэффициент, региональный коэффициент, коэффициент сельской территории и другие коэффициенты), который утверждается уполномоченным органом в области здравоохранения;

шаг 5: расчет следующих поправочных коэффициентов:

- за работу в сельской местности:

специалистам здравоохранения, работающим в сельских населенных пунктах, устанавливаются повышенная оплата труда, не менее чем на двадцать пять процентов оклада, и тарифные ставки по сравнению с окладами и тарифными ставками специалистов, занимающихся этими видами деятельности в городских условиях в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан и приложением 19 "Повышение, доплаты и надбавки, единые для гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий" к постановлению Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий", который рассчитывается по следующей формуле:

$K_{ст} = ПК_{ст} \times \%_{зп}$, где:

$K_{ст}$ – сельский коэффициент специалистам здравоохранения, работающим в сельских населенных пунктах;

$ПК_{ст}$ – коэффициент для специалистов здравоохранения, работающих в сельских населенных пунктах, предусмотренный Трудовым кодексом Республики Казахстан и постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий";

%зп – средняя доля заработной платы в общем бюджете медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП в соответствующем регионе;

- экологические:

работникам, проживающим в зонах экологического бедствия, устанавливается коэффициент за проживание в зонах экологического бедствия по зонам в соответствии с Законом Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье", который рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{приар}} = 1 + (ПК_{\text{приар}} - 1) \times \%зп, \text{ где:}$$

$K_{\text{приар}}$ – экологический коэффициент для работников, проживающих в зонах экологического бедствия Приаралья;

$ПК_{\text{приар}}$ – коэффициент за проживание в зонах экологического бедствия, предусмотренный Законом Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье";

%зп – средняя доля заработной платы в общем бюджете медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП, на территориях зон экологического бедствия.

Работникам, проживающим на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне, устанавливается дополнительная оплата труда по зонам в соответствии с Законом Республики Казахстан от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" которая рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{семип}} = 1 + (K\text{-во}_{\text{мрп}} \times N_{\text{мрп}} / ЗП_{\text{ср}} \times \%_{\text{зп}}), \text{ где}$$

$K_{\text{семип}}$ – экологический коэффициент работникам, проживающим на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне;

$K\text{-во}_{\text{мрп}}$ – количество месячных расчетных показателей, предусмотренных в качестве надбавки к заработной плате для жителей проживающим на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне;

$N_{\text{мрп}}$ – размер месячного расчетного показателя, предусмотренный на соответствующий год Законом о государственном бюджете на соответствующие года;

$ЗП_{\text{ср}}$ – средняя заработная плата на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне;

%зп – доля заработной платы в общем бюджете медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП, на территориях зон ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне.

- длительности отопительного сезона рассчитывается по следующей формуле :

$$K_{oc} = PK_{д_{oc}} \times \%KPP, \text{ где:}$$

K_{oc} – коэффициент длительности отопительного сезона;

$PK_{д_{oc}}$ – коэффициент длительности отопительного сезона за предыдущий год;

$\%KPP$ – доля коммунальных и прочих расходов в общих расходах медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП;

- уровня стационара:

коэффициент уровня стационара рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{ус} = \text{Мод}_{фин} / \text{План}_{фин}, \text{ где:}$$

$K_{ус}$ – коэффициент уровня стационара;

$\text{Мод}_{фин}$ – моделированное финансирование, полученное применением групп КЗГ и базовой ставки к пролеченным случаям стационара в анализируемом периоде;

$\text{План}_{фин}$ – исторически сложившиеся расходы с учетом особенностей условий оказания медицинских услуг.

22. Комплексный тариф на одного онкологического больного определяется путем деления суммы годового объема финансирования на количество онкологических больных, зарегистрированных в Онкорегистре по состоянию на начало года, и поделенный на 12 (двенадцать) месяцев определяется по следующей формуле:

$$K_{т_{онко}} = (O_{финонко} / K_{л_{онко}}) / 12, \text{ где:}$$

$K_{т_{онко}}$ – комплексный тариф на одного онкологического больного;

$K_{л_{онко}}$ – количество онкологических больных, зарегистрированных в Онкорегистре;

12 – количество месяцев в год;

$O_{финонко}$ – сумма годового объема финансирования на очередной плановый период определяется по следующей формуле:

$$O_{финонко} = K_{т_{онко}} \times K_{л_{онко}} \times 12;$$

$K_{т_{онко}}$ – комплексный тариф на одного онкологического больного;

$Kл_{онко}$ – количество онкологических больных, зарегистрированных в Онкорегистре;

12 – количество месяцев в год.

23. При планировании затрат коммунальные и прочие расходы предусмотрены в следующих тарифах:

- для медицинских организаций, оказывающих стационарную и (или) стационарозаменяющую помощь, оплата которым осуществляется по КЗГ оплата за оказанные медицинские услуги, которым осуществляется по тарифу КЗГ;

- для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один койко-день;

- для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один пролеченный случай.

24. При оказании стационарной помощи медицинскими организациями, оказывающими стационарную и (или) стационарозаменяющую помощь, оплата которым осуществляется по медико-экономическим тарифам, оплата коммунальных и прочих расходов производится по региональным тарифам, при лечении в дневном стационаре производится из расчета 1/6 от регионального тарифа.

25. Тариф за один пролеченный случай дневного стационара составляет 1/4 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи.

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

3.3. Скорая медицинская помощь и санитарная авиация

27. Тариф за один вызов скорой медицинской помощи определяется как отношение объема финансирования на очередной плановый период по возмещению затрат организации здравоохранения, оказывающей скорую медицинскую помощь, к количеству оказанных медицинских услуг по следующей формуле:

$$T_v = O_{фин} / Kл_c, \text{ где:}$$

T_v – тариф за один вызов;

$O_{фин}$ – объем финансирования на очередной плановый период;

$Kл_c$ – количество оказанных медицинских услуг.

28. Услуги санитарной авиации рассчитываются по тарифам на транспортные и медицинские услуги.

Тариф на медицинские услуги определяется как отношение объема финансирования на очередной плановый период по возмещению затрат медицинской услуги санитарной авиации к количеству планируемых часов оказания медицинских услуг по следующей формуле:

$$T_{\text{му}} = O_{\text{фин мп}} / \text{Кл}_\text{ч}, \text{ где:}$$

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

$O_{\text{фин мп}}$ – объем финансирования на очередной плановый период по возмещению затрат медицинской услуги санитарной авиации;

$\text{Кл}_\text{ч}$ – количество планируемых часов оказания медицинских услуг.

Тариф на транспортные услуги санитарной авиации включает расходы, связанные с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного различными видами транспорта и определяется по средней стоимости предложений потенциальных поставщиков.

3.4. Возмещение лизинговых платежей организациям здравоохранения, оказывающим медицинские услуги на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга

29. $\text{Олп} = \text{Офакт} \times \text{ЛП} / \text{Оплан}$, где:

Олп - объем финансирования по возмещению лизинговых платежей организациям здравоохранения по лизингу;

Офакт - объем медицинских услуг, фактически оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга;

ЛП - размер лизингового платежа, определенный договором финансового лизинга;

Оплан - объем медицинских услуг, планируемых оказать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, определяется организацией здравоохранения по лизингу, но не менее, определенного по нижеследующей формуле:

$$\text{Оплан} = \text{Дгод} \times \text{Удень}, \text{ где:}$$

Дгод - количество рабочих дней в году по производственному календарю Республики Казахстан на текущий год;

Удень - количество медицинских услуг, оказанных за один рабочий день, которое рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Удень} = \text{Враб} / (\text{Нср} \times \text{Р}), \text{ где:}$$

Враб - рабочее время в минутах;

Нср - средний норматив времени выполнения одной услуги с помощью медицинской техники, определяемый уполномоченным органом в области здравоохранения;

Р - количество результатов, полученных за один цикл работы медицинской техники.

При оказании медицинских услуг с помощью реанимационного оборудования и оборудования, применяемого для хирургического и инвазивного вмешательства, Удень = 1.

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

Половозрастные поправочные коэффициенты

Пол	Мужчины	Женщины
Возраст	Половозрастные поправочные коэффициенты	
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 первичной медико-санитарной помощи

№ п/п	Название индикатора	Формула расчета		На сколько считать	Весовой коэффициент
		Числитель	Знаменатель		
1	2	3	4	5	6

1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП*	Количество случаев материнской смерти от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество прикрепленных ЖФВ**	На 1000 ЖФВ**	3
2	Беременность ЖФВ** с ЭГП****	Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭГП**** среди прикрепленного населения за отчетный период	Общее количество госпитализированных беременных среди прикрепленного населения за отчетный период	На 100 %	2
3	Уровень абортaв по отношению к родам	Общее количество случаев абортaв среди прикрепленного населения за отчетный период	Общее количество родов среди прикрепленного населения за отчетный период	На 100 %	2
4	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП* от ОКИ ОРИ*****	Количество детской смертности в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП* от ОКИ ОРИ***** среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество детей в возрасте от 7 дней до 5 лет среди прикрепленного населения за отчетный период	На 1000 детей до 5 лет	2
5	Несвоевременно диагностированный туберкулез легких	Количество несвоевременно диагностированных форм туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения за отчетный период	На 100 %	1
	Впервые выявленные случаи злокачественного	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования	Количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования		

6	новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии	визуальной локализаций 3-4 стадии среди прикрепленного населения за отчетный период	визуальной локализаций среди прикрепленного населения за отчетный период	На 100 %	2
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы - артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт	Количество больных, пролеченных с осложнениями заболеваний сердечно- сосудистой системы - артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт – в круглосуточном стационаре из числа прикрепленного населения за отчетный период	Количество больных, пролеченных с заболеваниями сердечнососудистой системы, из числа прикрепленного населения за отчетный период	На 100 %	1
8	Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару	Количество больных пролеченных в дневном стационаре и в стационаре на дому из числа прикрепленного населения за отчетный период	Количество больных пролеченных в дневном стационаре, в стационаре на дому и в круглосуточном стационаре из числа прикрепленного населения за отчетный период	На 100%	2,5
9	Уровень госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП*	Количество госпитализированных больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП*, из числа прикрепленного населения	Количество госпитализированных больных в круглосуточный стационар из числа населения прикрепленного	На 100%	2
10	Количество обоснованных жалоб	Количество обоснованных жалоб среди прикрепленного населения за отчетный	Количество прикрепленного населения	На 1000 человек населения	1

продолжение таблицы

Источник данных		Пороговое значение на 1 МО****	Периодичность (раз в квартал, год)
числитель	знаменатель		
7	8	9	10
Факт смерти, подтвержденный ККМФД*** о предотвратимости на уровне ПМСП*. Форма 2009/у-02 "Карта учета материнской смертности", утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22.12.2008 года № 665 "О мониторинге родившихся, умерших детей до 1 года, материнской смертности" (далее – приказ № 665)	Регистр прикрепленного населения, ЖФВ** в возрасте от 15 до 49 лет	0	Ежеквартально
Регистр стационарных больных Случаи госпитализации беременных ЖФВ** с ЭГП**** по кодам МКБ-10*****, указанным в таблице № 2 приложения 3 к Методике. Форма № 066/у "Статистическая карта выбывшего из стационара", утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23.11.2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (далее – Ф.№ 066/у)	Регистр стационарных больных Ф. № 066/у, основной диагноз из класса О, за исключением кодов МКБ-10***** O85-O92	Снижение на 5 % по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Регистр стационарных больных Ф. № 066/у по кодам	Регистр стационарных больных, Ф.№ 066/у, основной диагноз по кодам МКБ-10*****,	Снижение на 5 % по сравнению	Ежеквартально

МКБ-10*****, указанным в таблице № 3 приложения 3 к Методике.	указанным в таблице № 3 приложения 3 к Методике, а также по кодам МКБ-10*****, O80-O84	с предыдущим кварталом	
Факт смерти из формы № 2009/у-01 "Карта учета родившегося живым, мертворожденного, умершего ребенка в возрасте до 1 года", утвержденной приказом № 665, расширенной до 5 лет, по причинам смерти согласно кодов МКБ-10*****, указанных в таблице № 1 приложения 3 к Методике	Регистр прикрепленного населения, детское население в возрасте от 7 дней до 5 лет	Снижение на 5 % по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Национальный регистр больных туберкулезом, случаи несвоевременного диагностирования форм туберкулеза, указанных в таблице № 4 приложения 3 к Методике	Национальный регистр больных туберкулезом, впервые выявленные случаи туберкулеза	Снижение на 5 % по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Онкорегистр, впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии по кодам МКБ-10*****, указанным в таблице № 4 приложения 3 к Методике	Онкорегистр, впервые выявленные случаи со злокачественным новообразованием визуальной локализации по кодам МКБ-10*****, указанным в <u>таблице</u> № 4 приложения 3 к Методике	Снижение на 5 % по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Регистр стационарных больных Ф. № 066/у, основной диагноз по кодам МКБ-10*****, указанным в таблице № 3 приложения 3 к Методике	Регистр стационарных больных Ф. № 066/у, основной диагноз по кодам МКБ-10*****, I10-I79.8	Снижение на 10 % по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
	Регистр	Увеличение	

Регистр стационарных больных Ф. № 066-4/у	стационарных больных Ф. № 066/у,	на 5% по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Регистр стационарных больных Ф. № 066/у, основной диагноз по кодам МКБ-10**, указанным в таблице приложения 2 к Приказу	Регистр стационарных больных Ф. № 066/у	Снижение на 5% по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально
Информация из ККМФД***	Регистр прикрепленного населения, общая численность прикрепленного населения	Снижение на 5% по сравнению с предыдущим кварталом	Ежеквартально

Расшифровка аббревиатур:

- * ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- ** ЖФВ – женщины фертильного возраста
- *** ККМФД - Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности
- **** ЭГП - экстрагенитальная патология
- ***** МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ***** ОКИ ОРИ – острая кишечная инфекция, острая респираторная инфекция

Приложение 3
к Методике формирования тарифов
и планирования затрат на медицинские
услуги,
оказываемые в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи

Перечни кодов Международной классификации болезней, учитываемые при расчете индикаторов оценки достигнутых результатов работы организации первичной медико-санитарной помощи

Таблица № 1. Перечень кодов Международной классификации болезней (далее – МКБ-10) для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП* от ОКИ ОРИ"

№ п/п	Коды МКБ-10	Наименование болезней

1.	A02 - A04	сальмонеллезные инфекции, шигеллез, другие бактериальные кишечные инфекции
2.	A08 - A09	вирусные и другие уточненные кишечные инфекции, диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения
3.	J00 - J22	острый назофарингит (насморк), острый синусит, острый фарингит, острый тонзиллит, острый ларингит и трахеит, острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит, острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа, грипп, вирус не идентифицирован, вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках, пневмония, вызванная streptococcus pneumoniae, пневмония, вызванная haemophilus influenzae (палочкой афанасьева-пфейффера), бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках, пневмония, вызванная другими инфекционными агентами, не классифицированная в других рубриках, пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках, пневмония без уточнения возбудителя, острый бронхит, острый бронхолит, острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная
4.	K59.1	функциональная диарея

Таблица № 2. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Беременность женщин с ЭГП"

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование болезней
1.	A15, A16, A17, A18, A19	все формы активного распространенного легочного и внелегочного туберкулезного процесса с осложнениями
2.	C00-97	наличие в настоящем злокачественного новообразования всех локализаций
3.	D60-61	апластическая анемия
4.	D65, D68.2-68.9, D69.1, D69.6-69.9	часто рецидивирующие или тяжело протекающие пурпура и другие геморрагические состояния
5.	F01-03, F05.1, F06.0	органические, включая симптоматические, психические расстройства
6.	F10.5- F10.7, F11.5- F11.7, F12.5- F12.7, F13.5- F13.7, F14.5- F14.7, F15.5- F15.7, F16.5- F16.7, F17.5- F17.7, F18.5- F18.7, F19.5- F19.7	психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением психоактивных веществ
	F20.0, F20.1,	

7.	F20.2, F22	шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
8.	F71-73	умственная отсталость
9.	G40-41	эпилепсия с развитием психических нарушений
10.	B69	цистицеркоз, наследственные нервно-мышечные заболевания
11.	G30-32	дегенеративные заболевания ЦНС
12.	G12.2	болезнь двигательного нейрона
13.	G35	рассеянный склероз
14.	G37	другие демиелинизирующие заболевания
15.	G70, 73	миастения и миастенические синдромы
16.	G61.0, 61.8	острые (Гийена-Барре) и хронические воспалительные демиелинизирующие заболевания, нарколепсия, катаlepsия
17.	H46	неврит зрительного нерва
18.	H47.0	ишемическая двухсторонняя нейропатия
19.	H36.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне диабетической ретинопатии
20.	H35.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне гипертонической ретинопатии
21.	I50.0-50.1, I50.9	врожденные и приобретенные пороки сердца, осложнившиеся хронической сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца
22.	I11.0, I12.0, I13.0-113.2, I13.9	гипертоническая болезнь, II-III ст. и злокачественное течение
23.	I25	ишемическая болезнь сердца, не скорректированная (консервативными или хирургическими методами)
24.	I27.0	первичная легочная гипертензия с развитием сердечно-легочной недостаточности
25.	I50.0-50.1, I50.9	хроническая сердечная недостаточность III-IV ст. по NYHA любой этиологии
26.	I33.0, I33.9	острый и подострый эндокардит
27.	I40, I42, I46, I49	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
28.	I49, I46	жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма
29.	I71.0-71.9	аневризма и расслоение аорты
30.	I01.0-01.2, I01.8 - I01.9, I27.0	состояние после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, сердечной недостаточностью III-IV ст. по NYHA и (или) жизнеугрожающими нарушениями сердечного ритма и проводимости, наличием легочной гипертензии и обострения ревматизма
31.	J45, J96.1	бронхиальная астма, тяжелое течение, неконтролируемая, ДН III степени
32.	J43.1	буллезная эмфизема, ДН III степени

33.	Q33.6	кистозная гипоплазия легких, распространенная форма, тяжелое течение, ДН III степени
34.	J47	бронхоэктатическая болезнь легких, ДН III степени, лимфангиолойоматоз легких, ДН III степени
35.	J84.9	идиопатический фиброзирующий альвеолит, ДН III степени, первичная легочная гипертензия, ДН III степени
36.	K22.2	сужение и стеноз пищевода, искусственный пищевод
37.	K21	болезни пищевода - ГЭРБ, осложненная язвой, стриктурой, пищевод Баррета
38.	K31.2, 31.5	болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – язвенная болезнь, осложненная кровотечением, стеноз после хирургического лечения
39.	K50.8	болезнь Крона в стадии обострения (в стадии ремиссии решать в индивидуальном порядке)
40.	K71.2, K71.5, K71.7, K71.9, K74.6	острые и хронические заболевания печени в стадии обострения, тяжелое течение; цирроз печени, декомпенсированный
41.	K 86.1, 86.6	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.
44.	O98- O99	инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период, другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период
45.	O24.0, O24.1	существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый, существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый

Таблица № 3. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Уровень аборт по отношению к родам"

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование болезней
1	O02.0, O02.1, O02.8, O02.9	Погибшее плодное яйцо и непустырный занос. Несостоявшийся выкидыш. Другие уточненные аномальные продукты зачатия. Аномальный продукт зачатия неуточненный
2	O03	Самопроизвольный аборт
3	O04	Медицинский аборт
4	O05	Другие виды аборта
5	O06	Аборт неуточненный
6	O07-O07.9	Неудачная попытка аборта

Таблица № 4. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикаторов "Несвоевременно диагностированный туберкулез легких"

1. Осложненными случаями туберкулеза должны считать впервые выявленных больных туберкулезом со следующими клиническими формами:

1) подострый и хронический диссеминированный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 - коды 07, 08, 09, 10);

2) казеозная пневмония (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 - коды 15, 16);

3) фиброзно-кавернозный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 - коды 21, 22);

4) деструктивные изменения в легких или бактериовыделение;

2. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых в знаменателе данного индикатора

Код диагноза по Регистру больных туберкулезом	Наименование болезней	Код МКБ-10
01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
03	ТБ внутригрудных лимфатических узлов с бактериовыделением	A15.4
04	ТБ внутригрудных лимфатических узлов без бактериовыделения	A16.3
05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19
06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19
07	Диссеминированный подострый ТБ легких с бактериовыделением	A19
08	Диссеминированный подострый ТБ легких без бактериовыделения	A19
09	Диссеминированный хронический ТБ легких с бактериовыделением	A19
10	Диссеминированный хронический ТБ легких без бактериовыделения	A19
11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
15	Казеозная пневмония с бактериовыделением	A15.0

16	Казеозная пневмония без бактериовыделения	A16.0
17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
19	Кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
20	Кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
21	Фиброзно-кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
22	Фиброзно-кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
23	Цирротический ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
24	Цирротический ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
28	Милиарный ТБ	A19
29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2
32	Другие формы милиарного туберкулеза	A19.8
33	Милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.9
35	Туберкулезный менингит	A17.0

Таблица № 5. Перечень топографии опухолей визуальной локализации по кодам Международной классификации топографии и морфологии опухолей (далее – МКБ-О) для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора " Впервые выявленные случаи с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии"

№ п/п	Код МКБ-О	Наименование болезней
1.	C00	Губа, исключая кожу губы (C44.0)
2.	C00.0	Наружная поверхность верхней губы
3.	C00.1	Наружная поверхность нижней губы
4.	C00.2	Наружная поверхность губы, БДУ
5.	C00.3	Слизистая оболочка верхней губы
6.	C00.4	Слизистая нижней губы
7.	C00.5	Слизистая губы, БДУ
8.	C00.6	Комиссура губ
9.	C00.8	Поражения губ, выходящее за пределы одной локализации
10.	C00.9	Губа, БДУ
11.	C01	Основание языка
12.	C02	Другие неуточненные отделы языка
13.	C02.0	Верхняя поверхность языка

14.	C02.1	Боковая поверхность
15.	C02.2	Нижняя поверхность языка
16.	C02.3	Передние 2/3 языка, БДУ
17.	C02.4	Язычная миндалина
18.	C02.8	Поражения языка, выходящие за пределы указанной локализации
19.	C02.9	Язык, БДУ
20.	C03	Десна
21.	C03.0	Десна верхней челюсти
22.	C03.1	Десна нижней челюсти
23.	C03.9	Десна, БДУ
24.	C04	Дно полости рта
25.	C04.0	Передний отдел дна полости рта
26.	C04.1	Боковой отдел дна полости рта
27.	C04.8	Поражение дна полости рта, выходящее за пределы одной локализации
28.	C04.9	Дно полости рта, БДУ
29.	C05	Небо
30.	C05.0	Твердое небо
31.	C05.1	Мягкое небо, бду (исключая носоглоточную поверхность мягкого неба, с11.3)
32.	C05.2	Язычок
33.	C05.8	Поражение неба, выходящее за пределы одной локализации
34.	C05.9	Небо, БДУ
35.	C06	Другие и неуточненные отделы полости рта
36.	C06.0	Слизистая оболочка щеки
37.	C06.1	Преддверие рта
38.	C06.2	Ретромолярная область
39.	C06.8	Поражение других и неуточненных отделов полости рта, выходящее за пределы одной локализации
40.	C06.9	Рот, БДУ
41.	C07	Околоушная железа
42.	C08	Другие и неуточненные большие слюнные железы
43.	C08.0	Поднижечелюстная железа
44.	C08.1	Подъязычковая железа
45.	C08.8	Поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной локализации
46.	C08.9	Большая слюнная железа, БДУ
47.	C09	Миндалина
48.	C09.0	Миндаликовая ямка
49.	C09.1	Миндаликовая дужка
50.	C09.8	Поражение миндалина, выходящее за пределы одной или более локализаций

51.	C09.9	Миндалины, БДУ
52.	C10	Ротоглотка
53.	C10.2	Боковая стенка ротоглотки
54.	C10.3	Задняя стенка ротоглотки
55.	C10.4	Жаберная щель
56.	C10.8	Поражение ротоглотки, выходящее за пределы одной локализации
57.	C10.9	Ротоглотка, БДУ
58.	C20	Прямая кишка
59.	C21	Анальный канал
60.	C21.0	Задний проход, БДУ
61.	C21.1	Анальный канал
62.	C21.2	Клоакогенная зона
63.	C21.8	Поражение прямой кишки заднего прохода и анального канала, выходящее за пределы одной локализации
64.	C44	Кожа
65.	C44.0	Кожа губы, БДУ
66.	C44.1	Веко
67.	C44.2	Наружное ухо
68.	C44.3	Кожа других и неуточненных отделов лица
69.	C44.4	Кожа волосистой части головы и шеи
70.	C44.5	Кожа туловища
71.	C44.6	Кожа верхней конечности и плеча
72.	C44.7	Кожа нижней конечности и тазобедренной области
73.	C44.8	Поражение кожи, выходящее за пределы одной локализации
74.	C44.9	Кожа, БДУ
75.	C50	Молочная железа
76.	C50.0	Сосок
77.	C50.1	Центральная часть молочной железы
78.	C50.2	Верхневнутренний квадрант молочной железы
79.	C50.3	Нижневнутренний квадрант молочной железы
80.	C50.4	Верхненаружный квадрант молочной железы
81.	C50.5	Нижненаружный квадрант молочной железы
82.	C50.6	Подмышечная доля молочной железы
83.	C50.8	Поражение молочной железы, выходящее за пределы одной локализации
84.	C50.9	Молочная железа, БДУ
85.	C51	Вульва
86.	C51.0	Большая половая губа
87.	C51.1	Малая половая губа

88.	C51.2	Клиитор
89.	C51.8	Поражение вульвы, выходящее за пределы одной локализации
90.	C51.9	Вульва, БДУ
91.	C52	Влагалище
92.	C53	Шейка матки
93.	C53.0	Внутренняя часть шейки матки
94.	C53.1	Наружная часть шейки матки
95.	C53.8	Поражение шейки матки, выходящее за пределы одной локализации
96.	C53.9	Шейка матки
97.	C60	Половой член
98.	C60.0	Крайняя плоть
99.	C60.1	Головка полового члена
100.	C60.2	Тело полового члена
101.	C60.8	Поражение полового члена, выходящее за пределы одной локализации
102.	C60.9	Половой член, БДУ
103.	C62	Яички
104.	C62.0	Неопустившееся яичко
105.	C62.1	Опустившееся яичко
106.	C62.9	Яичко, БДУ
107.	C63.2	Мошонка, БДУ
108.	C77	Лимфатические узлы
109.	C77.0	Лимфатические узлы, головы, лица, шеи
110.	C77.3	Лимфатические узлы подмышечной ямки
111.	C77.4	Лимфатические узлы паховой области ноги
112.	C77.8	Лимфатические узлы множественных локализаций
113.	C77.9	Лимфатический узел, БДУ
114.	C73	Щитовидная железа
115.	C73.9	Щитовидная железа

Таблица № 6. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы - артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт":

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	I11	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)
2.	I11.0-I11.9	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью
		Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным

3.	I12, I12.0-I12.9	поражением почек, Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности
4.	I13, I13.0-I13.9	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная
5.	I20, I20.0-I20.9	Стенокардия (грудная жаба) Нестабильная стенокардия Стенокардия с документально подтвержденным спазмом Другие формы стенокардии Стенокардия неуточненная
6.	I21, I21.0-I21.4	Острый инфаркт миокарда Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда
7.	I60, I60.0-I60.9	Субарахноидальное кровоизлияние Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной Другое субарахноидальное кровоизлияние Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное
	I61,	Внутри мозговое кровоизлияние Внутри мозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное Внутри мозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное Внутри мозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное Внутри мозговое кровоизлияние в ствол мозга

8.	I61.0-I61.9	Внутричерепное кровоизлияние в мозжечок Внутричерепное кровоизлияние желудочков Внутричерепное кровоизлияние множественной локализации Другое внутричерепное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние неуточненное
9.	I62.0, I62.1, I62.9, I62,	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое) Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное
10.	I63, I63.0-I63.9	Инфаркт мозга Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непигментный Другой инфаркт мозга Инфаркт мозга неуточненный

Таблица № 7. Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Уровень госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП":

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	D50	Железодефицитная анемия
2.	G 50 - G 64; G 70 - G 73	Болезни нервов, нервных корешков и сплетений
3.	I 10	Артериальная гипертензия
4.	M 15 -V 19	Артрозы
5.	N10, N12, N15	Тубулоинтерстициальные болезни почек
6.	O0- O99 (за исключением (O85-O92)	Подростковая беременность (в возрасте до 18 лет)

Приложение 4
к Методике формирования тарифов
и планирования затрат на медицинские
услуги,
оказываемые в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи

**Таблица максимально возможных баллов в разрезе профилей
специальностей***

№ п/п	Наименование индикатора	Участок общей практики	Терапевтический участок	Педиатрический участок	Социальный работник, психолог	Врачи дневного стационара**
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи	6,00	6,00	6,00		
2	Беременность женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией	4,00	4,00			
3	Уровень аборт по отношению к родам	4,00	4,00			
4	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи от острых кишечных инфекции и острых респираторных инфекций	4,00		4,00		
5	Несвоевременно диагностированный туберкулез легких	2,00	2,00	2,00		
6	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 3-4 стадии	4,00	4,00	4,00		
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы – артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт	2,00	2,00			
8	Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару					5,00
9	Уровень госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП				4,00	
10	Количество обоснованных жалоб	2,00	2,00	2,00		
Итого максимальный балл		28,00	24,00	18,00	4,00	5,00
ВК		1,17	1,00	1,33		

*с учетом весового коэффициента (ВК) согласно приложению 2 к Методике
**врачи (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры, профильные специалисты) оказывающие медицинскую помощь в дневном стационаре в организациях амбулаторно-поликлинической помощи, стационаре на дому и (или) направившие на госпитализацию в дневной стационар организации здравоохранения

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