

**О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемой из республиканского бюджета"**

*Утративший силу*

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2018 года № 52. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 февраля 2018 года № 16356. 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 2 статьи 23 Кодекса 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 на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемой из республиканского бюджета" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 5946, опубликован в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 7, 2010 года) следующие изменения:

заголовок указанного приказа изложить в следующей редакции:

"Об утверждении Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования";

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить:

1) Правила формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе

обязательного социального медицинского страхования согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Методику формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования согласно приложению 2 к настоящему приказу.";

Правила формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

Методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту финансов Министерства здравоохранения Республики Казахстан направить настоящий приказ в Управления здравоохранения областей, городов Астана и Алматы, Некоммерческое акционерное общество "Фонд социального медицинского страхования", Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр электронного здравоохранения" и Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр развития здравоохранения" для сведения и руководства в работе.

3. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодические печатные издания;

4) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан Токежанова Б.Т.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования и распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2018 года.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*Е.Биртанов*

" С О Г Л А С О В А Н О "

Председатель Комитета по статистике  
Министерства национальной экономики  
Республики Казахстан  
Н. Айдапкелов

8 февраля 2018 года

Приложение 1  
к приказу Министра  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 7 февраля 2018 года № 52

## **Правила**

**формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

### **Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Правила формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяют порядок формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

1) информационная система – организационно-упорядоченная совокупность информационно-коммуникационных технологий, обслуживающего персонала и технической документации, реализующих определенные технологические действия посредством информационного взаимодействия и предназначенных для решения конкретных функциональных задач;

2) административные данные – индивидуальные количественные и (или) качественные данные по физическому или юридическому лицу и данные похозяйственного учета, формируемые административными источниками, за исключением первичных статистических данных;

3) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумуляцию отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

4) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

5) субъекты здравоохранения – организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

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

7) рабочий орган – юридическое лицо, ответственное за сбор, обработку, хранение, анализ и предоставление информации по вопросам тарифообразования для обеспечения деятельности уполномоченного органа;

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

9) медико-экономический тариф (далее – МЭТ) – средняя стоимость за один пролеченный случай, формируемая на основе клинических протоколов, для оплаты субъектам здравоохранения, оказывающим стационарную и (или) стационарозамещающую медицинскую помощь детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

10) обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС) – комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда;

11) референтный субъект – субъект здравоохранения по предоставлению информации для разработки и пересмотра тарифов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе ОСМС;

12) медицинская карта стационарного больного – документ, утвержденный приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) и предназначенный для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в стационаре;

13) тариф – расчетная стоимость единицы услуги или комплекса медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования ;

14) тарификатор – утвержденный уполномоченным органом перечень тарифов на медицинские услуги согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

15) формирование тарифов – процесс разработки и утверждения новых, пересмотра и утверждения действующих тарифов на медицинские услуги ( комплекс медицинских услуг), оказываемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе ОСМС;

16) пересмотр тарифа – повышение или снижение размера тарифа, осуществляемое уполномоченным органом в процессе разработки и утверждения новых, пересмотра и утверждения действующих тарифов для обеспечения сбалансированности бюджета гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и доходов системы ОСМС с обязательствами по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе ОСМС;

17) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств по перечню, определяемому Правительством Республики Казахстан, гражданам Республики Казахстан, оралманам, а также иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, согласно пункту 1 статьи 34 Кодекса;

18) тариф за койко-день – тариф для оплаты за день, проведенный пациентом в условиях стационара;

19) уполномоченный субъект в области электронного здравоохранения – определяемая в соответствии с действующим законодательством организация, осуществляющая деятельность и вступающая в правоотношения в части совершенствования информационной инфраструктуры системы здравоохранения (электронного здравоохранения) и медицинской статистики (далее – субъект информатизации).

3. Процесс формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, основывается на принципах:

1) доступности медицинской помощи – формирование тарифов, а также их совершенствование не приводит к ухудшению доступности населения к медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) прозрачности – обязательное опубликование результатов основных этапов процесса формирования тарифов, за исключением служебной информации ограниченного распространения, а также открытость процесса формирования тарифов для общественности;

3) результативности – формирование тарифов по формам, видам и профилям медицинской помощи, ориентированных на достижение стратегических целей, направлений и задач развития системы здравоохранения Республики Казахстан;

4) реалистичности – соответствие размеров тарифов с утвержденными (уточненными, скорректированными) показателями бюджета и размерами активов фонда;

5) последовательности – соблюдение всеми лицами, принимающими участие в процессе формирования тарифов, ранее принятых решений;

6) обоснованности – формирование тарифов на основе нормативных правовых актов и других документов, определяющих необходимость разработки новых и (или) совершенствования существующих тарифов, а также использование бюджетных средств и активов фонда в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

7) регулярности – плановый пересмотр тарифов осуществляется на постоянной основе, но не чаще одного раза в год.

## **Глава 2. Порядок формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС**

4. Формирование тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, определяется в следующем порядке:

1) утверждение плана работ по формированию тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – план);

2) отбор референтных субъектов рабочим органом и утверждение перечня референтных субъектов уполномоченным органом (за исключением случаев расчета и моделирования тарифов по инициативе субъекта здравоохранения);

3) сбор финансово-экономической, статистической и клинической информации для расчета тарифов;

4) расчет и моделирование тарифов на основе плана или по инициативе субъекта здравоохранения;

5) рассмотрение, согласование и утверждение размера тарифов;

6) мониторинг применения тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – мониторинг).

5. Проект плана ежегодно разрабатывается рабочим органом и утверждается уполномоченным органом в период с 1 по 30 октября года, предшествующего планируемому году, с учетом:

1) приоритетов в области здравоохранения согласно документам системы государственного планирования Республики Казахстан;

2) внедрения в Республике Казахстан новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

3) обоснованных предложений медицинских организаций;

4) сбалансированности бюджета ГОБМП и доходов системы ОСМС с обязательствами по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Разработка проекта плана осуществляется в разрезе форм медицинской помощи с определением мероприятий по введению новых и пересмотру действующих тарифов.

6. План размещается на официальном интернет-ресурсе уполномоченного органа и корпоративном сайте фонда.

7. Внесение изменений и дополнений в утвержденный план допускается не чаще одного раза в полугодие в случаях:

1) принятия новых документов системы государственного планирования Республики Казахстан и законодательных актов Республики Казахстан по вопросам здравоохранения;

2) совершенствования стандартов оказания медицинской помощи в области здравоохранения;

3) внедрения в Республике Казахстан новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

8. Отбор референтных субъектов осуществляется рабочим органом с учетом форм и профилей медицинской помощи на основании следующих критериев:

1) оказание субъектом здравоохранения медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, по которым запланированы разработка и (или) пересмотр тарифов, в течение не менее трехлетнего периода, предшествующего дате отбора;

2) наличие действующего свидетельства об аккредитации по форме, согласно приложению, утвержденной приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 "Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10735);

3) территориальная репрезентативность путем отбора не менее трех субъектов здравоохранения по одному из трех различных областей (города республиканского значения);

4) наличие медицинских информационных систем, позволяющей осуществлять персонифицированный учет фактических затрат субъекта, связанных с оказанием медицинской помощи;

5) удельный вес медицинских услуг, по которым запланирована разработка или пересмотр тарифов, не ниже десяти процентов для многопрофильных организаций здравоохранения и не ниже пятидесяти процентов для специализированных организаций здравоохранения.

9. Рабочий орган формирует перечень референтных субъектов и отправляет на согласование в уполномоченный орган в течение пятнадцати рабочих дней.

10. Перечень референтных субъектов рассматривается и утверждается уполномоченным органом в течение пяти рабочих дней со дня поступления.

11. Рабочий орган в течение трех рабочих дней со дня утверждения перечня референтных субъектов в произвольной форме уведомляет об этом референтные субъекты.

12. Референтные субъекты в течение десяти рабочих дней со дня получения уведомления, предусмотренного пунктом 11 настоящих Правил, предоставляют рабочему органу следующую финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию, подтверждаемую по запросу рабочего органа обосновывающими документами (договорами, счетами-фактурами, финансовыми документами, внутренними документами):

для разработки и (или) пересмотра КЗГ:

1) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация по прямым фактическим затратам на 1 пролеченный случай" согласно приложению 1 к настоящим Правилам;

2) форма, предназначенная для сбора административных данных "Площадь субъекта здравоохранения" согласно приложению 2 к настоящим Правилам;

3) копия технического паспорта объекта;

4) копия штатного расписания;

5) информация о коечном фонде, по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам;

6) информация о потреблении лекарственных средств и изделий медицинского назначения (в том числе реагентов), по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

7) информация о количестве выполненных медицинских услуг, по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

8) информация о выполненных хирургических операциях, по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам;

9) информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

10) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о фактически занимаемых ставках" согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

11) информация о расходах на персонал, по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

12) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о расходах, не связанных с персоналом" согласно приложению 10 к настоящим Правилам.

Отбор медицинских карт стационарного больного выписанных пациентов осуществляется рабочим органом по согласованию с уполномоченным органом, по формуле отбора копий медицинских карт стационарного больного выписанных пациентов согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

для разработки и (или) пересмотра тарификатора:

1) калькуляция стоимости медицинских услуг, по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

2) форма, предназначенная для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

для разработки и (или) совершенствования МЭТ:

1) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет МЭТ на один пролеченный случай" согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

2) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала" согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

3) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения" согласно приложению 16 к настоящим Правилам;

4) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов" согласно приложению 17 к настоящим Правилам;

5) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на медицинские услуги" согласно приложению 18 к настоящим Правилам;

6) форма, предназначенная для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" согласно приложению 19 к настоящим Правилам;

для разработки и пересмотра тарифа за один койко-день:

информация по объему финансирования и количеству койко-дней на очередной плановый период, по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам;

для разработки и пересмотра тарифа на транспортные услуги санитарной авиации:

ценовые предложения поставщиков, оказывающих авиационные транспортные услуги (не менее 3 ценовых предложений).

13. В случае разработки, пересмотра других видов тарифов рабочий орган запрашивает у референтных субъектов финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию по формам, предварительно согласованным с уполномоченным органом.

14. Разработка, пересмотр тарифов, включающих затраты на обновление основных средств, осуществляется рабочим органом исключительно в соответствии с Планом, в соответствии с требованиями Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемых в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – Методика) согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса.

15. Субъект информатизации предоставляет рабочему органу доступ к электронным информационным ресурсам и информационным системам здравоохранения после предоставления официального запроса с указанием данных ответственного лица и требуемого срока действия. Рабочий орган использует предоставленный доступ в соответствии с требованиями статьи 28 Кодекса, обеспечивающей защиту персональных данных физических лиц (пациентов).

16. При формировании референтными субъектами финансово-экономической, статистической и клинической информации, указанной в пунктах 12 и 13 настоящих Правил, не учитываются расходы, не относящиеся непосредственно к оказанию услуг, в том числе:

1) платежи за сверхнормативные выбросы (сбросы) загрязняющих веществ;

- 2) безнадежные долги;
- 3) штрафы, пени, неустойка и другие виды санкций за нарушение условий хозяйственных договоров, судебные издержки, в том числе в порядке регресса;
- 4) штрафы и пени за сокрытие (занижение) дохода;
- 5) убытки от хищений;
- 6) на содержание не задействованных в оказании медицинской помощи активов, в том числе простаивающего медицинского оборудования;
- 7) на содержание объектов, функционально не связанных с процессом оказания медицинской помощи по соответствующему профилю;
- 8) на проведение культурно-просветительных, спортивных мероприятий;
- 9) на оказание спонсорской помощи;
- 10) на приобретение, аренду и содержание квартир, жилых зданий и сооружений, мест в общежитиях и гостиницах для персонала субъектов;
- 11) на приобретение подарков к юбилейным датам или выдаваемые в виде поощрения работникам;
- 12) на сверхнормативные технические и коммерческие потери, порчу и недостачу товарно-материальных ценностей, запасы на складах и непроизводительные расходы;
- 13) на проведение и организацию обучающих курсов, семинаров, тренингов, лекций, выставок, дискуссий, встреч с деятелями науки и искусства, научно-технических конференций, за исключением мероприятий, связанных с производственной необходимостью;
- 14) страховые платежи (взносы, уплачиваемые субъектом по договорам личного и имущественного страхования, заключенных субъектом в пользу своих работников), за исключением установленных законодательством Республики Казахстан обязательных страховых платежей;
- 15) на оплату учебных отпусков работников, обучающихся в организациях образования;
- 16) на оплату дополнительно предоставленных (сверх предусмотренного законодательством Республики Казахстан) отпусков работникам;
- 17) льготы работникам субъекта, кроме предусмотренных законодательством Республики Казахстан;
- 18) отчисления профессиональным союзам на цели, определенные коллективным договором;
- 19) на погашение займов, ссуд, включая беспроцентные, финансовой помощи, полученных работниками организации;
- 20) на членские взносы в общественные организации и ассоциации;
- 21) амортизационные отчисления основных средств.

17. Референтные субъекты здравоохранения предоставляют рабочему органу информацию, указанную в пунктах 12 и 13 настоящих Правил в соответствии со следующими требованиями:

1) материалы заявки прошиваются, пронумеровываются и заверяются печатью и подписью руководителя референтного субъекта, либо лицом, замещающим его, либо заместителем руководителя, в компетенцию которого входят вопросы бухгалтерского учета и финансов;

2) финансовые документы подписываются руководителем и главным бухгалтером референтного субъекта либо лицами, замещающими их, и заверяются печатью референтного субъекта.

18. Рабочий орган не позднее пяти рабочих дней со дня получения информации, указанной в пунктах 12 и 13 настоящих Правил, проверяет полноту представленных материалов и в письменном виде в произвольной форме уведомляет референтные субъекты о принятии материалов к рассмотрению или о необходимости предоставления дополнительных документов, подтверждающих расходы.

19. Расчет и моделирование тарифов, выполняется рабочим органом на основе плана и включает следующие мероприятия:

1) проведение расчетов и анализ полученных результатов;

2) моделирование результатов расчета тарифов;

3) разработка предложений по выбору вида тарифа;

4) формирование проекта перечня тарифов;

5) предоставление результатов расчета и моделирования тарифов уполномоченному органу.

20. Расчет тарифов осуществляется рабочим органом в течение 6 месяцев со дня получения от референтных субъектов информации, указанной в пунктах 12 и 13, с учетом требований, установленных пунктом 17 настоящих Правил в соответствии с Методикой.

21. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется с целью оценки влияния разработанных и пересмотренных тарифов на:

1) объемы потребления медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) расходы, связанные с оказанием медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

22. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется рабочим органом в сроки проведения расчета тарифов с учетом информации, предоставленной уполномоченным органом и фондом о фактических и планируемых (прогнозируемых) расходах на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в пятилетнем периоде, включающем:

- 1) два года, предшествующих текущему финансовому году;
- 2) текущий финансовый год;
- 3) два года, последующие за текущим финансовым годом.

23. По итогам расчета и моделирования тарифов рабочий орган формирует отчет о разработке и (или) пересмотре тарифов (далее – Отчет), включающий:

- 1) результаты расчетов и анализ полученных данных;
- 2) результаты моделирования рассчитанных тарифов;
- 3) предложения по выбору вида тарифа, в том числе по введению нового вида тарифов с учетом международного опыта;
- 4) проект перечня тарифов;
- 5) обоснованные предложения по пересмотру тарифов на другие медицинские услуги.

24. Отчет направляется рабочим органом в уполномоченный орган.

25. Уполномоченный орган в течение десяти рабочих дней со дня получения Отчета рассылает запросы по компетенции в соответствующие подразделения и подведомственные организации, проводит экспертизу полученных материалов и формирует заключение уполномоченного органа на предмет:

- 1) соответствия результатов расчета и моделирования тарифов требованиям настоящих Правил и (или) Методики;
- 2) соответствие стратегическим, программным документам Республики Казахстан в области здравоохранения;
- 3) целесообразности выбора вида тарифа, в том числе по введению нового вида тарифов;
- 4) целесообразности осуществления дополнительных бюджетных расходов и расходов средств системы ОСМС в связи с введением предлагаемых рассчитанных, пересмотренных тарифов;
- 5) целесообразности и необходимости пересмотра тарифов на другие медицинские услуги.

26. Уполномоченный орган запрашивает у рабочего органа первичные документы, на основании которых осуществлялись расчет и моделирование тарифов.

27. В случае формирования уполномоченным органом отрицательного заключения по основаниям, предусмотренным подпунктами 1) и 2) пункта 25 настоящих Правил отчет возвращается рабочему органу на доработку в течение десяти рабочих дней со дня получения заключения.

28. Уполномоченный орган в течение пяти рабочих дней со дня получения доработанного отчета формируют повторное заключение в порядке, предусмотренном пунктами 25 и 26 настоящих Правил.

29. Положительное заключение уполномоченного органа о введении новых и (или) пересмотренных тарифов принимается с учетом соблюдения принципов формирования тарифов, установленных пунктом 3 настоящих Правил с указанием:

1) сроков их введения;

2) необходимости проведения предварительной апробации тарифов в масштабах субъекта (субъектов) здравоохранения и (или) региона и (или) страны ;

3) продолжительности проведения предварительной апробации тарифов;

4) рекомендаций по пересмотру других тарифов.

30. Решение о доработке новых и (или) пересмотренных тарифов включает конкретные финансово-экономические, статистические и клинические параметры, требующие доработки.

31. В случае принятия уполномоченным органом решения о доработке новых и (или) пересмотренных тарифов:

1) рабочий орган в течение тридцати рабочих дней со дня принятия такого решения осуществляет доработку новых и (или) пересмотренных тарифов;

2) уполномоченный орган предоставляет повторное заключение, в порядке, предусмотренном пунктами 25 и 26 настоящих Правил.

32. Новые и (или) пересмотренные тарифы подлежат утверждению уполномоченным органом в соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса в течение десяти рабочих дней.

33. Копии актов уполномоченного органа, принятие которых предусмотрено пунктами 29 и 31 настоящих Правил, направляются субъекту информатизации в течение одного рабочего дня для ввода соответствующей информации в электронные информационные ресурсы и информационные системы здравоохранения, рабочему органу и фонду.

34. Решение уполномоченного органа отклонить введение новых и (или) пересмотренных тарифов принимается с учетом соблюдения принципов формирования тарифов, установленных пунктом 3 настоящих Правил, с указанием оснований для принятия такого решения.

35. Субъект здравоохранения, оказывающий медицинскую помощь в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – субъект здравоохранения) обращается в уполномоченный орган с заявлением на разработку и (или) пересмотр тарифов, по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам, на разработку, пересмотр тарифов.

36. Уполномоченный орган рассматривает заявление субъекта здравоохранения и уведомляет о принятом решении в сроки, установленные

Законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года "О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц".

37. Заявление субъекта здравоохранения передается уполномоченным органом в рабочий орган для расчета и моделирования тарифов в случае, если разработка и (или) пересмотр тарифов по соответствующему профилю медицинской помощи предусмотрены планом.

38. В случае, если разработка, пересмотр тарифов не предусмотрены планом, уполномоченный орган учитывает заявление субъекта здравоохранения при:

- 1) формировании плана на следующий плановый год;
- 2) внесении изменений и дополнений в утвержденный План по основаниям, предусмотренным пунктом 7 настоящих Правил.

39. В случае, если метод диагностики, лечения и медицинской реабилитации, для оплаты которого планируется разработка, пересмотр тарифов, не допущен к применению на территории Республики Казахстан в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, уполномоченный орган оставляет заявление субъекта здравоохранения без рассмотрения.

Субъект здравоохранения повторно направляет уполномоченному органу заявление, предусмотренное пунктом 35 настоящих Правил, после получения соответствующего разрешения на применение нового метода диагностики, лечения и медицинской реабилитации на территории Республики Казахстан в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

40. Для расчета тарифов субъект здравоохранения течение 20 рабочих дней со дня получения уведомления от уполномоченного органа, указанного в пункте 36 настоящих Правил, предоставляют рабочему органу финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию, подтверждаемую по запросу рабочего органа обосновывающими документами (договорами, счетами-фактурами, финансовыми документами, внутренними документами) предусмотренную пунктами 12 и 13 и с учетом требований установленных пунктом 18 настоящих Правил.

41. Расчет тарифов осуществляется рабочим органом в течение 9 месяцев со дня получения от субъекта здравоохранения информации, указанной в пунктах 12 и 13, с учетом требований, установленных пунктом 17 настоящих Правил в соответствии с Методикой.

42. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется рабочим органом в порядке и сроки установленными пунктами 21 и 22 настоящих Правил.

43. Рассмотрение, согласование и утверждение тарифов осуществляется в порядке, предусмотренном пунктами 25-32 настоящих Правил.

44. В ходе мониторинга осуществляется сбор актуальной и объективной информации о влиянии тарифов на:



№ сквозной	Наименование региона	Наименование медицинской организации	ИИН пациента	№ истории болезни	Дата госпитализации	Дата выписки	Наименование отделения выписки	списания, где была применена медицинская услуга, использовано ЛС и/или ИМН клиническое отделение, операционный блок, ОАРИТ

(продолжение)

Медицинские услуги			Лекарственные средства и изделия медицинского назначения						
Код услуги по тарификатору	Наименование по тарификатору	Количество	Код ЛС/ИМН	Полное наименование ЛС по МНН и ИМН	Форма выпуска ЛС/ИМН	Единица измерения ( для ЛС – миллиграмм, миллилитр, грамм, килограмм, для ИМН – штук, сантиметр, метр, пара, набор, комплект)	Разовая доза ( количество таблеток, капсул)	Кратность в день	Коли дней
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Примечание:

\* – заполняется согласно медицинской документацией форма № 066/у " Статистическая карта выбывшего из стационара" утвержденная приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документаций организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственных нормативных правовых актов под № 6697).

Расшифровка аббревиатур:

МКБ-9 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;

ЛС – лекарственные средства;

ИИН – индивидуальный идентификационный номер;

ИМН – изделия медицинского назначения;

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

МНН – международное непатентованное название.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – –  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

– – – – –  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись):  
Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Информация по прямым фактическим затратам на 1 пролеченный случай" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 2  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

### **Форма, предназначенная для сбора административных данных "Площадь субъекта здравоохранения"**

Индекс: 2-ПСЗ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Наименование отделения (пример)*	Данные по площади, м <sup>2</sup> **
1	Финансовый блок	
2	Отдел кадров	

3	Администрация	
4	Прачечная	
5	Пищеблок/Кухня/Питание	
6	Транспортировка (гаражи)	
7	Кабинет медицинской статистики	
8	Центральное стерилизационное отделение	
9	Аптека	
10	Рентген отделение (лучевой диагностики)	
11	Отделение ультразвукового исследования организма и функциональной диагностики	
12	Лаборатория	
13	Физиотерапия	
14	Кабинет эндоскопии	
15	Амбулаторное отделение	
16	Морг	
17	Приемное отделение	
18	Операционный блок 1	
19	Операционный блок 2	
20	ОАРИТ взрослый	
21	ОАРИТ детский	
22	Отделение 1	
23	Отделение 2	
24	Отделение 3	
25	Отделение 4	
Итого		

**Примечание:**

\* – согласно последнему утвержденному штатному расписанию субъекта здравоохранения за исследуемый период;

\*\* – согласно техническому паспорту субъекта здравоохранения.

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

—

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Площадь субъекта здравоохранения" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 3  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

## Информация о коечном фонде

№	Наименование структурного подразделения	Число коек*
1	Отделение 1 (согласно штатному расписанию)	
2	Отделение 2 (согласно штатному расписанию)	
3	Отделение 3 (согласно штатному расписанию)	
4	Отделение 4 (согласно штатному расписанию)	
	Итого	

Примечание:

\* – согласно внутреннему приказу субъекта здравоохранения о коечном фонде за исследуемый период.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

— — — — —  
Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 4  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

**Информация о потреблении лекарственных средств и изделий  
медицинского назначения (в том числе реагентов)**

№	Наименование структурного подразделения	Количество отпущенных лекарственных средств в отделения*
1	Отделение 1 (согласно штатному расписанию)	
2	Отделение 2 (согласно штатному расписанию)	
3	Отделение 3 (согласно штатному расписанию)	
4	Отделение 4 (согласно штатному расписанию)	
	Итого	

Примечание:

\* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

— —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

## Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услуг

№	Наименование структурного подразделения	Общее количество исследований/услуг*
1	Отделение 1 (согласно штатному расписанию)	
2	Отделение 2 (согласно штатному расписанию)	
3	Отделение 3 (согласно штатному расписанию)	
4	Отделение 4 (согласно штатному расписанию)	
	Итого	

Примечание:

\* – согласно внутренним журналам учета консультативно-диагностических услуг субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – М . П .

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения

субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

– – – – – (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 6  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

## Информация о выполненных хирургических операциях

№	Наименование структурного подразделения	Количество операций*
1	Отделение 1 (согласно штатному расписанию)	

2	Отделение 2 (согласно штатному расписанию)	
3	Отделение 3 (согласно штатному расписанию)	
4	Отделение 4 (согласно штатному расписанию)	
	Итого	

Примечание:

\* – согласно журналу операций субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – М . П .

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

– – – – – (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 7  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

### **Информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии\***

№	Наименование структурного подразделения	ОАРИТ №1	ОАРИТ №2	ОАРИТ №3
1	Отделение 1 (согласно штатному расписанию)			
2	Отделение 2 (согласно штатному расписанию)			
3	Отделение 3 (согласно штатному расписанию)			
4	Отделение 4 (согласно штатному расписанию)			
	Итого			

Примечание:

\* – согласно журналу учета больных ОАРИТ субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

— — (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — — (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_  
Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 8  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

## **Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о фактически занимаемых ставках"\***

Индекс: 3-ФЗС

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Наименование структурного подразделения	Количество ставок
1	Финансовый блок	
2	Отдел кадров	
3	Администрация	
4	Прачечная	
5	Пищеблок/Кухня/Питание	
6	Транспортировка (гаражи)	
7	Кабинет медицинской статистики	

8	Центральное стерилизационное отделение	
9	Аптека	
10	Рентген отделение (лучевой диагностики)	
11	Отделение УЗИ и функциональной диагностики	
12	Лаборатория	
13	Физиотерапия	
14	Кабинет эндоскопии	
15	Амбулаторное отделение	
16	Морг	
17	Приемное отделение	
18	Операционный блок 1	
19	Операционный блок 2	
20	ОАРИТ взрослый	
21	ОАРИТ детский	
22	Отделение 1	
23	Отделение 2	
24	Отделение 3	
25	Отделение 4	
	Итого	

Примечание:

\* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

УЗИ – ультразвуковое исследование.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — — (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Информация о фактически занимаемых ставках" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на

медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 9  
к Правилам формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования

### Информация о расходах на персонал\*

№	Наименование структурного подразделения	Заработная плата (Специфики 111-114), тенге	Взносы работодателей (Специфики 121-122), тенге	Итого расходов, тенге
1	2	3	4	5=3+4
1	Финансовый блок			
2	Отдел кадров			
3	Администрация			
4	Прачечная			
5	Пищеблок/Кухня/Питание			
6	Транспортировка (гаражи)			
7	Кабинет медицинской статистики			
8	Центральное стерилизационное отделение			
9	Аптека			
10	Рентген отделение (лучевой диагностики)			
11	Отделение ультразвукового исследования организма и функциональной диагностики			
12	Лаборатория			
13	Физиотерапия			
14	Кабинет эндоскопии			
15	Амбулаторное отделение			
16	Морг			
17	Приемное отделение			
18	Операционный блок 1			
19	Операционный блок 2			
20	ОАРИТ взрослый			
21	ОАРИТ детский			
22	Отделение 1			

23	Отделение 2			
24	Отделение 3			
25	Отделение 4			
	Итого			

Примечание:

\* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Руководитель структурного подразделения  
 субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_  
 Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 10  
 к Правилам формирования  
 тарифов на медицинские услуги,  
 оказываемые в рамках  
 гарантированного объема  
 бесплатной медицинской  
 помощи и системы  
 обязательного социального  
 медицинского страхования

**Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о расходах, не связанных с персоналом"\***

Индекс: 4-РНСП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

--	--	--

Специфика	Наименование статьи расходов	Всего затрат, тенге**
141	Приобретение продуктов питания	
142	Приобретение лекарственных средств и прочих изделий медицинского назначения	
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования	
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов	
149	Приобретение прочих запасов: (расшифровать)	
151	Оплата коммунальных услуг: (расшифровать)	
152	Оплата услуг связи	
153	Оплата транспортных услуг	
154	Оплата аренды за помещение	
155	Оплата услуг в рамках государственного социального заказа	
156	Оплата консалтинговых услуг и исследований	
159	Оплата прочих услуг и работ: (расшифровать)	
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны	
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны	
163	Затраты Фонда всеобщего обязательного среднего образования	
164	Оплата обучения стипендиатов за рубежом	
165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов	
166	Целевой вклад	
167	Особые затраты	
169	Прочие текущие затраты: (расшифровать)	
Итого		

Примечание:

\* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период;

\*\* – Капитальные затраты и износ основных средств (амортизация) не учитываются.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

— —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения

субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Информация о расходах, не связанных с персоналом" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 11  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

### **Формула отбора копий медицинских карт стационарного больного выписанных пациентов**

1. Отбор копий медицинских карт стационарного больного выписанных пациентов осуществляется по формуле:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n}}$$

, где

s – стандартное отклонение;

x.

– длительность пребывания каждого случая из генеральной совокупности;

$\bar{x}$

– средняя длительность пребывания генеральной совокупности;

n – количество случаев.

2. Формирование списка историй болезней осуществляется по пересматриваемому профилю заболевания.

3. Предварительная выборка формируется из генеральной совокупности в каждой медицинской организации по следующим основным критериям:

- 1) круглосуточный тип стационара;
- 2) исключаются случаи с неуказанным или неопределенным полом;
- 3) койко-день любого случая лежит в пределах доверительного интервала  $\pm 2s$ , т.е.  $\pm 95.5\%$  случаев.

4. Итоговая стратифицированная выборка для каждого кода МКБ-9 и МКБ-10 формируется из предварительной выборки и составляет 30-50% этой выборки в каждой медицинской организации (не менее 30 и не более 120 случаев).

Расшифровка аббревиатур:

МКБ-9 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра.

Приложение 12  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи  
и системы обязательного социального  
медицинского страхования

### Калькуляция стоимости медицинских услуг

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Регион: \_\_\_\_\_

К о д медицинской услуги <sup>1</sup>	Наименование медицинской услуги <sup>1</sup>	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения						
		Полное наименование согласно государственному реестру (при наличии)	Производитель ( отечественный /импортный)	Форма выпуска <sup>2</sup>	Единица измерения <sup>2</sup>	Дозировка <sup>2</sup>	Количество в упаковке <sup>2</sup>	Норм расхо
1	2	3	4	5	6	7	8	9

(продолжение)

Должность медицинского персонала	Время, затраченное н а проведение услуги, минут	Расчет заработной платы, тенге <sup>4</sup>			Социальный налог, тенге	Социальные отчисления, тенге	Прямые расходы , тенге <sup>5</sup>	Накладные расходы, тенг <sup>6</sup>	
		Месячный фонд заработной платы	Зарботная плата на единицу времени, мин	Зарботная плата на единицу услуги				%	Абсолютна: сумма
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Примечание:

<sup>1</sup> – Код и наименование услуги соответствуют действующему тарификатору медицинских услуг;

<sup>2</sup> – Пример по графам 5-8:

гр.5 – форма выпуска: таблетка, ампула, флакон, порошок;

гр.6 – единица измерения: для лекарственных средств миллиграмм, миллилитр, грамм, для изделий медицинских назначений пара, штук, сантиметр, метр;

гр.7 – дозировка: в цифрах;

гр.8 – количество в упаковке: штук.

<sup>3</sup> – Сумма по расходным материалам (графа 11) образуется путем деления графы 10 на графу 8 и умножением на графу 9;

<sup>4</sup> – Заработная плата на единицу услуги графа 16 формируется путем умножения графы 15 на графу 13, в свою очередь графа 15 формируется путем деления графы 14 на баланс рабочего времени в месяц в часах и на 60 минут. Месячный фонд заработной платы устанавливается в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий";

<sup>5</sup> – Прямые расходы формируются путем сложения граф: 11, 16, 17 и 18;

<sup>6</sup> – Накладные расходы графа 21 в тенге определяется путем сложения граф 16, 17 и 18 и умножения на графу 20;

<sup>7</sup> – Сумма граф 19 и 21 образует стоимость медицинской услуги графа 22.

При предоставлении новой медицинской услуги для включения в тарификатор в графу 1 вместо кода медицинской услуги ставится отметка "Новая медицинская услуга".

Лекарственные средства и изделия медицинского назначения по предельным ценам согласно подпункту 20) пункта 1 статьи 7 Кодекса за исследуемый период.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 13  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи  
и системы обязательного социального  
медицинского страхования

**Форма, предназначенная для сбора административных данных "**  
**Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных**  
**расходов"\***

**наименование организации, регион**

Индекс: 5-РНР

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Статьи расходов	Сумма по договорам субподряда и с управлением здравоохранения, возмещаемые по тарификатору медицинских услуг (план на предыдущий год), тыс. тенге	Сумма по договорам субподряда и с управлением здравоохранения, возмещаемые по тарификатору медицинских услуг (факт за предыдущий год), тыс. тенге	Отклонение, тыс. тенге					
					1	2	3	4	5
II	РАСХОДЫ, всего:	0	0	0					
	в том числе:								
110	Заработная плата	0	0	0					
	в том числе: медицинского персонала								
	административно-хозяйственного персонала								
120	Взносы работодателей	0	0	0					

	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
140	Приобретение запасов, всего	0	0	0
141	Приобретение продуктов питания			
142	Приобретение лекарственных средств и прочих изделий медицинского назначения			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
149	Приобретение прочих запасов			
150	Приобретение услуг и работ	0	0	0
151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	0	0	0
	электроэнергия			
	отопление водоснабжение и канализация			
152	Оплата услуг связи			
153	Оплата транспортных услуг			
154	Оплата за аренду помещения			
159	Оплата прочих услуг и работ			
160	Другие текущие затраты	0	0	0
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов			
169	Прочие текущие затраты (штрафы, неустойка, комиссионные платежи, вступительные взносы; государственная пошлина, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, пеня и штрафы по ним (кроме социального налога)			
	Амортизационные расходы (расшифровать)			
	Капитальные расходы (расшифровать)			

Примечание:

\* – согласно данным бухгалтерского учета и отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 14  
к Правилам формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования

## **Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет МЭТ на один пролеченный случай"\***

Индекс: 6-РМЭТ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

Медицинская организация \_\_\_\_\_

— — — — —  
Длительность лечения (койко-дни) \_\_\_\_\_

— — — — —

Перечень операции (код и наименование) \_\_\_\_\_

№	Наименование МЭТ	Прямые затраты, тенге					Накладные расходы (косвенные затраты)		Стоимость МЭТ на один пролеченный случай, тенге **
		Заработная плата	Налоги и другие обязательные платежи в бюджет	Питание	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения	Медицинские услуги	%	тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Примечание:

\* – согласно приложениям 15, 16, 17, 18 и 19;

\*\* – графа 10 формируется путем сложения граф 3, 4, 5, 6, 7 и 9.

Расшифровка аббревиатур:

МЭТ – медико-экономический тариф.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
 М . П .  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Руководитель структурного подразделения  
 субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

—  
 (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_  
 Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Расчет МЭТ на один пролеченный случай" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 15  
 к Правилам формирования  
 тарифов на медицинские услуги,  
 оказываемые в рамках гарантированного  
 объема бесплатной медицинской  
 помощи  
 и системы обязательного социального  
 медицинского страхования

# Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала"<sup>1</sup>

Индекс: 7-РЗПМП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

п/п	Наименование структурного подразделения / (отделение, операционный блок, реанимация)	Наименование должности	Стаж работы	Коэффициент	Базовый должностной оклад, тенге	Должностной оклад, тенге <sup>2</sup>	Доплаты, тенге							
							Доплата работникам, занятым на тяжелых (особо тяжелых) физических работах и работах с вредными (особо вредными) и опасными (особо опасными) условиями труда	Доплата за особые условия труда		Доплат психоэмоциональной и физической нагрузки				
								1	2	3	4	5		
Итого														

(продолжение)

Фонд заработной платы основного медицинского персонала, в месяц, тенге <sup>3</sup>	Количество рабочих часов в месяц, согласно балансу рабочего времени	Стоимость часа, тенге <sup>4</sup>	Стоимость минуты, тенге <sup>5</sup>	Норма времени в день	Длительность лечения (койко-дни)	Длительность проведения операции, в минутах	Сумма заработной платы, тенге <sup>6</sup>	Сумма социального налога и социальных отчислений, тенге <sup>7</sup>
18	19	20	21	22	23	24	25	26

Примечание:

1 – согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих,

работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий";

2 – графа 7 формируется путем умножения графы 5 на графу 6;

3 – графа 18 формируется путем сложения граф 7, 9, 11, 13, 15 и 17;

4 – графа 20 формируется путем деления графы 18 на графу 19;

5 – графа 21 формируется путем деления графы 20 на 60 минут;

6 – графа 25 формируется в случае лечения пациента умножением граф 21, 22 и 23, в случае проведения операций умножением граф 21 и 24;

7 – графа 26 согласно Кодексу Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)".

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_  
Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 16  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи  
и системы обязательного социального  
медицинского страхования

**Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения"**

Индекс: 8-РЛС/ИМН

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№ п/п	Наименование структурного подразделения (отделение, операционный блок, реанимация)	Фармакотерапевтическая группа	Наименование ЛС (МНН), ИМН	Характеристика лекарственная форма и дозировка (для Л С ) техническая спецификация ( для ИМН) ( таблетка, капсула, драже, ампула)	Единица измерения ( миллиграмм , миллилитр , сантиметр, штук, грамм )	Затраты на ЛС и ИМН	
						Вероятность использования %	Разовая лекарств препарат
1	2	3	4	5	6	7	8
Основные ЛС							
Основные ИМН							
	Итого						
Дополнительные ЛС							
Дополнительные ИМН							
	Итого						

Примечание:

\* – Лекарственные средства и изделия медицинского назначения по предельным ценам за исследуемый период согласно подпункту 20) пункта 1 статьи 7 Кодекса;

\*\* – графа 12 формируется путем умножения граф 7, 8, 9, 10 и 11.

Расшифровка аббревиатур:

ЛС – лекарственные средства;

ИМН – изделия медицинского назначения;

МНН – международное непатентованное название.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – –  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

-----  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 17  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи  
и системы обязательного социального  
медицинского страхования

## Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов"<sup>1</sup>

Индекс: 9-РП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Наименование структурного подразделения (отделение, реанимация)	Наименование продуктов питания	от 1 года до 3-х лет			от 3-х до 7 лет			от 7 до 14 лет			от 14 лет и выше		
			норма	цена, тенге	сумма, тенге <sup>2</sup>	норма	цена, тенге	сумма, тенге <sup>2</sup>	норма	цена, тенге	сумма, тенге <sup>2</sup>	норма	цена, тенге	сумма, тенге <sup>2</sup>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		Итого												

Итого сумма затрат на продукты питания <sup>4</sup>	Длительность лечения (койко-дни)	Сумма затрат на питание на 1 койко-день <sup>5</sup>
1=2*3	2	3

Примечание:

<sup>1</sup> – Согласно постановлению 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";

<sup>2</sup> – графы 6, 9, 12 и 15 формируется путем умножения нормы на цену;

<sup>3</sup> – графа 18 формируется путем сложения граф 6, 9, 12 и 15;

<sup>4</sup> – графа 1 во второй таблице формируется путем умножения графы 2 на графу 3;

<sup>5</sup> – графа 3 во второй таблице равна графе 18.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – – М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Руководитель структурного подразделения  
субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

– – – – –  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

– – – – –  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Расчет затрат на питание пациентов" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 18  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи  
и системы обязательного социального  
медицинского страхования

## **Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на медицинские услуги"**

Индекс: 10-РКДУ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Наименование структурного подразделения (операционный блок, реанимация)	Код услуги (по тарификатору)*	Наименование медицинской услуги по тарификатору*	Вероятность в %	Количество	Цена за единицу, тенге*	Сумма затрат по медицинским услугам, тенге**
1		2	3	4	5	6	7
Основные медицинские услуги							
		Итого					0,00
Дополнительные медицинские услуги							
		Итого					0,00
		Общая сумма					0,00

Примечание:

\* – Код графа 2, наименование услуги графа 3, цена за единицу графа 6 соответствуют утвержденному тарификатору медицинских услуг;

\*\* – графа 7 формируется путем умножением граф 4, 5 и 6.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

—  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Расчет затрат на медицинские услуги" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.



150	Приобретение услуг и работ	0	0	0
	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	0	0	0
151	электроэнергия			
	отопление			
	водоснабжение и канализация			
152	Оплата услуг связи			
153	Оплата транспортных услуг			
154	Оплата за аренду помещения			
159	Оплата прочих услуг и работ			
160	Другие текущие затраты	0	0	0
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов			
169	Прочие текущие затраты (штрафы, неустойка, комиссионные платежи, вступительные взносы; государственная пошлина, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, пеня и штрафы по ним (кроме социального налога))			
	Амортизационные расходы (расшифровать)			
	Капитальные расходы (расшифровать)			

**Примечание:**

\* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — — М . П .  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" приведены в пункте 17

настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 20  
к Правилам формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования

## Информация по объему финансирования и количеству койко-дней на очередной плановый период

### наименование организации, регион

№	Статьи расходов	Объем финансирования на очередной плановый период, тыс. тенге*	РАСХОДЫ, всего:	0
	в том числе:			
110	Заработная плата	0		
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
120	Взносы работодателей	0		
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
140	Приобретение запасов, всего	0		
141	Приобретение продуктов питания			
142	Приобретение лекарственных средств и прочих изделий медицинского назначения			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
149	Приобретение прочих запасов			
150	Приобретение услуг и работ	0		
	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	0		
151	электроэнергия			
	отопление			
	водоснабжение и канализация			

152	Оплата услуг связи	
153	Оплата транспортных услуг	
154	Оплата за аренду помещения	
159	Оплата прочих услуг и работ	
160	Другие текущие затраты	0
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны	
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны	
165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов	
169	Прочие текущие затраты (штрафы, неустойка, комиссионные платежи, вступительные взносы; гос. пошлина, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, пеня и штрафы по ним (кроме социального налога)	
	Количество койко-дней	

**Примечание:**

\* – согласно плану развития и согласованный с уполномоченным органом/ местными исполнительными органами.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

— —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения

субъекта здравоохранения: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

— — — — —

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

Электронный адрес исполнителя: \_\_\_\_\_

Приложение 21  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи  
и системы обязательного  
социального медицинского  
страхования

**Заявление на разработку и (или) пересмотр тарифа**

1 .            Д а н н ы е            з а я в и т е л я :  
1 . 1           Ю р и д и ч е с к о е            л и ц о :

1.1.1 Название субъекта здравоохранения \_\_\_\_\_

—

1.1.2 Юридический адрес \_\_\_\_\_

1.1.3 Руководитель (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) \_\_\_\_\_

—

1.1.4 Контакты: (телефон, факс, адрес электронной почты) \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

1 . 2            Ф и з и ч е с к о е            л и ц о :

1.2.1 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

—

1.2.2 Адрес \_\_\_\_\_

1.2.3 Контакты: (телефон, факс, адрес электронной почты) \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

2.    Цель обращения (нужное подчеркнуть):

- ввести в перечень КЗГ код диагноза, операции/манипуляции;
- исключить из перечня КЗГ код диагноза, операции/манипуляции;
  - пересмотр стоимости кода диагноза, операции/манипуляции;
  - пересмотр стоимости КЗГ;
- перенести в другую КЗГ код диагноза, операции/манипуляции;
  - включить в тарификатор новую услугу;
  - исключить из существующего тарификатора;
  - пересмотр стоимости существующей услуги;
  - прочее (краткое описание).

3. Наименование диагноза, операции/манипуляции (код) \_\_\_\_\_

Примечание:

-код диагноза, операции/манипуляции – наименование и код привести в соответствие с МКБ-10/9.

3. Наименование услуги (код) \_\_\_\_\_

Примечание:

- код и наименование указывать согласно действующему тарификатору в случае пересмотра стоимости или исключения услуги;

- для включения новой услуги в раздел А, В и С тарификатора наименование должно соответствовать общепринятой международной номенклатуре или в интерпретации заявителя с согласования главного внештатного специалиста профиля.

- для включения новой услуги в раздел D тарификатора наименование и код привести в соответствие с МКБ-9.

4 Наименование медицинской техники и/или изделий медицинского назначения, применяемых при проведении услуги, привести в соответствие с Государственным реестром лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (согласно таблице\*).

Рег. номер	Тип МТ/ ИМН	Торговое название	Дата регистрации	Срок регистрации	Дата истечения	Фирма производитель	Страна производитель
1	2	3	4	5	6	7	8

Примечание:

\* – для услуг, проводимых на аппаратах или с применением изделий медицинского назначения незарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники заполняются графы 2, 3, 7 и 8.

Расшифровка аббревиатур:

МКБ-9 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;

КЗГ – клинико-затратные группы;

ИМН – изделия медицинского значения;

МТ – медицинская техника.

Приложение 2  
к приказу Министра  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 7 февраля 2018 года №52

## Методика

**формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

### Глава 1. Общие положения

1. Настоящая Методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Методика) разработана в соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяет алгоритм формирования тарифов на медицинские услуги, в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

2. В настоящей Методике используются следующие понятия:

1) базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в формах первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП) без учета поправочных коэффициентов;

2) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, оказанных в форме ПМСП и КДП с учетом поправочных коэффициентов;

3) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – КПН АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в информационной системе "Регистр прикрепленного населения" (далее – ИС "РПН") к субъекту ПМСП, состоящая из гарантированного компонента КПН АПП и стимулирующего компонента КПН;

4) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, оказываемых прикрепленному сельскому населению, с учетом поправочных коэффициентов;

5) комплексный подушевой норматив на оказание услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в ИС "РПН", состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива;

6) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

7) базовая ставка – расчетная стоимость комплекса услуг, взятых за единицу измерения, в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

8) комплексный тариф на одного инфицированного вирусом иммунодефицита человека и (или) больного синдромом приобретенного иммунодефицита – стоимость комплекса медико-социальных услуг инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) в рамках ГОБМП в расчете на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

9) комплексный тариф на одного онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных", за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам МКБ-10 и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

10) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

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

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

13) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) – стимулирующая составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке, определенном Правилами поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11526) (далее – приказ № 429);

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

15) коммунальные и прочие расходы (далее – КПр) – расходы на отопление, электроэнергию, горячую и холодную воду, банковские услуги, услуги связи, приобретение канцелярских товаров, командировочные расходы, текущий ремонт, аренду помещения, приобретение хозяйственных товаров, мягкого инвентаря, прочих товаров и услуг;

16) медико-экономический тариф (далее – МЭТ) – средняя стоимость за один пролеченный случай, формируемая на основе клинических протоколов, для оплаты субъектам здравоохранения, оказывающим стационарную и (или) стационарозамещающую медицинскую помощь детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями в рамках ГОБМП;

17) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека в форме ПМСП;

18) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, зарегистрированного в подсистеме "Регистр наркологических больных" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

19) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами в рамках ГОБМП в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированного в подсистеме "Регистр психических больных" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

20) тариф – расчетная стоимость единицы услуги или комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

21) тарификатор – утвержденный уполномоченным органом перечень тарифов на медицинские услуги согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

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

23) комплексный тариф на одного больного туберкулезом – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным туберкулезом в рамках ГОБМП в

расчете на одного больного туберкулезом, зарегистрированного в подсистеме "Национальный регистр больных туберкулезом" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

24) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые уполномоченным органом с целью корректировки тарифа в соответствии с настоящей Методикой;

25) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень затратности КЗГ к стоимости базовой ставки;

26) уполномоченный субъект в области электронного здравоохранения – определяемая в соответствии с действующим законодательством организация, осуществляющая деятельность и вступающая в правоотношения в части совершенствования информационной инфраструктуры системы здравоохранения (электронного здравоохранения) и медицинской статистики (далее – субъект информатизации).

27) информационная система "Электронный регистр диспансерных больных" – единая информационная система своевременного выявления, постоянного наблюдения и оздоровления диспансерных больных;

28) подсистема "Регистр наркологических больных" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – РНБ) – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ;

29) подсистема "Регистр психических больных" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – РПБ) – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с психическими и поведенческими расстройствами;

30) подсистема "Национальный регистр больных туберкулезом" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – НРБТ) – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных туберкулезом;

31) информационная система "Электронный регистр онкологических больных" (далее – ЭРОБ) – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией;

## **Глава 2. Алгоритм формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС**

3. Тарифы на медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС включают затраты, связанные с деятельностью по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на:

1) оплату труда работников организации здравоохранения в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года (далее – Трудовой кодекс), по нормативам, установленным постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий" (далее – постановление № 1193), включая дополнительные денежные выплаты работникам;

2) налоги и другие обязательные платежи в бюджет, включая социальный налог, социальные отчисления в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года "О налогах и других обязательных платежах в бюджет" (Налоговый кодекс), а также обязательные профессиональные пенсионные взносы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 21 июня 2013 года "О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан", отчисления и (или) взносы на обязательное социальное медицинское страхование в соответствии с Законом Республики Казахстан от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании" и Законом Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года "Об обязательном социальном медицинском страховании" (далее – Закон);

3) приобретение (обеспечение) лекарственных средств и изделий медицинского назначения и расходных материалов в соответствии с клиническими протоколами и Казахстанским национальным лекарственным формуляром в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2017 года № 931 "Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 16141), а также аптек новорожденного, специализированных лечебных продуктов в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15724) (далее – приказ № 666);

4) питание и оснащение мягким инвентарем пациентов 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";

5) повышение квалификации и переподготовку кадров;

6) оплату коммунальных услуг: отопление, электроэнергия, горячая и холодная вода;

7) прочие расходы, в том числе услуги связи, включая интернет, командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения, приобретение (обеспечение) канцелярских, хозяйственных и горюче-смазочных товаров, прочих товаров и услуг, сервисное обслуживание, оплата банковских услуг;

8) на обновление основных средств, в случаях, предусмотренных планом работ по формированию тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утверждаемому уполномоченным органом в порядке, предусмотренном Правилами формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, утвержденными настоящим приказом.

При формировании тарифов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС не включаются рентабельность и прибыль.

## **Параграф 1. Формирование тарифов на амбулаторно-поликлиническую помощь**

4. Расчет тарифов на АПП осуществляется:

за оказание ПМСП и АПП, в том числе медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, за обеспечение специализированными лечебными продуктами по КПН АПП в соответствии с пунктами 5-12 настоящей Методики;

за оказание медицинских услуг в соответствии с пунктами 13-16 настоящей Методики;

за оказание услуг передвижным медицинским комплексом (далее – ПМК) в соответствии с пунктами 17-19 настоящей Методики.

5. КПН АПП определяется на одного прикрепленного жителя, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц и представляет собой сумму гарантированного компонента КПН АПП и СКПН в тенге.

6. Гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП включает затраты, связанные с деятельностью субъекта ПМСП по оказанию комплекса амбулаторно-поликлинических услуг по перечню услуг, определенному в соответствии с пунктом 1 статьи 34 Кодекса и подпунктом 1) статьи 10 Закона, согласно пункту 3 настоящей Методики.

7. Расчет гарантированного компонента КПН АПП осуществляется по комплексной формуле, с учетом поправочных коэффициентов, согласно приложению 1 к настоящей Методике.

8. СКПН включает затраты на:

1) материальное поощрение работников субъекта ПМСП за достигнутые индикаторы конечного результата;

2) повышение квалификации и переподготовку работников субъекта ПМСП, включая командировочные расходы, которые составляют не менее 5% от полученной суммы СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период.

9. Расчет суммы стимулирующего компонента КПН на одного жителя осуществляется по комплексной формуле, согласно приложению 2 к настоящей Методике.

10. Перечень работников субъекта ПМСП, на которых распространяется стимулирование за счет средств СКПН, определяется в соответствии с приказом № 429.

11. Размер суммы СКПН для субъекта ПМСП зависит от уровня достижения целевого значения по индикаторам конечного результата деятельности субъекта ПМСП (далее – индикатор конечного результата) и рассчитывается согласно приложению 2 к настоящей Методике.

12. Расчет объема финансирования АПП по комплексному подушевому нормативу АПП для субъекта ПМСП осуществляется по формуле:

$$V_{\text{ПМСП}} = Ч_{\text{ПМСП}} \times \text{КПН}_{\text{ПМСП}} \times m, \text{ где:}$$

$V_{\text{ПМСП}}$  – объем финансирования субъекта ПМСП на предстоящий финансовый год или отчетный период;

$Ч_{\text{ПМСП}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения на оказание АПП в рамках ГОБМП определяется по численности населения, зарегистрированного в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения на оказание АПП в системе ОСМС определяется по численности населения, зарегистрированного в качестве потребителя медицинских услуг в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения на оказание АПП в рамках ГОБМП определяется по численности населения, не имеющего права на медицинскую помощь в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

$K_{ПН\_ПМСП}$  – комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный для субъекта ПМСП;

$m$  – количество месяцев в периоде, которое используются для расчета объема финансирования.

Объем финансирования субъекта ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП не зависит от объема оказанных услуг.

13. Оплата за оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС осуществляется по тарифу на оказание одной медицинской услуги на основе метода определения прямых и косвенных (накладных) расходов.

14. Расчет тарифа на оказание одной медицинской услуги на основе метода определения прямых и косвенных (накладных) расходов осуществляется по следующей формуле:

$$C_{\text{му}_i\text{-P}} = P_{\text{прямые}_i} + P_{\text{накладные}_i}, \text{ где:}$$

$C_{\text{му}_i\text{-P}}$  – расчетная стоимость одной медицинской услуги, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов на основе метода определения прямых и косвенных (накладных) расходов;

$i$  – вид медицинской услуги по перечню согласно тарификатору медицинских услуг;

$P_{\text{прямые}_i}$  – расчетная сумма прямых расходов на оказание одной медицинской услуги, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих  $i$ -ю медицинскую услугу, и подпунктом 3) пункта 3 настоящей Методики;

$P_{\text{накладные}_i}$  – сумма накладных расходов в расчете на одну медицинскую услугу, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда

работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании *i*-й медицинской услуги, и подпунктами 5)-8) пункта 3 настоящей Методики, которые определяются по следующей формуле:

$$P_{\text{накладные}_i} = ЗП_i \times k_{\text{накладные}}, \text{ где:}$$

$ЗП_i$  – средняя расчетная сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих *i*-ю медицинскую услугу, которая рассчитана в соответствии с подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики;

$k_{\text{накладные}}$  – коэффициент накладных расходов, который определяется по следующей формуле:

$$k_{\text{накладные}} = P_{\text{накладные}_\text{МО}} / ЗП_{\text{МП}}, \text{ где:}$$

$P_{\text{накладные}_\text{МО}}$  – средняя расчетная сумма накладных расходов субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг и подпунктами 5)-8) пункта 3 настоящей Методики;

$ЗП_{\text{МП}}$  – средняя расчетная сумма расходов на оплату труда медицинских работников субъектов здравоохранения, которая рассчитана в соответствии с подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики;

15. Расчет тарифа одной медицинской услуги с учетом поправочных коэффициентов осуществляется по следующей формуле:

$$C_{\text{му}_i\text{-PP}} = C_{\text{му}_i\text{-P}_n} + C_{\text{му}_i\text{-P}_n} \times (K_1 - 1) + \dots + C_{\text{му}_i\text{-P}_n} \times (K_n - 1), \text{ где:}$$

$C_{\text{му}_i\text{-PP}_n}$  – средняя расчетная стоимость одной медицинской услуги *n* вида, рассчитанная с учетом поправочных коэффициентов на основе метода определения прямых и косвенных (накладных) расходов;

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на оплату надбавки за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском

испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и коэффициенты, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса.

16. Расчет объема финансирования субъекта здравоохранения за оказание медицинских услуг по средней расчетной стоимости одной услуги, рассчитанной на основе метода определения прямых и косвенных (накладных) расходов, осуществляется по следующей формуле:

$$V_{\text{му}_i\text{-P}} = \text{Ч}_{\text{му}_i\text{-1}} \times C_{\text{му}_i\text{-PP}_1} + \text{Ч}_{\text{му}_i\text{-n}} \times C_{\text{му}_i\text{-PP}_n}, \text{ где:}$$

$V_{\text{му}_i\text{-P}}$  – объем финансирования за оказание медицинских услуг на планируемый или отчетный период;

$\text{Ч}_{\text{му}_i\text{-1}}, \text{Ч}_{\text{му}_i\text{-n}}$  – количество медицинских услуг  $n$  вида на планируемый или отчетный период.

17. Оплата услуг передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) осуществляется по тарифу на оказание услуг ПМК на одного человека.

18. Расчет тарифа на оказание услуг ПМК на одного человека осуществляется согласно средним фактическим расходам на одного человека по следующей формуле:

$$T_{\text{ПМК}} = (V_{\text{ср.факт,затрат}} - V_{\text{экол.ПМК}}) / \text{Ч}_{\text{ПМК}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{ПМК}}$  – тариф на оказание услуг ПМК на одного человека;

$V_{\text{ср.факт,затрат}}$  – средний объем фактических затрат субъекта здравоохранения, оказывающего услуги ПМК, определенных уполномоченным органом;

$V_{\text{экол.ПМК}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

$\text{Ч}_{\text{ПМК}}$  – численность населения, получившая услуги ПМК.

19. Расчет объема финансирования субъекта здравоохранения за оказание услуг ПМК определяется по следующей формуле:

$$V_{\text{фин.ПМК}} = \text{Ч}_{\text{ПМК}} \times T_{\text{ПМК}} \times K_{\text{экол.}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин. ПМК}}$  – объем финансирования субъекта здравоохранения за оказание услуг ПМК;

$\text{Ч}_{\text{ПМК}}$  – численность населения, получившая услуги ПМК;

Количество прикрепленного населения на оказание услуг ПМК в рамках ГОБМП определяется по численности населения, зарегистрированного в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения на оказание услуг ПМК в системе ОСМС определяется по численности населения, зарегистрированного в качестве потребителя медицинских услуг в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения на оказание услуг ПМК в рамках ГОБМП определяется по численности населения, не имеющего права на медицинскую помощь в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

$K_{\text{экол}}$  – поправочный коэффициент, применяемый уполномоченным органом с целью корректировки тарифа на оказание услуг ПМК на одного человека, с учетом расходов на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИАП, утвержденный уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса.

## **Параграф 2. Алгоритм формирования тарифов на стационарную и стационарозамещающую помощь**

20. Субъекты здравоохранения, оказывающие стационарную и стационарозамещающую помощь, используют следующие тарифы:

за один койко-день;

за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

за один пролеченный случай по медико-экономическим тарифам;

за один пролеченный случай по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций, утвержденному уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости.

21. Тариф для субъекта здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС, оплата которому осуществляется за один койко-день, определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{к/дн}} = V_{\text{фин}} / K_{\text{лк/дн}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{к/дн}}$  – тариф за один койко-день для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи;

$V_{\text{фин}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в

форме стационарной помощи, оплата которому осуществляется по тарифу за один койко-день;

$K_{\text{лк/дн}}$  – количество койко-дней по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период.

22. Тариф за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{пс}} = V_{\text{фин}} / K_{\text{лпс}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{пс}}$  – тариф за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной и (или) стационарозамещающей помощи;

$V_{\text{фин}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной и (или) стационарозамещающей помощи, оплата которому осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

$K_{\text{лпс}}$  – количество пролеченных случаев по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период.

23. Тариф за один пролеченный случай по МЭТ для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую медицинскую помощь детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, рассчитывается на основе клинических протоколов.

24. МЭТ на один пролеченный случай, формируемый на основе клинических протоколов, определяется путем нахождения прямых и косвенных расходов по следующей формуле:

$$T_{\text{мэт}} = P_{\text{прямые}} + P_{\text{косвенные}}, \text{ где:}$$

, где:

$$T_{\text{мэт}}$$

– стоимость МЭТ на один пролеченный случай;

$$P_{\text{прямые}}$$

– сумма прямых затрат на пролеченный случай согласно клиническим протоколам, которая включает затраты, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских

работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги, и подпунктами 3) и 4) пункта 3 настоящей Методики;

$P_{\text{косвенные}}$

– сумма косвенных затрат по пролеченному случаю, которая включает затраты, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг, и подпунктами 5)-8) пункта 3 настоящей Методики.

25. Прямые затраты на пролеченному случаю рассчитываются по следующей формуле:

$$P_{\text{прямые}} = P_{\text{зп}} + P_{\text{н}} + P_{\text{пит}} + P_{\text{лс/имн/мед.услуги}}, \text{ где:}$$

, где:

$P_{\text{зп}}$

– расходы по заработной плате основных медицинских работников, участвующих в лечении одного случая;

$P_{\text{н}}$

– расходы по налогам и другим обязательные платежам в бюджет по одному случаю;

$P_{\text{пит}}$

– расходы по питанию на один случай;

$P_{\text{лс/имн/мед.услуги}}$

– расходы по лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинским услугам на один случай.

26. Косвенные затраты по одному случаю рассчитываются по следующей формуле:

$$P_{\text{косвенные}} = ЗП_{\text{с}} \times k_{\text{накладные}}, \text{ где:}$$

, где:

$ЗП_{\text{с}}$

– сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников, оказывающих лечение согласно подпунктам 1 и 2 пункта 3 настоящей Методики.

$k_{\text{накладные}}$

– коэффициент накладных расходов, который определяется по следующей формуле:

$$k_{\text{накладные}} = R_{\text{накладные\_мо}} \div ЗП_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

, где:

$R_{\text{накладные\_мо}}$

– средняя сумма накладных расходов по медицинским организациям, установленным уполномоченным органом;

$ЗП_{\text{мо}}$

– средняя сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников медицинских организации.

27. Расчет тарифа на один пролеченный случай по фактическим расходам рассчитывается по следующей формуле:

$$T_{\phi} = R_{\text{прямые}} + R_{\text{накладные}}, \text{ где:}$$

, где:

$T_{\phi}$

– тариф на один пролеченный случай по фактическим расходам;

$R_{\text{прямые}}$

– сумма прямых расходов по пролеченному случаю, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1)-4) пункта 3 настоящей Методики;

$R_{\text{накладные}}$

– сумма накладных расходов по пролеченному случаю, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг и подпунктами 5)-8) пункта 3 настоящей Методики.

28. Прямые расходы на пролеченный случай рассчитываются по следующей формуле:

$$R_{\text{пр}} = R_{\text{зп}} + R_{\text{н}} + R_{\text{пит}} + R_{\text{лс/имн}} + R_{\text{усл}}, \text{ где:}$$

, где:

$P_{зп}$

– расходы по заработной плате основных медицинских работников, участвующих в лечении одного случая;

$P_{н}$

– расходы по налогам и другим обязательным платежам в бюджет по одному случаю;

$P_{пит}$

– расходы по питанию на пролеченный случай;

$P_{лс/имн}$

– расходы по ЛС и ИМН на пролеченный случай;

$P_{усл}$

расходы на медицинские услуги на пролеченный случай.

29. Накладные расходы на пролеченный случай рассчитываются по следующей формуле:

$$P_{накл} = \frac{ЗП_{вп} + КПП_{м}}{K_{м}}, \text{ где:}$$

, где:

$ЗП_{вп}$

– сумма расходов на оплату труда вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг, согласно подпунктам 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики за предыдущий месяц;

$КПП_{м}$

– сумма расходов по КПП по медицинской организации за предыдущий месяц;

$K_{м}$

– количество случаев за предыдущий месяц.

30. Тариф за один пролеченный случай по КЗГ для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую медицинскую помощь в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС, рассчитывается на основе фактических затрат на пролеченный случай.

31. Фактические затраты на пролеченный случай определяются по следующей формуле:

$$C = P_{\text{пациент}} + P_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

, где:

**C**

– стоимость одного пролеченного случая;

**P<sub>пациент</sub>**

– фактические затраты на одного пациента представляют собой сумму расходов, направленных на диагностику и лечение пациента (лекарственные средства и изделия медицинского назначения, медицинские услуги);

**P<sub>мо</sub>**

– фактические затраты медицинской организации на одного пациента, рассчитанные методом ступенчатого отнесения затрат, рассчитываются по следующей формуле:

$$P_{\text{мо}} = C_{\text{к/дсрвз}} \times \text{СДПБ}, \text{ где:}$$

, где:

средневзвешенная стоимость койко-дня соответствующих отделений в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, МКБ-10/9 КМ i-ой КЗГ:

$$C_{\text{к/дсрвз}} = \frac{\sum(C \times \text{Кл})}{\sum \text{Кл}}, \text{ где:}$$

, где:

**C**

– фактическая стоимость отделений в зависимости от уровня оказания медицинской помощи каждой МКБ-10/9 КМ в i-й КЗГ:

Кл – количество случаев в зависимости от уровня оказания медицинской помощи по каждой МКБ-10/9 КМ в i-й КЗГ по стране;

**СДПБ**

– средняя длительность пребывания больного в зависимости от уровня оказания медицинской помощи МКБ-10/9 КМ в i-ой КЗГ.

32. Средневзвешенная стоимость i-й КЗГ рассчитывается по следующей формуле:

$$C_{\text{срвз КЗГi}} = \frac{\sum(C_{\text{ср}} \times \text{Кл})}{\sum \text{Кл}}, \text{ где:}$$

, где:

$C_{ср}$

– средняя фактическая стоимость каждой МКБ-10/9 КМ  $i$ -й КЗГ;

Кл – количество случаев по каждой МКБ-10/9 КМ  $i$ -й КЗГ по стране.

33. Коэффициент затратоемкости рассчитывается по следующей формуле:

$$KZ_{кзг\ i} = \frac{C_{срв\ кзг\ i}}{BC_{кзг}}, \text{ где:}$$

, где:

$BC_{кзг}$

– стоимость базовой ставки по КЗГ, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса.

34. Тариф с учетом поправочных коэффициентов за один пролеченный случай по КЗГ для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую помощь, определяется по следующей формуле:

$$C_{кзг} = B_{скзг} \times KZ_{кзг\ i} + BC_{кзг} \times KZ_{кзг\ i} \times (Kn_1 - 1) + BC_{кзг} \times KZ_{кзг\ i} \times (Kn_2 - 1) + \dots + BC_{кзг} \times KZ_{кзг\ i} \times (Kn_n - 1), \text{ где:}$$

$C_{кзг}$  – стоимость одного пролеченного случая по КЗГ;

$i$  – вид или группа КЗГ;

$BC_{кзг}$  – стоимость базовой ставки по КЗГ, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

$KZ_{кзг\ i}$  – коэффициент затратоемкости определенного вида ( $i$ ) КЗГ;

$Kn_1, Kn_2, Kn_n$  – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент сельской территории, коэффициент учета продолжительности отопительного сезона и поправочные коэффициенты, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса).

Поправочный коэффициент за работу в сельской местности назначается субъектам здравоохранения для обеспечения повышенной оплаты труда не менее чем на двадцать пять процентов оклада специалистам в области здравоохранения, работающим в сельских населенных пунктах по сравнению с окладами и тарифными ставками специалистов, занимающихся этими видами деятельности в городских условиях в соответствии с Трудовым кодексом и постановлением № 1193, который рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{ст} = PK_{ст} \times \%зп, \text{ где:}$$

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

$ПК_{ст}$  – коэффициент для специалистов здравоохранения, работающих в сельских населенных пунктах, предусмотренный Трудовым кодексом и постановлением № 1193;

$\%зп$  – средняя доля заработной платы в общем бюджете субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС в соответствующем регионе.

Поправочный экологический коэффициент назначается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья, который рассчитывается по следующей формуле:

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

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

$ПК_{э\text{приар}}$  – коэффициент за проживание в зонах экологического бедствия, предусмотренный ЗРК о соцзащите граждан Приаралья;

$\%зп$  – средняя доля заработной платы в общем бюджете субъекта здравоохранения, оказывающего медицинские услуги, на территориях зон экологического бедствия.

Работникам, проживающим на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне, устанавливается дополнительная оплата труда по зонам в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан СИЯП, которая рассчитывается по следующей формуле:

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

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

$К\text{-во}_{\text{мрп}}$  – количество месячных расчетных показателей, предусмотренных в качестве надбавки к заработной плате для жителей, проживающих 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;

$\%_{\text{зп}}$  – доля заработной платы в общем бюджете субъекта здравоохранения, оказывающего медицинские услуги, на территориях зон ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне.

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области (города республиканского значения и столицы) определяется по следующей формуле:

$$K_{\text{отопит.обл.}} = 1 + D_{\text{отопит.}} \times (P_{\text{обл.}} - P_{\text{РК/сред.}}) / P_{\text{РК/сред.}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{отопит.обл.}}$  - коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

$D_{\text{отопит.}}$  - доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

$P_{\text{обл.}}$  - период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

$P_{\text{РК/сред.}}$  - период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (города республиканского значения и столицы), которые используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

35. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и (или) стационарозамещающую помощь, оплата которым осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по КЗГ, на очередной плановый период определяется по формуле:

$$V_{\text{фин мо}} = K_{\text{л пр.случ}} \times K_{\text{з ср кзг}} \times B_{\text{с}} + K_{\text{л пр.случ}} \times K_{\text{з ср кзг}} \times B_{\text{с}} \times (K_{\text{п}1} - 1) + K_{\text{л пр.случ}} \times K_{\text{з ср кзг}} \times B_{\text{с}} \times (K_{\text{п}2} - 1) + \dots + K_{\text{л пр.случ}} \times K_{\text{з ср кзг}} \times B_{\text{с}} \times (K_{\text{п}n} - 1), \text{ где:}$$

$V_{\text{фин мо}}$  - объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего стационарную и (или) стационарозамещающую медицинскую помощь, оплата которым осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по КЗГ;

$K_{\text{л пр.случ}}$  - количество пролеченных случаев по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период;

$K_{\text{з ср кзг}}$  - средний коэффициент затроемкости КЗГ по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период;

$B_{\text{с}}$  - стоимость базовой ставки на планируемый период, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

$K_{n_1}$ ,  $K_{n_2}$ ,  $K_{n_n}$  – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент сельской территории, коэффициент учета продолжительности отопительного сезона и поправочные коэффициенты, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса) по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период.

36. Тарифы на оказание патологоанатомической диагностики, производство компонентов крови определяются по формуле согласно пунктам 13-15 настоящей Методики.

### **Параграф 3. Алгоритм формирования тарифов за оказание медицинской помощи онкологическим больным**

37. Оплата за оказанные медицинские услуги онкологическим больным в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного онкологического больного субъектам здравоохранения, за исключением:

паллиативной помощи и сестринского ухода в форме стационарной и стационарозамещающей помощи больным в терминальной (конечной) стадии;

оказания специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным в рамках реализации их права на свободный выбор, не состоящим на учете в данном онкологическом диспансере (далее – иногородний больной);

обеспечения таргетными препаратами и химиопрепаратами, лучевой терапии; амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи с применением высокотехнологичных медицинских услуг;

республиканских организаций здравоохранения, оплата которым осуществляется за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по тарифу за один пролеченный случай (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медицинские услуги онкологическим больным).

38. Расчет комплексного тарифа на одного онкологического больного в месяц, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, зарегистрированного в ЭРОБ, субъекту здравоохранения, оказывающему медицинские услуги онкологическим больным, осуществляется по формуле:

$$K_{T_{\text{онко}}} = (V_{\text{фин.онко\_год}} / Ч_{\text{ср.спис.онко\_год}}) / m, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин.онко\_год}}$  – объем финансирования на оказание медицинских услуг онкологическим больным на предстоящий финансовый год;

$Ч_{\text{ср.спис.онко\_год}}$  – годовая среднесписочная численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, которая рассчитывается по формуле:

$$Ч_{\text{ср.спис.онко\_год}} = (Ч_{\text{онко нач.}} + Ч_{\text{онко нач.}} \cdot T_{\text{прироста}}/100)/2, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{онко нач.}}$  – численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, зарегистрированных в ЭРОБ на начало финансового года;

$T_{\text{прироста}}$  – средний темп прироста онкологических больных за последние три года, который определяется по формуле:

$$T_{\text{прироста}} = (Ч_{\text{онко конец (n1)}} / Ч_{\text{онко нач.(n1)}} \times 100 + Ч_{\text{онко конец (n2)}} / Ч_{\text{онко нач.(n2)}} \times 100 +$$

$$Ч_{\text{онко конец (n3)}} / Ч_{\text{онко нач.(n3)}} \times 100) / 3, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{онко нач.}}$  – численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, зарегистрированных в ЭРОБ на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$Ч_{\text{онко конец}}$  – численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, зарегистрированных в ЭРОБ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медицинских услуг онкологическим больным.

39. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги онкологическим больным, оплата которым осуществляется по комплексному тарифу на одного онкологического больного за отчетный период определяется по формуле:

$$V_{\text{фин онко}} = Ч_{\text{ср.спис.онко}} \times K_{\text{т онко}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{ср.спис.онко}}$  – среднесписочная численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ за каждый

календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

#### **Параграф 4. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями)**

40. Оплата за оказанную медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами субъектам здравоохранения, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и за один койко-день в рамках ГОБМП (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами).

41. Комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами включает и предусматривает:

1) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья, диагностику психических нарушений, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);

2) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья граждан, не состоящих на диспансерном учете;

3) оказание лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения.

42. Расчет комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами в месяц, зарегистрированного в РПБ, субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, осуществляется по формуле:

$$K_{\text{псих}} = (V_{\text{фин.псих\_год}} / Ч_{\text{ср.спис.псих\_год}}) / m, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин.псих\_год}}$  – объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами на предстоящий финансовый год;

$Ч_{\text{ср.спис.псих\_год}}$  – годовая среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, которая рассчитывается по формуле:

$$Ч_{\text{ср.спис.псих\_год}} = (Ч_{\text{псих нач.}} + Ч_{\text{псих нач.}} \times T_{\text{прироста}} / 100) / 2, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{псих нач.}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в РПБ на начало финансового года;

$T_{\text{прироста}}$  – средний темп прироста больных с психическими и поведенческими расстройствами за последние три года, который определяется по формуле:

$$T_{\text{прироста}} = (Ч_{\text{псих конец (n1)}} / Ч_{\text{псих нач.(n1)}} \times 100 + Ч_{\text{псих конец (n2)}} / Ч_{\text{псих нач.(n2)}} \times 100 +$$

$$Ч_{\text{псих конец (n3)}} / Ч_{\text{псих нач.(n3)}} \times 100) / 3, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{псих нач.}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в РПБ на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$Ч_{\text{псих конец}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в РПБ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медико-социальной помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами.

43. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, оплата которым осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами за отчетный период определяется по формуле:

$$V_{\text{фин псих}} = Ч_{\text{ср.спис.псих}} \times K_{\text{т псих}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{ср.спис.псих}}$  – среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в РПБ за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

## **Параграф 5. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией**

44. Оплата за оказанную медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ), субъектам здравоохранения, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за один койко-день в рамках ГОБМП (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ).

45. Комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, включает и предусматривает:

1) услуги, направленные на оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, диагностику алкоголизма, наркомании и токсикомании, вызванных употреблением ПАВ, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией вызванных употреблением ПАВ, медицинское освидетельствование для установления факта употребления ПАВ, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения, содержание в центрах временной адаптации и детоксикации;

2) оказание лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи.

46. Расчет комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, в месяц, зарегистрированного в РНБ, субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, осуществляется по формуле:

$$K_{\text{нарко}} = (V_{\text{фин.нарко\_год}} / Ч_{\text{ср.спис.нарко\_год}}) / m, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин.псих\_год}}$  - объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, на предстоящий финансовый год;

$Ч_{\text{ср.спис.нарко\_год}}$  – годовая среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, которая рассчитывается по формуле:

$$Ч_{\text{ср.спис.нарко\_год}} = (Ч_{\text{нарко нач.}} + Ч_{\text{нарко нач.}} \times T_{\text{прироста}}/100)/2, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{нарко нач.}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в РНБ на начало финансового года;

$T_{\text{прироста}}$  – средний темп прироста больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за последние три года, который определяется по формуле:

$$T_{\text{прироста}} = (Ч_{\text{нарко конец (n1)}} / Ч_{\text{нарко нач.(n1)}} \times 100 + Ч_{\text{нарко конец (n2)}} / Ч_{\text{нарко нач.(n2)}} \times 100 +$$

$$Ч_{\text{нарко конец (n3)}} / Ч_{\text{нарко нач.(n3)}} \times 100) / 3, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{нарко нач.}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в РНБ на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$Ч_{\text{нарко конец}}$  – численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в РНБ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медико-социальной помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ.

47. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, оплата которым осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период определяется по формуле:

$$V_{\text{фин нарко}} = Ч_{\text{ср.спис.нарко}} \times K T_{\text{нарко}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{ср.спис.нарко}}$  – среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный

период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, зарегистрированных в РНБ за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

## **Параграф 6. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом**

48. Оплата за оказанную медико-социальную помощь больным туберкулезом в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом субъектам здравоохранения, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оплата которым осуществляется за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по тарифу за один пролеченный случай (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным туберкулезом).

49. Комплексный тариф на одного больного туберкулезом предусматривает:

1) осуществление лечебно-диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза у лиц с подозрением на наличие данного заболевания;

2) обеспечение лечебно-диагностическими мероприятиями лиц, страдающих туберкулезом (активный туберкулез) и диспансерное наблюдение за лицами, состоящими на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах;

3) оказание социально-психологической помощи лицам, страдающим туберкулезом.

50. Расчет комплексного тарифа на одного больного туберкулезом в месяц, зарегистрированного в НРБТ, субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь больным туберкулезом осуществляется по формуле:

$$K_{\text{туб}} = (V_{\text{фин.туб\_год}} / Ч_{\text{ср.спис.туб\_год}}) / m, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин.туб\_год}}$  - объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом на предстоящий финансовый год;

$Ч_{\text{ср.спис.туб\_год}}$  – годовая среднесписочная численность больных туберкулезом, которая рассчитывается по формуле:

$$Ч_{\text{ср.спис.туб\_год}} = (Ч_{\text{туб нач.}} + Ч_{\text{туб нач.}} \times T_{\text{прироста}} / 100) / 2, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{туб нач.}}$  – численность больных туберкулезом, зарегистрированных в НРБТ на начало финансового года;

$T_{\text{прироста}}$  – средний темп прироста больных туберкулезом за последние три года, который определяется по формуле:

$$T_{\text{прироста}} = (\frac{Ч_{\text{туб конец (n1)}}}{Ч_{\text{туб нач.(n1)}}} \times 100 + \frac{Ч_{\text{туб конец (n2)}}}{Ч_{\text{туб нач.(n2)}}} \times 100 + \frac{Ч_{\text{туб конец (n3)}}}{Ч_{\text{туб нач.(n3)}}} \times 100) / 3$$
, где:

$Ч_{\text{туб нач.}}$  - численность больных туберкулезом, зарегистрированных в НРБТ на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$Ч_{\text{туб конец}}$  – численность больных туберкулезом, зарегистрированных в НРБТ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медико-социальных услуг больным туберкулезом.

51. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь больным туберкулезом, оплата которым осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом за отчетный период определяется по формуле:

$V_{\text{фин туб}} = Ч_{\text{ср.спис.туб}} \times K_{\text{туб}}$ , где:

$Ч_{\text{ср.спис.туб}}$  – среднесписочная численность больных туберкулезом за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных, зарегистрированных в НРБТ, за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

## **Параграф 7. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД**

52. Оплата за оказанную медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД субъектам здравоохранения, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи, оплата которым осуществляется по тарифу за оказание одной медицинской услуги (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД).

53. Комплексный тариф на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД включает:

1) обеспечение квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи:

консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, в том числе осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду и ребенку раннего детского возраста;

2) обеспечение конфиденциального медицинского обследования, предоставление психосоциальных, юридических консультаций, функционирования пунктов доверия, дружественных кабинетов, реализации мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции среди населения;

3) проведение лечебно-профилактических мероприятий среди лиц, относящихся к уязвимым группам населения по повышенному риску инфицирования ВИЧ, утвержденных уполномоченным органом;

4) проведение анализов на ВИЧ-инфекции для пациентов субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь и первичную медико-санитарную помощь.

54. Расчет комплексного тарифа на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД в месяц субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, осуществляется по формуле:

$$K_{T_{ВИЧ}} = (V_{фин.ВИЧ\_год} / Ч_{ср.спис.ВИЧ\_год}) / m, \text{ где:}$$

$V_{фин.ВИЧ\_год}$  – объем финансирования на оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД на предстоящий финансовый год;

$Ч_{ср.спис.ВИЧ\_год}$  – годовая среднесписочная численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, которая рассчитывается по формуле:

$$Ч_{ср.спис.ВИЧ\_год} = (Ч_{ВИЧ\ нач.} + Ч_{ВИЧ\ нач.} \times T_{прироста} / 100) / 2, \text{ где:}$$

$Ч_{ВИЧ\ нач.}$  – численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, официально предоставленная республиканской организацией здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, на начало финансового года;

$T_{прироста}$  – средний темп прироста ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД за последние три года, который определяется по формуле:

$$T_{прироста} = (\sqrt[3]{Ч_{ВИЧ\ конец\ (n1)} / Ч_{ВИЧ\ нач.\ (n1)} \times 100 + \sqrt[3]{Ч_{ВИЧ\ конец\ (n2)} / Ч_{ВИЧ\ нач.\ (n2)} \times 100 + \sqrt[3]{Ч_{ВИЧ\ конец\ (n3)} / Ч_{ВИЧ\ нач.\ (n3)} \times 100}) / 3, \text{ где:}$$

$Ч_{ВИЧ\ нач.}$  – численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, официально предоставленная республиканской организацией здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

$Ч_{ВИЧ\ конец}$  – численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, официально предоставленная республиканской организацией здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

m – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медико-социальных услуг ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД.

55. Расчет объема финансирования для субъектов здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, оплата которым осуществляется по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД за отчетный период определяется по формуле:

$$V_{фин\ ВИЧ} = Ч_{ср.спис.ВИЧ} \times K_{т\ ВИЧ}, \text{ где:}$$

$Ч_{ср.спис.ВИЧ}$  – среднесписочная численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

## **Параграф 8. Алгоритм формирования тарифов за оказание скорой медицинской помощи и санитарной авиации**

56. Оплата субъектам здравоохранения, оказывающим скорую медицинскую помощь (далее – СП), на уровне станции скорой медицинской помощи и организации здравоохранения, имеющей разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях", осуществляется по подушевому нормативу на оказание скорой медицинской помощи, за исключением СП прикрепленному населению 4 категории срочности вызовов.

57. Расчет подушевого норматива на СП на одного жителя в месяц для субъектов здравоохранения, оказывающих СП, осуществляется по формуле:

$$ПН_{СП(субъект)} = (ПН_{баз.СПРК} * ПВК_{СП} + ПН_{баз.СПРК} * (K_{плотн.обл.} - 1) + ПН_{баз.СПРК} * (K_{отопит.обл.} - 1) + ПН_{баз.СПРК} * (K_{сельск.обл.} - 1)) \times K_{субъект СП} + V_{экол\_СП} / Ч_{субъект} / m, \text{ где:}$$

$ПВК_{СП}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по субъекту, который определяется по формуле:

$$ПВК_{СП} = \sum(Ч_{СП k/n} \times ПВК_{СП(n)}) / Ч_{субъект}, \text{ где:}$$

$Ч_{субъект}$  – численность прикрепленного населения к субъекту, зарегистрированная в ИС "РПН";

$Ч_{СП k/n}$  – численность прикрепленного населения к субъекту оказания скорой помощи, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

$ПВК_{СП(n)}$  – половозрастной поправочный коэффициент согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи половозрастной группы номер n.

Численность населения и половозрастной состав населения, прикрепленного к субъекту, определяется на основе данных по населению из базы ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения или по состоянию на последний день месяца, которые используются для расчета объема финансирования на оказание АПП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа;

$V_{экол\_рк}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия для областей, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

$K_{плотн.обл.}$  – коэффициент плотности населения по данной области, городу республиканского значения и столицы, который определяется по формуле согласно пункта 4 приложения 1 настоящей Методики;

$K_{отопит.обл.}$  – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области (города республиканского значения и столицы), который определяется по формуле согласно пункта 5 приложения 1 настоящей Методики;

$K_{сельск.обл.}$  – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

$$K_{сельск.обл.} = 1 + 0,25 \times (Ч_{село} / Ч_{обл.} \times ДО_{село}), \text{ где:}$$

$DO_{\text{село}}$  – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села.

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для города республиканского значения и столицы равен 1,0

$K_{\text{субъект СП}}$  – поправочный коэффициент, устанавливаемый для субъекта здравоохранения с целью корректировки тарифа и обеспечения устойчивого функционирования, определенный уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса. Расчет размера поправочного коэффициента и его утверждение осуществляется уполномоченным органом;

$ПН_{\text{баз.СП(рк)}}$  – базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, являющийся единым на территории Республики Казахстан, который утверждается уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса, и рассчитывается по формуле:

$ПН_{\text{баз.СП(рк)}} = ПН_{\text{сред.СП(рк)}} / ППК_{\text{рк}} + (K_{\text{плот.рк}} - 1) + (K_{\text{отопит.рк}} - 1) + (K_{\text{сельск.рк}} - 1)$ , где:

$ПН_{\text{сред.СП(рк)}}$  – средний компонент подушевого норматива СП на одного жителя в месяц по стране на предстоящий финансовый год без учета средств на оплату надбавки в зонах экологического бедствия, который определяется по формуле:

$ПН_{\text{сред СП(рк)}} = (V_{\text{СП\_рк}} - V_{\text{экол\_рк}}) / Ч_{\text{рк}} / m$ , где:

$V_{\text{СП(рк)}}$  – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание СП населению;

$V_{\text{экол\_рк}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия для областей, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

$Ч_{\text{рк}}$  – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП страны, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование СП;

$K_{\text{сельск.рк}}$  – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по стране;

$V_{\text{экол\_СП}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия субъекту, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование субъекта ПМСП;

$K_{\text{сельск.обл.}}$  – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

$$K_{\text{сельск.обл.}} = 1 + 0,25 \times (Ч_{\text{село}} / Ч_{\text{обл.}} \times ДО_{\text{село}}), \text{ где:}$$

$ДО_{\text{СПсело}}$  – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов СП.

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для города республиканского значения и столицы равен 1,0.

58. Расчет объема финансирования СП по подушевому нормативу для субъекта СП осуществляется по формуле:

$$V_{\text{СП}} = Ч_{\text{СП}} \times ПН_{\text{СП}} \times m, \text{ где:}$$

$V_{\text{СП}}$  – объем финансирования субъекта СП на предстоящий финансовый год или отчетный период;

$Ч_{\text{СП}}$  – численность населения, обслуживаемого субъектом СП, согласно договору на оказание ГОБМП;

$ПН_{\text{СП}}$  – подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный для субъекта СП;

$m$  – количество месяцев в периоде, которые используются для расчета объема финансирования.

Объем финансирования субъекта СП по подушевому нормативу СП не зависит от объема оказанных услуг.

59. Оплата за оказанную скорую медицинскую помощь осуществляется по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи в случае привлечения для соисполнения организации здравоохранения, имеющей разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях", который определяется по формуле согласно пунктам 13-15 настоящей Методики.

60. Субъектам здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь, связанную с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или)

больного санитарным автотранспортом, оплата осуществляется по тарифу за один вызов медицинской помощи, который определяется по следующей формуле :

$$T_{\text{в}} = V_{\text{фин}} / \text{Кл}_{\text{с}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{в}}$  – тариф за один вызов медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным автотранспортом;

$V_{\text{фин}}$  – объем финансирования субъекта здравоохранения на очередной плановый период на оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным автотранспортом;

$\text{Кл}_{\text{с}}$  – количество вызовов медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным автотранспортом, субъекта здравоохранения на очередной плановый период.

61. Оплата за оказанные медицинские услуги санитарной авиации осуществляется по тарифам на транспортные и медицинские услуги.

Тариф на медицинские услуги санитарной авиации определяется по следующей формуле:

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

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

$V_{\text{фин мп}}$  – объем финансирования на очередной плановый период на оказание медицинских услуг 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.

## **Параграф 9. Алгоритм формирования тарифов за оказание медицинской помощи сельскому населению**

62. Субъектам здравоохранения районного значения или села, оказывающим комплекс медицинских услуг по перечню форм медицинской помощи, определяемому в соответствии с пунктом 1 статьи 34 Кодекса и подпунктом 1)

статьи 10 Закона (далее – субъект села), тарифом для определения объема финансирования является комплексный подушевой норматив на сельское население.

63. Комплексный подушевой норматив на сельское население определяется для субъектов села, оказывающих ПМСП, из расчета на одного сельского жителя, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц и состоит из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и СКПН

Комплексный подушевой норматив на сельское население определяется для субъектов села, не оказывающих ПМСП, из расчета на одного сельского жителя, зарегистрированного в ИС "РПН" по данному району или селу, в месяц и состоит из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население.

64. Гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население включает затраты, связанные с деятельностью субъекта села по обеспечению комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС сельскому населению по видам медицинской помощи, в том числе, доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная, которые оказываются в формах ПМСП, КДП, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, в соответствии с пунктом 3 настоящей Методики.

Размер гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население устанавливается в зависимости от структуры субъектов села по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь).

65. Стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива определяется в соответствии с пунктами 9-11 настоящей Методики.

66. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население в месяц для субъектов села осуществляется:

$$КПН_{\text{село}} = КПН_{\text{гар.село}} + S_{\text{скпн}}, \text{ где:}$$

$КПН_{\text{село}}$  – комплексный подушевой норматив на сельское население на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц;

$S_{\text{скпн}}$  – сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту села, в месяц;

$КПН_{\text{гар.село}}$  – гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту села, в месяц, который рассчитывается по формуле:

$$\begin{aligned} \text{КПН}_{\text{гар.село}} = & (\text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times \text{ПВК}_{\text{село}} + \text{КПН}_{\text{баз. ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{плотн.обл.}} - 1) + \\ & \text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{отопит.обл.}} - 1) + \text{КПН}_{\text{баз. ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{сельск.обл}} - 1)) \times \text{К}_{\text{субъекта села}} \\ & + V_{\text{экол\_село}} / \text{Ч}_{\text{село}} / m + (V_{\text{сп/сзт\_село}} / \text{Ч}_{\text{село}} / m) \times \text{К}_{\text{субъекта села}} + V_{\text{школьн.село}} / \text{Ч}_{\text{село}} / m \\ & + V_{\text{СП.село}} / \text{Ч}_{\text{село}} / m + V_{\text{пит.село}} / \text{Ч}_{\text{село}} / m, \text{ где:} \end{aligned}$$

$\text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}}$  – базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, утвержденного уполномоченным органом в соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса, который рассчитывается по формуле согласно приложению 1 к настоящей Методики;

$\text{Ч}_{\text{село}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" или численность населения к субъекту села, не оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъекту села).

Количество прикрепленного населения к субъекту села в рамках ГОБМП определяется по численности населения, зарегистрированного в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения к субъекту села в системе ОСМС определяется по численности населения, зарегистрированного в качестве потребителя медицинских услуг в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

Количество прикрепленного населения к субъекту села в рамках ГОБМП определяется по численности населения, не имеющего права на медицинскую помощь в системе ОСМС в соответствии с Законом, по состоянию на последний день месяца отчетного периода.

$V_{\text{школьн. село}}$  – годовой объем средств, предусмотренный для субъекта села на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с деятельностью медицинского пункта организации образования по оказанию медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, закрепленным за субъектом ПМСП, в соответствии со стандартом организации оказания ПМСП в Республике Казахстан, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 13392) (далее – приказ № 85);

$V_{\text{СП.село}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета в разрезе регионов, связанных с деятельностью организаций ПМСП села для оказания круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов при состоянии пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной угрозы жизни и здоровью пациента;

$V_{\text{пит село}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с обеспечением специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с приказом № 666;

$\text{ПВК}_{\text{село}}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления ПМСП населением по субъекту села, который определяется по формуле:

$$\text{ПВК}_{\text{село}} = \frac{\sum (\text{Ч}_{\text{село } k/n} \times \text{ПВК}_{\text{село } (n)})}{\text{Ч}_{\text{село}}}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{село } k/n}$  – численность прикрепленного населения к субъекту села, зарегистрированная в ИС "РПН" номер  $k$  населения, попадающего в половозрастную группу номер  $n$ ;

$\text{ПВК}_{\text{село } (n)}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением половозрастной группы номер  $n$  согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи.

Численность населения и половозрастной состав населения, прикрепленного к субъекту села, определяется на основе данных по населению из базы ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения или по состоянию на последний день месяца, которые используются для расчета объема финансирования на оказание комплекса медицинских услуг сельскому населению на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа;

$K_{\text{плотн.обл.}}$  – коэффициент плотности населения по данной области, городу республиканского значения и столицы, который определяется по формуле согласно пункту 4 приложения 1 настоящей Методики;

$K_{\text{отопит.обл.}}$  – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области (города республиканского значения и столицы), который определяется по формуле согласно пункту 5 приложения 1 настоящей Методики;

$K_{\text{сельск.обл.}}$  – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

$$K_{\text{сельск.обл.}} = 1 + 0,25 \times (Ч_{\text{село}} / Ч_{\text{обл.}} \times ДО_{\text{село}}), \text{ где:}$$

$ДО_{\text{село}}$  – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села.

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для города республиканского значения и столицы равен 1,0;

$K_{\text{субъекта села}}$  – поправочный коэффициент, устанавливаемый для субъекта села с целью обеспечения устойчивого функционирования в случаях малочисленности населения, высокой протяженности территории с низкой плотностью, и других территориальных особенностей, утвержденных уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса. Расчет размера поправочного коэффициента и его утверждение осуществляется уполномоченным органом;

$V_{\text{экол\_село}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия субъектам села, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

$V_{\text{сп/сзт\_село}}$  – годовой объем средств для субъекта села на оказание прикрепленному сельскому населению стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, который определяется по формуле:

$$V_{\text{сп/сзт\_село}} = V_{\text{сп/сзт\_село/обл.}} / ПС_{\text{сп/сзт\_село/обл.}} \times ПС_{\text{сп/сзт\_село}} + V_{\text{апт}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{сп/сзт\_село/обл.}}$  – годовой объем средств по области на оказание сельскому населению специализированной медицинской помощи в формах стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на предстоящий финансовый год;

$V_{\text{апт}}$  – годовой объем средств по области, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с обеспечением выписанных из стационара живорожденных, комплектом по уходу за младенцем (аптечка новорожденного), в соответствии с приказом № 666;

$ПС_{\text{сп/сзт\_село/обл.}}$  – планируемое количество пролеченных случаев по области на предстоящий финансовый год при оказании сельскому населению

специализированной медицинской помощи в формах стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, которое определяется как сумма пролеченных случаев ( $ПС_{сп/сзт\_село}$ ) по всем субъектам села;

$ПС_{сп/сзт\_село}$  – планируемое количество пролеченных случаев по субъекту села на предстоящий финансовый год при оказании прикрепленному сельскому населению специализированной медицинской помощи в формах стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, которое определяется по формуле:

$$ПС_{сп/сзт\_село} = ПС_{сп/село} + ПС_{сп/село} \times \%темп_{сп/село} + ПС_{сзт/село} + ПС_{сзт/село} \times \%темп_{сзт/село}, \text{ где:}$$

$ПС_{сп/село}$  – количество пролеченных случаев субъектом села за прошедший год, которым была оказана специализированная медицинская помощь в форме стационарной медицинской помощи среди прикрепленного сельского населения;

$ПС_{сзт/село}$  – количество пролеченных случаев субъектом села за прошедший год, которым была оказана специализированная медицинская помощь в форме стационарозамещающей медицинской помощи среди прикрепленного сельского населения;

$\%темп_{сп/село}$ ,  $\%темп_{сзт/село}$  – темп роста или снижения стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи соответственно планируемый на предстоящий финансовый год, выраженный в проценте;

$K_{\text{субъекта села}}$  – поправочный коэффициент, устанавливаемый для субъекта села с целью обеспечения устойчивого функционирования в случаях малочисленности населения, высокой протяженности территории с низкой плотностью, и других территориальных особенностей, утвержденных уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса. Расчет размера поправочного коэффициента и его утверждение осуществляется уполномоченным органом;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование субъекта села.

67. Расчет объема финансирования на оказание комплекса медицинских услуг сельскому населению по комплексному подушевому нормативу на сельское население для субъекта села осуществляется по формуле:

$$V_{\text{фин.село}} = Ч_{\text{село}} \times КПН_{\text{село}} \cdot m, \text{ где:}$$

$V_{\text{фин.село}}$  – объем финансирования субъекта села, оказывающему ПМСП, на предстоящий финансовый год или отчетный период;

Объем финансирования субъекта села по комплексному подушевому нормативу на сельское население не зависит от объема оказанных услуг.

Субъекту села сумма СКПН в расчете на одного жителя определяется при определении объема финансирования на предстоящий финансовый год по плановому уровню, установленному по республике, а при определении объема финансирования за отчетный период на основе полученного фактического результата ППИ.

Приложение 1  
к Методике формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и в системе  
обязательного социального  
медицинского страхования

### **Комплексная формула расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи**

1. Расчет гарантированного компонента комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц, осуществляется по комплексной формуле:

$$\begin{aligned} \text{КПН}_{\text{гар.АПП}} = & \text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times \text{ПВК}_{\text{ПМСП}} + \text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{плотн.обл.}} - 1) + \\ & \text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{отопит.обл.}} - 1) + \text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}} \times (\text{К}_{\text{субъекта ПМСП}} - 1) + \text{ПН}_{\text{баз.СПРК}} \times \text{ПВК}_{\text{СП}} + \text{ПН}_{\text{баз.СПРК}} \times (\text{К}_{\text{плотн.обл.}} - 1) + \text{ПН}_{\text{баз.СПРК}} \times (\text{К}_{\text{отопит.обл.}} - 1) \\ & + \text{ПН}_{\text{баз.СПРК}} \times (\text{К}_{\text{сельск.обл.}} - 1) + V_{\text{экол.пмсп}} / \text{Ч}_{\text{ПМСП}} / m + V_{\text{школьн.пмсп}} / \text{Ч}_{\text{ПМСП}} / m \\ & + V_{\text{пит.пмсп}} / \text{Ч}_{\text{ПМСП}} / m, \text{ где:} \end{aligned}$$

1)  $\text{КПН}_{\text{баз.ПМСП}}$  – базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, утвержденного уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса для субъектов ПМСП на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле, согласно пункту 2 настоящего приложения;

2)  $\text{ПВК}_{\text{ПМСП}}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по субъекту ПМСП, который определяется по формуле, согласно пункту 3 настоящего приложения;

3)  $K_{\text{плотн.рк}}$  – средний коэффициент плотности населения по стране, который определяется по формуле, согласно пункту 4 настоящего приложения;

4)  $K_{\text{отопит.рк}}$  – средний коэффициент учета продолжительности отопительного сезона по стране, который определяется по формуле, согласно пункту 5 настоящего приложения;

5)  $K_{\text{субъекта ПМСП}}$  – поправочный коэффициент, устанавливаемый для субъекта ПМСП с целью обеспечения устойчивого функционирования, утвержденный уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса. Расчет размера поправочного коэффициента и его утверждение осуществляется уполномоченным органом;

6)  $V_{\text{экол\_пмсп}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия субъекту ПМСП, который формируется на уровне области в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП;

7)  $Ч_{\text{ПМСП}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН";

8)  $V_{\text{школьн.ПМСП}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с деятельностью медицинского пункта организации образования по оказанию медицинской помощи обучающимся организациям среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, закрепленным за субъектом ПМСП, в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85 "Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 13392) (далее – приказ №85);

9)  $V_{\text{СП.пмсп}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета в разрезе регионов, связанных с деятельностью организаций ПМСП для оказания круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов при состоянии пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной угрозы жизни и здоровью пациента;

10)  $V_{\text{пит ПМСП}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с

обеспечением специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15724);

11)  $m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование АПП;

12)  $ПВК_{СП}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по субъекту, который определяется по формуле:

$$ПВК_{СП} = \sum (Ч_{СП\ k/n} \times ПВК_{СП(n)}) / Ч_{субъект}, \text{ где:}$$

$Ч_{субъект}$  – численность прикрепленного населения к субъекту, зарегистрированная в ИС "РПН";

$Ч_{СП\ k/n}$  – численность прикрепленного населения к субъекту оказания скорой помощи, зарегистрированная в ИС "РПН" номер  $k$  населения, попадающего в половозрастную группу номер  $n$ ;

$ПВК_{СП(n)}$  – половозрастной поправочный коэффициент согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи половозрастной группы номер  $n$ .

$ПН_{баз.СП(рк)}$  – базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, являющийся единым на территории Республики Казахстан, который определяется уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса, и рассчитывается по формуле:

$$ПН_{баз.СП(рк)} = ПН_{сред.СП(рк)} / ПВК_{рк} + (K_{плот.рк}^{-1}) + (K_{отопит.рк}^{-1}) + (K_{сельск.рк}^{-1}), \text{ где:}$$

$ПН_{сред.СП(рк)}$  – средний компонент подушевого норматива СП на одного жителя в месяц по стране на предстоящий финансовый год без учета средств на оплату надбавки в зонах экологического бедствия, который определяется по формуле:

$ПН_{\text{сред СП(рк)}} = (V_{\text{СП\_рк}} - V_{\text{экол\_рк}}) / Ч_{\text{рк}} / m$ , где:

$V_{\text{СП(рк)}}$  – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание СП населению;

$Ч_{\text{рк}}$  – численность прикрепленного населения ко всем субъектам СП страны, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование СП.

2. Расчет базового комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса для субъектов ПМСП на предстоящий финансовый год, осуществляется по формуле:

$КПН_{\text{баз.ПМСП}} = КПН_{\text{баз.АПП(рк)}} - КПН_{\text{баз.АПП(рк)}} \times \% \text{ КДП}$ , где:

1)  $КПН_{\text{баз.АПП(рк)}}$  – базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, который определяется уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса, и рассчитывается по формуле:

$КПН_{\text{баз.АПП(рк)}} = \frac{КПН_{\text{гарАПП(рк)}}}{ПВК_{\text{рк}} + (K_{\text{плот.рк}} - 1) + (K_{\text{отопит.рк}} - 1) + (K_{\text{сельск.рк}} - 1)}$  где:

$ПВК_{\text{рк}} + (K_{\text{плот.рк}} - 1) + (K_{\text{отопит.рк}} - 1) + (K_{\text{сельск.рк}} - 1)$

$КПН_{\text{гарАПП(рк)}}$  – средний гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного жителя в месяц по стране на предстоящий финансовый год без учета средств на оплату надбавки в зонах экологического бедствия и без учета средств на оплату медицинской помощи обучающимся организациям среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, который определяется по формуле:

$КПН_{\text{гарАПП(рк)}} = (V_{\text{АПП\_рк}} - V_{\text{СКПН\_рк}} - V_{\text{экол\_рк}} - V_{\text{школьн.\_рк}}) / Ч_{\text{рк}} / m$ , где:

$V_{\text{АПП(рк)}}$  – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание АПП населению;

$V_{\text{СКПН\_рк}}$  – годовой объем выделенных средств из республиканского бюджета на СКПН по республике;

$V_{\text{экол\_рк}}$  – годовой объем средств, предусмотренный на оплату надбавки за работу в зонах экологического бедствия для областей, который формируется на

уровне области в соответствии с законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП);

$V_{\text{школьн.}_{\text{рк}}}$  – годового объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с деятельностью медицинского пункта организации образования по оказанию медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, в соответствии с приказом № 85;

$Ч_{\text{рк}}$  – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП страны, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

$m$  – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование АПП;

$ПВК_{\text{рк}}$  – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне страны, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения страны;

$K_{\text{плотн.}_{\text{рк}}}$  – средний коэффициент плотности населения по стране, который определяется по формуле, согласно пункту 4 настоящего приложения;

$K_{\text{отопит.}_{\text{рк}}}$  – средний коэффициент учета продолжительности отопительного сезона по стране, который определяется по формуле, согласно пункту 5 настоящего приложения;

$K_{\text{сельск.}_{\text{рк}}}$  – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по стране,

2) % КДП – доля средств на оказание консультативно-диагностических услуг населению, прикрепленному к субъектам ПМСП;

3.  $ПВК_{\text{ПМСП}}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по субъекту ПМСП, который определяется по формуле:

$$ПВК_{\text{ПМСП}} = \sum (Ч_{\text{ПМСП } k/n} \times ПВК_{\text{ПМСП}(n)}) / Ч_{\text{ПМСП}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{ПМСП}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН";

$Ч_{\text{ПМСП } k/n}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" номер  $k$  населения, попадающего в половозрастную группу номер  $n$ ;

$ПВК_{\text{ПМСП}(n)}$  – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер  $n$ , согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи;

Численность населения и половозрастной состав населения, прикрепленного к субъекту ПМСП, определяется на основе данных по населению из базы ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения или по состоянию на последний день месяца, которые используются для расчета объема финансирования на оказание АПП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа.

4.  $K_{\text{плотн.обл.}}$  – коэффициент плотности населения по данной области (городу республиканского значения и столицы) который определяется по формуле:

$$K_{\text{плотн.обл.}} = 1 + В \times \frac{\Pi_{\text{нас РК/сред}}}{\Pi_{\text{нас обл.}}}, \text{ где:}$$

$В$  – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей (города республиканского значения и столицы) от средне республиканского уровня или районов (городов областного значения) от средне областного уровня (по расчету коэффициента линейной корреляции Пирсона);

$\Pi_{\text{нас.РК/сред}}$  – плотность населения в среднем по Республике Казахстан согласно данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – Комитет по статистике) по состоянию на период, которые используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

$\Pi_{\text{нас.обл.}}$  – плотность населения в области (городе республиканского значения и столице) согласно данным Комитета по статистике по состоянию на период, которые используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

5.  $K_{\text{отопит.обл.}}$  – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области (города республиканского значения и столицы), который определяется по формуле:

$$K_{\text{отопит.обл.}} = 1 + D_{\text{отопит.}} \times (\Pi_{\text{обл.}} - \Pi_{\text{РК/сред}}) / \Pi_{\text{РК/сред}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{отопит.обл.}}$  – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

$D_{\text{отопит}}$  – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

$P_{\text{обл.}}$  – период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

$P_{\text{РК/сред.}}$  – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (города республиканского значения и столицы), которые используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

Таблица  
к комплексной формуле расчета  
гарантированного компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической 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 на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках

## **Комплексная формула расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи**

1. Расчет СКПН осуществляется последовательно в следующем порядке:

шаг 1: Определение плановой суммы СКПН в расчете на одного жителя в месяц на уровне республики осуществляется по формуле:

$$V_{\text{скпн\_рк}} = Ч_{\text{нас.рк}} * S_{\text{скпн\_рк}} * m_{\text{год}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн\_рк}}$  – годовой объем финансирования СКПН по республике;

$Ч_{\text{нас\_рк}}$  – численность населения по республике на дату месяца, которая используется для расчета финансирования на предстоящий финансовый год по данным Комитета по статистике, подлежащая корректировке в соответствии с данными численности населения, зарегистрированной в ИС "РПН", или по данным ИС "РПН";

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{\text{год}}$  – количество месяцев в плановом финансовом году, в которых будет осуществляться выплата сумм СКПН.

шаг 2: определение планового годового объема финансирования СКПН по региону осуществляется по формуле:

$$V_{\text{скпн\_рег.}} = Ч_{\text{нас.рег.}} * S_{\text{скпн\_рк}} * m_{\text{год}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн\_рег.}}$  – годовой объем финансирования СКПН по региону;

$Ч_{\text{нас.рег.}}$  – численность прикрепленного населения по региону, зарегистрированная в ИС "РПН", используемая для исчисления бюджета в текущем финансовом году;

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{\text{год}}$  – количество месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН.

Объем финансирования СКПН по региону в месяц определяется путем деления на число месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН, ( $V_{\text{скпн\_рег.}}/\text{мес.}$ ).

шаг 3: определение планового годового объема финансирования СКПН для субъекта ПМСП осуществляется по формуле:

$V_{\text{СКПН мо\_план}} = Ч_{\text{ПМСП}} * S_{\text{СКПН\_рк}} * K_{\text{мо}} * m$ , где:

$V_{\text{СКПН мо\_план}}$  – плановый годовой объем финансирования СКПН субъекта ПМСП;

$Ч_{\text{ПМСП}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

$S_{\text{СКПН\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$K_{\text{мо}}$  – коэффициент соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП, равный 1,0;

$m$  – количество месяцев в плановом финансовом году, в которых будет осуществляться выплата сумм СКПН.

Плановый объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП в месяц определяется путем деления на число месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН.

шаг 4: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП до уровня субъекта ПМСП за отчетный период осуществляется в четыре этапа:

1-й этап: оценка достижения субъектом ПМСП целевого значения индикаторов конечного результата за отчетный период (

$\Sigma$   
ПШИ):

Определение целевого значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы субъекта ПМСП (далее – индикатор конечного результата) осуществляется по формуле:

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

$Ц$  – целевое значение индикатора конечного результата, достигнутое в отчетном периоде;

$I_{\text{п}}$  – пороговое значение индикатора конечного результата, которое было достигнуто в прошлом отчетном периоде, устанавливается уполномоченным органом по согласованию с регионами и рассчитывается по способу вычисления согласно таблице максимально возможных баллов для субъектов ПМСП в разрезе профилей территориальных участков согласно таблице 1 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 1);

$N$  – ожидаемый эффект по улучшению индикаторов конечного результата по итогам отчетного периода, устанавливаемый уполномоченным органом по

согласованию с регионами. При установлении  $N$  необходимо учитывать следующее:

1) если  $N$  устанавливает снижение порогового значения индикатора конечного результата, тогда  $N$  применяется в положительном значении ( $N_{\text{сниж}}$ );

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

3) если целевое значение индикатора конечного результата должно быть достигнуто в определенном значении, тогда  $C = N$ .

Определение текущего значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы субъекта ПМСП за отчетный период осуществляется в следующем порядке:

1) формирование индикаторов конечного результата в информационной системе "Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи" (далее – ИС "ДКПН") осуществляется:

на основе баз данных информационных систем "РПН", "ЭРОБ", "Система управления качеством медицинских услуг", "Электронный регистр диспансерных больных" и (или) "Национальный регистр больных туберкулезом" (далее – база данных), а также результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, в соответствии с индикатором оценки достигнутых результатов работы субъектов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, согласно таблице 2 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 2);

ежемесячно с ежедневной периодичностью обновления данных из базы данных в автоматизированном режиме;

в полном объеме, соответствующему данным из баз данных;

корректно, то есть выгрузка осуществлена в соответствии с требованиями, определенными в таблице 2 и Перечнем кодов Международной классификации болезней, учитываемым при расчете индикаторов оценки достигнутых результатов работы организации первичной медико-санитарной помощи согласно таблице 3 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 3);

2) расчет текущего значения по индикаторам конечного результата ( $I_T$ ) за отчетный период осуществляется в автоматизированном режиме в ИС "ДКПН" на основе данных, выгруженных из базы данных, и определяется по формуле:

$$I_T = K_ч / K_з \times N_и, \text{ где:}$$

$I_T$  – текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

$K_ч$  – агрегированные количественные данные по числителю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3;

$K_з$  – агрегированные количественные данные по знаменателю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3;

$N_и$  – значение единицы расчета конкретного индикатора конечного результата, определенное согласно таблице 2.

Исключением являются индикаторы с ожидаемым эффектом "отсутствие". Для данных индикаторов текущее значение по индикаторам конечного результата ( $I_T$ ) за отчетный период определяется по формуле:

$$I_T = K_ч, \text{ где:}$$

$I_T$  – текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

$K_ч$  – агрегированные количественные данные по числителю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3.

Оценка достигнутых конечных результатов работы организаций ПМСП в баллах выполняется последовательно в следующем порядке за отчетный период:

1) вычисляется приведенный показатель индикатора конечного результата (ППИ) в баллах, который отражает уровень достижения его целевого значения по отношению к максимальному баллу, по формуле:

для индикатора конечного результата, по которому установлено целевое значение ( $Ц$ ) при  $N_{\text{сниж}}$ :

$$\text{ППИ} = Ц \times I_{\text{ВК}} / I_T, \text{ где:}$$

ППИ – приведенный показатель индикатора конечного результата (далее – фактический балл);

$I_T$  – текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

ИВК – максимальное значение балла по конкретному индикатору конечного результата;

Ц – целевое значение индикатора конечного результата, которое должно быть достигнуто в отчетном периоде.

В случае если ППИ превышает максимальном значении (ИВК), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении (ИВК);

для индикатора конечного результата, по которому установлено целевое значение (Ц) при  $N_{\text{повыш}}$ :

$$\text{ППИ} = I_T \times I_{\text{ВК}} / \text{Ц}, \text{ где:}$$

В случае если ППИ превышает максимальном значении ( $I_{\text{ВК}}$ ), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении ( $I_{\text{ВК}}$ );

для индикатора конечного результата, по которому установлено целевое значение (Ц) равное 0:

в случае если  $I_T = 0$ , то ППИ устанавливается в своем максимальном значении (ИВК);

в случае если  $I_T > 0$ , то ППИ устанавливается как 0.

В случае если по индикаторам конечного результата, по которым установлено целевое значение (Ц) при  $N_{\text{сниж}}$  и  $N_{\text{повыш}}$ , отсутствуют данные по числителю и знаменателю, то ППИ устанавливать в своем максимальном значении (ИВК).

2) определяется уровень вклада субъекта ПМСП городского значения в достижение целевого значения по индикаторам конечного результата за отчетный период (Ц%) по формуле:

$$\text{Ц}_{\%} = \frac{\sum \text{ППИ}}{\sum \text{Ц}_{\text{балл}}} \times 100, \text{ где:}$$

$\sum \text{Ц}_{\text{балл}}$  – сумма максимальных баллов по каждому индикатору конечного результата, которую необходимо было набрать субъекту ПМСП в отчетном периоде;

$\sum \text{ППИ}$  – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному субъекту ПМСП.

2-й этап: рассчитывается объем финансирования СКПН по конкретному субъекту ПМСП за отчетный период на основе полученного фактического результата ППИ по формуле:

$$\sum V_{\text{факт./скпн мо1}} = \sum \text{Ч}_{\text{нас. мо}} \times S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}} \times K_{\text{мо}}$$

ПШИ x K<sub>мо</sub>, где:

$V_{\text{факт./скпн мо1}}$  – фактический объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период;

$\text{Ч}_{\text{нас. мо}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum$

ПШИ – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному субъекту ПМСП согласно 1-му этапу данного шага;

$S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}}$  – сумма СКПН, установленная в отчетном периоде в расчете на 1 балл по стране, которая определяется по формуле:

$$S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}} = S_{\text{скпн\_рк}} / K_{\text{макс.балл}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге.

$K_{\text{макс.балл}}$  – сумма баллов по всем индикаторам, указанным в таблице 1;

$K_{\text{мо}}$  – коэффициент соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП, за отчетный период рассчитывается на основании данных ИС "РПН" по формуле:

$$K_{\text{мо}} = (K_{\text{у}} + K_{\text{СМР}} + K_{\text{соц.раб/психолог}}) / 3, \text{ где:}$$

$K_{\text{у}}$  – коэффициент территориальных участков, который определяется по формуле:

$$K_{\text{у}} = (U_{\text{тер}} \times K_{\text{тер}} + U_{\text{пед}} \times K_{\text{пед}} + U_{\text{воп}} \times K_{\text{воп}}) / (U_{\text{мо}} \times K_{\text{макс.балл}}), \text{ где:}$$

$U_{\text{тер}}$  – количество участков терапевтического профиля;

$U_{\text{пед}}$  – количество участков педиатрического профиля;

$U_{\text{воп}}$  – количество участков врачей общей практики (далее – ВОП);

$U_{\text{мо}}$  – общее количество участков данного конкретного субъекта ПМСП;

$K_{\text{макс.балл}}$  – максимальная сумма баллов по всем индикаторам, указанным в таблице максимально возможных баллов для субъектов ПМСП в разрезе профилей территориальных участков согласно таблице 1;

$K_{\text{тер}}$ ,  $K_{\text{пед}}$  и  $K_{\text{воп}}$  – сумма баллов на участке каждого профиля, указанного в таблице 1.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается  $K_y$  равный 1,0.

$K_{\text{смп}}$  – коэффициент обеспеченности средним медицинским персоналом рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{смп}} = (K_{\text{факт./смп воп}} + K_{\text{факт./смп тер}} + K_{\text{факт./смп пед}}) / (Ч_{\text{нас.факт./воп}} / Ч_{\text{нас. норм/воп}} + Ч_{\text{нас.факт./тер}} / Ч_{\text{нас. норм/тер}} + Ч_{\text{нас.факт./пед}} / Ч_{\text{нас. норм/пед}}), \text{ где:}$$

$K_{\text{факт./смп воп}}$ ,  $K_{\text{факт./смп тер}}$ ,  $K_{\text{факт./смп пед}}$  – фактическое количество занятых штатных единиц средних медицинских работников на соответствующем профиле участка по данным ИС "РПН" на последнюю дату месяца в отчетном периоде;

$Ч_{\text{нас.факт. (воп, тер, пед.)}}$  – фактическая численность прикрепленного населения к территориальному участку в соответствии с профилем участка, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{\text{нас.норм. (воп, тер., пед.)}}$  – нормативная численность прикрепленного населения на территориальном участке соответствующего профиля, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 "Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6173) (далее – приказ № 238), и определенная на 1 должность медицинской сестры из расчета 2 медицинской сестры на участке.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается  $K_{\text{смп}}$ , равный 1,0.

При определении  $K_{\text{смп}}$  по конкретному субъекту ПМСП за отчетный период учитывается следующее:

для всех субъектов ПМСП, за исключением субъектов ПМСП районного значения и села, в случае если фактическое значение превышает 1,0, то значение выставляется равное 1,0;

для субъектов ПМСП районного значения и села, в случае если фактическое значение превышает 1,25, то значение выставляется равное 1,25.

$K_{\text{соц.раб/психолог}}$  – коэффициент обеспеченности социальными работниками и психологами определяется по формуле:

$$K_{\text{соц.раб/психолог}} = (K_{\text{факт./соц.раб}} + K_{\text{факт./психолог}}) / (K_{\text{норм./соц.раб}} + K_{\text{норм./психолог}}), \text{ где:}$$

$K_{\text{факт./соц.раб}}$ ,  $K_{\text{факт./психолог}}$  – фактическое количество штатных единиц социальных работников и психологов в конкретном субъекте ПМСП по данным ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$K_{\text{норм./соц.раб}}$ ,  $K_{\text{норм./психолог}}$  – нормативное количество штатных единиц социальных работников и психологов, рассчитанное на фактическую численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП определяется по формуле:

$$K_{\text{норм./соц.раб}} = \frac{Ч_{\text{нас. мо}}}{Ч_{\text{нас.норм./соц.раб}}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{нас. мо}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{\text{нас.норм./соц.раб}}$  – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности социального работника, утвержденная приказом № 238;

$$K_{\text{норм./психолог}} = \frac{Ч_{\text{нас. мо}}}{Ч_{\text{нас.норм./психолог}}}, \text{ где:}$$

$Ч_{\text{нас. мо}}$  – численность прикрепленного населения к организации ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{\text{нас.норм./психолог}}$  – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности психолога, утвержденная приказом № 238.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается  $K_{\text{соц.раб/психолог}}$  равный 1,0.

При определении  $K_{\text{соц.раб/психолог}}$  по конкретному субъекту ПМСП за отчетный период для всех субъектов ПМСП учитывается следующее:

в случае если фактическое значение превышает 1,0, то значение выставляется равное 1,0;

в случае отсутствия социальных работников и психологов, значение выставляется равное 0.

В случае, если уровень вклада субъекта ПМСП (Ц%):

до 80% – вклад в достижение конечного результата деятельности оценивается как частично достигнутый, то оплата за отчетный период осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН;

80% и более – вклад в достижение конечного результата деятельности оценивается как достигнутый, то оплата за отчетный период осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН плюс сумма из фонда дополнительного стимулирования за достижение конечного результата 80% и более, рассчитанная в соответствии с подпунктом 2) этапа 3 настоящего

приложения при условии отсутствия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП. В случае наличия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата данному субъекту ПМСП осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН.

3-й этап: формирование фонда дополнительного стимулирования субъектов ПМСП за достижение конечного результата 80% и более (далее – фонд) и правила его распределения;

1) формирование фонда осуществляется за счет средств, полученных от субъектов ПМСП в связи с отклонением в отчетном периоде плановой суммы СКПН от фактической суммы СКПН по формуле:

$$\Phi = \sum V_{\text{план.скпн мо}} - \sum V_{\text{факт.скпн мо}}^1, \text{ где:}$$

$\Phi$  – объем средств фонда дополнительного стимулирования субъектов ПМСП за достижение конечного результата 80% и более в отчетном периоде;

$V_{\text{план.скпн мо}}$  – плановый объем финансирования СКПН субъекта ПМСП на отчетный период определяется по формуле:

$$V_{\text{план.скпн мо}} = \text{Ч}_{\text{нас. мо}} * S_{\text{скпн_рк}} * K_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{нас. мо}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН", в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$S_{\text{скпн_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге.

$K_{\text{мо}} = \text{равный } 1,0$

$V_{\text{факт.скпн мо}}^1$  – фактический объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период;

2) распределение средств фонда между субъектами ПМСП, достигшими исполнения целевого значения конечного результата на 80% и более, (далее – субъекты ПМСП – лидеры) осуществляется в следующем порядке:

определяется стоимость 1 балла на дополнительное стимулирование субъекта ПМСП – лидера из средств фонда по формуле:

$$S_{\text{доп.скпн_рег/балл}} = \frac{\sum \Phi}{\sum (\text{Ч}_{\text{нас. мо-80\%}} \times$$

Σ

$\text{ПШИ}_{\text{МО-80\%}} \times K_{\text{МО-80\%}}$ ), где:

$S_{\text{доп.скпн\_рег/балл}}$  – дополнительная сумма СКПН, установленная в расчете на 1 балл для субъектов ПМСП – лидеров;

$Ч_{\text{нас. МО-80\%}}$  – численность прикрепленного населения субъекта ПМСП – лидера, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

Σ

$\text{ПШИ}_{\text{МО-80\%}}$  – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата субъекта ПМСП – лидера за отчетный период;

$K_{\text{МО-80\%}}$  – коэффициент комплексности медицинских услуг субъекта ПМСП – лидера за отчетный период;

определяется сумма дополнительного стимулирования из фонда для субъекта ПМСП – лидера по формуле:

$$\Phi_{\text{МО}} = (Ч_{\text{нас. МО-80\%}} \times$$

Σ

$\text{ПШИ}_{\text{МО-80\%}} \times K_{\text{МО-80\%}}) \times S_{\text{доп.скпн\_рег/балл}}$ , где:

$\Phi_{\text{МО}}$  – сумма дополнительного стимулирования из фонда для субъекта ПМСП – лидера за достижение конечного результата 80% и более.

В случае, если по области число субъектов ПМСП с уровнем вклада (Ц%) 80% и более составляет от общего числа субъектов ПМСП области:

20% и более – то сформированный фонд распределяется в полном объеме между субъектами ПМСП, достигшими уровень вклада (Ц%) 80% и более, у которых не зарегистрирован случай материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП;

менее 20% – то оплата сумм СКПН субъектам ПМСП осуществляется в следующем порядке:

субъектам ПМСП с уровнем вклада (Ц%) до 80% – оплата осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН;

субъектам ПМСП с уровнем вклада (Ц%) 80% и более при условии отсутствия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата осуществляется по сумме СКПН, установленной в отчетном периоде в расчете на 1 балл по региону ( $S_{\text{факт.скпн\_рег/балл}}$ ) увеличенной на 25% в пределах суммы СКПН, выделенной по региону на отчетный период. В случае наличия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата данному

субъекту ПМСП осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН.

Расчет стоимости 1 балла по региону ( $S_{\text{факт.скпн\_рег/балл}}$ ) с увеличением на 25% определяется до распределения сумм СКПН в соответствии с этапом 2 шага 4. При этом распределение сумм СКПН из фонда по региону не производится в полном объеме, так как оставшаяся сумма СКПН из фонда после вычета суммы СКПН с увеличением стоимости 1 балла на 25% на субъекты ПМСП с уровнем вклада 80% и более подлежит возврату в бюджет в порядке, определенном бюджетным законодательством.

В случае, если увеличение стоимости 1 балла на 25% превышает сумму СКПН, предусмотренную в отчетном периоде, то расчет увеличения стоимости 1 балла осуществляется исходя из оставшихся средств после распределения на субъекты ПМСП с уровнем вклада ( $\text{Ц}\%$ ) до 80%.

4-й этап: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда определяется по формуле:

$$V_{\text{факт.скпн мо}}^2 = V_{\text{факт.скпн мо}}^1 + \Phi_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{факт.скпн мо}}^2$  - объем финансирования СКПН для субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда за отчетный период.

В случае, если объем финансирования СКПН для субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда за отчетный период ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^2$ ) в расчете на 1 прикрепленного человека населения за отчетный период составил более 150 тенге, то оплата сумм СКПН данным субъектам ПМСП осуществляется в следующем порядке:

1) определяется  $V_{\text{факт.скпн мо}}^3$  по следующей формуле:

$$V_{\text{факт.скпн мо}}^3 = \text{Ч}_{\text{нас. мо}} - 80\% \times 150, \text{ где:}$$

150 – максимальная сумма СКПН в расчете на 1 прикрепленного человека населения за отчетный период, тенге;

2) определяется остаток средств, подлежащий возврату в бюджет в порядке, определенном бюджетным законодательством, или подлежащий перераспределению по решению уполномоченного органа, по следующей формуле:

$$V_{\text{остаток}} = V_{\text{факт.скпн мо}}^2 - V_{\text{факт.скпн мо}}^3$$

шаг 5: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП до уровня территориального участка субъекта ПМСП (далее – участок) за отчетный период осуществляется в следующей последовательности:

1) определение объема финансовых средств, предназначенных для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за достигнутый конечный результат работы по формуле:

$$V_{\text{скпн уч.служба}} = V_{\text{скпн мо}} - V_{\text{повыш.кв}} - V_{\text{вне уч.}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн уч.служба}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$V_{\text{скпн мо}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для субъекта ПМСП с уровнем вклада до 80% ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^1$ ) или для субъекта ПМСП – лидера ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^2$  или  $V_{\text{факт.скпн мо}}^3$ ) за отчетный период, рассчитанные согласно шага 4 настоящего приложения;

$V_{\text{повыш.кв}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН, направляемый субъектом ПМСП на повышение квалификации и переподготовку работников данного субъекта ПМСП, включая командировочные расходы, но не менее 5% от объема финансовых средств, предназначенных на СКПН, для субъекта ПМСП (далее – сумма на повышение квалификации);

$V_{\text{вне уч.}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих ПМСП (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, заведующие и старшие акушерки акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), работников (врачей и медицинских сестер) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья), но не более 20% от суммы СКПН субъекта ПМСП после вычета суммы на повышение квалификации;

2) определение текущего значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы участка осуществляется в соответствии с 1-м этапом шага 4 настоящего приложения. При этом целевое значение по индикаторам оценки достигнутых конечных результатов работы для участка устанавливается как по субъекту ПМСП в соответствии с шагом 4 настоящего приложения;

3) вычисляется приведенный показатель индикатора конечного результата в баллах по участку ( $\text{ППИ}_{\text{уч.}}$ ) в соответствии с 1-м этапом шага 4 настоящего приложения, за исключением индикатора "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП". В случае регистрации на территории

обслуживания участка одного случая материнской смертности и более, значение ППИ устанавливается как 0 по всем индикаторам данного территориального участка.

В случае отсутствия регистрации материнской смертности среди прикрепленного населения на территории обслуживания участка, ППИ устанавливается в своем максимальном значении ( $I_{BK}$ ) по индикатору "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП";

4) определение объема финансовых средств, предназначенных для стимулирования конкретного участка за достигнутый конечный результат работы в отчетном периоде по формуле:

$$\sum V_{\text{скпн уч.}} = \sum \text{Ч}_{\text{нас. уч.}} \times S_{\text{скпн уч./балл}} \times$$

ППИ<sub>уч.</sub>, где:

$V_{\text{скпн уч.}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование работников, оказывающих услуги в условиях территориального участка (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры, акушер-гинекологи, медицинские сестры общей практики и участковой службы, фельдшеры, акушерки, оказывающие медицинские услуги в условиях территориального участка, социальные работники и психологи);

$\text{Ч}_{\text{нас.уч.}}$  – численность прикрепленного населения к участку, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum$

ППИ<sub>уч.</sub> – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному участку;

$S_{\text{скпн уч./балл}}$  – сумма СКПН, установленная для участковой службы в отчетном периоде в расчете на 1 балл, определяется по формуле:

$$\sum S_{\text{скпн уч./балл}} = \sum V_{\text{скпн уч.служба}} /$$

( $\text{Ч}_{\text{нас. уч.}} \times$

$\sum$

ППИ<sub>уч.</sub>), где:

$V_{\text{скпн уч.служба}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$$\sum (Ч_{\text{нас.уч.}} \times \sum \text{ПШИ}_{\text{уч.}})$$

– сумма произведений численности прикрепленного населения, зарегистрированной в ИС "РПН" в отчетном периоде, и суммы фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившейся за отчетный период, по конкретному участку.

шаг 6: расчет суммы СКПН до уровня каждого работника ПМСП, осуществляется комиссией по оценке результатов и начислению выплат СКПН формируемой приказом первого руководителя субъекта ПМСП в соответствии с приказом № 429.

Таблица 1  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

**Таблица максимально возможных баллов для субъектов первичной медико-санитарной помощи в разрезе профилей территориальных участков**

№ п/п	Наименование индикатора	Итого максимальный балл*	Участок общей практики	Терапевтический участок*	Педиатрический участок
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП**	4,00	4,00	4,00	
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП***	4,00	4,00		4,00
3	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями**	4,00			4,00
4	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома****	4,00			4,00
5	Своевременно диагностированный туберкулез легких	4,00	4,00	4,00	4,00
6	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-	4,00	4,00		4,00

	T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)			4,00	
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) *****	4,00	4,00	4,00	
8	Обоснованные жалобы	4,00	4,00	4,00	4,00
Итого максимальный балл			24,00	20,00	24,00

**Примечание:**

\* Итоговый максимальный балл для терапевтических участков устанавливается в количестве 20 баллов.

\*\* Индикатор "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" не применяется к педиатрическим участкам, обслуживающим только детское население.

\*\*\* Индикатор "Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП" не применяется к терапевтическим участкам, обслуживающим только взрослое население.

\*\*\*\* Индикаторы "Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями" и "Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома" не применяются к терапевтическим участкам, обслуживающим только взрослое население, а к участкам общей практики применяются в качестве индикаторов процесса.

\*\*\*\*\* Индикатор "Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)" не применяется к педиатрическим участкам, обслуживающим только детское население;

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

Таблица 2  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

**Индикаторы оценки достигнутых результатов работы субъектов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь**

№ п/п	Название индикатора	Способ вычисления			Источник данных	
		числитель	знаменатель	умножить на	числитель	ЗФ
1	2	3	4	5	6	7

1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП	Количество случаев материнской смерти от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно среди прикрепленного населения за отчетный период			ИС "РПН": факт смерти из формы 2009-1/у "Карта учета материнской смертности", утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907) ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КООЗ о предотвратимости на уровне ПМСП	
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП	Количество детской смертности в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП среди прикрепленного населения за отчетный период			ИС "РПН": факт смерти из формы № 2009/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного, умершего ребенка в возрасте до 1 года", утвержденной приказом № 907, расширенной до 5 лет, по причинам смерти согласно кодов МКБ-10, указанных в таблице № 3 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица № 3) ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КООЗ о предотвратимости на уровне ПМСП	
3	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями	Количество детей до 5 лет, госпитализированных в стационар с осложненными острыми респираторными инфекциями	общее количество детей до 5 лет, зарегистрированных с острыми респираторными инфекциями	100	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 ИС "РПН": прикрепленное население	А П 0. ст к: п н:
4	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома	Количество охваченных патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома	количество новорожденных выписавшихся из роддома за отчетный период	100	АИС "Поликлиника": 025-5/У статистическая карта ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 ИС "РПН": прикрепленное население	И ф у: п И п н:

5	Своевременно диагностированный туберкулез легких	Количество своевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения за отчетный период	1100	ИС "ЭРДБ" (Подсистема "Национальный регистр больных туберкулезом"): форма ТБ 16/у "Карта наблюдения за диспансерным контингентом", утвержденная приказом № 907, случаи своевременного диагностирования форм туберкулеза согласно кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом, указанных в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	И П Н р е т у ф К н д к у п в в с т у с М д Р т у т И п н
6	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1-стадии среди прикрепленного населения за отчетный период. Количество впервые выявленных случаев с диагнозом рака шейки матки и рака молочной железы 2а-стадии среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций среди прикрепленного населения за отчетный период. Количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом рака шейки матки и рака молочной железы среди прикрепленного населения за отчетный период	1100	ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у, утвержденная приказом № 907, впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1 стадии по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у, утвержденная приказом № 907, впервые выявленные случаи рака шейки матки и рака молочной железы 2а стадии ИС "РПН": прикрепленное население	И ф у п в в с з н в л к у т И п н И ф у п в с ш р

						ж : нз
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)	Количество больных, пролеченных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (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	1100	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 основной диагноз по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	И ф у: п о с п у т: И п нз
8	Обоснованные жалобы	Количество обоснованных жалоб среди прикрепленного населения по отношению к деятельности субъекта ПМСП за отчетный период			ИС "СУКМУ": случаи жалоб от физических лиц, подтвержденные КООЗ об обоснованности жалобы на деятельность субъекта ПМСП	

**Расшифровка аббревиатур:**

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;

ИС "ЭРДБ" – информационная система "Электронный регистр диспансерных больных";

АИС "Поликлиника" – автоматизированная информационная система;

ИС "ДКПН" – информационная система "Дополнительный компонент к тарифу ПМСП";

КООЗ – Комитет охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ИС "СУКМУ" – информационная система "Система управления качеством медицинских услуг";

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;

ИС "ЭРОБ" – информационная система "Электронный регистр онкологических больных";

ИС "РПН" – информационная система "Регистр прикрепленного населения".

Таблица 3  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

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

При расчете индикатора "Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП" учитываются все случаи детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП, подтвержденные КООЗ, за исключением случаев, возникших в родильных домах, и случаев, указанных в таблице:

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование болезней
1	R95	Внезапная смерть грудного ребенка
2	R96	Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине
3	S00-T98	Класса XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
4	V01-Y98	Класса XX – Внешние причины травм заболеваемости и смертности
5	Z00-Z99	Класса XXI – Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями":

1) в числителе данного индикатора учитываются случаи, госпитализированных в стационар с осложненными острыми респираторными инфекциями данного перечня кодов МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются случаи, зарегистрированных с острыми респираторными инфекциями данного перечня кодов МКБ-10

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	J00-J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей
2.	J09-J18	Грипп пневмония
3.	J20-J22	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей
4.	J30-J39	Другие болезни верхних дыхательных путей
5.	J40-J47	Хронические болезни нижних дыхательных путей
6.	J60-J70	Болезни легкого, вызванные внешними агентами
7.	J80-J84	Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань
8.	J85-J86	Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей
9.	J90-J94	Другие болезни плевры
10.	J95-J99	Другие болезни органов дыхания

Перечень кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом для заболеваний, учитываемых при расчете индикаторов "Своевременное выявление туберкулеза легких" учитываемых:

Параметры отбора:

1. При условии заполнения граф "тип больного" - новый случай и "локализация" – легочный или легочный в том числе сочетанный с внелегочным, в форме ТБ 01 "Медицинская карта больного туберкулезом", утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственных нормативных правовых актов под №6697).

2. Либо при условии заполнения граф "тип больного" - новый случай и "локализация" – легочный или легочный в том числе сочетанный с внелегочным, в форме ТБ 01 категория IV "Медицинская карта больного туберкулезом категории IV", если не заведена форма ТБ01 в отчетном периоде.

1) в числителе данного индикатора:

№ п/п	Код диагноза по Регистру больных туберкулезом	Наименование болезней	Код МКБ-10
1	01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
2	02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
3	05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
4	06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
5	11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
6	12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
7	13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
8	14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
9	17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
10	18	Туберкулома легких без бактериовыделения	A16.0
11	28	Милиарный ТБ	A19
12	29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
13	30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
14	31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2

2) в знаменателе данного индикатора:

--	--	--	--

№ п/п	Код диагноза по Регистру больных туберкулезом	Наименование болезней	Код МКБ-10
1	01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
2	02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
3	05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
4	06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
5	07	Диссеминированный подострый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
6	08	Диссеминированный подострый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
7	09	Диссеминированный хронический ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
8	10	Диссеминированный хронический ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
9	11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
10	12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
11	13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
12	14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
13	15	Казеозная пневмония с бактериовыделением	A15.0
14	16	Казеозная пневмония без бактериовыделения	A16.0
15	17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
16	18	Туберкулома легких без бактериовыделения	A16.0
17	19	Кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
18	20	Кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
19	21	Фиброзно-кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
20	22	Фиброзно-кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
21	23	Цирротический ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
22	24	Цирротический ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
23	28	Милиарный ТБ	A19
24	29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
25	30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
26	31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2
27	32	Другие формы милиарного ТБ	A19.8
28	33	Милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.9

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 1 стадии":

1) в числителе данного индикатора учитываются 1 стадии данного перечня кодов МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются 1, 2, 3 и 4 стадии данного перечня кодов МКБ-10

Дополнительно для рака шейки матки и рака молочной железы:

1) в числителе данного индикатора учитываются 2а стадии рака молочной железы и рака шейки матки МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются 1, 2, 3 и 4 стадии рака шейки матки и рака молочной железы МКБ-10

№ 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	C00.9	Губа, БДУ
10	C01	Основание языка
11	C02	Другие неуточненные отделы языка
12	C02.0	Верхняя поверхность языка
13	C02.1	Боковая поверхность
14	C02.2	Нижняя поверхность языка
15	C02.3	Передние 2/3 языка, БДУ
16	C02.4	Язычная миндалина
17	C02.9	Язык, БДУ
18	C03	Десна
19	C03.0	Десна верхней челюсти
20	C03.1	Десна нижней челюсти
21	C03.9	Десна, БДУ
22	C04	Дно полости рта
23	C04.0	Передний отдел дна полости рта
24	C04.1	Боковой отдел дна полости рта
25	C04.9	Дно полости рта, БДУ

26	C05	Небо
27	C05.0	Твердое небо
28	C05.1	Мягкое небо, бду (исключая носоглоточную поверхность мягкого неба, с11.3)
29	C05.2	Язычок
30	C05.9	Небо, БДУ
31	C06	Другие и неуточненные отделы полости рта
32	C06.0	Слизистая оболочка щеки
33	C06.1	Преддверие рта
34	C06.2	Ретромолярная область
35	C06.9	Рот, БДУ
36	C07	Околоушная железа
37	C08	Другие и неуточненные большие слюнные железы
38	C08.0	Поднижечелюстная железа
39	C08.1	Подъязычковая железа
40	C08.9	Большая слюнная железа, БДУ
41	C09	Миндалины
42	C09.0	Миндаликовая ямка
43	C09.1	Миндаликовая дужка
44	C09.9	Миндалины, БДУ
45	C10	Ротоглотка
46	C10.2	Боковая стенка ротоглотки
47	C10.3	Задняя стенка ротоглотки
48	C10.4	Жаберная щель
49	C10.9	Ротоглотка, БДУ
50	C20	Прямая кишка
51	C21	Анальный канал
52	C21.0	Задний проход, БДУ
53	C21.1	Анальный канал
54	C21.2	Клоакогенная зона
55	C43	Злокачественная меланома кожи
56	C44	Кожа
57	C44.0	Кожа губы, БДУ
58	C44.1	Веко
59	C44.2	Наружное ухо
60	C44.3	Кожа других и неуточненных отделов лица
61	C44.4	Кожа волосистой части головы и шеи
62	C44.5	Кожа туловища
63	C44.6	Кожа верхней конечности и плеча
64	C44.7	Кожа нижней конечности и тазобедренной области
65	C44.9	Кожа, БДУ
66	C46.0	Саркома Капоши кожи
67	C46.1	Саркома Капоши мягких тканей

68	C50	Молочная железа
69	C50.0	Сосок
70	C50.1	Центральная часть молочной железы
71	C50.2	Верхневнутренний квадрант молочной железы
72	C50.3	Нижневнутренний квадрант молочной железы
73	C50.4	Верхненааружный квадрант молочной железы
74	C50.5	Нижненааружный квадрант молочной железы
75	C50.6	Подмышечная доля молочной железы
76	C50.9	Молочная железа, БДУ
77	C51	Вульва
78	C51.0	Большая половая губа
79	C51.1	Малая половая губа
80	C51.2	Клиитор
81	C51.9	Вульва, БДУ
82	C52	Влагалище
83	C53	Шейка матки
84	C53.0	Внутренняя часть шейки матки
85	C53.1	Наружная часть шейки матки
86	C53.9	Шейка матки
87	C60	Половой член
88	C60.0	Крайняя плоть
89	C60.1	Головка полового члена
90	C60.2	Тело полового члена
91	C60.9	Половой член, БДУ
92	C62	Яички
93	C62.0	Неопустившееся яичко
94	C62.1	Опустившееся яичко
95	C62.9	Яичко, БДУ
96	C63.2	Мошонка, БДУ
97	C73	Щитовидная железа
98	C73.9	Щитовидная железа

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)":

1) в числителе данного индикатора:

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	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

2.	I22, I22.0-I22.9	Повторный инфаркт миокарда Повторный инфаркт передней стенки миокарда Повторный инфаркт нижней стенки миокарда Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
3.	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
4.	I61, I61.0-I61.9	Внутричерепное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние в полушарие субкортикальное Внутричерепное кровоизлияние в полушарие кортикальное Внутричерепное кровоизлияние в полушарие неуточненное Внутричерепное кровоизлияние в ствол мозга Внутричерепное кровоизлияние в мозжечок Внутричерепное кровоизлияние желудочков Внутричерепное кровоизлияние множественной локализации Другое внутричерепное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние неуточненное
5.	I62.0, I62.1, I62.9, I62,	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое) Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное
6.	I63, I63.0-I63.9	И н ф а р к т м о з г а 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, непиогенный Д р у г о й и н ф а р к т м о з г а Инфаркт мозга неуточненный

2) в знаменателе данного индикатора: по кодам МКБ-10: I10-I79.8.

Расшифровка аббревиатур:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;

КООЗ – Комитет охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

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