Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21858.

В соответствии с подпунктом 64) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 2) пункта 3 статьи 16 Закона Республики Казахстан "О государственной статистике" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

1. Утвердить:

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

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 3 к настоящему приказу.

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

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан предоставление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

Министр здравоохранения
Республики Казахстан *А. Цой*

"СОГЛАСОВАНО"
Бюро национальной статистики
Агентства по стратегическому планированию
и реформам Республики Казахстан

Приложение 1 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 21 декабря 2020 года
№ ҚР ДСМ-309/2020

Правила формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) 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 (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 64) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяют порядок формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

1) административные данные – индивидуальные количественные (измеряемые с помощью чисел) и (или) качественные (выстроенные по определенному принципу и (или) признаку) данные по физическому или юридическому лицу и данные похозяйственного учета, формируемые административными источниками, за исключением первичных статистических данных;

2) 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, которые предусмотрены договором

закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

3) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

6) частный партнер – индивидуальный предприниматель, простое товарищество, консорциум или юридическое лицо, за исключением лиц, выступающих государственными партнерами в соответствии с Законом Республики Казахстан от 31 октября 2015 года "О государственно-частном партнерстве" (далее – Закон РК о ГЧП), заключившие договор государственно-частного партнерства;

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

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

9) медицинская информационная система – информационная система, обеспечивающая ведение процессов субъектов здравоохранения в электронном формате;

10) государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) – форма сотрудничества между государственным партнером и частным партнером, соответствующая признакам , определенным Законом РК о ГЧП;

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

12) система обязательного социального медицинского страхования – это совокупность норм и правил, устанавливаемых государством, регулирующих отношения между участниками системы ОСМС;

13) поправочный коэффициент для субъектов ГЧП – это коэффициент, который используется для корректировки итоговой суммы тарифа, подлежащей выплате частному партнеру и организациям здравоохранения;

14) эксплуатационные расходы – издержки, связанные с поддержанием в работоспособном состоянии используемых систем, машин, оборудования, здания и прочие расходы;

15) пилотное тестирование – практическое применение разработанных и ранее не применявшихся тарифов, включающее оплату определенных видов медицинских услуг в определенный период, с целью исследования, анализа перспектив и минимизации рисков применения новых тарифов;

16) референтный субъект здравоохранения – субъект здравоохранения по предоставлению информации для разработки и пересмотра тарифов в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

17) медицинская карта стационарного больного – форма учетной и отчетной документации в области здравоохранения, утвержденная уполномоченным органом и предназначенная для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в стационаре;

18) тариф – стоимость единицы медицинской услуги или комплекса медицинских услуг, рассчитанная с учетом поправочных коэффициентов, при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

19) тарификатор – перечень тарифов на медицинские услуги специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

20) формирование тарифов – процесс разработки и утверждения новых, пересмотра и утверждения действующих тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемых в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

21) 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 ГОБМП и доходов системы ОСМС с обязательствами по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

22) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

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

24) субъект цифрового здравоохранения – физические и юридические лица, государственные органы, осуществляющие деятельность или вступающие в общественные отношения в области цифрового здравоохранения (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 формирования тарифов, за исключением служебной информации ограниченного распространения;

3) результативности – формирование тарифов по видам медицинской помощи (услугам), 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, принятых решений;

6) обоснованности – формирование тарифов на основе нормативных правовых актов и других документов, определяющих необходимость разработки новых и (или) пересмотр действующих тарифов в соответствии с утвержденным планом, 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 (или) в системе ОСМС

4. Для формирования тарифов на медицинские услуги уполномоченным органом определяется рабочий орган, осуществляющий сбор, обработку, хранение, анализ и предоставление информации по вопросам тарифообразования.

5. Формирование тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, осуществляется 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 здравоохранения рабочим органом;

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) пилотное тестирование тарифов на основании решения уполномоченного органа;

6) рассмотрение, согласование и утверждение размера тарифов;

6. Разработка проекта плана осуществляется ежегодно рабочим органом и утверждается уполномоченным органом до конца года, предшествующего планируемому году, с учетом:

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

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

3) обоснованных предложений субъектов здравоохранения;

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 видов медицинской помощи (услуги) с определением мероприятий по введению новых и пересмотру действующих тарифов.

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

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

1) принятия нормативных правовых актов, предусматривающих новые виды медицинских услуг или совершенствование методов оплаты за медицинские услуги;

2) совершенствования стандартов оказания медицинской помощи в области здравоохранения;

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

9. Отбор референтных субъектов здравоохранения осуществляется рабочим органом с учетом видов медицинской помощи (услуги) 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, согласно статьи 25 Кодекса;

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

4) наличие медицинских информационных систем, позволяющих осуществлять персонифицированный учет фактических затрат субъектов здравоохранения, связанных с оказанием медицинской помощи;

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

Субъект здравоохранения считается референтным при наличии не менее двух критериев, предусмотренных пунктом 9 настоящих Правил.

Сноска. Пункт 9 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

10. Рабочий орган формирует перечень референтных субъектов здравоохранения и отправляет в уполномоченный орган в течение десяти рабочих дней после утверждения плана.

11. Перечень референтных субъектов здравоохранения рассматривается и утверждается уполномоченным органом в течение десяти рабочих дней со дня поступления.

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

13. Референтные субъекты здравоохранения в течение десяти рабочих дней со дня получения уведомления, предусмотренного пунктом 12 настоящих Правил, предоставляют рабочему органу финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию с приложением обосновывающих документов (договора, счета-фактуры, финансовые документы, внутренние документы).

Для разработки и (или) пересмотра КЗГ предоставляются:

1) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация по прямым фактическим затратам на один 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) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о коечном фонде" согласно приложению 3 к настоящим Правилам;

6) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о потреблении лекарственных средств и изделий медицинского назначения (в том числе реагентов)" согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

7) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услугах" согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

8) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о выполненных хирургических операциях" согласно приложению 6 к настоящим Правилам;

9) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии" 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) форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о расходах на персонал" 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 ;

13) исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сноска. Пункт 13 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 14.03.2022 № ҚР ДСМ-24 (вводится в действие с 01.01.2023); с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024); от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

14. Рабочим органом осуществляется отбор копий медицинских карт стационарного больного выписанных пациентов для обеспечения репрезентативности, по следующей формуле:

, где:

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

σ

– стандартное отклонение;

x.

– длительность пребывания каждого случая из генеральной совокупности;

$\bar{x}$

– средняя длительность пребывания генеральной совокупности;

n·

– количество случаев.

Формирование списка историй болезней осуществляется по пересматриваемому виду заболевания.

Предварительная выборка формируется из генеральной совокупности в каждом субъекте здравоохранения 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 ± 2, т.е. ± 95.5 % случаев.

Итоговая стратифицированная выборка для каждого кода МКБ-9 и МКБ-10 формируется из предварительной выборки и составляет 30-50 % этой выборки в каждом субъекте здравоохранения (не менее 30 и не более 120 случаев в год);

Для разработки и (или) пересмотра тарификатора предоставляются:

1) форма, предназначенная для сбора административных данных "Калькуляция стоимости медицинских услуг" согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

2) форма, предназначенная для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

Для разработки и (или) пересмотра МЭТ предоставляются:

1) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет МЭТ на один пролеченный случай" согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

2) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала" согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

3) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения" согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

4) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов" согласно приложению 16 к настоящим Правилам;

5) форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на медицинские услуги" согласно приложению 17 к настоящим Правилам;

6) форма, предназначенная для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

Для разработки и (или) пересмотра тарифа за один койко-день предоставляется форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация по объему финансирования и количеству койко-дней на очередной плановый период" согласно приложению 19 к настоящим Правилам.

Для разработки и (или) пересмотра тарифа за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости предоставляется форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация по объему финансирования и количеству пролеченных случаев по расчетной средней стоимости на очередной плановый период" согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

Для разработки и (или) пересмотра тарифа на транспортные услуги медицинской авиации предоставляются ценовые предложения поставщиков, оказывающих авиационные транспортные услуги (не менее 3 ценовых предложений).

Сноска. Пункт 14 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

15. В случае разработки и (или) пересмотра тарифов, не включенных в пунктах 13 и 14 настоящих Правил, рабочий орган запрашивает у референтных субъектов здравоохранения финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию по формам, предварительно согласованным с уполномоченным органом.

16. 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 доступа. Рабочий орган использует предоставленный доступ в соответствии с требованиями статьи 62 Кодекса, обеспечивающей защиту персональных медицинских данных физических лиц (пациентов).

17. Референтные субъекты здравоохранения предоставляют рабочему органу информацию, указанную в пунктах 13 и 14 настоящих Правил в бумажном или электронном формате согласно Закону Республики Казахстан от 7 января 2003 года " Об электронном документе и электронной цифровой подписи" (далее – Закон РК об электронном документе) в соответствии со следующими требованиями:

1) материалы заявки прошиваются, пронумеровываются и заверяются печатью при ее наличии и подписью руководителя референтного субъекта здравоохранения, 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 здравоохранения либо лицами, замещающими их, и заверяются печатью референтного субъекта здравоохранения при ее наличии;

3) информация, предоставляемая в электронном формате, оформляется референтными субъектами здравоохранения в соответствии с Законом РК об электронном документе.

18. В случае расхождения статистических данных, полученных из нескольких источников, рабочий орган принимает для расчета статистические данные с наименьшими численными показателями.

19. Рабочий орган не позднее десяти рабочих дней со дня получения информации, указанной в пунктах 13 и 14 настоящих Правил, проверяет полноту представленных материалов и в письменном виде в произвольной форме уведомляет референтные субъекты здравоохранения о принятии материалов к рассмотрению или возвращает на доработку.

20. 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.

21. Перед расчетом и моделированием тарифов рабочим органом выполняется анализ полученной информации на предмет соответствия стандартам организации оказания медицинской помощи и клиническим протоколам и соответствия предельным ценам на торговое наименование лекарственного средства или изделия медицинского назначения, или международное непатентованное наименование лекарственного средства или техническую характеристику изделия медицинского назначения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

При отсутствии предельных цен на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и расходные материалы к изделиям медицинским назначения используются документы, обосновывающие применяемые цены (копии договоров или не менее трех прайс-листов по каждому лекарственному средству, изделию медицинского назначения и расходному материалу к изделиям медицинского назначения).

Сноска. Пункт 21 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

22. Расчет тарифов осуществляется рабочим органом в течение 6 месяцев со дня получения от референтных субъектов здравоохранения информации, с учетом требований, установленных пунктами 17, 19 настоящих Правил в соответствии с Методикой.

23. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется с целью оценки влияния разработанных и действующих 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.

24. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется рабочим органом в сроки проведения расчета тарифов с учетом следующей информации:

1) год, предшествующий текущему финансовому году;

2) текущий финансовый год с учетом освоения до конца года.

В случае отсутствия статистических данных для моделирования результатов расчета тарифов применяются данные, определенные на основании экспертной оценки.

25. 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 с указанием международного опыта в случае применения новой услуги или пересмотра тарифа;

4) проект перечня тарифов.

26. Отчет направляется рабочим органом в уполномоченный орган в срок установленный планом или на основании запроса уполномоченного органа.

27. 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 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 и пересмотром действующих тарифов;

5) целесообразности и необходимости пересмотра тарифов на другие медицинские услуги.

28. Рабочий орган предоставляет первичные документы, на основании которых осуществлялись расчет и моделирование тарифов, по запросу уполномоченного органа.

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

30. Уполномоченный орган в течение пяти рабочих дней со дня получения доработанного отчета формируют повторное заключение в порядке, предусмотренном пунктами 27 и 28 настоящих Правил.

31. Положительное решение уполномоченного органа о введении новых и (или) пересмотре действующих тарифов принимается с учетом соблюдения принципов формирования тарифов, установленных пунктом 3 настоящих Правил с указанием:

1) сроков их введения;

2) необходимости проведения пилотного тестирования тарифов в масштабах субъекта (субъектов) здравоохранения и (или) региона и (или) республики;

3) продолжительности проведения пилотного тестирования тарифов;

4) рекомендаций по пересмотру других тарифов.

32. Пилотное тестирование тарифов проводится на основании решения уполномоченного органа, в информационных системах здравоохранения, с участием субъектов здравоохранения.

33. Пилотное тестирование тарифов проводится в следующем порядке:

1) создание рабочей группы для обеспечения надлежащей реализации процедур пилотного тестирования тарифов;

2) разработка информационных систем здравоохранения субъектом информатизации;

3) ввод данных в информационные системы здравоохранения для проведения пилотного тестирования тарифов субъектами здравоохранения;

4) проведение анализа полученных данных из информационных систем здравоохранения рабочим органом;

5) формирование отчета рабочим органом по результатам пилотного тестирования тарифов.

Сноска. Пункт 33 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

При пересмотре тарифов в течение финансового года, в расчете применяются данные с учетом фактического исполнения за прошедшие отчетные периоды текущего финансового года.

35. В случае принятия уполномоченным органом решения о доработке новых и (или) пересмотре действующих тарифов:

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

2) уполномоченный орган предоставляет повторное заключение, в порядке, предусмотренном пунктами 27 и 28 настоящих Правил.

35-1. При принятии уполномоченным органом решения о пересмотре действующих тарифов, связанным с уточнением республиканского бюджета с учетом девальвации, инфляции, а также покрытия расходов для оказания медицинских услуг или комплекса

медицинских услуг, предусмотренные пунктом 4 Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, рабочим органом проводится пересмотр действующих тарифов.

Сноска. Правила дополнены пунктом 35-1, в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.08.2021 № ҚР ДСМ-85 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

36. Тарифы на медицинские услуги, предоставляемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС подлежат утверждению уполномоченным органом в соответствии с подпунктом 65) статьи 7 Кодекса.

37. Копия акта уполномоченного органа, принятие которого предусмотрено пунктом 36 настоящих Правил, направляется субъекту информатизации, рабочему органу в течение трех рабочих дней со дня принятия. Субъект информатизации вводит соответствующую информацию в электронные информационные ресурсы и информационные системы здравоохранения в течение 10 рабочих дней со дня получения.

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

39. Субъект здравоохранения, оказывающий медицинскую помощь в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС обращается в уполномоченный орган с заявлением на разработку и (или) пересмотр тарифов, по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам.

40. Уполномоченный орган рассматривает заявление субъекта здравоохранения и уведомляет о принятом решении в сроки, установленные Кодексом Республики Казахстан "Административный процедурно-процессуальный Кодекс Республики Казахстан.

Сноска. Пункт 40 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

42. 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 8 настоящих Правил.

43. В случае, если метод диагностики, лечения и медицинской реабилитации, для оплаты которого планируется разработка и (или) 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 39 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.

44. Моделирование результатов расчета тарифов осуществляется рабочим органом в порядке и сроки, установленные пунктами 23 и 24 настоящих Правил.

45. При разработке и (или) пересмотре тарифов рабочий орган проводит анализ и мониторинг применения и эффективности тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – мониторинг) и осуществляет сбор актуальной и объективной информации о влиянии тарифов на:

1) объемы потребления медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) доступность оказываемых медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

3) развитие конкуренции в сфере оказания медицинских услуг.

46. Мониторинг осуществляется ежеквартально рабочим органом в разрезе:

1) видов оказания медицинской помощи (услуги) в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) видов тарифов.

47. Отчет о мониторинге, включающем предложения по совершенствованию тарифов формируется рабочим органом ежеквартально и по итогам года в ноябре текущего года и предоставляется уполномоченному органу не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным.

48. Рассмотрение, согласование и утверждение тарифов осуществляется в порядке, предусмотренном пунктами 27 - 36 настоящих Правил.

Приложение 1
К Правилам формирования
тарифов на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе

обязательного социального
медицинского страхования

Сноска. Приложение 1 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Информация по прямым фактическим затратам на один пролеченный случай*

Индекс: 1-ПФЗ

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20__год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование региона	Код по КАТО	Наименование субъекта здравоохранения	ИИН пациента	№ истории болезни	Дата госпитализации	Дата выписки	Наименование отделения выписки	Наименование подразделения (клиническое отделение, операционный блок, ОАРИТ)	Код основного диагноза (МКБ-10)	Операция (МКБ-9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

(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	Количество дней	Количество в упаковке	Цена ЛСИМН	Сумма затрат на ЛСИМН
												25=24/23 *20

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	*21* 22

Примечание:

* – заполняется согласно медицинской карты стационарного больного, утвержденной уполномоченным органом

Расшифровка аббревиатур:

КАТО – классификатор административно-территориальных объектов;

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.

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Адрес электронной почты_____

Телефон_____

Исполнитель _____ _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____ _____

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

Место для печати

(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение
к форме, предназначенной
для сбора
административных данных
"Информация по прямым
фактическим затратам
на один пролеченный случай"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация по прямым фактическим затратам на один пролеченный случай"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация по прямым фактическим затратам на один пролеченный случай" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графах 2-3 указываются наименование региона и код по КАТО;

8. В графе 4 указывается наименование субъекта здравоохранения;

10. В графах 5-9 указываются ИИН пациента, номер истории болезни, дата госпитализации, дата выписки, наименование отделения выписки, согласно медицинской карты стационарного больного;

11. В графе 10 указывается наименование подразделения, где была применена медицинская услуга и использованы лекарственные средства и изделия медицинского назначения;

12. В графах 11-12 указываются код основного диагноза (МКБ-10) и операция (МКБ -9);

13. В графах 13-14 указываются код и наименование медицинской услуги по тарификатору;

14. В графах 15-25 указываются данные по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, которые назначались пациентам.

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

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

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 2-ПСЗ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование отделения (пример)	Данные по площади, м2
1	2	3
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		

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 к форме, предназначенной
для сбора административных данных
"Площадь субъекта здравоохранения"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Площадь субъекта здравоохранения"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Площадь субъекта здравоохранения" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

6. Наименование и количество подразделений должны соответствовать наименованиям подразделений в приложениях 8 и 9.

Глава 2. Заполнение формы

7. В графе 1 указывается порядковый номер;

8. В графе 2 указывается наименование отделения согласно утвержденному штатному расписанию субъекта здравоохранения за исследуемый период;

9. В графе 3 указывается данные по площади в м2 согласно техническому паспорту субъекта здравоохранения.

Приложение 3
к Правилам формирования тарифов

на медицинские услуги, оказываемые
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о коечном фонде"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 3-КФ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Число коек
1	2	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	

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 к форме, предназначенной
для сбора административных данных
"Информация о коечном фонде"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация о коечном фонде"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о коечном фонде" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается число коек согласно внутреннему приказу субъекта здравоохранения о коечном фонде за исследуемый период.

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

Сноска. Приложение 4 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

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

Индекс: 4-ПЛСиИМН

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20__год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Количество отпущенных лекарственных средств в отделения
1	2	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	

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Адрес электронной почты_____

Телефон_____

Исполнитель _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____ _____

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

Место для печати

(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о потреблении
лекарственных средств
и изделий
медицинского назначения
(в том числе реагентов)"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация о потреблении лекарственных средств и изделий медицинского назначения (в том числе реагентов)"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о потреблении лекарственных средств и изделий медицинского назначения (в том числе реагентов)" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается количество отпущенных лекарственных средств в отделения, согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Приложение 5
к Правилам формирования тарифов
на медицинские услуги, оказываемые
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услугах"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 5-КВКДУ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Общее количество исследований/ услуг
1	2	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	

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 к форме, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услугах"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услугах"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услугах" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается общее количество исследований/услуг в параклиническом отделении, согласно внутренним журналам учета консультативно-диагностических услуг субъекта здравоохранения за исследуемый период. При наличии нескольких

параклинических отделений необходимо указать общее количество исследований/услуг в разрезе отделений.

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

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о выполненных хирургических операциях"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 6-ВХО

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Количество операций
1	2	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	

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 к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о выполненных
хирургических операциях"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о выполненных хирургических операциях"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о выполненных хирургических операциях" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается количество операций согласно журналу операций субъекта здравоохранения за исследуемый период.

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

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 7-КППО

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	ОАРИТ
1	2	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	

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 к форме, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о количестве

пациентов, поступивших в отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается количество пациентов, поступивших в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии согласно журналу учета больных ОАРИТ субъекта здравоохранения за исследуемый период. В случае наличия в субъекте здравоохранения более одного ОАРИТ необходимо показать данные по каждому ОАРИТ отдельно.

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

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

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 8-ФЗС

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Количество ставок
1	2	3
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	

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: _____

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о фактически
занимаемых ставках"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о фактически занимаемых ставках"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о фактически занимаемых ставках" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках;

6. Наименование и количество структурных подразделений должны соответствовать наименованиям структурных подразделений в приложениях 2 и 9.

Глава 2. Заполнение формы

7. В графе 1 указывается порядковый номер;

8. В графе 2 указывается наименование подразделения;

9. В графе 3 указывается количество фактически занимаемых ставок.

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

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о расходах на персонал"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 9-ИРП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения	Заработная плата	Взносы работодателей	Итого расходов
1	2	3	4	5
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			

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 к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о расходах
на персонал"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация о расходах на персонал"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о расходах на персонал" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках;

6. Наименование и количество структурных подразделений должны соответствовать наименованиям структурных подразделений в приложениях 2 и 8.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается заработная плата по спецификам 111-114 в тенге;

9. В графе 4 указывается взносы работодателей по спецификам 121-122 в тенге;

10. В графе 5 указывается сумма заработной платы и взносы работодателей в тенге согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

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

Сноска. Приложение 10 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Информация о расходах, не связанных с персоналом*

Индекс: 10-РНСП

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Специфика	Наименование статьи расходов	Всего затрат, тенге
1	2	3
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		

Наименование медицинской организации _____
Адрес_____
Адрес электронной почты_____
Телефон_____
Исполнитель_____ _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись
Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения
_____ _____
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место для печати
(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о расходах,
не связанных с персоналом"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация о расходах, не связанных с персоналом"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о расходах, не связанных с персоналом" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается код специфики;

7. В графе 2 указывается наименование статей расходов;

8. В графе 3 указывается всего затрат в тенге, за исключением капитальных затрат и износ основных средств (амортизация), согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Приложение 10-1
к Правилам формирования
тарифов на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о затратах на обновление основных средств"

Сноска. Правила дополнены приложением 10-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 14.03.2022 № ҚР ДСМ-24 (вводится в действие с 01.01.2023); исключено приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 11
к Правилам формирования
тарифов на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи

и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Сноска. Приложение 11 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Калькуляция стоимости медицинских услуг

Индекс: 11-КСМУ

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения								
		Полное наименование	Производитель (отечественный/импортный)	Форма выпуска	Единица измерения	Дозировка	Количество в упаковке	Норма расхода	Цена, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

(продолжение)

Должность медицинского персонала	Время, затраченное на проведение услуги, минут	Расчет заработной платы, тенге			Социальный налог, тенге	Социальные отчисления, тенге	Прямые расходы, тенге	Накладные расходы, тенге		Стоимость медицинской услуги, тенге
		Месячный фонд заработной платы	Заработная плата на единицу времени, мин	Заработная плата на единицу услуги				%	Абсолютная сумма	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Наименование медицинской организации _____

Адрес_____

Адрес электронной почты_____

Телефон_____

Исполнитель _____ _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____

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

Место для печати

(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Калькуляция стоимости
медицинских услуг"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Калькуляция стоимости медицинских услуг"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Калькуляция стоимости медицинских услуг" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графах 1-2 указываются код и наименование услуги согласно действующему тарификатору медицинских услуг. При предоставлении новой медицинской услуги для включения в тарификатор в графу 1 вместо кода медицинской услуги ставится отметка "Новая медицинская услуга";

7. В графах 3-4 указываются полное наименование лекарственных средств и изделий медицинского назначения согласно государственному реестру (при наличии) и страна производитель (отечественный/импортный);

8. В графе 5 указывается форма выпуска: таблетка, ампула, флакон, порошок;

9. В графе 6 указывается единица измерения: для лекарственных средств - миллиграмм, миллилитр, грамм; для изделий медицинского назначения - пара, штук, сантиметр, метр;

10. В графе 7 указывается дозировка: в цифрах;

11. В графе 8 указывается количество в упаковке: штук.

12. В графе 9 указывается норма расхода лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

13. В графе 10 указывается предельная цена согласно подпункту 95) статьи 7 Кодекса за исследуемый период в тенге.

14. В графе 11 указывается сумма по расходным материалам, определяемая путем деления графы 10 на графу 8 и умножением на графу 9 в тенге.

15. В графе 12 указывается должность медицинского персонала;

16. В графе 13 указывается время, затраченное на проведение услуги в минутах;

17. В графе 14 указывается месячный фонд заработной платы 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";

18. В графе 15 указывается заработная плата на единицу времени в минутах путем деления месячного фонда заработной платы на баланс рабочего времени в месяц в часах и на 60 минут;

19. В графе 16 формируется путем умножения графы 15 на графу 13.

20. В графах 17-18 указываются социальный налог и социальные отчисления в тенге ;

21. В графе 19 указывается прямые расходы, определяемые путем сложения граф 11 , 16, 17 и 18;

22. В графе 20 указывается процент накладных расходов;

23. В графе 21 указывается накладные расходы в тенге определяемые путем сложения граф 16, 17 и 18 и умножения на графу 20;

24. В графе 22 указывается стоимость медицинской услуги в тенге, формируемая путем суммирования граф 19 и 21.

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

Сноска. Приложение 12 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:

https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов*

Индекс: 12-РНР

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Подкласс	Специфика	Наименование	План на предыдущий год, тыс. тенге	Факт за предыдущий год, тыс. тенге	Отклонение, тыс. тенге
1	2	3	4	5	6
	II	РАСХОДЫ, всего:			
		в том числе:			
110		Заработная плата			
		в том числе: медицинского персонала			
		административно-хозяйственного персонала			
120		Взносы работодателей			
		в том числе: медицинского персонала			
		административно-хозяйственного персонала			
140		Приобретение запасов			
	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			
	151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:			
		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			
	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)			
		Капитальные расходы (расшифровать)			

Примечание:

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

Наименование медицинской организации _____

Адрес_____

Адрес электронной почты_____

Телефон_____

Исполнитель_____ _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____ _____

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

Место для печати (за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Структура расходов субъекта
здравоохранения для расчета
накладных расходов"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 2 указывается код специфики расходов;

7. В графе 3 указывается статья расходов;

8. В графах 4-5 указывается сумма по договорам субподряда и с управлением здравоохранения, возмещаемые по тарификатору медицинских услуг (план и факт на предыдущий год) в тыс. тенге;

9. В графе 6 указывается отклонение граф 4 и 5, в тыс. тенге.

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

Сноска. Приложение 13 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Расчет МЭТ на один пролеченный случай*

Индекс: 13-РМЭТ

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20__год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Субъект здравоохранения _____

Длительность лечения (койко-дни) _____

Перечень операции (код и наименование) _____

№	Наименование МЭТ	Прямые расходы, тенге					Накладные расходы		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 14, 15, 16, 17 и 18.
Расшифровка аббревиатур:
МЭТ – медико-экономический тариф.
Наименование медицинской организации _____
Адрес _____
Адрес электронной почты_____
Телефон _____
Исполнитель _____ _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись
Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения
_____ _____
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место для печати
(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Расчет МЭТ на один
пролеченный случай"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Расчет МЭТ на один пролеченный случай"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет МЭТ на один пролеченный случай" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графах 2 указывается наименование медико-экономического тарифа;

8. В графах 3-9 указываются прямые и накладные расходы, в том числе заработная плата, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, питание, лекарственные средства и изделия медицинского назначения, медицинские услуги в тенге;

9. В графе 10 указывается стоимость МЭТ на один пролеченный случай в тенге, определяемая путем сложения граф 3, 4, 5, 6, 7 и 9.

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

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала"*

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 14-РЗЗПМП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения (отделение, операционный блок, реанимация)	Наименование должности	Стаж работы	Коэффициент	Базовый должностной оклад, тенге	Должностной оклад, тенге	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		Доплата за психоэмоциональные и физические нагрузки	
							%	сумма	%	сумма	%	сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Итого											

(продолжение)

Доплаты, тенге				Фонд заработной платы основного медицинского персонала, в месяц, тенге	Количество рабочих часов в месяц, согласно балансу рабочего времени	Стоимость часа, тенге	Стоимость минуты, тенге	Норма времени в день	Длительность лечения (койко-дни)	Длительность проведения операции, в минутах	Сумма заработной платы, тенге	Сумма социального налога и социальных отчислений, тенге
За ученую степень		Прочие доплаты										
%	сумма	%	сумма									
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Примечание:

* – 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".

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 к форме, предназначенной
для сбора административных данных
"Расчет затрат по заработной
плате медицинского персонала"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат по заработной плате медицинского персонала" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения (отделение, операционный блок, реанимация);

8. В графах 3-6 указываются наименование должности, стаж работы, коэффициент; базовый должностной оклад медицинского персонала в тенге;

9. В графе 7 указывается должностной оклад в тенге, определяемой путем умножения коэффициента на базовый должностной оклад.

10. В графах 8-17 указываются доплаты работникам, занятым на тяжелых (особо тяжелых) физических работах и работах с вредными (особо вредными) и опасными (особо опасными) условиями труда, за особые условия труда, за психоэмоциональные и физические нагрузки, за ученую степень, прочие доплаты в тенге и процентном выражении;

11. В графе 18 указывается фонд заработной платы основного медицинского персонала в месяц, в тенге, определяемый путем сложения должностного оклада и всех доплат, предусмотренных в графах 7, 9, 11, 13, 15 и 17;

12. В графе 19 указывается количество рабочих часов в месяц согласно балансу рабочего времени;

13. В графе 20 указывается стоимость часа в тенге, определяемый путем деления фонда заработной платы основного медицинского персонала на количество рабочих часов;

14. В графе 21 указывается стоимость минуты в тенге, определяемый путем деления стоимости часа на 60 минут;

15. В графе 22 указывается норма времени в день;

16. В графах 23-24 указываются длительность лечения (койко-дни), длительность проведения операции, в минутах;

17. В графе 25 указывается сумма заработной платы в тенге, при лечении пациента определяемая умножением граф 21, 22 и 23; при проведении операций - умножением граф 21 и 24;

18. В графе 26 указывается сумма социального налога и социальных отчислений в тенге согласно действующему законодательству по налогам и другим обязательным платежам в бюджет.

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

Сноска. Приложение 15 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения

Индекс: 15-РЛС/ИМН

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___ год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

						Затраты на ЛС и ИМН					
	Наименование подразделения (отделение, операционный	Фармакотерапе	Наимен	Характеристика лекарственная форма и дозировка (для ЛС) техническая спецификация (для ИМН) (таблетка,	Единиц	Вероятность использования %	Разовая доза лекарственных препаратов	Кратность применения (кол-во раз в день)	Длительность применения (койко-дни)	Цена за единицу измерения, тенге	Сумма затрат на ЛС и

№	блок, реанимация)	втическая группа	ование ЛС и ИМН	капсула, драже, ампула)	а измерения						ИМН, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Основные ЛС											
Основные ИМН											
	Итого										
Дополнительные ЛС											
Дополнительные ИМН											
	Итого										

Расшифровка аббревиатур:

ЛС – лекарственные средства;

ИМН – изделия медицинского назначения;

МНН – международное непатентованное название.

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Адрес электронной почты _____

Телефон _____

Исполнитель _____ _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____ _____

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

Место для печати

(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Расчет затрат на лекарственные
средства и изделия
медицинского назначения"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения (отделение, операционный блок, реанимация);

8. В графе 3 указывается фармакотерапевтическая группа, согласно классификациям лекарственных средств;

9. В графе 4 указывается наименование лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

10. В графе 5 указывается характеристика и дозировка для лекарственных средств (таблетка, капсула, драже, ампула) и техническая спецификация для изделий медицинского назначения;

11. В графе 6 указывается единица измерения (миллиграмм, миллилитр, сантиметр, штук, грамм);

12. В графах 7-10 указываются затраты на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, в том числе вероятность использования в % соотношении, разовая доза лекарственных препаратов, кратность применения (количество раз в день), длительность применения (койко-дни);

13. В графе 11 указывается предельная цена за единицу измерения в тенге согласно подпункту 95) статьи 7 Кодекса;

14. В графе 12 указывается сумма затрат на ЛС и ИМН в тенге, определяемая путем умножения граф 7, 8, 9, 10 и 11.

Приложение 16
к Правилам формирования тарифов
на медицинские услуги, оказываемые
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи

и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 16-РЗПП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения (отделение, реанимация)	Наименование продуктов питания	от 1 года до 3-х лет			от 3-х до 7 лет			от 7 до 14 лет		
			норма	цена, тенге	сумма, тенге	норма	цена, тенге	сумма, тенге	норма	цена, тенге	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Итого									

Продолжение таблицы

от 14 лет и выше			Сумма затрат на питание на один койко-день		
норма	цена, тенге	сумма, тенге	норма	цена, тенге	сумма, тенге
13	14	15	16	17	18

Длительность лечения (койко-дни)	Итого сумма затрат на продукты питания
19	20

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 к форме, предназначенной
для сбора административных данных
"Расчет затрат на питание пациентов"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат на питание пациентов" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. в графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения (отделение, реанимация);

8. В графе 3 указывается наименование продуктов питания;

9. В графах 4, 7, 10, 13, 16 указывается норма расхода 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";

10. В графе 5, 8, 11, 14, 17 указывается цена на продукты питания согласно подтверждающим документам;

11. В графе 6, 9, 12, 15, 18 указывается сумма затрат на продукты питания путем умножения норма расхода (графы 4, 7, 10, 13, 16) на цену на продукты питания (графу 5, 8, 11, 14, 17) соответственно;

14. В графе 19 длительность лечения (койко-дни);

15 В графе 20 указывается итоговая сумма затрат на продукты питание (графа 18 умноженное на графу 19).

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

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

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Индекс: 17-ФЗС

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

№	Наименование подразделения (отделение, 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	8
Основные медицинские услуги							
		Итого					
Дополнительные медицинские услуги							
		Итого					
		Общая сумма					

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 к форме, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат на медицинские услуги"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Расчет затрат на медицинские услуги"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Расчет затрат на медицинские услуги" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения (отделение, операционный блок, реанимация);

8. В графах 3-4 указывается код услуги и наименование медицинской услуги по тарификатору, утвержденному уполномоченным органом;

9 В графе 5 указываются вероятность оказания медицинской услуги в %;

10. В графе 6 указывается количество медицинских услуг;

11. В графе 7 указывается цена за единицу медицинской услуги, согласно утвержденному тарификатору, в тенге;

12. В графе 8 указывается сумма затрат по медицинским услугам, определяемая путем умножения граф 5, 6 и 7, в тенге.

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

Сноска. Приложение 18 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:

https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов*

Индекс: 18-СРДРНР

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Подкласс	Специфика	Наименование	План на предыдущий год	Факт за предыдущий год	Отклонение
1	2	3	4	5	6
	II	РАСХОДЫ, всего, тыс.тенге:			
		в том числе:			
110		Заработная плата			
		в том числе: медицинского персонала			
		административно-хозяйственного персонала			
120		Взносы работодателей			
		в том числе: медицинского персонала			
		административно-хозяйственного персонала			
140		Приобретение запасов			
	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			
	151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:			
		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			
	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)			
		Капитальные расходы (расшифровать)			

Примечание:

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

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Адрес электронной почты _____

Телефон _____

Исполнитель _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения

_____ __

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

Место для печати (за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Структура расходов субъекта
здравоохранения для расчета
накладных расходов"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" (далее – Форма).

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган.

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов.

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления
.

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 2 указывается код специфики.

7. В графе 3 указывается наименование статей расходов.

8. В графах 4-5 указываются план и факт предыдущего года, тыс. тенге.

9. В графе 6 указывается отклонение между графами 4 и 5, тыс. тенге.

Приложение 19
к Правилам формирования тарифов
на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Сноска. Приложение 19 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
https://www.dsm.gov.kz

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

Индекс: 19-ОФККД

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20____год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Подкласс	Специфика	Наименование	Объем финансирования на очередной плановый период, тыс. тенге
		РАСХОДЫ, всего:	
		в том числе:	
110		Заработная плата	
		в том числе: медицинского персонала	
		административно-хозяйственного персонала	
120		Взносы работодателей	
		в том числе: медицинского персонала	

		административно-хозяйственного персонала	
140		Приобретение запасов, всего	
	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	
	151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	
		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	
	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	

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Адрес электронной почты _____

Телефон _____

Исполнитель _____ _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения:

_____

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

Место для печати

(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация по объему
финансирования и количеству
койко- дней на очередной
плановый период"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация по объему финансирования и количеству койко-дней на очередной плановый период"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация по объему финансирования и количеству койко-дней на очередной плановый период" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается код специфики;

7. В графе 2 указывается наименование статей расходов;

8. В графе 3 указывается объем финансирования на очередной плановый период в тыс. тенге, согласно плану развития, согласованному с уполномоченным органом и (или) местными исполнительными органами.

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

Заявление на разработку и (или) пересмотр тарифов

Сноска. Приложение 20 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

1. Данные заявителя:

1.1 Юридическое лицо:

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 Физическое лицо:

1.2.1Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

1.2.2 Адрес _____

1.2.3Контакты: (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 действующего тарификатора;
- пересмотр стоимости действующей 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 A, B и C 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 медицинских изделий незарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств, медицинских изделий 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 назначения;

МТ – медицинская техника.

Приложение 21
к Правилам формирования тарифов
на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Сноска. Правила дополнены приложением 21 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: https://www.dsm.gov.kz

Наименование: Информация по объему финансирования и количеству пролеченных случаев по расчетной средней стоимости на очередной плановый период"

Индекс: 19-ОФККД

Периодичность: по мере необходимости

Отчетный период: 20___год

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

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

Информация по объему финансирования и количеству пролеченных случаев по расчетной средней стоимости на очередной плановый период

Подкласс	Специфика	Наименование	Объем финансирования на очередной плановый период, тыс. тенге
		РАСХОДЫ, всего:	
		в том числе:	
110		Заработная плата	
		в том числе: медицинского персонала	
		административно-хозяйственного персонала	
120		Взносы работодателей	
		в том числе: медицинского персонала	
		административно-хозяйственного персонала	
140		Приобретение запасов, всего	
	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	
	151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	
		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	
	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 пролеченных случаев по расчетной средней стоимости	

Наименование медицинской организации _____
Адрес _____
Адрес электронной почты _____
Телефон _____
Исполнитель _____ _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись
Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения
_____ _____ (Должность
, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место для печати
(за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация по объему
финансирования и количеству
пролеченных случаев
по расчетной средней стоимости
на очередной плановый период"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных " Информация по объему финансирования и количеству пролеченных случаев по расчетной средней стоимости на очередной плановый период"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация по объему финансирования и количеству пролеченных случаев по расчетной средней стоимости на очередной плановый период" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления ;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается код специфики;

7. В графе 2 указывается наименование статей расходов;

8. В графе 3 указывается объем финансирования на очередной плановый период в тыс. тенге.

Приложение 2
к приказу Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 21 декабря 2020 года
№ ҚР ДСМ-309/2020

Методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) 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 (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Методика) разработана в соответствии с подпунктом 64) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "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).

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-119 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Методика не распространяется на услуги, оказываемые федеральными медицинскими организациями Российской Федерации гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконыр, поселках Торетам и Акай, не являющимся работниками российских организаций комплекса "Байконур" и временно находящимся на территории комплекса "Байконур", оплата услуг которым осуществляется в соответствии с Соглашением между Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома "Байконур", жителей города Байконыр, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса "Байконур", ратифицированным Законом Республики Казахстан от 31 мая 2010 года.

3. В настоящей Методике используются следующие понятия:

1) ВИЧ-инфекция – хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы и приводящее к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) тариф на обследование населения по поводу ВИЧ-инфекции – стоимость услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного обратившегося по поводу обследования на ВИЧ-инфекцию;

3) тариф на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией – стоимость комплекса медико-социальных услуг лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, в рамках ГОБМП в расчете на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, формируемая на основе клинических протоколов;

4) академический поправочный коэффициент (далее – АПК) – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для улучшения качества медицинских услуг путем интеграции образования, исследований и клинической практики;

5) субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц: город районного значения, район, сельский округ, село, поселок, и предоставляющий комплекс услуг населению, зарегистрированному в ИС "РПН";

6) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП, оказываемых прикрепленному сельскому населению, с учетом поправочных коэффициентов;

7) комплексный подушевой норматив на оказание услуг в рамках ГОБМП сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг в рамках ГОБМП 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 на сельское население;

8) 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, которые предусмотрены договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

9) базовая ставка – средний объем финансовых средств на оказание медицинской помощи в расчете на один пролеченный случай в стационарных и стационарозамещающих условиях;

10) научно-инновационный поправочный коэффициент (далее – НИК) – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для повышения уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения;

11) научная организация в области здравоохранения – национальный центр, научный центр или научно-исследовательский институт, осуществляющие научную, научно-техническую и инновационную деятельность в области здравоохранения, а также медицинскую, фармацевтическую и (или) образовательную деятельность;

12) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

13) информационная система "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – ИС "ЭРДБ") – единая информационная система своевременного выявления, постоянного наблюдения и оздоровления диспансерных больных;

14) 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;

15) 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;

16) 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;

17) тариф на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет – стоимость комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в расчете на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет;

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

19) частный партнер – индивидуальный предприниматель, простое товарищество, консорциум или юридическое лицо, за исключением государственных юридических лиц, а также товариществ с ограниченной ответственностью и акционерных обществ,

пятьдесят и более процентов долей участия в уставном капитале или голосующих акций которых прямо или косвенно принадлежат государству, заключившие договор государственно-частного партнерства;

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

21) 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 согласно подпункту 100) статьи 7 Кодекса;

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

23) 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;

24) медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение;

25) медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную и паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;

26) базовый комплексный подушевой норматив первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) – расчетная стоимость комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи в рамках ГОБМП без учета поправочных коэффициентов;

27) комплексный подушевой норматив на оказание первичной медико-санитарной помощи (далее – КПН ПМСП) – стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в информационной системе " Регистр прикрепленного населения" (далее – ИС "РПН") к субъекту здравоохранения ПМСП, состоящая из гарантированного компонента КПН ПМСП и стимулирующего компонента КПН ПМСП;

28) медицинская техника – аппараты, приборы, оборудование, комплексы, системы, применяемые отдельно или в сочетании между собой для оказания медицинской помощи в соответствии с функциональным назначением и эксплуатационными характеристиками, установленными производителем

29) медико-экономический тариф (далее – МЭТ) – средняя стоимость за один пролеченный случай, формируемая на основе клинических протоколов, для оплаты субъектам здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь в стационарных и (

или) стационарозамещающих условиях детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями в рамках ГОБМП;

30) государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) – форма сотрудничества между государственным партнером и частным партнером, соответствующая признакам , определенным Закон РК о ГЧП;

31) поправочный коэффициент для субъекта ГЧП – коэффициент, который используется для корректировки итоговой суммы тарифа, подлежащей выплате частному партнеру и организации здравоохранения;

32) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП – расчетная стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП с учетом поправочных коэффициентов;

33) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека, оказанная на уровне ПМСП;

34) информационная система "Электронный регистр онкологических больных" – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией.

35) эксплуатационные расходы – издержки, связанные с поддержанием в работоспособном состоянии используемых систем, машин, оборудования, здания и прочие расходы;

36) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центров психического здоровья, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного, зарегистрированного в подсистемах РПБ и РНБ ИС "ЭРДБ";

37) тариф – стоимость единицы медицинской услуги или комплекса медицинских услуг, рассчитанная с учетом поправочных коэффициентов, при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

38) тарификатор – перечень тарифов на медицинские услуги специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

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

40) 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 НРБТ;

41) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые к расчетной стоимости услуги с целью установления тарифа на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, в соответствии с настоящей Методикой;

42) коэффициент организационно-методической помощи (далее – ОМП) – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения и к республиканскому центру первичной медико-санитарной помощи, для оказания ОМП региональным медицинским организациям;

43) ключевые группы населения – группы населения, которые подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу особенностей образа жизни;

44) субъект цифрового здравоохранения – физические и юридические лица, государственные органы, осуществляющие деятельность или вступающие в общественные отношения в области цифрового здравоохранения (далее – субъект информатизации);

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

46) подушевой норматив на расчетную численность городского населения, прикрепленного к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению – расчетная стоимость на одного прикрепленного жителя (городов республиканского значения, столицы и областных центров) к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению.

Сноска. Пункт 3 – в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 14.10.2024 № 82 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

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

1) оплату труда работников субъектов здравоохранения в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан (далее – Трудовой кодекс), Законом Республике Казахстан "О государственном имуществе", по нормативам, установленным постановлением Правительства Республики Казахстан № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий", включая дополнительные денежные выплаты работниками повышение заработной платы медицинским работникам системы здравоохранения;

2) налоги и другие обязательные платежи в бюджет, включая социальный налог, в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О налогах и других обязательных платежах в бюджет" (Налоговый кодекс), а также обязательные профессиональные пенсионные взносы в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "Социальный Кодекс Республики Казахстан", отчисления и (или) взносы на обязательное социальное медицинское страхование в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании", расходы на страхование профессиональной ответственности медицинских работников в порядке, определенном

приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 июля 2024 года № 58 "Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 34803);

3) приобретение (обеспечение) лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов в соответствии с клиническими протоколами и перечнями лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, закупаемых у единого дистрибьютора на соответствующий год, также аптечек, специализированных лечебных продуктов;

4) питание и оснащение мягким инвентарем пациентов в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики";

5) повышение квалификации и переподготовку кадров согласно Трудовому кодексу ;

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

7) прочие расходы, в том числе услуги связи, включая интернет согласно подпункту 44) статьи 1 Закона Республики Казахстан года "Об информатизации", командировочные расходы, проведение текущего ремонта, аренда помещения, приобретение (обеспечение) канцелярских и хозяйственных товаров, горюче-смазочных материалов, прочих товаров и услуг, включая обслуживание информационных систем, сервисное обслуживание медицинской техники, оплата банковских услуг;

8) исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

Формирование тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, осуществляется с периодичностью ежегодно в соответствии с Планом работ, утвержденным согласно подпункту 1 пункта 5 Правил.

Источниками информации при формировании тарифов являются формы, утвержденные Правилами, данные информационных систем здравоохранения и другие источники.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утверждаются уполномоченным органом согласно подпункту 65) статьи 7 Кодекса.

Сноска. Пункт 4 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024); с изменениями, внесенными приказами и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 14.10.2024 № 82 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 1. Алгоритм формирования тарифов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях

5. Расчет тарифов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях осуществляется:

за оказание ПМСП, разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности, неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, в соответствии с пунктами 6 – 16 настоящей Методики;

за оказание медицинских услуг в соответствии с пунктами 17 – 18 настоящей Методики;

за оказание услуг передвижным медицинским комплексом (далее – ПМК) в соответствии с пунктами 19 – 20 настоящей Методики.

Сноска. Пункт 5 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

7. Гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП включает затраты, связанные с деятельностью субъекта ПМСП по оказанию комплекса медицинских услуг по видам оказания медицинской помощи, согласно статьи 120 Кодекса.

8. Расчет гарантированного компонента КПН ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в РПН к субъекту ПМСП, в месяц, осуществляется по комплексной формуле, с учетом поправочных коэффициентов:

КПНгар.ПМСП = КПНбаз.ПМСП х ПВКПМСП + КПНбаз.ПМСП х (Кплотн.район - 1) + КПНбаз.ПМСП х
(Котопит.район - 1) + КПНбаз.ПМСП х (Кэколог. - 1) + КПНбаз.ПМСП х (Ксельск. обл. - 1) + КПНбаз.ПМСП х (К омп - 1), где:

КПНбаз.ПМСП – базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный

без учета поправочных коэффициентов, для субъекта ПМСП на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле:

$$КПНбаз.ПМСП = \frac{КПНгар.ПМСП(рк)}{ПВКрк+(Кплот.рк-1)+(Котопит.рк-1)+(Ксельск.рк-1)}$$, где:

КПНгар.ПМСП(рк) – средний гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного жителя в месяц по Республике Казахстан на предстоящий финансовый год без учета средств на оплату надбавки в зонах экологического бедствия, который определяется по формуле:

КПНгар.ПМСП(рк) = (Vпмсп_рк – Vскпн_рк – Vэкол_рк)/Чрк/m, где:

Vпмсп_рк – плановый годовой объем финансирования по Республике Казахстан на оказание ПМСП населению;

Vскпн_рк – годовой объем выделенных средств из республиканского бюджета на СКПН по республике;

Vэкол_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;

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, 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 ПМСП;

ПВКрк – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне Республики Казахстан, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения Республики Казахстан, который определяется по формуле:

ПВКрк = (ПВКобл.1 + ПВКобл.2 + ... + ПВКобл. i)/n, где:

n – количество регионов

ПВКобл. – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по региону, который определяется по формуле:

ПВКобл. = ∑ (Чобл. k/n x ПВК ПМСП(n))/ Чобл., где:

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН";

Чобл. k/n – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПВК ПМСП(n) – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер n, согласно приложению 4 к настоящей Методике;

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

Кплотн.рк – средний коэффициент плотности населения по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Кплотн.рк = (Кплотн.район.1 х Чрайон.1+ Кплотн.район.2 х Чрайон.2 + … + Кплотн.район.i х Чрайон.i) / n, где:

n – количество районов

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району/городу, который определяется по формуле:

Кплотн.район = 1 + В х Плотн.РК/Пнас район., где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы от численности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.РК = Чрк/Sрк, где:

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.район. – плотность населения в районе, городе, которая определяется по формуле:

Пнас.район. = Чрайон/Sрайон, где:

Чрайон – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП соответствующего района, города, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрайон – площадь территории соответствующего района, города согласно данным официальной статистической информации;

При расчете коэффициента плотности населения в районах и сельских населенных пунктах больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2.

Для субъектов ПМСП, обслуживающих население в моногородах и малых городах, коэффициент плотности равен 1,5 (один с половиной).

Для субъектов ПМСП городов республиканского значения, столицы и областных центров, обслуживающих городское население, коэффициент плотности населения равен 1 (единице).

Ксельск.РК – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Ксельск.РК = (Ксельск.обл.1 х Чобл.1+ Ксельск.обл.2 х Чобл. 2 + … + Ксельск.обл.i х Чобл.i) / n, где

n – количество регионов

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл.i = 1 + 0,25 х (Чсело i/Чобл. i х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чсело – численность прикрепленного населения к субъектам села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъектам села);

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН".

Для субъектов здравоохранения ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения коэффициент равен 1 (единице).

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. = (Vпмсп + Vэкол.)/Vпмсп

Vпмсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

Vэкол. – 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 .

Котопит.РК – средний коэффициент учета продолжительности отопительного сезона по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Котопит.РК = (Котопит.район.1 х Чрайон.1+ Котопит.район.2 х Чрайон.2 + … + Котопит.район.i х Чрайон.i) / n, где

n – количество районов

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. – ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК.

К омп - коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, и к республиканскому центру первичной медико-санитарной помощи для оказания ОМП региональным медицинским организациям, который определяется согласно следующей формуле:

К омп = 1 + (S командировочные расходы + ФОТ привлек.персонала)/ (V фин.ПМСП), где:

S командировочные расходы − годовая сумма затрат на командировочные расходы научных организаций в области здравоохранения и республиканского центра первичной медико-санитарной помощи;

ФОТ привлекаемого персонала – фонд оплаты труда привлекаемого персонала из расчета на 1 штатную единицу заместителя руководителя, 3 штатных единиц руководителей структурных подразделений, 4 штатных единиц врача-эксперта (с высшим медицинским образованием), 6 штатных единиц врача-статиста, 6 штатных единиц эксперта, 0,5 штатных единиц экономиста, 0,5 штатных единиц юриста, 0,5 штатных единиц IT-специалиста.

V фин. ПМСП - годовая сумма общих расходов за предыдущий год по первичной медико-санитарной помощи с учетом прикрепленного населения текущего года.

Сноска. Пункт 8 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 14.10.2024 № 82 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

8-1. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 14.03.2022 № ҚР ДСМ-24 (вступает в силу по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

8-2. Подушевой норматив на разукрупнение организаций ПМСП для обеспечения доступности ПМСП определяется на одного прикрепленного городского жителя (столицы, городов республиканского, областных центров) к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению в месяц и осуществляется по формуле:

ПНразукруп.=Vразукруп./Чнас.для разукруп./m,где

ПНразукруп. - подушевой норматив на разукрупнение организаций ПМСП для обеспечения доступности ПМСП;

Vразукруп. - плановый годовой объем финансирования по Республике Казахстан на разукрупнение организаций ПМСП для обеспечения доступности ПМСП населению;

Чнас.для разукруп. – расчетная численность городского населения, прикрепленная в медицинских организациях ПМСП, подлежащих разукрупнению;

m - количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование разукрупнения организаций ПМСП для обеспечения доступности ПМСП.

Разукрупнение проводится в организациях ПМСП (столицы, городов республиканского, областных центров, обслуживающих городское население), превышающих 30 тыс. прикрепленного населения, путем создания новых центров ПМСП с численностью прикрепленного населения до 10 тыс. человек для обеспечения доступности ПМСП.

Расчет подушевого норматива с учетом поправочных коэффициентов на разукрупнение организаций ПМСП для обеспечения доступности ПМСП, на одного прикрепленного жителя (столицы, городов республиканского, областных центров), к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению в месяц, осуществляется по формуле:

ПНразукруп.обл i = ПНразукруп. x Кпвк.гор. i + ПНразукруп. x (Кплотн.район i - 1) + ПНразукруп. x (Котопит.район i - 1) + ПНразукруп. x (Кэколог.обл i - 1), где:

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району/городу, который определяется по формуле:

Кплотн.район = 1 + В x Плотн.РК/Пнас район, где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы от численности

населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.рк=Чрк/Sрк, где

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.район. – плотность населения в районе, городе, которая определяется по формуле

Пнас.район.=Чрайон/Sрайон, где

Чрайон – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП соответствующего района, города, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрайон – площадь территории соответствующего района, города согласно данным официальной статистической информации;

При расчете коэффициента плотности населения в районах и сельских населенных пунктах больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2.

Для субъектов ПМСП, обслуживающих население в моногородах и малых городах, коэффициент плотности равен 1,5 (один с половиной).

Для субъектов ПМСП городов республиканского значения, столицы и областных центров, обслуживающих городское население, коэффициент плотности населения равен 1 (единице).

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. - ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. i = (Vпмсп + Vэкол.) / Vпмсп

Vпмсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

Vэкол. – 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 .

Для субъектов ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

ПВКгор i – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг сельским населением по региону, который определяется по формуле:

ПВКгор i = S (Чгор k/n x ПВКПМСП(n))/ Чгор, где:

Чгор – численность прикрепленного городского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН";

Чгор k/n – численность прикрепленного городского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПВКпмсп(n) – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер n, согласно таблице, к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива ПМСП;

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 ПМСП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа.

Разукрупнение проводится в организациях ПМСП (столицы, городов республиканского, областного и районного значения, обслуживающих городское население), превышающих 30 тыс. прикрепленного населения, путем создания новых центров ПМСП с численностью прикрепленного населения до 10 тыс. человек для обеспечения доступности ПМСП.

Сноска. Методика дополнена пунктом 8-2, в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.08.2021 № ҚР ДСМ-85 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

9. Расчет подушевого норматива на оказание неотложной помощи (далее – НП) на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц, осуществляется по комплексной формуле:

ПНгар.НП = ПНбаз.НПРК х ПВК НП + ПНбаз.НПРК х (Кплотн.район – 1) + ПНбаз.НПРК х (Котопит.район. – 1) + ПНбаз.НПРК х (Ксельск.обл. – 1) + ПНбаз.НПРК х (Кэколог. – 1), где:

ПНбаз.НПРК – базовый подушевой норматив НП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, являющийся единым на территории Республики Казахстан, который рассчитывается по формуле:

ПНбаз. НПРК = ПНсред.НПРК/(ПВК РК + (Кплотн.РК - 1) + (Котопит.РК–1) + (Ксельск.РК – 1)), где:

ПНсред. НПРК – средний компонент подушевого норматива на оказание НП на одного жителя в месяц по Республике Казахстан на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле:

ПНсред. НПРК = (V НПРК – V экол_рк)/Чрк/m, где:

V НПРК – плановый годовой объем финансирования по Республике Казахстан на оказание НП населению;

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;

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам здравоохранения по оказанию НП Республики Казахстан, 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 НП.

ПВК РК – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне Республики Казахстан, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения Республики Казахстан, который определяется по формуле:

ПВК РК = (ПВКобл.1 + ПВКобл.2 + ... + ПВКобл.i)/n, где:

n – количество регионов

ПВКобл. – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по региону, который определяется по формуле:

ПВКобл. = ∑ (Чобл. k/n x ПВК ПМСП(n))/ Чобл., где:

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН";

Чобл. k/n – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПВК ПМСП(n) – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер n, согласно приложению 4 к настоящей Методике;

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

Кплотн.рк – средний коэффициент плотности населения по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Кплотн.рк = (Кплотн.район.1 x Чрайон.1+ Кплотн.район.2 x Чрайон.2 + … + Кплотн.район.i x Чрайон.i) / n, где

n – количество районов

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району/городу, который определяется по формуле:

Кплотн.район = 1 + В x Плотн.РК/Пнас.район., где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы от численности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.РК = Чрк/Sрк, где:

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.район. – плотность населения в районе, городе, которая определяется по формуле

Пнас.район. = Чрайон/Sрайон, где:

Чрайон – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП соответствующего района, города, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрайон – площадь территории соответствующего района, города согласно данным официальной статистической информации;

При расчете коэффициента плотности населения в районах и сельских населенных пунктах больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2.

Для субъектов ПМСП, обслуживающих население в моногородах и малых городах, коэффициент плотности равен 1,5 (один с половиной).

Для субъектов ПМСП городов республиканского значения, столицы и областных центров, обслуживающих городское население, коэффициент плотности населения равен 1 (единице).

Ксельск.РК – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Ксельск.РК = (Ксельск.обл.1 х Чобл.1+ Ксельск.обл.2 х Чобл.2 + … + Ксельск.обл.i х Чобл.i) / n, где:

n – количество регионов

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл.i = 1 + 0,25 х (Чсело i/Чобл. i х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чсело – численность прикрепленного населения к субъектам села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъектам села);

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН".

Для субъектов здравоохранения ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется

только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. = (Vпмсп + Vэкол.)/ Vпмсп

Vпмсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

Vэкол. – 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 .

Котопит.РК – средний коэффициент учета продолжительности отопительного сезона по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Котопит.РК = (Котопит.район.1 х Чрайон.1+ Котопит.район.2 х Чрайон.2 + … + Котопит.район.i х Чрайон.i) / n, где

n – количество районов

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. – ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК.

Сноска. Пункт 9 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

10. Подушевой норматив на оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, включает:

1) медицинскую помощь, предусмотренную подпунктами 2)-10) пункта 2 статьи 91 Кодекса;

2) обеспечение лекарственных средств и медицинских изделий и расходных материалов.

3) исключить.

Сноска. Пункт 10 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

11. Расчет базового подушевого норматива на оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, на одного прикрепленного школьника (далее – ШМ), закрепленного к субъекту ПМСП на основании приказа руководителя управления здравоохранения, в месяц, осуществляется по формуле:

ПНШМРК =VШМРК / Чшк / m, где:

ПНШМРК– базовый подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц по Республике Казахстан на предстоящий финансовый год;

VШМРК – плановый годовой объем финансирования по Республике Казахстан на оказание ШМ;

Чшк – численность прикрепленных школьников ко всем субъектам здравоохранения по оказанию ШМ в Республике Казахстан, закрепленных к субъекту ПМСП на основании приказов руководителя управления здравоохранения, которая используется для расчета финансирования;

m – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование ШМ.

Сноска. Пункт 11 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

12. Расчет подушевого норматива с учетом поправочных коэффициентов на оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, на одного прикрепленного школьника, закрепленного к субъекту ПМСП на основании приказа руководителя управления здравоохранения, в месяц, осуществляется по формуле:

ПНШМ = ПНШМ РК х Кплотн.район + ПНШМ РК х (Котопит.район - 1) + ПНШМ РК х (Кэколог. - 1) + ПНШМ РК х (Ксельск. - 1), где:

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району/городу, который определяется по формуле:

Кплотн.район = 1 + В х Плотн.РК/Пнас.район., где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы от численности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.РК = Чрк/Sрк, где:

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.район. – плотность населения в районе, городе, которая определяется по формуле:

Пнас.район. = Чрайон/Sрайон, где:

Чрайон – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП соответствующего района, города, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрайон – площадь территории соответствующего района, города согласно данным официальной статистической информации;

При расчете коэффициента плотности населения в районах и сельских населенных пунктах больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2.

Для субъектов ПМСП, обслуживающих население в моногородах и малых городах, коэффициент плотности равен 1,5 (один с половиной).

Для субъектов ПМСП городов республиканского значения, столицы и областных центров, обслуживающих городское население, коэффициент плотности населения равен 1 (единице).

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. – ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит. – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл.i = 1 + 0,25 х (Чсело i / Чобл. i х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН";

Чсело – численность прикрепленного населения к субъекту села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъекту села).

Для субъектов ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется к субъектам села.

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. = (Vпмсп + Vэкол.) / Vпмсп

Vпмсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

Vэкол. – 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 .

Сноска. Пункт 12 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

12-1. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

13. 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.

14. Расчет суммы стимулирующего компонента КПН на одного жителя осуществляется по комплексной формуле, согласно пункту 16 настоящей Методики.

15. Перечень работников субъекта ПМСП, на которых распространяется стимулирование за счет средств СКПН, определяется согласно подпункту 100) статьи 7 Кодекса.

16. Размер суммы СКПН для субъекта ПМСП зависит от уровня достижения целевого значения по индикаторам конечного результата деятельности субъекта ПМСП и определяется в следующем порядке:

шаг 1: Определение плановой суммы СКПН в расчете на одного жителя в месяц на уровне республики осуществляется по формуле:

$V_{скпн_рк} = Ч_{нас.рк} * S_{скпн_рк} * m$год, где:

$V_{скпн\ рк}$ – годовой объем финансирования СКПН по республике;

$Ч_{нас_рк}$ – численность населения по республике на дату месяца, которая используется для расчета финансирования на предстоящий финансовый год по данным официальной статистической информации, подлежащая корректировке в соответствии с данными численности населения, зарегистрированной в РПН, или по данным РПН;

$S_{скпн_рк}$ – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{год}$ – 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:

$V_{скпн\ рег.} = Ч_{нас.рег.} * S_{скпн_рк} * m_{год}$, где:

$V_{скпн\ рег.}$ – годовой объем финансирования СКПН по региону;

$Ч_{нас.рег.}$ – численность прикрепленного населения по региону, зарегистрированная в ИС "РПН", используемая для исчисления бюджета в текущем финансовом году;

$S_{скпн_рк}$ – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{год}$ – 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, ($V_{скпн\ рег./мес.}$).

шаг 3: определение планового годового объема финансирования СКПН для субъекта ПМСП осуществляется по формуле:

$V_{скпн\ мо_план} = Ч_{пмсп} * S_{скпн_рк} * К_{мо} * m$, где:

$V_{скпн\ мо_план}$ – плановый годовой объем финансирования СКПН субъекта ПМСП;

$Ч_{пмсп}$ – 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;

$S_{скпн_рк}$ – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$К_{мо}$ – 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 субъекта ПМСП целевого значения индикаторов конечного результата за отчетный период ($\sum_{ППИ}$):

Определение целевого значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы субъекта ПМСП осуществляется по формуле:

$Ц = И_п – И_п \times N$, где:

Ц – целевое значение индикатора конечного результата, достигнутое в отчетном периоде;

$И_п$ – 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 1, максимальных баллов для субъектов ПМСП в разрезе профилей территориальных участков Приложения 1 к Методике;

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 (Nсниж);

2) если N устанавливает увеличение значения индикатора конечного результата, тогда N применяется в отрицательном значении (Nповыш);

3) если целевое значение индикатора конечного результата должно быть достигнуто в определенном значении, тогда Ц = 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 ИС "ДКПН" осуществляется:

на основе баз данных информационных систем "РПН", "ЭРОБ", "Система управления качеством медицинских услуг", "ЭРДБ" и (или) "НРБТ", а также результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, в соответствии с индикаторами оценки достигнутых результатов работы субъектов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, согласно таблице 2 Приложения 1 к Методике (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 Приложения 1 к Методике (далее – таблица 3);

2) расчет текущего значения по индикаторам конечного результата (Ит) за отчетный период осуществляется в автоматизированном режиме в ИС "ДКПН" на основе данных, выгруженных из базы данных, и определяется по формуле:

$И_т = К_ч/К_з$ x $Н_и$, где:

$И_т$– текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

$К_ч$ – агрегированные количественные данные по числителю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3;

$К_з$– агрегированные количественные данные по знаменателю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3;

$Н_и$ – 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 (Ит) за отчетный период определяется по формуле:

$И_т = К_ч$, где:

$И_т$– текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

$К_ч$ – 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 субъектов 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 Nсниж:

$ППИ = Ц \times И_{ВК} / И_т$, где:

ППИ – приведенный показатель индикатора конечного результата;

$И_т$– текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

$И_{вк}$ – 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 максимальное значение ($И_{вк}$), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении ($И_{вк}$);

для индикатора конечного результата, по которому установлено целевое значение (Ц) при $N_{повыш}$:

$ППИ = И_т \times И_{ВК} / Ц$, где:

В случае если ППИ превышает максимальное значение ($И_{ВК}$), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении ($И_{ВК}$);

для индикатора конечного результата, по которому установлено целевое значение (Ц) равное 0:

в случае если $И_т = 0$, то ППИ устанавливается в своем максимальном значении ($И_{вк}$);

в случае если $И_т$>0, то ППИ устанавливается как 0.

В случае если по индикаторам конечного результата, по которым установлено целевое значение (Ц) при $N_{сниж}$ и $N_{повыш}$, отсутствуют данные по числителю и знаменателю, то ППИ устанавливать в своем максимальном значении ($И_{вк}$).

2) определяется уровень вклада субъекта ПМСП городского значения в достижение целевого значения по индикаторам конечного результата за отчетный период (Ц%) по формуле:

Ц% =

$\sum ППИ / \sum Цбалл$

х 100, где:

$\sum Цбалл$

– сумма максимальных баллов по каждому индикатору конечного результата, которую необходимо было набрать субъекту ПМСП в отчетном периоде;

$\sum ППИ$

– 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:

$V_{факт./скпн\ мо1} = Ч_{нас.\ мо} \times S_{факт.скпн_рк/балл} \times \sum ППИ \times К_{мо;}$

, где:

$V_{факт./скпн\ мо1}$ – фактический объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период;

$Ч_{нас.\ мо}$ – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum ППИ$

– сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному субъекту ПМСП согласно 1-му этапу данного шага;

$S_{факт.скпн_рк/балл}$– сумма СКПН, установленная в отчетном периоде в расчете на 1 балл по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

$S_{факт.скпн_рк/балл} = S_{скпн_рк} / К_{макс.балл}$, где:

$S_{скпн_рк}$ – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге.

$К_{макс.балл}$ – сумма баллов по всем индикаторам, указанным в таблице 1;

$К_{мо}$ – коэффициент соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП, за отчетный период рассчитывается на основании данных ИС " РПН" по формуле:

$К_{мо} = (К_{у} + К_{СМР} + К_{соц.раб/психолог})/3$, где:

$К_{у}$ – коэффициент территориальных участков, который определяется по формуле:

$К_{у} = (У_{тер} \times К_{тер} + У_{пед} \times К_{пед} + У_{воп} \times К_{воп})/(У_{мо} \times К_{макс.балл})$, где:

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

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

$У_{воп}$ – количество участков врачей общей практики (далее – ВОП);

$У_{мо}$ – общее количество участков данного субъекта ПМСП;

$К_{макс.балл}$ – максимальная сумма баллов по всем индикаторам, указанным в таблице максимальных баллов для субъекта ПМСП в разрезе профилей территориальных участков согласно таблице 1;

$К_{тер,}$ $К_{пед}$ и $К_{воп}$ – сумма баллов на участке каждого профиля, указанного в таблице 1.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается $К_{у}$ равный 1,0.

$К_{смр}$ – коэффициент обеспеченности средним медицинским персоналом рассчитывается по формуле:

$К_{смр} = (К_{факт./смр\ воп} + К_{факт./смр\ тер} + К_{факт./смр\ пед})/(Ч_{нас.факт./воп}/ Ч_{нас.\ норм/воп} + Ч_{нас.факт./тер.}/Ч_{нас.\ норм/тер.} + Ч_{нас.факт./пед.}/Ч_{нас.\ норм/пед.})$, где:

$К_{факт./смр\ воп}$, $К_{факт./смр\ тер}$, $К_{факт./смр\ пед}$ – фактическое количество занятых штатных единиц средних медицинских работников на соответствующем профиле участка по данным ИС "РПН" на последнюю дату месяца в отчетном периоде;

$Ч_{нас.факт.(воп,\ тер,\ пед.)}$ – фактическая численность прикрепленного населения к территориальному участку в соответствии с профилем участка, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{нас.норм.(воп,\ тер,\ пед.)}$ – нормативная численность прикрепленного населения на территориальном участке соответствующего профиля.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается $К_{смр}$, равный 1,0.

При определении $К_{смр}$ 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.

$К_{соц.раб/психолог}$ – коэффициент обеспеченности социальными работниками и психологами определяется по формуле:

$К_{соц.раб/психолог} = (К_{факт./соц.раб} + К_{факт./психолог})/(К_{норм./соц.раб.} + К_{норм./психолог})$, где:

$К_{факт./соц.раб,}$ $К_{факт./психолог}$ – фактическое количество штатных единиц социальных работников и психологов в конкретном субъекте ПМСП по данным ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$К_{норм./соц.раб.,}$ $К_{норм./психолог}$ – нормативное количество штатных единиц социальных работников и психологов, рассчитанное на фактическую численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП определяется по формуле:

$К_{норм./соц.раб.} = Ч_{нас.\ мо} / Ч_{нас.норм./соц.раб,}$ где:

$Ч_{нас.\ мо}$ – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{нас.норм./соц.раб}$ – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности социального работника.

$К_{норм./психолог} = Ч_{нас.\ мо.} / Ч_{нас.норм./психолог}$, где:

$Ч_{нас.\ мо}$ – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$Ч_{нас.норм./психолог}$ – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности психолога.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается $К_{соц.раб/психолог}$ равный 1,0.

При определении $К_{соц.раб/психолог}$ 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 при условии отсутствия материнской смертности , предотвратимой на уровне ПМСП. В случае наличия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата данного субъекта 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:

$\sum Ф = V_{план.скпн\ мо} - V_{факт.скпн\ мо1}$, где:

$\sum Ф$ – объем средств фонда дополнительного стимулирования субъектов ПМСП за достижение конечного результата 80% и более в отчетном периоде;

$V_{план.скпн\ мо}$ – плановый объем финансирования СКПН субъекта ПМСП на отчетный период определяется по формуле:

$V_{план.скпн\ мо} = Ч_{нас.\ мо} * S_{скпн_рк} * К_{мо}$, где:

$Ч_{нас.\ мо}$ – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН", в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$S_{скпн_рк}$ – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге.

$К_{мо}$ = равный 1,0

$V_{факт.скпн\ мо1}$ – фактический объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период;

2) распределение средств фонда между субъектами ПМСП, достигшими исполнение 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:

$S_{доп.скпн_рег/балл} = \sum Ф / \sum (Ч_{нас.\ мо\text{-}80\%} \times \sum ППИ_{мо\text{-}80\%} \times К_{мо\text{-}80\%})$, где:

$S_{доп.скпн_рег/балл}$. – дополнительная сумма СКПН, установленная в расчете на 1 балл для субъектов ПМСП – лидеров;

$Ч_{нас.\ мо–80\%}$ – численность прикрепленного населения субъекта ПМСП – лидера, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum ППИ_{мо\text{-}80\%}$ – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата субъекта ПМСП – лидера за отчетный период;

$К_{мо\text{-}80\%}$– коэффициент комплексности медицинских услуг субъекта ПМСП - лидера за отчетный период;

определяется сумма дополнительного стимулирования из фонда для субъекта ПМСП – лидера по формуле:

$Ф_{мо} = (Ч_{нас.\ мо – 80\%} \times \sum ППИ_{мо\text{-}80\%} \times К_{мо\text{-}80\%}) \times S_{доп.скпн_рег/балл}$, где:

$Ф_{мо}$ – 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 ($S_{факт.скпн_рег/балл}$) 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 ($S_{факт.скпн_рег/балл}$) 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 (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:

$V_{факт.скпн\ мо2} = V_{факт.скпн\ мо1} + Ф_{мо}$, где:

$V_{факт.скпн\ мо2}$ - 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 ($V_{факт.скпн\ мо2}$) 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 $V_{факт.скпн\ мо3}$ по следующей формуле:

$V_{факт.скпн\ мо3} = Ч_{нас.\ мо – 80\%}$ x 150, 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 органам, по следующей формуле:

$V_{остаток} = V_{факт.скпн\ мо2} - V_{факт.скпн\ мо3}$

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:

$V_{скпн\ уч.служба} = V_{скпн\ мо} - V_{повыш.кв} - V_{вне\ уч.}$, где:

$V_{скпн\ уч.служба}$– объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$V_{скпн\ мо}$ – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для субъекта ПМСП с уровнем вклада до 80% ($V_{факт.скпн\ мо1}$) или для субъекта ПМСП – лидера ($V_{факт.скпн\ мо2}$ или $V_{факт.скпн\ мо3}$) за отчетный период, рассчитанные согласно шага 4 настоящего приложения;

$V_{повыш.кв}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН, направляемый субъекту 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);

$V_{вне\ уч.}$ – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование медицинских работников медицинской помощи в амбулаторных условиях (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 субъекту 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 ($ППИ_{уч.}$) 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 (ИВК) 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:

$V_{скпн\ уч.} = Ч_{нас.\ уч.} \times S_{скпн_уч/балл} \times \sum ППИ_{уч.}$, где:

$V_{скпн\ уч.}$ – 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);

$Ч_{нас.уч.}$ – численность прикрепленного населения к участку, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum ППИ_{уч}$ – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному участку;

$S_{скпн_уч/балл}$– сумма СКПН, установленная для участковой службы в отчетном периоде в расчете на 1 балл, определяется по формуле:

$S_{скпн_уч/балл} = V_{скпн\ уч.служба} / (Ч_{нас.\ уч.} \times \sum ППИ_{уч.})$, где:

$V_{скпн\ уч.служба}$– объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$\sum$
($Ч_{нас.уч.}$ x
$\sum$
$ППИ_{уч.}$) – 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 субъекта ПМСП, осуществляется комиссией по оценке результатов и начислению выплат СКПН формируемой приказом первого руководителя субъекта ПМСП в соответствии с Правилами поощрения работников медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, согласно подпункту 100) статьи 7 Кодекса.

17. Тариф на оказание одной медицинской услуги осуществляется на основе метода определения прямых и накладных расходов.

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

$Т_{рму_i\text{-}РР\ n} = Р_{му_i\text{-}Р} + Р_{му_i\text{-}Р}$ x $(K_1\text{-}1) +\ldots+ Р_{му_i\text{-}Р}$ x $(K_n\text{-}1)$, где:

$Т_{рму_i\text{-}РР\ n}$ – тариф одной медицинской услуги n вида, рассчитанный с учетом поправочных коэффициентов на основе метода определения прямых и накладных расходов;

$Р_{му_i\text{-}Р}$ – расчетная стоимость одной медицинской услуги, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов на основе метода определения прямых и накладных расходов, осуществляется по следующей формуле:

$Р_{му_i\text{-}Р} = Р_{прямые_i} + Р_{накладные_i}$, где:

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

$Р_{прямые_i}$ – расчетная сумма прямых расходов на оказание одной медицинской услуги, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих i-ю медицинскую услугу, и подпунктом 3) пункта 4 настоящей Методики, и расходы на сервисное обслуживание медицинского оборудования, включая замену запасных частей, согласно подпункту 7) пункта 4 настоящей Методики, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

$Р_{накладные_i}$ – сумма накладных расходов в расчете на одну медицинскую услугу, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании i-й медицинской услуги , и подпунктами 5) - 7) пункта 4 настоящей Методики, которые определяются по следующей формуле:

$Р_{накладные_i}=ЗП_i$ x $k_{накладные}$, 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 4 настоящей Методики.

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

$k_{накладные} = Р_{накладные_мо} / ЗП_{мп}$, где:

$Р_{накладные_МО}$ – средняя расчетная сумма накладных расходов субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг и подпунктами 5) - 7) пункта 4 настоящей Методики;

$ЗП_{мп}$ – средняя расчетная сумма расходов на оплату труда медицинских работников субъектов здравоохранения, которая рассчитана в соответствии с подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики.

K_1, … K_n – поправочные коэффициенты, применяемые 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 ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП, за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

19. По тарифу на оказание услуг ПМК на одного человека осуществляется оплата услуг передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК).

20. Расчет тарифа на оказание услуг ПМК на одного человека с учетом поправочных коэффициентов осуществляется по следующей формуле:

$Т_{ПМК} = Рс_{ПМК} * K_1 + Рс_{ПМК} * (K_2-1)+…+ Рс_{ПМК} * (K_n-1)$, где:

$Т_{ПМК}$ – тариф на оказание услуг ПМК на одного человека;

$Рс_{ПМК}$ – расчетная стоимость за оказание услуг ПМК, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по следующей формуле:

$Pc_{ПМК} = (V_{ср.факт.затрат} - V_{экол.ПМК}) / Ч_{ПМК}$, где:

$V_{ср.факт,затрат}$ – средний объем фактических затрат субъекта здравоохранения, оказывающего услуги ПМК;

$V_{экол.ПМК}$ – 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 ;

$Ч_{ПМК}$ – численность населения, получившая услуги ПМК;

$K_1, K_2, \ldots K_n$ – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на надбавку к заработной плате за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

Параграф 2. Алгоритм формирования тарифов на медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях

21. Субъекты здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, 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;

за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости.

22. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС за один койко-день, осуществляется по следующей формуле:

Тк/дн = Рск/дн * К1 + Рск/дн * (К2-1) + …+ Рск/дн * (Кn-1)+ Рск/дн * (ПК_академ - 1)+ Рск/дн * (ПК_ник -1)+ Рск/дн * (k_омп -1), где:

Тк/дн - тариф за один койко-день;

Рск/дн – расчетная стоимость за один койко-день, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по следующей формуле:

Рск/дн = Vфин / КЛдк/дн, где:

Vфин – объем финансирования на очередной плановый период субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в

стационарных условиях, оплата которым осуществляется по тарифу за один койко-день ;

КЛдк/дн – количество койко-дней по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период.

К1, К2, … Кn – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на надбавку к заработной плате за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

k_омп- коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для оказания ОМП региональным медицинским организациям, определяется согласно следующей формуле:

$$k_{\text{омп}} = 1 + \frac{S_{\text{командировочные расходы}} + \text{ФОТ привлек.перс.} + S_{\text{доплата}}}{S_{\text{общие расходы}}}, \text{ где:}$$

Sкомандировочные расходы − годовая сумма затрат на командировочные расходы научных организаций в области здравоохранения;

ФОТ привлекаемого персонала – фонд оплаты труда привлекаемого персонала из расчета на 1 штатную единицу врача статиста, 1 штатную единицу специалиста отдела стратегии (с высшим медицинским образованием, 0,5 штатных единиц экономиста, 0,5 штатных единиц врача (узкий специалист, клинический фармколог);

S _доплата - сумма доплаты специалистам на время выезда для оказания ОМП региональным медицинским организациям (расширение зоны обслуживания) в размере 25% от должностного оклада;

S общие расходы - годовая сумма общих расходов научных организаций в области здравоохранения.

ПК_ник – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для повышения уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения, определяется согласно следующей формуле:

$$\text{ПК}_{\text{ник}} = 1 + \left(\%_{\text{сред.ФОТ}} \times \left(\frac{\sum_i \frac{S_{i\text{надбавок за степень категорию НИИ, НЦ}}}{S_{i\text{ФОТ НИИ,НЦ}}}}{n} - \frac{\sum_f \frac{S_{f\text{надбавок за степень категорию МО}}}{S_{f\text{ФОТ МО}}}}{k}\right)\right) + \left(\%_{\text{сред.затрат}} \times \left(\frac{\sum_i \frac{S_{i\text{затраты на ЛС, ИМН НИИ, НЦ}}}{S_{i\text{расходы кроме ФОТ НИИ, НЦ}}}}{n} - \frac{\sum_f \frac{S_{f\text{затраты на ЛС, ИМН МО}}}{S_{f\text{расходы кроме ФОТ МО}}}}{k}\right)\right), \text{ где:}$$

ПК_НИК– научно-инновационный поправочный коэффициент;

%_(сред.ФОТ) – средняя фактическая доля фонда оплаты труда врачебного персонала от общего расхода научных организаций в области здравоохранения и медицинских организаций;

i – индекс научной организации в области здравоохранения;

n – общее число научных организаций в области здравоохранения;

j – индекс медицинской организации;

k – общее число медицинских организаций;

S_(надбавок за степень/категорию) – общая сумма фактических надбавок за ученую степень/категорию;

S_ФОТ – общая сумма фактического ФОТ;

% сред затрат – средняя фактическая доля расходов за вычетом расходов на ФОТ от общего расхода научных организаций в области здравоохранения и медицинских организаций;

S затраты на ЛС, ИМН – общая сумма затрат на ЛС, МИ;

S расходы кроме ФОТ – общая сумма расходов за вычетом расходов на ФОТ от общего расхода.

ПК_академ – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для улучшения качества медицинских услуг путем интеграции образования, исследований и клинической практики, определяется согласно следующей формуле:

ПК_академ=1+((S_(надбавок за степень/категорию)/n)/((S_(общ.расх.)-S_(затр.на ЛС, МИ))/n)), где:

ПК_академ– академический поправочный коэффициент;

n – общее число медицинских организаций;

S_(надбавок за степень/категорию) – общая сумма фактических надбавок за ученую степень/категорию;

S_(общ.расх.) – общая сумма расходов;

S затраты на ЛС, ИМН – общая сумма затрат на ЛС, МИ.

Сноска. Пункт 22 – в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.08.2021 № ҚР ДСМ-85 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

23. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости, осуществляется по следующей формуле:

Тпс = Рспс * К1 + Рспс * (К2-1) +…+ Рспс * (Кn-1))+ Рспс * (ПКакадем-1)+ Рспс * (ПКник-1)+ Рспс * (k_омп -1), где:

Тпс – тариф за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

Рспс – расчетная стоимость за один пролеченный случай, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по следующей формуле:

Рспс = Vфин / Клпс, где:

Vфин – объем финансирования на очередной плановый период для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях, оплата которым осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

Клпс – количество пролеченных случаев по данному субъекту здравоохранения на очередной плановый период;

К1, К2, … Кn – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на надбавку к заработной плате за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

k_омп - коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для оказания ОМП региональным медицинским организациям.

ПК_ник – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для повышения уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения.

ПК_академ – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для улучшения качества медицинских услуг путем интеграции образования, исследований и клинической практики.

Сноска. Пункт 23 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 14.03.2022 № ҚР ДСМ-24 (вступает в силу по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

24. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках ГОБМП за один пролеченный случай по МЭТ (республиканских субъектов здравоохранения), осуществляется по следующей формуле:

ТМЭТ = РсМЭТ * К1 + РсМЭТ * (К2-1) +…+ РсМЭТ * (Кn-1) + Рсмэт * (ПК_академ -1)+ Рсмэт * (ПК_ник -1)+ Рсмэт * (k_омп -1), где:

ТМЭТ – тариф для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках ГОБМП за один пролеченный случай по МЭТ;

РсМЭТ – расчетная стоимость за один пролеченный случай по МЭТ для субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях детям до восемнадцати лет с онкологическими

заболеваниями, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по следующей формуле:

РсМЭТ =Рпрямые+Рнакладные, где:

Рпрямые – сумма прямых затрат на пролеченный случай согласно клиническим протоколам, которая включает затраты, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги, рассчитанную по среднемесячной заработной плате отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации, и подпунктами 3) и 4) пункта 4 настоящей Методики, осуществляется по следующей формуле:

Рпрямые = Рзп + Рн + Рпит + Рлс/имн/мед.услуги, где:

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

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

Рпит – расходы по питанию на пролеченный случай;

Рлс/имн/ мед. услуги – расходы по ЛС и МИ и медицинские услуги на пролеченный случай.

Рнакладные – сумма накладных расходов по пролеченному случаю, которая включает затраты, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг, и подпунктами 5), 6), 7) пункта 4 настоящей Методики, осуществляется по следующей формуле:

Рнакладные=ЗПс ×kнакладные, где:

ЗПс – сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников, оказывающих лечение согласно подпунктам 1 и 2 пункта 4 настоящей Методики.

kнакладные – коэффициент накладных расходов, который определяется по следующей формуле:

kнакладные = Рнакладные_мо / ЗПмо, где:

Рнакладные_мо – средняя сумма накладных расходов по субъектам здравоохранения;

ЗПмо – средняя сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения.

K1, K2, … Kn – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на надбавку к заработной плате за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

k_омп- коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для оказания ОМП региональным медицинским организациям.

ПК_ник – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для повышения уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения.

ПК_академ – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для улучшения качества медицинских услуг путем интеграции образования, исследований и клинической практики.

Сноска. Пункт 24 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

$Т_ф = Р_{прямые} + Р_{накладные}$, где:

$Т_Ф$ – тариф на один пролеченный случай по фактическим расходам;

$Р_{прямые}$ – сумма прямых расходов по пролеченному случаю, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) - 4) пункта 4 настоящей Методики;

$Р_{накладные}$ – сумма накладных расходов по пролеченному случаю, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 4 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг и подпунктами 5) - 7) пункта 4 настоящей Методики.

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

Рпр = Рзп + Рн + Рпит + Рлс/имн + Русл , где:

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

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

Рпит – расходы по питанию на пролеченный случай;

Рлс/имн – расходы по ЛС и ИМН на пролеченный случай;

Русл –расходы на медицинские услуги на пролеченный случай.

Сноска. Пункт 26 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

$$Р_{накл} = \frac{ЗП_{ВП} + КПР_{М}}{К_{М}};$$

, 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 4 настоящей Методики за предыдущий месяц;

$КПР_{М}$

– сумма расходов по КПР по субъекту здравоохранения за предыдущий месяц;

$К_{М}$

– количество случаев за предыдущий месяц.

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

29. Тариф за один пролеченный случай по КЗГ для субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях, определяется по следующей формуле:

Ткзг = БСкзг х КЗкзг i + БСкзг х КЗкзг i х (Kn1-1) + БСкзг х КЗкзг i х (Kn2-1) +… + БСкзг х КЗкзг i х (Knn-1) + БС*(ПКакадем-1)+ БС*(ПКник-1)+ БС*(К_омп-1), где:

Ткзг – тариф за один пролеченный случай по КЗГ;

i – вид или группа КЗГ;

БСкзг – стоимость базовой ставки по КЗГ;

КЗкзг i – коэффициент затратоемкости определенного вида (i) КЗГ;

Kn1, Kn2, …, Knn – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности, коэффициент учета продолжительности отопительного сезона и другие коэффициенты).

Ксельск.РК – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Ксельск.РК = (Ксельск.обл. 1 + Ксельск.обл. 2 + … + Ксельск.обл. i) /n

n– количество регионов

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл. = 1+0,25 х (Чсело / Чобл. х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чобл – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН";

Чсело – численность прикрепленного населения к субъекту села, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъекту села).

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. = (VСМП + Vэкол.) / VСМП

VСМП – объем финансирования на очередной плановый период для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях;

Vэкол. – 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 .

k_омп- коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для оказания ОМП региональным медицинским организациям.

ПК_ник – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для повышения уровня оказания медицинской помощи путем внедрения международных инновационных технологий и модернизации системы здравоохранения.

ПК_академ – коэффициент, применяемый к научным организациям в области здравоохранения, для улучшения качества медицинских услуг путем интеграции образования, исследований и клинической практики.

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. - ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК.

Сноска. Пункт 29 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

Фз = Рпациент + Рмо, где:

Фз – фактические затраты на пролеченный случай;

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

Рмо – фактические затраты субъекта здравоохранения на одного пациента, рассчитанные методом ступенчатого отнесения затрат, определяются по следующей формуле:

Рмо = Ск/дсрарифм х СДПБ, где:

Ск/дсрарифм – среднеарифметическая стоимость койко-дня соответствующих отделений;

Ск/дсрарифм= (С1+С2+…+Сn) /n, где:

С1, С2, Сn – фактическая стоимость отделений субъектов здравоохранения,

n – количество соответствующих отделений субъектов здравоохранения,

СДПБ – средняя длительность пребывания больного в соответствующих отделениях

.

Сноска. Пункт 30 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

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

$$С_{срвКЗГ_i} = \frac{\Sigma(С_{ср} х Кл)}{\Sigma Кл}$$

, где:

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

Кл – количество случаев по каждой МКБ-10/9 КМ i-й КЗГ по Республике Казахстан

.

32. Коэффициент затратоемкости рассчитывается по следующей формуле:

$$КЗ_{КЗГ_i} = \frac{С_{срвКЗГ_i}}{БС_{КЗГ}}$$

, где:

$БС_{КЗГ}$стоимость базовой ставки по КЗГ.

33. БСкзг – стоимость базовой ставки для определения стоимости КЗГ, которая рассчитывается по следующей формуле:

$БС_{кзг}=V_{фин} / Кл_{БС}$, где:

$V_{фин}$ – объем средств, предусмотренный соответствующим бюджетом на предстоящий год для оказания медицинской помощи в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях по КЗГ в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС, без учета средств, предусмотренных на оплату за фактически понесенные расходы, и дополнительной оплаты затрат;

$Кл_{БС}$ – количество базовых ставок, которое определяется по следующей формуле:

$$Кл_{БС} = \sum_{i=1}^{n} КЗ_{КЗГ_i} * Кл_{КЗГ_i} + КЗ_{КЗГ_i} * Кл_{КЗГ_i} * (К_{n_1} - 1) + \cdots + КЗ_{КЗГ_i} * Кл_{КЗГ_i} * (К_{n_n} - 1),$$

, где:

$КЗ_{КЗГi}$ – коэффициент затратоемкости по КЗГi за предыдущий год;

$Кл_{КЗГi}$ – количество пролеченных случаев по КЗГi за предыдущий год;

K_{n1}, K_{n2}, …, K_{nn} – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности, коэффициент продолжительности отопительного сезона и другие коэффициенты).

34. В случае уточнения республиканского бюджета проводится индексация базовой ставки.

35. Тарифы на оказание патологоанатомической диагностики, производство компонентов крови определяются по формуле согласно пунктам 17 – 18 настоящей Методики.

35-1. К тарифам на медицинские услуги по подготовке кадавра к мультиорганному забору органов и/или тканей применяется коэффициент 5 (пять).

Сноска. Методика дополнена пунктом 35-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 14.10.2024 № 82 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

36. Исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-119 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

37. Исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-119 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 4. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным центра психического здоровья

38. В комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья не входят оказание медицинской помощи республиканских субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата которым осуществляется за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и за один койко-день в рамках ГОБМП.

39. Комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья 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 с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), состоящих на диспансерном учете;

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

3) оказание лицам с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих видах: скорой медицинской помощи, консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в том числе лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения и стационарозамещающих условиях;

4) услуги, направленные на оказание медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), связанные с употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ), диагностику, лечение, уход, медико-социальную реабилитацию лиц с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), связанные с употреблением ПАВ, медицинское освидетельствование для установления факта употребления ПАВ;

5) оказание лицам с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), связанные с употреблением ПАВ, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих видах: скорой медицинской помощи, специализированной медицинской

помощи в амбулаторных условиях, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения и стационарозамещающих условиях.

40. Расчет комплексного тарифа на одного больного центров психического здоровья в месяц, зарегистрированного в РПБ, РНБ ИС "ЭРДБ" субъекта здравоохранения, оказывающего медико-социальную помощь больным центров психического здоровья, осуществляется по формуле:

КТцпз = (Vфин.псих/нарко_год / Чср.спис.псих/нарко_год)/m, где:

КТцпз – комплексный тариф на одного больного центров психического здоровья в месяц;

Vфин.псих/нарко_год – объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным центра психического здоровья на предстоящий финансовый год;

Чср.спис.псих/нарко_год – годовая среднесписочная численность больных центров психического здоровья, которая рассчитывается по формуле:

Чср.спис.псих/нарко_год = (Чпсих/нарко нач. года + Чпсих/нарко нач.года х Тприроста / 100)/2, где:

Чпсих/нарко нач.года – численность больных центров психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ на начало финансового года;

Тприроста – средний темп прироста больных центров психического здоровья за последние три года, который определяется по формуле:

Тприроста = (Чпсих/нарко конец года (n1) / Чпсих/нарко нач. года (n1) х 100 + Чпсих/нарко конец года (n2) / Чпсих/нарко нач. года (n2) х 100 + Чпсих/нарко конец года (n3) / Чпсих/нарко нач. года (n3) х 100) / 3, где:

Чпсих/нарко. нач. года – численность больных центра психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ ИС "ЭРДБ" на начало года за период (n1, 2, 3) последних трех лет;

Чпсих/нарко конец года – численность больных центра психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ ИС "ЭРДБ" 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 центров психического здоровья.

Сноска. Пункт 40 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 5. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

41. В комплексный тариф на одного больного туберкулезом не входит:

1) обеспечения противотуберкулезных препаратов;

2) республиканских субъектов здравоохранения, оплата которым осуществляется за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях по тарифу за один койко-день (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным туберкулезом).

42. Комплексный тариф на одного больного туберкулезом предусматривает:

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

2) оказание социально-психологической помощи лицам, страдающим туберкулезом;

3) оказание медицинской реабилитации взрослым и детям больным туберкулезом и перенесшим туберкулез, за исключением снятых с динамического наблюдения;

4) оказание профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции.

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

Кттуб = (Vфин.туб_год / Чср.спис.туб.год) / m, где:

Кттуб – комплексный тариф на одного больного туберкулезом в месяц;

Vфин.туб.год – объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом на предстоящий финансовый год;

Чср.спис.туб.год – годовая среднесписочная численность больных туберкулезом, которая рассчитывается по формуле:

Чср.спис.туб.год = (Чтуб.нач.года + Чтуб.нач. года х Тприроста /100)/2, где:

Чтуб.нач. года – численность больных туберкулезом, зарегистрированных в НРБТ на начало финансового года;

Тприроста – средний темп прироста больных туберкулезом за последние три года, который определяется по формуле:

Тприроста = (Чтуб.конец года (n1) /Чтуб.нач. года (n1) х 100+ Чтуб.конец года (n2) / Чтуб.нач. года (n2) х 100+ Чтуб.конец года (n3) /Чтуб.нач. года(n3) х 100)/3, где:

Чтуб.нач. года – численность больных туберкулезом, зарегистрированных в НРБТ на начало года за период (n1, 2, 3) последних трех лет;

Чтуб.конец года – 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.

Сноска. Пункт 43 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 6. Алгоритм формирования тарифа за оказание медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, тарифа для ключевых групп населения в дружественных кабинетах и тарифа на обследование лица по поводу ВИЧ-инфекции

44. В тариф на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, не входит оказание медицинской помощи республиканскими организациями здравоохранения, оказывающими специализированную медицинскую помощь в виде консультативно-диагностической помощи, оплата которым осуществляется по тарифу за оказание одной медицинской услуги (далее – субъекты здравоохранения, оказывающие медико-социальную помощь лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией).

45. Тариф на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, включает обеспечение специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, в том числе осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду и ребенку.

46. Расчет тарифа на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, в месяц субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, осуществляется по формуле:

Твич = РсВИЧ * К1 + РсВИЧ * (К2-1) +…+ РсВИЧ * (Кn-1), где:

Твич – тариф на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, в месяц;

РсВИЧ – расчетная стоимость на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией, без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по формуле, где:

Сi – стоимость одной медицинской услуги, рассчитанная на основе метода определения прямых и накладных расходов;

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

q – вероятность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом данных официальной статистической информации;

М – кратность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов.

К1, К2, …, Кn – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

Сноска. Пункт 46 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

47. Тариф для ключевых групп населения в дружественных кабинетах включает:

1) обеспечение конфиденциального медицинского обследования, предоставление психосоциальных, юридических консультаций, функционирования пунктов доверия, дружественных кабинетов;

2) проведение лечебно-профилактических мероприятий среди лиц, относящихся к ключевым группам населения, по повышенному риску инфицирования ВИЧ-инфекцией.

48. Расчет тарифа на одно лицо из ключевой группы населения в дружественных кабинетах субъекта здравоохранения, оказывающего медико-социальную помощь лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, осуществляется по формуле:

Ткгн = РсКГН * К1 + РсКГН * (К2-1) +…+ РсКГН * (Кn-1), где:

Ткгн – тариф на одно лицо из ключевой группы населения в дружественных кабинетах;

РсКГН – расчетная стоимость на одно лицо из ключевой группы населения в дружественных кабинетах без учета поправочных коэффициентов, осуществляется по формуле, где:

Сi – стоимость одной медицинской услуги, рассчитанная на основе метода определения прямых и накладных расходов;

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

q – вероятность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом данных официальной статистической информации;

М – кратность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов;

К1, К2, …, Кn – поправочные коэффициенты, применяемые с целью корректировки стоимости медицинской услуги за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП , за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

Сноска. Пункт 48 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

49. Тариф на обследование населения на ВИЧ-инфекцию включает проведение анализов на ВИЧ-инфекцию для населения Республики Казахстан и определяется по формуле согласно пунктам 17 – 18 настоящей Методики.

Параграф 7. Алгоритм формирования тарифов за оказание скорой медицинской помощи и медицинской авиации

50. Субъектам здравоохранения, оказывающим скорую медицинскую помощь (далее – СП) и медицинскую помощь с привлечением квалифицированных специалистов, оказываемую санитарным автотранспортом, на уровне станции СП и субъекты здравоохранения, имеющие разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях" (далее – Закон РК о разрешениях), оплата осуществляется по подушевому нормативу СП и медицинской помощи с привлечением квалифицированных специалистов, оказываемой санитарным автотранспортом, на одного прикрепленного человека для

станции СП в рамках ГОБМП, за исключением СП прикрепленному населению 4 категории срочности вызовов.

51. Расчет подушевого норматива на оказание СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту здравоохранения, оказывающему СП, в месяц, осуществляется по комплексной формуле:

ПНгар.СП = (ПНбаз.СПРК х ПВК СП + ПНбаз.СПРК х (Кплотн.регион - 1) + ПНбаз.СПРК х (Котопит.обл. - 1) + ПНбаз.СПРК х (Ксельск.обл. - 1) + ПНбаз.СПРК х (Кэколог - 1)) х Крегион, где:

ПНбаз.СПРК – 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 рассчитывается по формуле:

ПНбаз.СПРК = ПНсред. СПРК/(ПВК РК + (Кплот.регионРК – 1) + (Котопит.РК – 1) + (Ксельск.РК – 1) + (Кэколог.РК – 1)), где:

ПНсред. СПРК – средний компонент подушевого норматива на оказание СП на одного жителя в месяц по Республике Казахстан на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле:

ПНсред. СПРК = Vсп рк/Чрк/m, где:

Vсп рк – плановый годовой объем финансирования по Республике Казахстан на оказание СП населению;

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем организациям по оказанию СП Республики Казахстан, 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.

ПВК РК – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне Республики Казахстан, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения Республики Казахстан, который определяется по формуле:

ПВК РК = (ПВКобл.1 + ПВКобл.2 + ... + ПВКобл. i)/ n

n – количество регионов

ПВКобл. – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по региону, который определяется по формуле:

ПВКобл. = ∑ (Чобл k/n х ПВК ПМСП(n))/ Чобл., где:

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН";

Чобл. k/n – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПВК ПМСП(n) – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер n, согласно приложению 4 к настоящей Методике;

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

Кплотн.рк – средний коэффициент плотности населения по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Кплотн.рк = (Кплотн.обл.1 х Чобл.1+ Кплотн.обл.2 х Чобл.2 + … + Кплотн.обл.i х Чобл.i) / n

n – количество регионов

Кплотн.обл. – коэффициент плотности населения по данной области, который определяется по формуле:

Кплотн.обл = 1 + В х Плотн.РК/Пнас обл., где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей, городов республиканского значения и столицы от численности населения областей, городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.РК = Чрк/Sрк, где:

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.обл. – плотность населения в области, которая определяется по формуле.

Пнас.обл.= Чобл./Sобл., где:

Чобл. – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП области, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sобл. – площадь территории области согласно данным официальной статистической информации;

Для субъектов СП городов республиканского значения, столицы коэффициент плотности населения равен 1 (единице).

При расчете коэффициента плотности населения больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2 (двум).

Ксельск.РК – средний коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Ксельск.РК = (Ксельск.обл.1 х Чобл.1+ Ксельск.обл.2 х Чобл. 2 + … + Ксельск.обл.i х Чобл.i) / n

n - количество регионов

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл.i = 1 + 0,25 х (Чсело i / Чобл. i х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чсело – численность прикрепленного населения к субъектам села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъектам села);

Чобл. – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС " РПН".

Для субъектов здравоохранения, оказывающих СП и медицинскую помощь с привлечением квалифицированных специалистов, оказываемую санитарным автотранспортом, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

Котопит.РК – средний коэффициент учета продолжительности отопительного сезона по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

Котопит.РК = (Котопит.район.1 х Чрайон.1+ Котопит.район.2 х Чрайон.2 + … + Котопит.район.i х Чрайон.i) / n

n - количество районов

Котопит.район. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (города республиканского значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. - ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог.РК = (Кэколог.1 + Кэколог.2 +…+ Кэколог.i)/n

n – количество регионов РК

Кэколог. = (Vсп + Vэкол.) / Vсп

Vсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего скорую медицинскую помощь;

Vэкол. – 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 .

Крегион – поправочный коэффициент, устанавливаемый с целью корректировки тарифа и обеспечения устойчивого функционирования субъектов здравоохранения в городах республиканского значения и столице.

Сноска. Пункт 51 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

52. Тариф за один вызов скорой медицинской помощи в случае привлечения для соисполнения субъекта здравоохранения, имеющего разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях", за один выезд мобильной бригады паллиативной помощи, за один вызов мобильной бригады в условиях амбулаторной помощи определяется суммой расходов на оказание одной медицинской услуги, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1), 2), 3) и 7) пункта 4 настоящей Методики.

Расчет тарифа на 1 вызов/выезд осуществляется по следующей формуле:

Твызов/выезд = ЗП x tвызов/выезд + налоги + ЛС + МИ + ГСМ + прочие)/ кол.вызов /выезд, где:

ЗП – заработная плата соответствующего персонала;

tвызов/выезд – время на 1 вызов/выезд;

кол.вызов/выезд – количество вызовов за отчетный период;

ЛС, МИ, ГСМ, прочие – сумма фактических расходов за отчетный период.

Сноска. Пункт 52 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 27.06.2024 № 34 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 8. Алгоритм формирования тарифов за оказание медицинской помощи сельскому населению

54. Субъектам села, оказывающим комплекс медицинских услуг по видам медицинской помощи, определяемым в соответствии с подпунктами 6) и 7) статьи 7 Кодекса, тарифом для определения объема финансирования является комплексный подушевой норматив на сельское население.

55. Комплексный подушевой норматив на сельское население определяется для субъектов села из расчета на одного сельского жителя, зарегистрированного в ИС " РПН", в месяц и состоит из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население, СКПН, объема средств для субъекта села на оказание прикрепленному сельскому населению медицинской помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях.

Сноска. Пункт 55 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

56. 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, специализированная, ПМСП, которые оказываются в амбулаторных, стационарных и стационарнозамещающих условиях, скорой медицинской помощи в соответствии с пунктом 4 настоящей Методики.

Размер гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население устанавливается в зависимости от структуры субъектов села по видам медицинской помощи (ПМСП, специализированная, скорая медицинская помощь).

57. Стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива определяется в соответствии с пунктами 14-16 настоящей Методики.

58. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население в месяц для субъектов села осуществляется по формуле:

КПНсело = КПНгар.село + Sскпн, где:

КПНсело – комплексный подушевой норматив на сельское население на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц;

Sскпн – сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту села, в месяц;

КПНгар.село – гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население, в рамках ГОБМП, на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту села, в месяц, который рассчитывается по формуле:

КПНгар.село = КПНбаз.ПМСП х ПВКсело+ КПНбаз. ПМСП х (Кплотн.район – 1) + КПНбаз.ПМСП х (Котопит.район. – 1) + КПНбаз. ПМСП х (Ксельск.обл – 1)+ КПНбаз.ПМСП х(Кэкол. – 1) + Vсп/сзт_село/ Чсело/m, где:

КПНбаз.ПМСП – базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, который рассчитывается по формуле согласно пункту 8 настоящей Методики;

ПВКсело – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг сельским населением по региону, который определяется по формуле:

ПВКсело = S (Чсело k/n х ПВКПМСП(n))/ Чсело, где:

Чсело– численность прикрепленного сельского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН";

Чсело k/n – численность прикрепленного сельского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПВКпмсп(n) – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер n, согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива ПМСП;

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 ПМСП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа.

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району, который определяется по формуле:

Кплотн.район – коэффициент плотности населения по данному району/городу, который определяется по формуле:

Кплотн.район = 1 + В х Плотн.РК/Пнас район., где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы от численности населения районов, городов за исключением городов республиканского значения и столицы (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Плотн.РК – плотность населения в среднем по Республике Казахстан, которая определяется по формуле:

Плотн.рк=Чрк/Sрк, где

Чрк – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП Республики Казахстан, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрк – площадь территории РК согласно данным официальной статистической информации;

Пнас.район. – плотность населения в районе, городе, которая определяется по формуле

Пнас.район.=Чрайон/Sрайон, где

Чрайон – численность прикрепленного населения ко всем субъектам ПМСП соответствующего района, города, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

Sрайон – площадь территории соответствующего района, города согласно данным официальной статистической информации;

При расчете коэффициента плотности населения больше 2 (двух), то коэффициент плотности равен 2 (двум).

Котопит.район – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района, города (в т.ч. городов республиканского, областного значения и столицы), который определяется по формуле:

Котопит.район. = 1 + Дотопит. х (Прайон. - ПРК/сред.)/ПРК/сред., где:

Котопит.район.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для района;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в соответствующем районе, городе за прошедший год;

Прайон. – период отопительного сезона по району, городу (городу 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;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан, который определяется по формуле:

ПРК/сред. = (Прайон. 1 + Прайон. 2 + … + Прайон. i)/n

n – количество районов РК

Ксельск.обл. – коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности для областей, который определяется по формуле:

Ксельск.обл. = 1+0,25 х (Чсело/ Чобл. х ДОсело), где:

ДОсело – доля затрат на оплату труда по должностному окладу в общем объеме текущих затрат субъектов села;

Чсело – численность прикрепленного населения к субъекту села, оказывающему ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по данному району или селу (далее – численность прикрепленного населения к субъекту села).

Поправочный экологический коэффициент предусматривается субъектам здравоохранения для обеспечения доплат работникам, проживающим в зонах экологического бедствия и на территориях ядерного испытания на Семипалатинском ядерном полигоне в соответствии с ЗРК о соцзащите граждан Приаралья и ЗРК о соцзащите граждан СИЯП.

Кэколог. = (Vпмсп + V экол.) / Vпмсп

Vпмсп – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

Vэкол. – 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 .

Vсп/сзт_село – годовой объем средств для субъекта села на оказание прикрепленному сельскому населению медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, который определяется по формуле:

Vсп/сзт_село = Vсп/сзт_село/обл. / ПС сп/сзт_село/обл. х ПС сп/сзт_село, где:

Vсп/сзт_село/обл – годовой объем средств по области на оказание сельскому населению специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях на предстоящий финансовый год;

ПСсп/сзт_село/обл. – планируемое количество пролеченных случаев по области на предстоящий финансовый год при оказании сельскому населению специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях, которое определяется как сумма пролеченных случаев (ПСсп/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 стационарных и стационарозамещающих условиях, которое определяется по формуле:

ПСсп/сзт_село = ПС сп/село + ПС сп/село х %темпсп/село + ПС сзт/село + ПС сзт/село х %темпсзт/село, где:

ПСсп/село – количество пролеченных случаев субъекта села за прошедший год, которым была оказана специализированная медицинская помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях среди прикрепленного сельского населения;

ПСсзт/село – количество пролеченных случаев субъекта села за прошедший год, которым была оказана специализированная медицинская помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях среди прикрепленного сельского населения;

%темпсп/село, %темпсзт/село – темп роста или снижения медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях, соответственно планируемый на предстоящий финансовый год, выраженный в проценте;

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

Сноска. Пункт 58 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 17.01.2024 № 3 (вводится в действие с 01.01.2024).

Параграф 9. Алгоритм формирования поправочного коэффициента к тарифам на медицинские услуги для субъекта здравоохранения, введенного в эксплуатацию в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства

59. Поправочный коэффициент для субъектов ГЧП применяется к тарифам, отображенным в Алгоритме формирования поправочного коэффициента к тарифам на медицинские услуги для субъектов здравоохранения, введенных в эксплуатацию в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства (далее – Алгоритм), во избежание дублирования выплат компенсаций операционных (эксплуатационных) затрат из республиканского (местного) бюджетов с выплатами в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, направленными на возмещение эксплуатационных расходов.

60. Для расчета поправочного коэффициента для проекта ГЧП, необходимо провести анализ по историческим данным действующих субъектов ГЧП.

61. Выбор и согласование перечня субъектов здравоохранения, а также утверждение количества и наименования субъектов здравоохранения проводится организацией, определенной уполномоченным органом.

62. По утвержденному перечню субъектов здравоохранения организация, определенная уполномоченным органом, производит постатейный сбор информации за прошлый год о расходах для расчета предварительного коэффициента:

1) расходы, понесенные субъектом здравоохранения, включаются в медицинскую часть расходов и подлежат возмещению субъекту здравоохранения за счет тарифа на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) расходы, понесенные частным партнером, включаются в эксплуатационную часть расходов и подлежат выплате частному партнеру за счет тарифа ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

Расходы, собранные постатейно за прошлый год организацией, определенной уполномоченным органом, утверждаются соответствующим документом.

63. Организация, определенная уполномоченным органом, производит расчет предварительного коэффициента по субъектам здравоохранения:

1) расчет предварительного коэффициента проводится для каждого субъекта здравоохранения отдельно и на основе данных о фактических общих расходах, отображенных в пункте 59 и в подпунктах 1) и 2) пункта 62 настоящего Алгоритма;

2) медицинские и эксплуатационные фактические расходы согласно пункту 59 и подпунктам 1) и 2) пункта 62 заполняются на основании приложения 2 к настоящей Методике;

3) расчет предварительного коэффициента для субъектов здравоохранения, определяется по следующей формуле:

$КПК(N)=Р_{экс}/Р_{фр}$, где:

КПК(N)– предварительный коэффициент;

$Р_{экс}$ – сумма эксплуатационных расходов субъекта здравоохранения, которая определяется в соответствии с пунктом 4 и подпунктом 2) пункта 62 настоящего Алгоритма;

$Р_{фр}$ – сумма фактических расходов субъекта здравоохранения, которая определяется в соответствии с пунктом 4 и подпунктами 1) и 2) пункта 62 настоящего Алгоритма.

64. Организация, определенная уполномоченным органом, производит расчет поправочного коэффициента для субъекта здравоохранения, введенного в эксплуатацию в рамках реализации проекта ГЧП следующим образом:

1) на основании полученных расчетов предварительного коэффициента для субъектов здравоохранения, производится расчет поправочного коэффициента для субъектов ГЧП, по следующей формуле и на основании приложения 3 к настоящей Методике:

$КП = (К_{ПК1}+ К_{ПК2}+ К_{ПК3}+\ldots+ К_{ПК(n)})/N$, где:

КП – поправочный коэффициент для субъектов ГЧП;

$К_{ПК1}$, $К_{ПК2}$, $К_{ПК3}$ и $К_{ПКN}$ – предварительный коэффициент, рассчитанный для каждого субъекта здравоохранения, на основании подпункта 3) пункта 63 настоящего Алгоритма.

2) рассчитанный поправочный коэффициент для субъектов ГЧП применятся к субъектам здравоохранения, действующих в рамках реализации проекта ГЧП;

3) поправочный коэффициент для субъектов ГЧП округляется до четвертого знака после запятой;

4) для каждого нового проекта ГЧП рассчитывается свой индивидуальный поправочный коэффициент на основании настоящего Алгоритма.

65. Распределение суммы тарифа на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС с учетом поправочного коэффициента для субъектов ГЧП осуществляется следующим образом:

1) сумма тарифа на медицинские услуги, оказываемых в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, умножается на утвержденный поправочный коэффициент для субъектов ГЧП (КП), рассчитанный в соответствии с пунктом 63 настоящего Алгоритма. Полученная в результате сумма будет являться суммой, подлежащей выплате Частному партнеру в счет понесенных эксплуатационных (операционных) расходов (частично или полностью);

2) сумма тарифа на медицинские услуги, оказываемых в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС за вычетом доли эксплуатационных затрат, подлежащих выплате частному партнеру согласно подпункту 1) настоящего пункта настоящего Алгоритма, возмещается субъекту здравоохранения в счет понесенных затрат на медицинское обеспечение субъекта здравоохранения в рамках существующих процедур и правил.

66. Утверждение поправочного коэффициента для субъекта ГЧП осуществляется следующим образом:

1) рассчитанный поправочный коэффициент для субъекта здравоохранения, введенного в эксплуатацию в рамках реализации проекта ГЧП утверждается в организации, определенной уполномоченным органом;

2) пересмотр поправочного коэффициента для субъектов ГЧП подлежит перерасчету и утверждению по согласованию сторон, но не чаще одного раза в год.

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

Таблица 1

Таблица максимальных 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

Индикаторы оценки достигнутых результатов работы субъектов первичной медико-санитарной помощи

№ п/п	Название индикатора	Способ вычисления			Источник данных		Ожидаемый эффект
		числитель	знаменатель	умножить на	числитель	знаменатель	
1	2	3	4	5	6	7	8
					ИС "РПН": факт смерти из формы		

1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП	Количество случаев материнской смерти от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно среди прикрепленного населения за отчетный период			2009-1/у "Карта учета материнской смертности", утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КМФК о предотвратимости на уровне ПМСП		отсутствие
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			ИС "РПН": факт смерти из формы № 2009/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного, умершего ребенка в возрасте до 1 года" утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, расширенной до 5 лет, по причинам смерти согласно кодов МКБ-10, указанных в таблице № 3 к комплексной формуле расчета стимулирую		отсутствие

		населения за отчетный период			щего компонента комплексного подушевого норматива медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – таблица № 3) ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КМФК 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 согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса ИС "РПН": прикрепленное население	МИС: 025-5/У статистическая карта ИС "РПН": прикрепленное население	снижение
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	МИС: 025-5/У статистическая карта ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса , ИС "РПН": прикрепленное население	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, ИС "РПН": прикрепленное население	100%

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 согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, случаи своевременного диагностирования форм туберкулеза согласно кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом , указанных в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	ИС "ЭРДБ" (Подсистема " Национальный регистр больных туберкулезом"): форма ТБ 16/у " Карта наблюдения за диспансерным контингентом", утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, все впервые выявленные случаи туберкулеза согласно кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом , указанные в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	повышение
	Впервые выявленные случаи	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом	Количество всех впервые выявленных		ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у , утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, впервые выявленные случаи	ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у , утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, все впервые выявленные	

6	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-Т2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (Т1-Т2N0M0)	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	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	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 уполномоченным органом, впервые выявленные случаи рака шейки матки и рака молочной железы 2а стадии ИС "РПН": прикрепленное население	случаи со злокачественным новообразованием визуальной локализации по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у, утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, все впервые выявленные случаи с раком шейки матки и раком молочной железы ИС "РПН": прикрепленное население	повышение
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями и заболеваний сердечнососудистой системы (	Количество больных, пролеченных с осложнениями и заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) – в круглосуточном стационаре из числа	Количество больных, пролеченных с заболеваниями и сердечнососудистой системы из числа прикрепленного населения	1100	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, основной диагноз по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН"	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, основной диагноз по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН"	снижение

	инфаркт миокарда, инсульт)	прикрепленного населения за отчетный период	за отчетный период		: прикрепленное население	: прикрепленное население	
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 КМФК об обоснованности жалобы на деятельность субъекта ПМСП		отсутствие

Расшифровка аббревиатур:

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

ИС "ЭРДБ" – информационная система "Электронный регистр диспансерных больных";

ИС "ДКПН" – информационная система "Дополнительный компонент к тарифу ПМСП";

КМФК – Комитет медицинского и фармацевтического контроля 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

Перечни кодов Международной классификации болезней, учитываемые при расчете индикаторов оценки достигнутых результатов работы субъекта 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 КМФК, 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 согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

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 неутонченные 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, c11.3)
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	Миндалина
42	C09.0	Миндаликовая ямка
43	C09.1	Миндаликовая дужка
44	C09.9	Миндалина, 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	Верхненаружный квадрант молочной железы
74	C50.5	Нижненаружный 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	Клитор
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
		Внутримозговое кровоизлияние Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное

4.	I61, I61.0-I61.9	Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации Другое внутримозговое кровоизлияние Внутримозговое 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	Инфаркт мозга Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный Другой инфаркт мозга 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;

КМФК – Комитет медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

Приложение 2
к Методике формирования
тарифов
на медицинские услуги,
оказываемые
в рамках гарантированного
объема
бесплатной медицинской
помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Структура расходов для субъектов здравоохранения

		тыс. тенге		
№	Статьи затрат	План за предыдущий год	Факт за предыдущий год	
ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ				
I МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ				
110	Заработная плата медицинского персонала:			
	-Административно-управленческий персонал			
	-Медицинский персонал			
120	Взносы работодателей (налоги и другие обязательные платежи)			
140	Приобретение запасов, в том числе:			
	хозяйственные товары			
	канцелярские товары			
	автозапчасти			
	другое (расписать по статейно)			
141	Приобретение продуктов питания по норме затрат			
142	Приобретение лекарственных средств и прочих медицинских изделий			
	Привлечение независимого технического эксперта			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
159	Оплата прочих услуг и работ, в том числе:			
	повышение квалификации и обучение сотрудников			

	услуги банка			
	обслуживание и ремонт огр. и мед техники			
160	Другие текущие затраты			
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
II ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ				
110	Заработная плата административно-хозяйственного персонала			
	- Административно-управленческий персонал			
	-Технический персонал			
120	Взносы работодателей (налоги и другие обязательные платежи)			
140	Приобретение запасов			
141	Приобретение продуктов питания по норме затрат			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
149	Приобретение прочих запасов, в том числе:			
	хозяйственные товары			
	канцелярские товары			
	автозапчасти			
	другое (расписать по статейно)			
150	Приобретение услуг и работ			
151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:			
	электроэнергия			
	отопление			
	водоснабжение и канализация			
152	Оплата услуг связи			
153	Оплата транспортных услуг			
154	Оплата за аренду помещения			
	Оплата прочих услуг и работ, в том числе:			
	техническое обслуживание (электросеть, ремонт			

159	хоз.оборудования, монтажная работа, охранная сигнализация)			
	тех.обслуживание и ремонт автомобилей			
	повышение квалификации и обучение сотрудников			
	утилизация бытовых и медицинских отходов			
	услуги банка			
	обслуживание и ремонт огр. и мед техники			
	уборка здания, помещений и другое			
	другое (расписать по статейно)			
160	Другие текущие затраты			
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
	Предварительный коэффициент (КПК)	ОБЩАЯ СУММА ЭКСПЛУТАЦИОННЫХ РАСХОДОВ/ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ		

Примечание:

1) в случае отсутствия определенных статей расходов необходимо дополнить таблицу соответствующими строками;

2) отображать расходы без учета оказанных платных услуг;

3) подлежит корректировки согласно фактически понесенным затратам субъекта здравоохранения и частного партнера.

Приложение 3
к Методике формирования
тарифов на медицинские услуги,
оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного
социального медицинского
страхования

Шаблон Расчета поправочного коэффициента для субъектов ГЧП

тыс. тенге

Наименование/ Параметры проекта	Город 1	Город 2	Город 3	Город 4
	БО 1	БО 2	БО 3	БО 4
Кол-во коек				

Общая площадь зданий				
Год постройки				
% износа корпусов				
Земельный участок, га (факт)				
I МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ				
I I ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ				
Предварительный коэффициент для субъекта здравоохранения (согласно Приложению 3 настоящей Методики)	(Кпк1)	(Кпк2)	(Кпк3)	(Кпк(N))
Поправочный коэффициент для субъекта ГЧП	КП=(Кпк1+ Кпк2+ Кпк3+..+ Кпк(N))/N			

Приложение 4
к Методике формирования
тарифов на медицинские
услуги, оказываемые в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

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 3 к приказу
Министр здравоохранения

Республики Казахстан
от 21 декабря 2020 года
№ ҚР ДСМ-309/2020

Перечень утративших силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5946, опубликован в 2010 году в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан №7);

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2011 года № 344 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7037, опубликован 17 августа 2011 года в "Юридической газете" № 118);

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2011 года № 622 "О внесении изменений и дополнений в приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 "Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников" и от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7213, опубликован в 2011 году в Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан № 11);

4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 апреля 2012 года № 226 "О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7649, опубликован 12 и 13 июня 2012 года в "Юридическая газета" № 84, 85 (2266; 2267);

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 июня 2014 года № 321 "О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 9580, опубликован 6 августа 2014 года в информационно-правовой системе "Әділет");

6. Приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июля 2015 года № 632 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11973, опубликован 16 сентября 2015 года в Информационно-правовой системе "Әділет");

7. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 августа 2016 года № 765 "О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14321, опубликован 25 октября 2016 года в Информационно-правовой системе "Әділет");

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 августа 2017 года № 627 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15758, опубликован 2 октября 2017 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2018 года № 52 "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" (

зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16356, опубликован 27 февраля 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

10. Пункт 1 приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 декабря 2018 года № ҚР ДСМ-35 "О внесении изменений и дополнений в приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" и от 29 марта 2018 года № 138 "Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17872, опубликован 7 декабря 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

11. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июля 2019 года № ҚР ДСМ-105 О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19066, опубликован 26 июля 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

12. Пункт 1 перечня приказов в области здравоохранения, в которые вносятся изменения и дополнения, утвержденный приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-140 "О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министра здравоохранения и Министра здравоохранения и социального развития в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19555, опубликован 12 ноября 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

13. Пункт 1 приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-141 "О внесении изменений в

приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" и от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 "Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19556, опубликован 12 ноября 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 декабря 2019 года № ҚР ДСМ-157 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19812, опубликован 6 января 2020 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан);

15. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-38/2020 "О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "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" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 20419, опубликован 20 апреля 2020 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан).

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