

"Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтер жасау мен шығындарды жоспарлау әдістемесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 26 қарашадағы № 801 бұйрығына өзгертулар енгізу туралы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 1 наурыздағы № 105 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2011 жылы 25 наурызда № 6848 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 13 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-158 бұйрығымен.

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 13.12.2022 № ҚР ДСМ-158 (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі 23-бабы Кодексіне сәйкес **Бұйырамын:**

1. "Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтер жасау мен шығындарды жоспарлау әдістемесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 26 қарашадағы № 801 (Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде Нормативтік құқықтық кесімдерді мемлекеттік тіркеудің тізіліміне № 5946, Қазақстан Республикасы орталық атқарушы және өзге де орталық мемлекеттік органдарының актілер жинағында жарияланған 2010 жылғы № 7) бұйрығына мынадай өзгерістер енгізілсін:

Көрсетілген бұйрықпен бекітілген тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтер жасау мен шығындарды жоспарлау әдістемесі осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігінің Стратегиялық даму департаменті (Б.Т. Төкежанов) заңнамамен белгіленген тәртіпте осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін қамтамасыз етсін.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігінің Заң департаменті заңнамамен белгіленген тәртіпте мемлекеттік тіркеуден кейін осы бұйрықтың ресми жариялануын қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Д.Д. Құрманғалиеваға жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғаш ресми жарияланған күннен кейін он күнтізбелік күн өткеннен соң қолданысқа енгізіледі.

Министрдің

міндетін атқарушы

Е. Байжүнісов

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген көлемінің
шеңберінде көрсетілетін
медициналық қызметтерге
тарифтер жасау мен шығындарды
жоспарлау әдістемесіне қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2010 жылғы 26 қарашадағы
№ 801 бұйрығымен бекітілген

**Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген
көлемінің шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге
тарифтер жасау мен шығындарды жоспарлау әдістемесі**

1. Негізгі ережелер

1. Осы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге шығындарды жоспарлау мен тарифтер жасау әдістемесі (бұдан әрі - Әдістеме) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 23-бабына сәйкес әзірленген.

2. Осы Әдістеме тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде көрсетілетін мынадай медициналық қызметтерге берілетін тарифтерді белгілеу бойынша механизімен айқындайды:

- 1) бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі - БМСК);
- 2) консультациялық-диагностикалық көмек;
- 3) жедел медициналық көмек;
- 4) стационарлық көмек;
- 5) стационарды алмастыратын медициналық көмек

3. Осы әдістемеді мынадай ұғымдар пайдаланылады:

жан басына шаққандағы норматив – медициналық қызметтердің нақты көлемін қамтамасыз ету үшін жыл сайын бір адамға есептеліп, қайта қаралатын шығындардың белгіленген нормасы;

жасы-жынысы бойынша түзету коэффициенті – бұл, тұрғындардың жасы-жынысы бойынша әр түрлі санатына медициналық көмекті тұтыну деңгейіндегі айырмашылықтарды ескеретін коэффициент;

тарификатор – көрсетілетін медициналық қызметтерге арналған тарифтер тізбесі;

тариф - стационарлық, стационар алмастыратын көмек көрсететін ұйымдардағы бір рет емделген жағдайға медициналық қызмет көрсету, консультациялық-диагностикалық ұйымдарда, медициналық-санитариялық алғашқы көмек, жедел медициналық көмек пен санитариялық авиация ұйымдарында көрсетілген қызметтер құны;

стационарлық көмек тарифі (СКТ) – бұл бір емделген жағдайға медициналық-экономикалық хаттаманың интегралдық құндық сипаттамасы;

медициналық-экономикалық хаттамалар – сырқаттар коды мен операциялық араласудың тұрақты үйлесуімен сипатталатын ұқсас клиникалық жағдай мен емдеу әдістерін біріктіретін және функционалдық (құрылымдық бөлімшелері бойынша) және құрылымдық (шығындар тармағы бойынша) компоненттеріне кіретін толық жете суреттелген медициналық шығынның ұқсас құны мен құндық сипаттамасына ие сырқаттар тобы;

стационарлық көмектің шекті көлемі – облыстар, Астана және Алматы қалаларының бөлігінде денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган белгілейтін сала бөлігінде стационарлық көмектің жылдық көлемдері;

қызметтердің шығын көлемі коэффициенті – нақты қызметтер құнының барлық қызметтердің орташа құнына қатынасын көрсетеді;

тарификатордың базалық тарифі - бұл терапевт дәрігерінің (жалпы тәжірибе дәрігері) бастапқы қабылдау құны.

коммуналдық және басқа шығыстар (бұдан әрі - КБШ) – бұл шығыстар, оның жылыту, электроэнергия, ыстық және суық су, медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру шығындары, банк қызметтердің ақы төлеуақысы, байланыс қызметтері, канцеляр тауарларын сатып алу, іссапар шығыстары, ағымды жөндеу, стационарды орналастыруға арналған орын жайларды жалға алу, шаруашылық тауарларды, жұмсақ мүккәмалдарды, және басқа тауарлар мен қызметтерді сатып алу. КБШ-ға жеке, коэффициенттерді арттыру қолданылады.

2. Тарифтерді есептеудің негізгі кезеңдері

4. Бюджеттік бағдарламалар әкімшісімен:

жоспарлы кезеңге арналған көмектің түрлері бойынша медициналық қызметтерді тұтынудың жоспарлы көлемі;

медициналық ұйымдардың медициналық көмек көрсетуге арналған шығындарын өтеу үшін ресурстардың қажетті көлемі айқындалады. Көмектің түрлері бойынша шығындарды жоспарлау Қазақстан Республикасының заңнамасымен бекітілген қолданыстағы нормативтік шығыстардың негізінде жүзеге асырылады.

3. Медициналық қызметтерге тарифтер жасау

5. Бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін ұйымдар үшін тариф жан басына шаққандағы норматив болып табылады, қызмет көрсетілетін аймақ және (немесе) медициналық ұйымды өз еркімен таңдауға құқығы ескеріліп бекітілген азаматтар, мемлекеттік бюджетте қаралған қаражаттардың жалпы көлемін бекітілген тұрғындар санына, статистикалық деректер мен жасы-жынысы бойынша түзету коэффициентіне сәйкес бөлу арқылы есептеледі. (1-қосымша).

6. Жасы - жынысы бойынша түзету коэффициенті, амбулаториялық-емханалық көмек көрсетуге арналған бюджеттік қаражаттарды жынысы және жас шамасы бойынша салыстырмалы бөлуді көрсетеді.

7. Консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарына арналған тариф, консультациялық-диагностикалық көмекті көрсету үшін қаражат көлемін қызметтердің шығын көлемінің коэффициенті мен консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін ұйымдардағы медициналық қызмет көрсетуге жоспарланған санға бөлу арқылы айқындалатын тарификатордың базалық тарифі болып табылады.

8. Шығын көлемі коэффициенті нақты қызметтер құнының базалық тариф құнына қатынасындай есептеледі.

9. Жедел медициналық жәрдем мен санитариялық авиацияны шақырту тарифі, мемлекеттік бюджетте қаралған, қаражаттар көлемінің шақыртулар санына қатынасы ретінде айқындалады.

10. Стационарлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары үшін тарифтер медициналық қызметтерді көрсетуге байланысты барлық фактілік шығыстардың (денсаулық сақтау ұйымдарындағы қызметкерлердің еңбекақысы, қосымша ақшалай ақы төлеудің Қазақстан Республикасы Еңбек Кодексіне сәйкес әлеуметтің ақша аударымдары салық кодексіне сәйкес, дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және шығыстық материалдарды сатып алу, пациенттерге азық-түлік сатып алу, сондай-ақ жылу, электр энергиясы, ыстық және суық суға шығындардан тұратын коммуналдық және басқада шығыстар, медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыруға шығындар, банк қызметтері, байланыс қызметтерін төлеуге, кеңсе тауарларын сатып алуға шығындар, іссапар шығыстары, ағымдағы жөндеу, стационарды орналастыру үшін үй-жайды жалға алу шығындары, лизингке медициналық техниканы сатып алу, шаруашылық заттарын, жұмсақ мүкәммалдар және басқа тауарлар мен қызметтерді сатып алу) қосындысы арқылы қалыптастырылады.

11. Стационарды алмастыратын емдеудің емделіп шыққан жағдайына тариф стационарлық емдеудің емделіп шыққан жағдайына төленетін жалақы қорынын 1/4 құрайды.

Үйде стационарды алмастыратын емдеуді көрсету кезінде коммуналдық және өзге де шығыстарды ақы төлеуақысы жүргізілмейді.

Күндізгі стационарда емдеу кезінде коммуналдық және басқа шығыстардың ақы төлеуі орта өңірлік тарифтен коммуналдық және басқа шығыстарға 1/6 есептеуден жүргізіледі.

Дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық қызметтерге стационарды алмастыратын емдеудің емделіп шыққан жағдайына шығыстардың ақы төлеуі көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылаудың нәтижелерін ескере отырып, нақты шығыстар бойынша көрсетіледі.

Консультациялық-диагностикалық көмек шығыны көлемінің коэффициентін ескере отырып медициналық қызметтерді көрсетудің жоспарланған санына сәйкес бюджеттің көзделген қаржы қаражатын бөлу жолымен айқындайтын базалық тариф бойынша жүргізіледі консультациялық-диагностикалық көмек нысанында жүзеге асырылатын мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек қызметтерінің көрсетілген көлеміне ақы төлеу.

3.1 Негізгі қорларды жаңартуға шығыстарды есептеу

12. ЛТ шығыстары = Кстац.нақт.қараж. х ЛТжыл/Кстац. жоспар.қараж.

мұнда:

ЛТжыл – қаржылық лизинг келісімшартына сәйкес стационарлық медициналық көмек көрсететін пилоттық денсаулық сақтау ұйымдарының лизингтік төлемдерін өтеуге арналған шығыстарының жылдық сомасы;

Кстац.нақт.қараж. – медициналық техниканы лизинг шарттарында сатып алуға қатысатын пилоттық денсаулық сақтау ұйымының қаржылық лизинг шарттарында сатып алынған медициналық техникамен стационарлық көмек көрсетуден іс жүзінде алған қаражатының сомасы;

Кстац. жоспар қараж.– медициналық техниканы лизинг шарттарында сатып алуға қатысатын пилоттық денсаулық сақтау ұйымының қаржылық лизинг шарттарында сатып алынған медициналық техникамен стационарлық көмек көрсетуден алуға жоспарлаған қаражатының сомасы;

ЛТ – лизингтік төлем.

13. Лизингке медициналық техниканы сатып алу арқылы негізгі қаражатты жаңартуға көзделген денсаулық сақтау ұйымдарының жылдық шығыны лизинг беруші мен лизингке алушы арасындағы шартпен анықталған жылдық лизинг ақы төлеуі сомасынан артық болмауы тиіс.

14. Лизингтік төлемдерді өтеуге бағытталған бюджет қаражаты Қазақстан Республикасының Үкіметі құрған, медициналық техниканы кейіннен денсаулық сақтау ұйымдарына қаржылық лизинг шарттарында беру үшін сатып алу қызметінің негізгі мәні болып табылатын ұйыммен жасалған қаржылық лизинг шартының шеңберінде ғана пайдаланылады.

3.2 Біліктілікті арттыруға шығындарды есептеу

15. Медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыру шығындарын жоспарлау мынадай көрсеткіштер бойынша стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын Қазақстан Республикасы денсаулық сақтаудың пилоттық ұйымдары үшін жүзеге асырылады:

1) осы статистикалық нысандар бойынша стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер саны;

2) жоспарлы жылда медицина және фармацевтика қызметкерлердің біліктілігін жоспарланған қаражат көлемі;

3) стационардың шекті көлемі және стационарды алмастыратын көмектің шегі (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы);

4) стационар және стационарды алмастыратын көмекке арналған шартты өлшем бірлігі – медициналық қызметкер біліктілігін арттыруға есептеме кезінде пациент қолданылады.

16. Стационар және стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдардың медицина және фармацевтика қызметкерлерінің біліктілігін арттыру шығыстары мынадай формула бойынша бірізділікпен анықталады:

$$N_n$$

1) 1-қадам: $----- = K_n$, мұндағы,

$$N$$

N_n – стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын "n" өңір үшін денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер саны. Ақпарат дереккөзі – статистикалық нысандар.

N – стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын Қазақстан Республикасының мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер жалпы саны. Ақпарат дереккөзі – статистикалық нысандар.

K_n – стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын "n" өңір үшін денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық және фармацевтика қызметкерлер үлесі. Ақпарат дереккөзі – статистикалық нысандар.

2) 2-қадам: $K_n * M = M_n$, мұндағы,

K_n – стационар және стационар алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын "n" өңір үшін денсаулық сақтау ұйымдарындағы медицина және фармацевтика қызметкерлер үлесі.

M – стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын Қазақстан Республикасының мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарындағы медицина және фармацевтика қызметкерлер жалпы саны.

M_n – жоспарлы жылда біліктілікті арттырудан өтетін стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын олар жоспарлы жылда біліктілігін артыруда өтуге тиіс "n" өңір үшін денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер саны.

3) 3-қадам: $C * M_n = S_n$, мұндағы,

C – 1 курсант біліктілігін жоспарлығы жылға бюджетте көзделген қаражат сомасы.

M_n – жоспарлы жылда біліктілікті арттырудан өтетін стационар және стационарды алмастыратын көмекті (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) ұсынатын олар жоспарлы жылда біліктілігін артыруда өтуге тиіс "n" өңірдің денсаулық сақтау ұйымдарындағы жұмыс істейтін медицина және фармацевтика қызметкерлер саны.

S_n – "n" өңірі үшін медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер біліктілігін арттырудан байланысты шығындарды қаржыландыруға жоспарлы жылдағы бюджетте көзделген қаражат сомасы.

S_n

4) 4-қадам: $----- = T_n$, мұндағы,

L_n

S_n – "n" өңірі үшін медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер біліктілігін арттырудан байланысты шығындарды қаржыландыруға жоспарлы жылдағы бюджетте көзделген қаражат сомасы.

X_n

L_n – көмектің шартты шекті көлемі, ол $Z_n + ----$, формуласы

6

бойынша анықталады, мұндағы:

Z_n – денсаулық сақтау саласында уәкілетті орган бекітетін "n" өңірі үшін стационарлық көмектің (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) шекті көлемі.

X_n – денсаулық сақтау саласында уәкілетті орган бекітетін "n" өңірі үшін стационарды алмастырушы арттыруды (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) шегі.

T_n – "n" өңірі үшін стационарлық көмектің (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) 1 лимитке көлеміне төленетін қаражат көлемі.

T_n

5) 5-қадам: $P_n = \frac{T_n}{6}$, мұндағы,

6

P_n – "n" өңірі үшін стационарды алмастырушы көмектің (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) 1 лимитке төленетін қаражат көлемі.

T_n – "n" өңірі үшін стационарлық көмектің (инфекциялық аурулар, психикалық бұзылыстар мен туберкулезден басқасы) 1 лимитке көлеміне төленетін қаражат көлемі.

4. Медициналық қызметтерге шығындарды жоспарлау

17. Медициналық шығындарды жоспарлау, денсаулық сақтау жүйесінің және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін мынадай көрсеткіштер бойынша талдау мен бағалау негізінде жүзеге асырылады:

тұтас алғанда өңір бойынша және әрбір денсаулық сақтау ұйымының аурулардың түрлері бойынша медициналық көмектің түрлері (3 жылдық кезең үшін);

сырқаттардың стационарда болған күндерінің, төсек орындарының саны, төсекте болудың орташа ұзақтығы, төсек орынның денсаулық сақтау ұйымы тұрғысында жұмыс істеуі;

бюджеттік қаражаттың және басқа да көздердің, соның ішінде ақылы қызметтердің есебінен көрсетілген медициналық қызметтердің көлемдері;

жұмыс істейтін қызметкерлер құрамының саны; еңбекақы төлеудің деңгейі;

медициналық жабдықпен жарақтандырылуы және олардың пайдаланылуы, медициналық жиһазбен, жұмсақ мүкәммалмен және басқалармен қамтамасыз етілуі, олардың тозу дәрежесі;

ғимараттар мен құрылыстардың жай-күйі, жөндеу қажеттілігі.

18. Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органмен белгіленген, (медициналық қызметтер анықтамасы, операциялар мен манипуляциялар анықтамасы, медициналық-экономикалық тарифтер анықтамасы, емдік құралдар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар тізімдемесі) талдаудың негізінде статистикалық деректер мен салалық анықтамалар ескеріле отырып, мыналар анықталады:

1) БМСК деңгейінде көрсетілуі тиіс медициналық көмектің жоспарланып отырған көлемі;

- 2) жедел медициналық көмекті шақырудың жоспарланған саны;
- 3) мамандандырылған диагностикалық, соның ішінде стоматологиялық қызметтердің жоспарланып отырған мөлшері;
- 4) стационарлық көмектің шекті көлемдері;
- 5) стационарды алмастыратын көмектің емделіп шыққан жағдайының жоспарланып отырған мөлшері.
- 6) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық көмектің көлемін реттеу.

5. Бастапқы медициналық-санитариялық көмектің тарифіне қосымша компонентті құру

19. Ұсынылып отырған БМСК көрсетуге жұмсалған шығындарды өтеу жүйесі мына міндеттерді орындауға бағытталған:

- 1) медицина қызметкерлерін материалдық арттыру бағытталатын жеткен нәтижелерге БМСК ұйымдарын қаржыландыру үшін жан басына шаққандағы анықтау нормативін ынталандыру үшін құрам анықтау;
- 2) БМСК медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру;
- 3) БМСК көрсетушілерге ішкі менеджмент пен қызметкерлер уәждемесінің жүйесін жетілдіру, бұл өз кезегінде МСАК ұйымдары көрсететін қызметтер сапасының артуына және неғұрлым тиімді ұйымдастырушылық құрылымды құруға ықпал етеді;

20. Қызмет нәтижесі бойынша ақы төлеу элементтері бар жан басына шаққандағы қаржыландыру жүйесін құрудың негізгі қағидаттары мыналар болып табылады:

- 1) нәтиже мен үдеріс бағытталған БМСК ұйымдарының стимулы мен мүмкіндіктерінің өзара байланысы;
- 2) БМСК ұйымдарына тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету шеңберіндегі ағымдағы шығыстарды жабуға жұмсалатын кепілді ақы төлемдері, сондай-ақ қол жеткізілген жұмыс (сапалы) нәтижесі үшін төленетін қосымша ынталандыру ақшалай төлемдер;
- 3) аралас қабылдау немесе жалпы дәрігерлік практика қағидаттары бойынша жұмыс істейтін барлық БМСК ұйымдарын қамту;
- 4) ұйымдар қызметінің нәтижесі (сапасы мен тиімділігі) белгілі бір өлшемдерге сәйкес арнайы белгіленген индикаторлар жүйесі арқылы бағалануы тиіс. Индикаторды бағалау кезең-кезеңмен өткізілуі керек және бағалау қорытындысы бойынша ұйымдарға төлемдер есептеліп төленуі шарт. Индикаторлар жүйесі мен оларды бағалау МСАК қызметінің мониторингі жүйесімен және ақпараттық жүйелермен байланысты болуға тиіс.

21. Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету үшін тарифке қосымша компонент - бастапқы медициналық-санитариялық көмекті ұйымдастыру қызметінің

нәтижесін ескеретін медициналық-санитариялық алғашқы көмектің тарифіне қосымша компонент.

22. БМСК және тиісті ББӘ арқылы БМСК ұйымдары қызметінің сапасы мен тиімділігін бағалайтын ұйымдар қызметін дамытудың басым бағыттарын көрсететін индикаторларды Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі (бұдан әрі – Министрлік) белгілейді.

23. БМСК ұйымдарының бюджеті бекітіліп берілген тұрғындарға МСАК кепілдік берілген көлемін көрсетуге жұмсалатын ағымдағы шығындарды жабатын қаржыландырудың кепілді бөлігінен және мөлшері белгіленген индикаторлар жүйесі арқылы бағаланған жұмыстың нәтижесіне қарай белгілі болатын ауыспалы ынталандыру бөлігінен қалыптасады.

24. БМСК тарифіне қосымша компоненттерді құру жүйесін әзірлеу, мынадай жүйенің параметрлерінен әрқайсысы үшін ережелер мен рәсімдерді айқындаумен құрылады:

1) қаржыландыруды құрамдастырушы:

жалпы қаржыландыру көлемін белгілеу және оны сараланған ақы төлеуді ескере отырып, біліктілікті арттыру және еңбекті ынталандыру шығындарынан қоса отырып қаржыландырудың жалпы көлемін анықтау және оны базалық ынталандыру көлемдерін бөлу;

2) ынталандыру құрамдастырушы үшін БМСК өнім беруші қызметінің индикаторлары:

индикаторларды іріктеу өлшемдерін белгілеу;

басымды индикаторлардың оңтайлы санын анықтау;

индикаторларды қайта қарау кезеңділігі мен ережесін анықтау;

3) әрбір БМСК өнім беруші үшін төленетін ынталандыру төлемдерінің индикаторларын бағалау және мөлшерін белгілеу:

индикаторлар бойынша қажетті деректер жинауды және өңдеуді жүйеге келтіру;

индикаторларды бағалау негізінде индикаторларды бағалау тәртібін және төлемдерін мөлшерін белгілеу;

индикаторларды бағалау нәтижесі бойынша БМСК жеткізушілерге ұсынылатын кезеңділігін белгілеу;

4) төлемдер:

ынталандырушы құрамдастырушы төлемдер мерзімділігі және қаражатты пайдаланудың басым бағыттарын белгілеу;

5) басқарушылық шешімдерді қабылдау (БМСК және ББӘ).

25. Индикаторларды бағалау мен ынталандыру құрастырушы бойынша төлемдердің мөлшерін айқындау тоқсан сайын жүргізіледі.

26. Индикаторларды бағалау жүйесі осы және алдыңғы жылдардың салыстырмалы деректерін бағалаумен құрылады. Мұндай әдіс қазіргі уақытта өңірдің жүйесі тұтастай

неге қол жеткізгенін және әрбір ұйымның үлесі қандай екенін бағалауға мүмкіндік береді. Индикаторларды бағалау жүйесінің негізінде индикаторлар бойынша қандай да бір мәніне қол жеткізуге сәйкес БМСК ұйымдары үшін ынталандыру төлемдерінің мөлшері белгіленеді.

27. Индикаторларды бағалау негізінде тоқсан сайынғы есептеме құрастырылады және БМСК қызметін тұтастай және шартты бағалау мен БМСК ұйымдарының шартты белгілі бір тәртіпте (біршама жақсы және біршама нашар жұмыс істейтіндер) жүргізіледі. Осы ақпарат басқарушылық шешім қабылдау үшін БМСК Сатып алушылар мен Өнім берушілер деңгейінде пайдаланылады және БМСК жеке ұйымдары ретінде сондай-ақ, тұтастай жетілдіру үшін басым бағыттарды айқындауға көмектеседі.

28. Облыстардың, Астана, Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармаларының органдары әрбір индикатор бойынша орташа шаманың құрылған деңгейіне сараптамалық бағалауды жүзеге асырады және оңтайлы орташа шамаға жетуге бағытталған шараларды айқындайды.

29. Нәтижелерді бағалау және ББӨ төлемдері жөніндегі комиссия есепті кезеңге (тоқсан) БМСК ұйымдарына ынталандыру құрамының мөлшерін нақты бекітеді.

30. Бюджет бағдарламасының әкімшілері (бұдан әрі - ББӨ) Қазақстан Республикасының бюджеттік заңнамасына сәйкес ынталандыру төлемдерін жасайды.

31. Ең жоғары басқарушылық ықпалына жету үшін ынталандыру ақы төлеулерді Еңбек кодексі және ұжымдық шарт талаптарына сәйкес БМСК ұйымдарының қызметкерлеріне сыйақыға жіберу ұсынылады.

32. Тарифке қосымша компоненті бар МСАК жан басына шаққандағы қаржыландыру жүйесін енгізу осы үдеріске тартылған ұйымдардың рөлі мен функцияларын кеңейтуді көздейді.

33. Негізгі функциялар мен өкілеттіктерді бөлу мынадай түрде жүзеге асырылады:

1) Министрлік жүзеге асырады:

БМСК тарифіне қосымша компонент жүйесін қалыптастыру кезінде жалпы басқаруды;

Нормативтік - құқықтық реттеуді: жүйеге қатысушылар жүйесі мен өкілеттіктерінің жұмыс істеу ережесін белгілеуді; индикаторлар пакетін бекітуді және қайта қарауды; БМСК тарифіне қосымша компонент моделдерін кезең-кезеңімен жетілдіруді;

ішкі секторалдық үйлестіру мәселелерін шешуді жүзеге асырады;

2) ББӨ мыналарды жүзеге асырады:

өңір деңгейінде БМСК тарифіне қосымша компонент жүйесін енгізуді;

өңір деңгейінде жүйеге қатысушылардың қызметін басқару мен үйлестіруді;

нәтижелерді бағалау және төлемдерді есептеу бойынша Комиссия құрылуды;

бірыңғай ақпараттық жүйелерді енгізуді;

енгізу мониторингін және жүйені талдауды жүргізеді, жүйені жетілдіру жөнінде ұсыным әзірлейді және Министрлікке ұсыныс енгізуді;

3) БМСК ұйымдары жүзеге асырады:

ТМККК көрсету шеңберінде негізгі қызметті;

бірыңғай денсаулық сақтау жүйесінің шеңберінде ақпараттық жүйелерді енгізуді;

басқарушылық шешімдерді қабылдауды және медициналық қызметтердің сапасын үздіксіз арттыру жүйесін жетілдіруді;

кепілді және ынталандыру төлемдері бойынша қаражатты тиімді басқару мен пайдалануды;

қажетті есеп беруді ұсынуды;

4) нәтижелерді бағалау және төлемдерді есептеу комиссиясы:

индикаторлар мониторингі және оларды бағалау жүйесінің нәтижесін қарауды және бекітуді;

есепті кезең ішінде индикаторларды бағалаудың негізінде әрбір ұйым үшін ынталандыру құрастырушы бойынша ақы төлеулердің мөлшерін есептеуді және бекітуді;

ақы төлеулерді бақылауды;

БМСК ұйымдары даулы мәселелер жөніндегі өтініштерін қарауды жүзеге асырады.

34. БМСК ұйымының жан басына шаққандағы нормативінің ынталандырушы компонентін анықтау қадамдық процессі:

1) БМСК әрбір ұйымының индикаторлар мәнінің ықпалдасқан көрсеткішін балмен анықтау;

2) БМСК әрбір ұйымы үшін ынталандыру үстемесі сомасын теңгемен анықтау.

I-процесс: Әрбір ұйымның индикаторлар мәнінің ықпалдасқан көрсеткішін анықтау :

1) нақты бір индикатор бойынша БМСК ұйымы қызметінің алдыңғы және ағымдағы есепті кезеңдерінің мәні анықталады – (Ип; Ио);

2) ағымдағы жылы индикатор көрсеткішінің нақты ауытқуына алдыңғы кезеңге индикатор көрсеткішінің нақты ауытқуы анықталады:

$$HA = (IA - IA_{\text{a}}) / IA_{\text{a}},$$

егер норматив бойынша көрсеткіш алдыңғымен салыстырғанда ұлғаю тиіс болса, алынды индикатордың ағымдағы кезеңі мәнімен оның алдыңғы кезеңдегі мәні ($IA_{\text{a}} - IA$) арасындағы айырмашылық қолданылады, бөлімдіде ағымдағы кезеңге индикатор мәні қолданылады;

3) Ауытқу нормативімен (АН) салыстырғанда және әрбір индикаторға салмақ коэффициентін (СК) есептей отырып индикатор ауытқуы (ИА) анықталады (ауытқу нормасы (АН, салмақ коэффициенті (СК):

$$IA = HA - AN$$

4) 1 сома ретінде ағымдағы кезеңге келтірілген индикатор көрсеткіші және индикатор салмағының коэффициентін есептей отырып, ағымдағы кезең нормативімен салыстырғанда ауытқу есептеледі:

$$КИК=(1+АИ/100)*СК$$

5) Тұтастай үшін барлық индикаторларға сипатталған 1-4 қадамдар қайталанады;

6) МҰ бойынша келтірілген индикатор көрсеткіштерінің мәні қосылады, сонымен МҰ қосынды көрсеткішін аламыз:

$$ҚК=$$

Σ

КИК

II процесс: БМСК әрбір ұйымы үшін ынталандыратын үстеме сомасын анықтау, теңгемен:

1) барлық МҰ бойынша қосынды көрсеткіштердің шамасы қосылады:

$$СКҚ=$$

Σ

ҚК

2) ағымды кезеңге сыйақы ставкасы нормасының (ССН) шамасы жоспарлы сыйақы сомасын (Ф) ағымдағы жылғы қосынды көрсеткіштері шамасының сомасына бөлу арқылы есептеледі:

$$ССН=Ф/СКҚ$$

3) әрбір МҰ бойынша ынталандыратын үстемелі әрбір МҰ бойынша ынталандыратын қосынды көрсеткішінің шамасын сыйақы ставкасы нормасына көбейту арқылы есептеледі:

$$ҰЫ=ҚК*ССН$$

Тегін медициналық көмектің
кепілдік берілген көлемінің
шеңберінде көрсетілетін
медициналық қызметтерге
тарифтер жасау әдістемесіне
1-қосымша

Жынысы-жасы бойынша түзету коэффициенттері

Жасы	Ерлер	Әйелдер
0-12 ай	4,82	5,52
12 ай - 4 жас	1,45	1,65
5-9 жас	0,96	0,99
10-14 жас	0,94	0,92
15-19 жас	1,02	0,83
20-29 жас	0,53	1,20
30-39 жас	0,413	1,21
40-49 жас	0,53	1,20
50-59 жас	0,48	1,11
60-69 жас	0,84	2,19
70 және одан артық	1,11	1,48

Тегін медициналық көмектің

**БМСК ұйымдары жұмыстарының қол жеткізілген нәтижелерін
бағалау индикаторлары**

№	Атауы	Есептеу формуласы		Нешеге санауға	Коэффициент	Деректер көзі		1 МҰ бастапқы мәні	Кезеңділік (тоқсанда, жылына бір рет)
		бөлінгіш	бөлгіш			Алымы	бөлімі		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	БМСК деңгейінде сақтап қалынған ана өлім-жітім і жағдайларының үлес салмағы	Есепті кезеңге сараптам алық расталған сақтап қалу себептері не н тіркелген тұрғындар арасындағы ана өлім-жітімнің саны	Ұрпақты болу жасындағы тіркелген әйелдер саны, бұдан әрі - ҰЖӨ	100 ҰЖӨ шаққанда	3	БМСК деңгейінде алдын алуға болатын МФҚБК А Д расталған өлім фактісі, 2009/е-02 н.(2008 жылғы 22 желтоқсандағы № 665 бұйрық).	1 . Стат.басқарманың деректері 2 . Тіркелген халық тізілімі 3 . Жүктілер тізілімі БЖ	0	Тоқсан сайын
1.1	Оларға жүктілік қарсы көрсетілген ЭГП бар ҰЖӨ жүктілік жағдайы	Тіркелген тұрғындардың арасында оларға, жүктілік қарсы көрсетілген ЭГП бар, жүкті ҰЖӨ емдеуге жатқызу жағдайларының саны	Тіркелген тұрғындардың арасындағы і емдеуге жатқызылған жүкті әйелдердің жалпы саны	100 ҰЖӨ	3	№ 66/е н. - (МФҚБК жүктілікке абсолюттік қарсы көрсетімдерін АХЖ-10 ЭПГ кодтарын анықтау).	№ 066/е н. (АХЖ-10: кл О) Жүкті әйелдердің тіркелімі БЖ	0	Тоқсан сайын
		Есепті кезеңде	Өткен есепті кезең						

[illegible]

1.5	Босандыр уға қатысты аборт деңгейі	Тіркелген тұрғында рдың арасында түсік жағдайы ның жалпы саны	тіркелген ҰЖӘ арасында босанған дардың жалпы саны	100	2	№ 066/е н. (АХЖ- 10: О02- 07)	№ 066/е н. (АХЖ- 10 : босандыр у)	Осы кезеңде көрсеткі штің мәні алдыңғы мен салыстыр ғанда 5% төмендеді	Тоқсан сайын
2	БМСК (ОКИ, ОРИ) деңгейінде сақтап қалатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі балалар өлім-жіті мі	БМСК (ОРИ) деңгейінде алдын алуға болатын жас шамасы 7 күннен 5 жасқа дейінгі балалар өлім-жіті мінің саны	Тіркелген тұрғында рдың арасында жас шамасы 7 күннен 5 жасқа дейінгі балалар саны	100	2	1 . Өлімнің белгілі бір себептері бойынша 5 жасқа дейінгі кеңейтілг ен 2009/е -01 н.- нан өлім фактісі (2008 жылғы 22 желтоқс андағы № 665 бұйрық) (МФҚБК АД БМСК деңгейінде ОКИ ОРИ кезіндегі өліммен аяқталу кодын айқындай ды)	1. Стат. баскарма деректері 2 . Тұрғында р тізілімі 3 . МФҚБК деректері	Осы кезеңде көрсеткі штің мәні алдыңғы мен салыстыр ғанда 5% төмендеді	Тоқсан сайын
3	Алғаш рет анықталған өкпе туберкул езі анықталған науқаста рдың арасында	Тіркелген тұрғында р арасында өкпе туберкул езінің алғаш рет анықталған	Тіркелген тұрғында р арасында өкпе туберкул езінің алғаш рет анықталған	100%	1	Туб. тіркелімд ері	Туб. тіркелімд ері	Осы кезеңде көрсеткі штің мәні алдыңғы мен салыстыр ғанда 5%	Тоқсан сайын

	асқынған жағдайлар саны	асқынған жағдайлар саны	а н жағдайлар саны					төмендеді	
4	Тіркелген тұрғындар арасында 3 - 4 сатыдағы анықталған қатерлі ісіктер диагнозы мен алғаш рет табылған жағдайлар саны	Тіркелген тұрғындар арасында 3 - 4 сатыдағы көрнекі орналасқан қатерлі ісіктер диагнозы мен алғаш рет табылған жағдайлар саны	Тіркелген тұрғындар арасында көрнекі орналасқан қатерлі ісіктер диагнозы мен алғаш рет табылған жағдайлар саны	100%	2	Онко тіркелім	Онко тіркелім	Осы кезеңде көрсеткіштің мәні алдыңғымен салыстырғанда 5% төмендеді	Тоқсан сайын
5	БМСК деңгейінде басқарылатын асқынған аурулармен емдеуге жатқызу деңгейі								
5.1	Тіркелген тұрғындар арасынан Жүрек-тамырлар жүйесі, артериалық гипертензия, инсульт - жүрек инфаркті ауруларының асқынуы бар емдеуге жатқызылған науқастардың деңгейі	Тіркелген тұрғындар арасынан Жүрек-тамырлар жүйесі, артериалық гипертензия, инсульт - жүрек инфаркті ауруларының асқынуы бар емдеуге жатқызылған емделіп шыққан жағдайлар саны * 100	тіркелген тұрғындар арасынан Жүрек-тамырлар жүйесі, артериалық гипертензия, инсульт - жүрек инфаркті ауруларының асқынуы бар емдеуге жатқызылған емделіп шыққан жағдайлар саны	100%	1	№ 066/ен. (АХЖ-10: I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9)	№ 066/ен. (АХЖ-10: класс I)	Осы кезеңде көрсеткіштің мәні алдыңғымен салыстырғанда 10% төмендеді	Тоқсан сайын
5.2	тіркелген тұрғындар арасынан Қант диабеті асқынуы	тіркелген тұрғындар арасынан Қант диабеті асқынуы	тіркелген тұрғындар арасынан Қант диабеті	100%	1	№ 066/ен. (E10 қоспаған да E10.9,		Осы кезеңде көрсеткіштің мәні алдыңғымен	

	мен науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі	мен емделіп шыққан науқастар саны * 100	асқынуы мен емделіп шыққан науқастар саны			Е 1 1 қоспағанда Е11.9)	№ 066/е н. (Е10, Е11)	салыстырғанда 10 % төмендеді	Токсан сайын
5.3	Тіркелген тұрғындар арасынан демікпе синдромы бар тіркелген тұрғындары арасынан емдеуге жатқызудың үлес салмағы	Тіркелген тұрғындар арасынан демікпе синдромы бар тіркелген тұрғындары арасынан емделіп шыққан науқастар саны* 100	Тіркелген тұрғындар арасынан демікпе синдромы бар тіркелген тұрғындары арасынан емделіп шыққан науқастар саны	100%	1	№ 066/е н. (АХЖ-10: 45.0, J45.1, J46)	№ 066/е н. (АХЖ-10: J45, J46)	Осы кезеңде көрсеткіштің мәні алдыңғы мен салыстырғанда 10 % төмендеді	Токсан сайын
5.4	Пневмония және бронхиттің асқынуы мен тіркелген тұрғындар арасынан науқастарды шұғыл емдеуге жатқызудың үлес салмағы	Пневмония және бронхиттің асқынуы мен тіркелген тұрғындар арасынан емделіп шыққан науқастар саны * 100	Пневмония және бронхитпен ауыратын тіркелген тұрғындар арасынан емделіп шыққан науқастар саны	100%	1	№ 066/е н. (АХЖ-10: J12-J16, J18, J40-J43) шұғыл	№ 066/е н. (АХЖ-10: J12-J16, J18, J40-J43) емдеуге жатқызудың барлық түрлері	Алдыңғы мен салыстырғанда қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 5 % төмендеді	Токсан сайын
5.5.	Тіркелген тұрғындар арасынан эклампсиямен (талма) емдеуге жатқызылған жүкті әйелдердің үлес салмағы	Тіркелген тұрғындар арасынан эклампсиямен емделіп шыққан жағдайлар саны* 100	Тіркелген тұрғындар арасынан барлық емделіп шыққан жүктіліктер саны	100%	1	№ 066/е н. (АХЖ-10: О15)	№ 066/е н. (АХЖ-10: О)	Алдыңғы мен салыстырғанда қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 10 % төмендеді	Токсан сайын

6	Жіберілген және қорытынды диагноздар айырмашылығының саны	Емделіп шыққан науқастар арасынан БМСК ұйымның жіберген және клиникалық қорытынды диагноздың айырмашылық жағдайының саны *100	Тіркелген тұрғындар арасынан барлық емделіп шыққан жағдайлар саны	100%	1	066/е н.	066/е н.	Алдыңғы мен салыстырғанда қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 10 % төмендеді	Токсан сайын
7	Шұғыл айғақтар мен емдеуге жатқызуды төмендету көрсеткіші	Есептілік кезеңіне тіркелген тұрғындар арасынан шұғыл айғақтар бойынша емдеуге жатқызу саны *100	Тіркелген тұрғындар арасынан барлық емделіп шыққан жағдайлар саны	100%	1	066/е н.	066/е н.	Алдыңғы мен салыстырғанда қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 5 % төмендеді	Токсан сайын
8	Алдыңғы есептілік кезеңімен салыстырғанда дәлелденген шағымдардың жалпы саны	Есептілік кезеңіне дәлелденген шағымдар саны	Алдыңғы кезеңге дәлелденген шағымдар саны		0,5	МҚСБЖ		Алдыңғы мен салыстырғанда қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 5 % төмендеді	Токсан сайын
	тіркелген тұрғындар арасынан жіберілу дереккөзіне тәуелсіз, емдеуге	Тіркелген тұрғындар арасынан	Есептілік кезеңге тіркелген тұрғындар					Алдыңғы мен салыстырғанда	

9.	жатқызылған 70 жастан үлкен науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі (диагносттарды айқындау)	7 0 жастан үлкен емделіп шыққан науқастар саны * 100	арасынан 7 0 жастан үлкен емделіп шыққан науқастар саны	100%	0,5	066/е н.	066/е н.	қазіргі кезеңдегі көрсеткіш мәнін 1 % төмендеді	Тоқсан сайын
----	--	--	---	------	-----	----------	----------	---	--------------

*(1.1-индикаторға ескертпе.)

Осы индикаторды есептеу кезінде ескерілетін әйелдердің жүкті болуына қарсы айғақтары болатын АХЖ-10 бойынша аурулардың тізбесі:

№	АХЖ-10 коды	Аурулардың атауы
1.	A15, A16, A17, A18, A19	белсенді және жайылған өкпе және өкпеден тыс туберкулезінің барлық формаларының асқынған түрлері, кең ауқымды және көптеген дәрілерге көнбейтін түрлері немесе қант диабетімен қосарланған түрлері.
2.	C00-C97	барлық жерде қазіргі кездегі қатерлі ісіктердің барлық орнығулары
3.	D60-D61	апластикалық анемия
4.	D65, D68.2-9, D69.1, D69.6-9	жиі қайталанатын немесе ауыр өтетін пурпура және басқа геморрагиялық жағдайлар
5.	F01-F03, F05.1, F06.0	органикалық, симптоматикалық, психикалық бұзылыстарды қоса
6.	F10.5-7, F11.5-7, F12.5-7, F13.5-7, F14.5-7, F15.5-7, F16.5-7, F17.5-7, F18.5-7, F19.5-7	психикалық бұзылыстар және психоактивті заттарды пайдалануына байланысты мінездерінің бұзылыстары
7.	F20.0-2, F22	шизофрения, шизотиптік және сандырақ бұзылыстары
8.	F71-F73	Ақыл-ес кемістігі
9.	G40-G41	психикалық бұзылыстар белгілермен эпилепсия
10.	B69	цистицеркоз, тұқым қуалайтын нервтік-бұлшықеттік аурулар
11.	G30-G32	ОЖЖ дегенеративті аурулары
12.	G12.2	қозғалыс нейронының ауруы
13.	G35	таралған склероз

14.	G37	баска деменциялық аурулар
15.	G70, G73	миастения және миастениялық синдромдар
17.	H46	көру жүйесінің невриті
18.	H47.0	ишемиялық екі жақты нейропатия
19.	H36.0	рецидивирующий гемофтальм на фоне диабетической ретинопатии
20.	H35.0	рецидивті гемофтальм диабеттік ретинопатии фонында, гипертониялық ретинопатия фонында
21.	I01.0-2, I01.8-9	жедел ревматоидтық қызба
22.	I50.0-1, I50.9	НҰНА бойынша III-IV созылмалы жүрек жетіспеушілігімен және/немесе өмірге қауіпті жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуымен асқынған жүректің туа және жүре пайда болған кемістіктері
23.	I11.0, I12.0, I13.0-2, I13.9	II-III дәрежелі гипертониялық ауру, және қатерлі ағымы
24.	I25	ишемиялық жүректің ауруы, түзетуге келмейтін (консервативті немесе хирургиялық әдістермен)
25.	I27.0	өкпелік жүрек жеткіліксіздігімен қабаттасқан біріншілік өкпе гипертензиясы
26.	I33.0, I33.9	жіті және жітілеу эндокардит
27.	I40, I42, I46, I49, I50.0-1, I50.9	НҰНА бойынша III-IV дәрежелі созылмалы жүрек функциясы жетіспеушілігімен және/немесе өмірге қауіпті жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуымен асқынған миокардиттер, кардиомиопатиялар және/немесе өмірге қауіпті жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуымен, НҰНА бойынша III-IV дәрежелі жүрек функциясының жетіспеушілігі белгілерімен жүрек қақпақшаларын протездеуден кейін жүрек функциясының жетіспеушілігі белгілері бар миокардиттер мен кардиопатиялар
28.	I49, I46	жүрек ырғағының өмірге қауіпті бұзылыстары
29.	I71.0-9	аневризма және аорта қабаттарының ажырауы
		митралдық комиссуротомиядан кейінгі рестеноздың туындауы

30.	I01.0-2, I01.8, I01.9, I27.0	мен НУНА бойынша III-IV дәрежелі созылмалы жүрек функциясы жетіспеушілігімен және/немесе өмірге қауіпті жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуымен қоса өкпе гипертензиясы және ревматизмнің өршуі
31.	J45, J96.1	бронх демікпесі, ауыр ағымды, ТЖ III дәрежесі
32.	J43.1	Көпіршікті эмфизема, ТЖ III дәрежесі
33.	Q33.6	өкпенің кистозды гипоплазиясы, жайылмалы түрі, ауыр ағымды, ТЖ III дәрежесі
34.	J47	өкпенің бронхоэктазиялық ауруы, ТЖ III дәрежесі, өкпенің лимангиолеймиоматозы, ТЖ III дәрежесі
35.	J84.9	идиопатиялық фиброздаушы альвеолиті, ТЖ III дәрежесі, біріншілік өкпе гипертензиясы, ТЖ III дәрежесі
36.	K22.2	өңештің тарылуы мен стенозы
37.	K21	ойық жарасы және стриктурасымен асқынған ГЭРА-өңеш ауруы, Баррет өңеші
38.	K31.2, K31.5	асқазан, 12 елі ішек аурулары, қан кетумен асқынған ойық жарасы хирургиялық емдеуден кейінгі пайда болатын стеноз
39.	K50.8	асқыну сатысындағы Крон ауруы (сауығу сатысында жеке тәртіппен шешу)
40.	K71-2, K71.5, K71.7, K71.9, K74-6	асқыну сатысындағы жіті және созылмалы бауыр аурулары, ауыр ағымды; декомпенсация кезеңіндегі бауыр циррозы
41.	K86.1, K86.6	ауыр дәрежелі (фиброз сатысы) сіңіру бұзылысымен және айқын секреторлық функциясының бұзылуымен өтетін созылмалы панкреатит
42.	N00	жедел гломерулонефрит
43.	N08.3	IV, V сатыдағы диабет нефропатиясы.

** (2-индикаторға ескертпе)

Осы индикаторды есептеу кезінде ескерілетін БМСК деңгейіндегі бала өлім-жітімінің (7күннен 5 жасқа дейін) алдын алу диагноздарының АХЖ-10 бойынша аурулардың тізбесі:

№	АХЖ-10 коды	Аурулардың атауы
1	A 02	бақса сальмонеллезді инфекциялар
2	A 03	Шигеллез
3	A 04	басқа бактериялық ішек инфекциялары
4	A 08	Вирусты және басқа тұрақты ішек инфекциялары
5	A 09	инфекциялық болжады диарея мен гастроэнтерит
6	J 00	жедел назофарингит
7	J 01	жедел синусит
8	J 02	жедел фарингит
9	J 03	Жедел тозиллит
10	J 04	Жедел ларингит пен трахеит
11	J 05	Жедел обструктивтік ларингит пен эпиглотит
12	J 06	Жоғарғы тыныс алу жолдарының көптеген және анықталмаған орнығуларының инфекциялары
13	J 12	Басқа бөлімдерде жіктелмеген өкпенің вирусты қабынуы,
14	J 13	Streptococcus pneumonie тудырылған өкпе қабынуы
15	J 14	Haemophilus influenzae (Афанасьев-Пфейффер таяқшасымен) тудырылған өкпе қабынуы
16	J 15	Басқа бөлімдерде жіктелмеген өкпенің бактериялық қабынуы,
17	J 18	Қоздырғышы анықталмаған өкпе қабынуы
18	J 20	жедел бронхит
19	J 21	жедел бронхиолит
20	J 22	Төменгі тыныс алу жолдарының респираторлық аурулары
21	K 59.1	Функционалдық диарея

*** (9-индикаторға ескертпе)

Осы индикаторды есептеу кезінде ескерілетін АХЖ-10 бойынша аурулардың тізбесі

:

--	--	--

№	АХЖ-10 коды	Аурулардың атауы
1	D 50	Теміртапшылығы бар анемия
2	E 10-E 14	қантты диабет
3	G 50 - G 64; G 70 - G 73	Нерв түбершектері мен өрімдердің аурулары
4	I 10- I 13	Артериялық гипертензия
5	I 20	Стенокардия
6	J 44	өкпенің басқа созылмалы обструктивтік аурулары
7	M 15 – V 19	Артроздар
8	N 10, N 12, T 15	Бүйректің түтікшелер тіндерінің аурулары

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК