

**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**

*Утративший силу*

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 ноября 2009 года № 5946. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-309/2020.

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

Сноска. Заголовок в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.02.2018 № 52 (порядок введения в действие см. п. 5).

**Примечание РЦПИ!**

**Порядок введения в действие приказа см. п. 5.**

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

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

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

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.02.2018 № 52 (порядок введения в действие см. п. 5).

2. Директору Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Айдарханов А.Т.) обеспечить в установленном законодательством порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить в установленном законодательством порядке официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации.

4. Контроль за исполнением данного приказа возложить на вице-министра Биртанова Е.А.

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

*Министр Ж. Доскалиев*

## **Правила**

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

**Сноска. Правила в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.02.2018 № 52 (порядок введения в действие см. п. 5).**

## **Глава 1. Общие положения**

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

2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

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

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

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

4) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, контроля за качеством медицинских услуг;

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

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

7) частный партнер – индивидуальный предприниматель, простое товарищество, консорциум или юридическое лицо, за исключением лиц, выступающих государственными партнерами в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственно-частном партнерстве", заключившие договор государственно-частного партнерства;

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

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

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

11) государственно-частное партнерство – форма сотрудничества между государственным партнером и частным партнером, соответствующая признакам, определенным Законом Республики Казахстан "О государственно-частном партнерстве";

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

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

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

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

16) 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 внедрения новых тарифов;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (порядок введения в действие см. п.4).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) пилотное тестирование тарифов на основании решения уполномоченного органа;

6) рассмотрение, согласование и утверждение размера тарифов;

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

**Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (порядок введения в действие см. п.4).**

5. Проект плана ежегодно разрабатывается 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) внедрения в Республике Казахстан новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

3) обоснованных предложений медицинских организаций;

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

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

**Сноска. Пункт 5 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

2) совершенствования стандартов оказания медицинской помощи в области здравоохранения;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

для разработки и (или) пересмотра КЗГ:

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

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

3) копия технического паспорта объекта;

4) копия штатного расписания;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

для разработки и (или) пересмотра тарификатора:

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

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

для разработки и (или) совершенствования МЭТ:

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

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

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

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

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

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

для разработки и пересмотра тарифа за один койко-день:

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

для разработки и пересмотра тарифа на транспортные услуги санитарной авиации:

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

**Сноска. Пункт 12 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

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

- 1) платежи за сверхнормативные выбросы (сбросы) загрязняющих веществ;
- 2) безнадежные долги;
- 3) штрафы, пени, неустойка и другие виды санкций за нарушение условий хозяйственных договоров, судебные издержки, в том числе в порядке регресса;
- 4) штрафы и пени за сокрытие (занижение) дохода;
- 5) убытки от хищений;
- 6) на содержание не задействованных в оказании медицинской помощи активов, в том числе простаивающего медицинского оборудования;

7) на содержание объектов, функционально не связанных с процессом оказания медицинской помощи по соответствующему профилю;

8) на проведение культурно-просветительных, спортивных мероприятий;

9) на оказание спонсорской помощи;

10) на приобретение, аренду и содержание квартир, жилых зданий и сооружений, мест в общежитиях и гостиницах для персонала субъектов;

11) на приобретение подарков к юбилейным датам или выдаваемые в виде поощрения работникам;

12) на сверхнормативные технические и коммерческие потери, порчу и недостачу товарно-материальных ценностей, запасы на складах и непроизводительные расходы;

13) на проведение и организацию обучающих курсов, семинаров, тренингов, лекций, выставок, дискуссий, встреч с деятелями науки и искусства, научно-технических конференций, за исключением мероприятий, связанных с производственной необходимостью;

14) страховые платежи (взносы, уплачиваемые субъектом по договорам личного и имущественного страхования, заключенных субъектом в пользу своих работников), за исключением установленных законодательством Республики Казахстан обязательных страховых платежей;

15) на оплату учебных отпусков работников, обучающихся в организациях образования;

16) на оплату дополнительно предоставленных (сверх предусмотренного законодательством Республики Казахстан) отпусков работникам;

17) льготы работникам субъекта, кроме предусмотренных законодательством Республики Казахстан;

18) отчисления профессиональным союзам на цели, определенные коллективным договором;

19) на погашение займов, ссуд, включая беспроцентные, финансовой помощи, полученных работниками организации;

20) на членские взносы в общественные организации и ассоциации;

21) амортизационные отчисления основных средств.

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

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

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

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

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

- 1) проведение расчетов и анализ полученных результатов;
- 2) моделирование результатов расчета тарифов;
- 3) разработка предложений по выбору вида тарифа;
- 4) формирование проекта перечня тарифов;

5) предоставление результатов расчета и моделирования тарифов уполномоченному органу.

19-1. 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 медицинского изделия, или международное непатентованное наименование лекарственного средства или техническую характеристику медицинского изделия в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 19-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

20. Расчет тарифов осуществляется рабочим органом в течение 6 месяцев со дня получения от референтных субъектов информации, с учетом требований, установленных пунктами 17, 18 настоящих Правил в соответствии с Методикой.

**Сноска. Пункт 20 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

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

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

- 1) год, предшествующий текущему финансовому году;
- 2) текущий финансовый год с учетом освоения до конца года.

**Сноска. Пункт 22 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

24. Отчет направляется рабочим органом в уполномоченный орган.

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

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

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

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

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

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

1) сроков их введения;

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

3) продолжительности проведения предварительной апробации тарифов;

4) рекомендаций по пересмотру других тарифов.

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

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

**Сноска. Пункт 30 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

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

**Сноска. Пункт 32 в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-141 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

36. Уполномоченный орган рассматривает заявление субъекта здравоохранения и уведомляет о принятом решении в сроки, установленные Законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года "О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц".

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

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

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

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

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

40. Для расчета тарифов субъект здравоохранения течение 20 рабочих дней со дня получения уведомления от уполномоченного органа, указанного в пункте 36 настоящих Правил, предоставляют рабочему органу финансово-экономическую, статистическую и клиническую информацию, подтверждаемую по запросу рабочего органа обосновывающими документами (договорами,

счетами-фактурами, финансовыми документами, внутренними документами) предусмотренную пунктами 12 и 13 и с учетом требований установленных пунктом 18 настоящих Правил.

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

**Сноска. Пункт 41 в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-141 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

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.

45. Мониторинг осуществляется фондом в разрезе:

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

2) видов тарифов.

46. Субъект информатизации, на основании запроса фонда:

1) предоставляет работникам фонда доступ к электронным информационным ресурсам и информационным системам здравоохранения согласно статьи 35 Закона Республики Казахстан от 24 ноября 2015 года "Об информатизации" с учетом требований статьи 28 Кодекса;

2) проводит в информационных системах здравоохранения мероприятия по модификации необходимых отчетных и аналитических форм.

46-1. Фонд ежеквартально проводит анализ и мониторинг тарифов в информационных системах на предмет их соответствия тарифам, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан 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 за №17353).

Сноска. Правила дополнены пунктом 46-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

47. Отчет о мониторинге, включающий предложения по совершенствованию тарифов формируется фондом ежеквартально и по итогам года в ноябре текущего года и предоставляется уполномоченному органу не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным.

Сноска. Пункт 47 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

**Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация по прямым фактическим затратам на 1 пролеченный случай"**  
\*

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Индекс: 1-ПФЗ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

								Наименование места списания, где была применена медицинская
--	--	--	--	--	--	--	--	--

№ сквозной	Наименование региона	Наименование медицинской организации	ИИН пациента	№ истории болезни	Дата госпитализации	Дата выписки	Наименование отделения выписки	услуга, использовано ЛС и/или МИ (клиническое отделение, операционный блок, ОАРИТ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

(продолжение)

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

Примечание:

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

Расшифровка аббревиатур:

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

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

ЛС – лекарственные средства;

ИИН – индивидуальный идентификационный номер;

МИ – медицинские изделия

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

МНН – международное непатентованное название.

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

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

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

Индекс: 2-ПСЗ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

№	Наименование отделения (пример)*	Данные по площади, м <sup>2</sup> **
1	Финансовый блок	
2	Отдел кадров	
3	Администрация	
4	Прачечная	
5	Пищеблок/Кухня/Питание	
6	Транспортировка (гаражи)	
7	Кабинет медицинской статистики	
8	Центральное стерилизационное отделение	
9	Аптека	

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

**Примечание:**

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

\*\* – согласно техническому паспорту субъекта здравоохранения.

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_ М . П .

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

Пояснение по заполнению формы "Площадь субъекта здравоохранения" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

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

## Информация о коечном фонде

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

Примечание:

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

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

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

## Информация о потреблении лекарственных средств и медицинских изделий (в том числе реагентов)

Сноска. Заголовок в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

Примечание:

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

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

## Информация о количестве выполненных консультативно-диагностических услуг

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

Примечание:

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

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

## Информация о выполненных хирургических операциях

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

Примечание:

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

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Примечание:

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

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

М . П .

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

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

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

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

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

Индекс: 3-ФЗС

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

№	Наименование структурного подразделения	Количество ставок
1	Финансовый блок	
2	Отдел кадров	
3	Администрация	
4	Прачечная	
5	Пищеблок/Кухня/Питание	
6	Транспортировка (гаражи)	
7	Кабинет медицинской статистики	
8	Центральное стерилизационное отделение	
9	Аптека	
10	Рентген отделение (лучевой диагностики)	
11	Отделение УЗИ и функциональной диагностики	

12	Лаборатория	
13	Физиотерапия	
14	Кабинет эндоскопии	
15	Амбулаторное отделение	
16	Морг	
17	Приемное отделение	
18	Операционный блок 1	
19	Операционный блок 2	
20	ОАРИТ взрослый	
21	ОАРИТ детский	
22	Отделение 1	
23	Отделение 2	
24	Отделение 3	
25	Отделение 4	
	Итого	

**Примечание:**

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

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

УЗИ – ультразвуковое исследование.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

## Информация о расходах на персонал\*

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

Примечание:

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

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

Сноска. Приложение 10 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Индекс: 4-РНСП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

Специфика	Наименование статьи расходов	Всего затрат, тенге**

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

**Примечание:**

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

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

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

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

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

Пояснение по заполнению формы "Информация о расходах, не связанных с персоналом" приведены в пункте 17 настоящих Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

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

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

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

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

, где

s – стандартное отклонение;

x.

– длительность пребывания каждого случая из генеральной совокупности;

$\bar{x}$

– средняя длительность пребывания генеральной совокупности;

n – количество случаев.

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

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

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

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

**Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.12.2018 № ҚР ДСМ-35 (вводится в действие со дня его первого официального**

опубликования).

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

## Калькуляция стоимости медицинских услуг

Сноска. Приложение 12 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Регион: \_\_\_\_\_

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

(продолжение)

Должность медицинского персонала	Время, затраченное на проведение услуги, минут	Расчет заработной платы, тенге <sup>4</sup>	Социальный налог, тенге	Социальные отчисления, тенге	Прямые расходы , тенге <sup>5</sup>	Накладные расходы, тенге <sup>6</sup>	Стоимость медицинской услуги, тенге <sup>7</sup>
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

Примечание:

1 – Код и наименование услуги соответствуют действующему тарификатору медицинских услуг;

2 – Пример по графам 5-8:

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

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

гр.7 – дозировка: в цифрах;

гр.8 – количество в упаковке: штук.

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

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

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

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

7 – Сумма граф 19 и 21 образует стоимость медицинской услуги графа 22.

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

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

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

— — — — —  
(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: \_\_\_\_\_

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

**наименование организации, регион**

Сноска. Приложение 13 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Индекс: 5-РНР

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

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

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

Примечание:

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

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

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Сноска. Приложение 14 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

Индекс: 6-РМЭТ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

Медицинская организация \_\_\_\_\_

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

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

Прямые затраты, тенге				Накладные расходы (косвенные затраты)	Стоимость МЭТ на один пролеченный

№	Наименование МЭТ	Заработная плата	Налоги и другие обязательные платежи в бюджет	Питание	Лекарственные средства и медицинские изделия	Медицинские услуги	%	тенге	случай, тенге **
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Примечание:

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

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

Расшифровка аббревиатур:

МЭТ – медико-экономический тариф.

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

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

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

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

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

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

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

Индекс: 7-РЗПМП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

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

(продолжение)

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

Примечание:

1 – согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий";

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

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

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

5 – графа 21 формируется путем деления графы 20 на 60 минут;  
6 – графа 25 формируется в случае лечения пациента умножением граф 21, 22 и 23, в случае проведения операций умножением граф 21 и 24;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Сноска. Приложение 16 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Индекс: 8-РЛС/МИ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

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

Примечание:

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

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

Расшифровка аббревиатур:

ЛС – лекарственные средства;

МИ – медицинские изделия;

МНН – международное непатентованное название.

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

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Индекс: 9-РП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

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

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

Примечание:

<sup>1</sup> – Согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики";

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Индекс: 10-РКДУ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

Наименование структурного						Сумма затрат по

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

Примечание:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**наименование организации, регион**

Сноска. Приложение 19 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Индекс: 11-СРДРНР

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

№	Статьи расходов	План на предыдущий год, тыс. тенге	Факт за предыдущий год, тыс. тенге	Отклонение, тыс. тенге
1	2	3	4	5=3-4
II	РАСХОДЫ, всего:	0	0	0
	в том числе:			
110	Заработная плата	0	0	0
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
120	Взносы работодателей	0	0	0
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
140	Приобретение запасов, всего	0	0	0
141	Приобретение продуктов питания			
142	Приобретение лекарственных средств и прочих медицинских изделий			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
149	Приобретение прочих запасов			
150	Приобретение услуг и работ	0	0	0
	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	0	0	0
151	электроэнергия			
	отопление			
	водоснабжение и канализация			

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

Примечание:

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

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

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

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

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

Ответственный исполнитель: \_\_\_\_\_

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

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

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

### наименование организации, регион

Сноска. Приложение 20 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№	Статьи расходов	Объем финансирования на очередной плановый период, тыс. тенге*
	РАСХОДЫ, всего:	0
	в том числе:	
110	Заработная плата	0
	в том числе: медицинского персонала	
	административно-хозяйственного персонала	
120	Взносы работодателей	0
	в том числе: медицинского персонала	
	административно-хозяйственного персонала	
140	Приобретение запасов, всего	0
141	Приобретение продуктов питания	
142	Приобретение лекарственных средств и прочих медицинских изделий	
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования	
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов	
149	Приобретение прочих запасов	
150	Приобретение услуг и работ	0
	Оплата коммунальных услуг, в том числе:	0
151	электроэнергия	
	отопление	
	водоснабжение и канализация	
152	Оплата услуг связи	
153	Оплата транспортных услуг	
154	Оплата за аренду помещения	
159	Оплата прочих услуг и работ	
160	Другие текущие затраты	0
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны	
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны	

165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов	
169	Прочие текущие затраты (штрафы, неустойка, комиссионные платежи, вступительные взносы; гос. пошлина, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, пеня и штрафы по ним (кроме социального налога)	
	Количество койко-дней	

**П р и м е ч а н и е :**

\* – согласно плану развития и согласованный с уполномоченным органом/  
м е с т н ы м и

исполнительными органами.  
Руководитель субъекта

здравоохранения: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Сноска. Приложение 21 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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:

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

1.2.2 Адрес \_\_\_\_\_

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

2. Цель обращения (нужное подчеркнуть):

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

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

Примечание:

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

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

Примечание:

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

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

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

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

Рег. номер	Тип МТ/МИ	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;

МИ – медицинские изделия;

МТ – медицинская техника.

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

## Методика

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

Сноска. Методика в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.02.2018 № 52 (порядок введения в действие см. п. 5).

## Глава 1. Общие положения

1. Настоящая Методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Методика) разработана в соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса

Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяет алгоритм формирования тарифов на медицинские услуги, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), за исключением услуг, оказываемых федеральными медицинскими организациями Российской Федерации гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, 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 Байконур, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса "Байконур", ратифицированным Законом Республики Казахстан от 31 мая 2010 года.

**Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.12.2018 № ҚР ДСМ-35 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).**

2. В настоящей Методике используются следующие понятия:

1) 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;

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

3) 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 ПМСП, состоящая из гарантированного компонента КПН ПМСП и стимулирующего компонента КПН ПМСП;

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

5) 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;

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

7) базовая ставка – средний объем финансовых средств на оказание медицинской помощи в расчете на один пролеченный случай на уровне стационарной и стационарозамещающей помощи;

8) комплексный тариф на одного инфицированного вирусом иммунодефицита человека и (или) больного синдромом приобретенного иммунодефицита – стоимость комплекса медико-социальных услуг инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) в рамках ГОБМП в расчете на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, формируемая на основе клинических протоколов;

8-1) тариф на обследование населения по поводу ВИЧ/СПИД – стоимость услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного обратившегося по поводу обследования на ВИЧ/СПИД;

8-2) комплексный тариф на одного обратившегося в Дружественный кабинет - стоимость комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного обратившегося в Дружественный кабинет;

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

10) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) - центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения,

обращения лекарственных средств и медицинских изделий, контроля за качеством медицинских услуг;

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

12) частный партнер - индивидуальный предприниматель, простое товарищество, консорциум или юридическое лицо, за исключением лиц, выступающих государственными партнерами в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственно-частном партнерстве", заключившие договор государственно-частного партнерства;

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

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

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

16) коммунальные и прочие расходы (далее – КПП) – 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;

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

18) государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) – форма сотрудничества между государственным партнером и частным партнером,

соответствующая признакам, определенным Законом Республики Казахстан "О государственно-частном партнерстве";

18-1) стоимость – стоимость оплаты медицинских услуг или комплекса медицинских услуг, рассчитанная на основании утвержденных тарифов с учетом поправочных коэффициентов, фактически оплачиваемых услуг, лекарственных средств, медицинских изделий, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования;

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

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

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

22) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центрами психического здоровья, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного, зарегистрированного в подсистемах "Регистр психических больных" и "Регистр наркологических больных" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

23) исключить;

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

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

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

27) комплексный тариф на одного больного туберкулезом – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным туберкулезом в рамках ГОБМП в расчете на одного больного туберкулезом, зарегистрированного в подсистеме "Национальный регистр больных туберкулезом" информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

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

29) исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-140 (вводится в действие с 01.06.2019 года);

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

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

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

33) 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;

34) 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;

35) 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;

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

Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

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

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

1) оплату труда работников организации здравоохранения в соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года (далее – Трудовой кодекс), Законом Республики Казахстан "О государственном имуществе" от 1 марта 2011 года, по нормативам, установленным постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий" (далее – постановление № 1193), включая дополнительные денежные выплаты работникам;

2) налоги и другие обязательные платежи в бюджет, включая социальный налог, в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года "О налогах и других обязательных платежах в бюджет" (Налоговый кодекс), а также обязательные профессиональные пенсионные взносы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 21 июня 2013 года "О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан", социальные отчисления в соответствии с Законом Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года "Об обязательном социальном страховании", отчисления и (или) взносы на обязательное социальное медицинское страхование в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года "Об обязательном социальном медицинском страховании" (далее – Закон);

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

4) питание и оснащение мягким инвентарем пациентов в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм

оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики";

5) повышение квалификации и переподготовку кадров;

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

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

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

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

**Сноска. Пункт 3 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-141 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020); от 15.04.2020 № ҚР ДСМ-38/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

3-1. В тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, не входят платные услуги.

**Сноска. Методика дополнена пунктом 3-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

4. Расчет тарифов на АПП осуществляется:

за оказание ПМСП, круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, в соответствии с пунктами 5-12 настоящей Методики;

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

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

**Сноска. Пункт 4 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019); от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

5. 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.

**Сноска. Пункт 5 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

6. Гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП включает затраты, связанные с деятельностью субъекта ПМСП по оказанию комплекса медицинских услуг по перечням услуг, определенным в Правилах оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11268) и Правилах оказания консультативно-диагностической помощи, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 "Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11958).

**Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

**Сноска. Пункт 7 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

7-1. 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:

$ПН_{гар.НП} = ПН_{баз.НПРК} \times ПVKНП + ПН_{баз.НПРК} \times (K_{плотн.регион} - 1) + ПН_{баз.НПРК} \times (K_{Котопит.обл.} - 1) + ПН_{баз.НПРК} \times (K_{сельск.обл.} - 1) + ПН_{баз.НПРК} \times (K_{эколог} - 1)$ , где:

ПН<sub>баз.НПРК</sub> – 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 определяется уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса, и рассчитывается по формуле:

$ПН_{баз.НП(рк)} = ПН_{сред.НП(РК)} / (ПVKРК + (K_{плотн.регион} - 1) + (K_{Котопит.РК} - 1) + (K_{сельск.РК} - 1) + (K_{экологРК} - 1))$ , где:

ПН<sub>сред.НП(рк)</sub> – средний компонент подушевого норматива на оказание НП на одного жителя в месяц по стране на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле:

$ПН_{сред.НП(рк)} = V_{НП\_рк} / Ч_{рк} / m$ , где:

V<sub>НП(рк)</sub> – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание НП населению;

Ч<sub>рк</sub> – численность прикрепленного населения ко всем субъектам по оказанию НП страны, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения, или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета финансирования;

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

ПVKРК – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне страны, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения страны;

$ПVKРК = (ПVK_{обл.1} + ПVK_{обл.2} + \dots + ПVK_{обл.i}) / Ч_{РК}$

ПVK<sub>обл.</sub> – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением по региону, который определяется по формуле:

$ПVK_{обл.} = (Ч_{обл.k/n} \times ПVK_{ПМСП(n)}) / Ч_{обл.}$ , где:

Ч<sub>обл.</sub> – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН";

Ч<sub>обл.k/n</sub> – численность прикрепленного населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер k населения, попадающего в половозрастную группу номер n;

ПVK<sub>ПМСП(n)</sub> – 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 НП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа.

Кплотн.регион – коэффициент плотности населения по данной области, который определяется по формуле:

$$\text{Кплотн.регион} = 1 + В \times \text{Пнас РК.сред} / \text{Пнас обл.}, \text{ где:}$$

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей, городов республиканского значения от численности населения областей, городов республиканского значения (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Пнас.РК.сред – плотность населения в среднем по Республике Казахстан согласно данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – Комитет по статистике) по состоянию на период, который используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

Пнас.обл. – плотность населения в области согласно данным Комитета по статистике по состоянию на период, который используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

Для городов республиканского значения и областных центров коэффициент плотности населения равен 1.

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

$$\text{Котопит.РК} = (\text{Котопит.обл. 1} + \text{Котопит.обл. 2} + \dots + \text{Котопит.обл. i}) / \text{ЧРК}$$

$$\text{Котопит.обл.} = 1 + \text{Дотопит.} \times (\text{Побл.} - \text{ПРК/сред.}) / \text{ПРК/сред.}, \text{ где:}$$

Котопит.обл.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

Побл. – период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

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

$$\text{Ксельск.РК} = (\text{Ксельск.обл. 1} + \text{Ксельск.обл. 2} + \dots + \text{Ксельск.обл. i}) / \text{ЧРК}$$

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

$$\text{Ксельск.обл.} = 1 + 0,25 \times (\text{Чсело} / \text{Чобл.} \times \text{ДОсело}), \text{ где:}$$

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).

**Сноска. Правила дополнены пунктом 7-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

7-2. Подушевой норматив на оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, включает:

- 1) доврачебную медицинскую помощь;
- 2) обеспечение лекарственных средств и медицинских изделий и расходных материалов в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 мая 2015 года № 380 "Об утверждении состава аптечки для оказания первой помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11421);
- 3) расходы на оказание медицинских услуг согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 октября 2019 года № ҚР ДСМ-133 "О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19441).

**Сноска. Правила дополнены пунктом 7-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

7-3. Расчет подушевого норматива на оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, на одного прикрепленного школьника (далее – ШМ), зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц, осуществляется по формуле:

$$\text{ПНШМ(рк)} = \text{VШМ\_рк} / \text{Чшк} / \text{m}$$
, где:

ПНШМ – подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц по стране на предстоящий финансовый год;

VШМ(рк) – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание ШМ;

Чшк – численность прикрепленных школьников ко всем субъектам по оказанию ШМ в РК, зарегистрированная в ИС "РПН", которая используется для расчета финансирования;

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

**Сноска. Правила дополнены пунктом 7-3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

8. СКПН включает затраты на:

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

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

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

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

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

**12. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

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

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

$Сму\_i-P = P_{\text{прямые\_}i} + P_{\text{накладные\_}i}$ , где:

$Сму\_i-P$  – расчетная стоимость одной медицинской услуги, рассчитанная без учета поправочных коэффициентов на основе метода определения прямых и накладных расходов;

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

$P_{\text{прямые\_}i}$  – расчетная сумма прямых расходов на оказание одной медицинской услуги, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих  $i$ -ю медицинскую услугу, и подпунктом 3) пункта 3 настоящей Методики, и расходы на сервисное обслуживание компьютерных томографов (включая замену рентгеновской трубки компьютерного томографа), магниторезонансного томографа согласно подпункта 7) пункта 3 настоящей Методики, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

$P_{\text{накладные\_}i}$  – сумма накладных расходов в расчете на одну медицинскую услугу, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании  $i$ -й медицинской услуги, и подпунктами 5)-8) настоящей Методики, которые определяются по следующей формуле:

$P_{\text{накладные\_}i} = ЗП_i \times k_{\text{накладные}}$ , 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 3 настоящей Методики, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

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

$k_{\text{накладные}} = P_{\text{накладные\_}MO} / ЗП_{\text{мп}}$ , где:

$P_{\text{накладные\_}MO}$  – средняя расчетная сумма накладных расходов субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3

настоящей Методики на оплату вспомогательного (косвенного) труда работников субъектов здравоохранения, непосредственно не участвующих в оказании медицинских услуг и подпунктами 5)-8) пункта 3 настоящей Методики;

ЗПмп – средняя расчетная сумма расходов на оплату труда медицинских работников субъектов здравоохранения, которая рассчитана в соответствии с подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

**Сноска. Пункт 14 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

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

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом с целью корректировки стоимости медицинской услуги с учетом расходов на оплату надбавки за работу в сельской местности, за работу в зонах экологического бедствия в соответствии с законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и коэффициенты, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса.

**16. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

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

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

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

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

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

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

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

18-1. Расчет тарифа на оказание услуг ПМК на одного человека с учетом поправочных коэффициентов осуществляется по следующей формуле:

$СПМК = ТПМК * K1 + ТПМК * (K2-1) \dots + ТПМК * (Kn-1)$ , где:

ТПМК – тариф за оказание услуг ПМК, рассчитанный без учета поправочных коэффициентов;

$K1, Kn$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 18-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**19. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

**19-1. Исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-140 (вводится в действие с 01.06.2019).**

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

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

за один койко-день;

за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

за один пролеченный случай по медико-экономическим тарифам;

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

за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости.

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

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

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

$V_{\text{фин}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которому осуществляется по тарифу за один койко-день;

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

21-1. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС за один койко-день (за исключением республиканских медицинских организаций), осуществляется по следующей формуле:

$$C_{\text{к/д}} = T_{\text{к/д}} * K_1 + T_{\text{к/д}} * (K_2-1) + \dots + T_{\text{к/д}} * (K_n-1), \text{ где:}$$

$T_{\text{к/д}}$  – тариф за один койко-день, рассчитанный без учета поправочных коэффициентов;

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

Сноска. Правила дополнены пунктом 21-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

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

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

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

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

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

22-1. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости (за исключением республиканских медицинских организаций), осуществляется по следующей формуле:

$$\text{СПС} = \text{ТПС} * K_1 + \text{ТПС} * (K_2-1) + \dots + \text{ТПС} * (K_n-1), \text{ где:}$$

$T_{\text{пс}}$  – тариф за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости, рассчитанный без учета поправочных коэффициентов;

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 22-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

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

$T_{\text{мэт}}$  – стоимость МЭТ на один пролеченный случай;

$R_{\text{прямые}}$  – сумма прямых затрат на пролеченный случай согласно клиническим протоколам, которая включает затраты, предусмотренные подпунктами 1) и 2) пункта 3 настоящей Методики на оплату труда основных медицинских работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги, и подпунктами 3) и 4) пункта 3 настоящей Методики, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

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

**Сноска. Пункт 24 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

$R_{\text{зп}}$  – расходы по заработной плате основных медицинских работников, участвующих в лечении одного случая, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

**Сноска. Пункт 25 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

26. Накладные расходы по одному случаю рассчитываются по следующей формуле:

$R_{\text{накладные}} = Z_{\text{Пс}} \times k_{\text{накладные}}$ , где:

$Z_{\text{Пс}}$  – сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников, оказывающих лечение согласно подпунктам 1 и 2 пункта 3 настоящей Методики.

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

$k_{\text{накладные}} = R_{\text{накладные\_мо}} \div Z_{\text{Пмо}}$ , где:

$R_{\text{накладные\_мо}}$  – средняя сумма накладных расходов по медицинским организациям, установленным уполномоченным органом;

$Z_{\text{Пмо}}$  – средняя сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников медицинских организации, для расчета заработной платы используется среднемесячная заработная плата отрасли здравоохранения текущего финансового года по данным официальной статистической информации.

**Сноска. Пункт 26 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

26-1. Расчет тарифа для субъектов здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС за один пролеченный случай по МЭТ (республиканских медицинских организаций), осуществляется по следующей формуле:

$С_{\text{МЭТ}} = T_{\text{МЭТ}} * K_1 + T_{\text{МЭТ}} * (K_2 - 1) + \dots + T_{\text{МЭТ}} * (K_n - 1)$ , где:

$T_{\text{МЭТ}}$  – тариф за один пролеченный случай по МЭТ, рассчитанный без учета поправочных коэффициентов;

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 26-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

$T_{\phi}$

– тариф на один пролеченный случай по фактическим расходам;

$P_{\text{прямые}}$

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

$P_{\text{накладные}}$

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

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

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

$P_{\text{зп}}$

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

$P_{\text{н}}$  – расходы по налогам и другим обязательным платежам в бюджет по одному случаю;

$P_{\text{пит}}$

– расходы по питанию на пролеченный случай;

$P_{\text{лс/имн}}$

– расходы по ЛС и ИМН на пролеченный случай;

$P_{\text{усл}}$

расходы на медицинские услуги на пролеченный случай.

**Сноска. Пункт 28 с изменением, внесенным приказом Министра**

здравоохранения РК от 06.12.2018 № ҚР ДСМ-35 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

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

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

, где:

$ЗП_{\text{вп}}$

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

$КПР_{\text{м}}$

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

$K_{\text{м}}$

– количество случаев за предыдущий месяц.

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

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

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

$C$  – стоимость одного пролеченного случая;

$P_{\text{пациент}}$  – фактические затраты на одного пациента представляют собой сумму расходов, направленных на диагностику и лечение пациента (лекарственные средства и медицинские изделия, медицинские услуги);

$P_{\text{мо}}$  – фактические затраты медицинской организации на одного пациента, рассчитанные методом ступенчатого отнесения затрат, рассчитываются по следующей формуле:

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

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

$$C_{\text{к/дсрвз}} = \frac{\sum(C \times K_{\text{л}})}{\sum K_{\text{л}}},$$

где:

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

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

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

**Сноска. Пункт 31 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

$$C_{срв\ КЗГ i} = \frac{\sum(C_{ср} \times Kл)}{\sum Kл}, \text{ где:}$$

, где:

$C_{ср}$ :

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

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

33. Коэффициент затратоемкости рассчитывается по следующей формуле:

$$КЗ_{КЗГ i} = \frac{C_{срв\ КЗГ i}}{БС_{КЗГ}}, \text{ где:}$$

, где:

$БС_{КЗГ}$ :

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

33-1.  $БС_{КЗГ}$  – стоимость базовой ставки для определения стоимости КЗГ, которая рассчитывается по следующей формуле:

$$БС_{КЗГ} = V_{фин} / KлБС, \text{ где:}$$

$V_{фин}$  – объем средств, предусмотренный соответствующим бюджетом на предстоящий год для оказания стационарной и (или) стационарозамещающей помощи по КЗГ в рамках ГОБМП и системе ОСМС, без учета средств, предусмотренных на оплату за фактически понесенные расходы, и дополнительной оплаты затрат;

$KлБС$  – количество базовых ставок, которая определяется по следующей формуле:

$$Кл_{БС} = \sum_{i=1}^n Кз_{кзг_i} * Кл_{кзг_i} + Кз_{кзг_i} * Кл_{кзг_i} * (Кn_1 - 1) + Кз_{кзг_i} * Кл_{кзг_i} * (Кn_2 - 1) + \dots + Кз_{кзг_i} * Кл_{кзг_i}$$

\*(Кnn-1)

КЗКЗГ<sub>i</sub> – коэффициент затратоемкости по КЗГ<sub>i</sub> за предыдущий год;

КлКЗГ<sub>i</sub> – количество пролеченных случаев по КЗГ<sub>i</sub> за предыдущий год;

Кn1, Кn2, ..., Кnn, – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент сельской территории, коэффициент продолжительности отопительного сезона и другие утвержденные поправочные коэффициенты).

**Сноска. Правила дополнены пунктом 33-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

$Скзг = Бскзг \times КЗкзг_i + Бскзг \times КЗкзг_i \times (Кn1-1) + Бскзг \times КЗкзг_i \times (Кn2-1) + \dots + Бскзг \times КЗкзг_i \times (Кnn-1)$ , где:

Скзг – стоимость одного пролеченного случая по КЗГ;

i – вид или группа КЗГ;

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

КЗкзг<sub>i</sub> – коэффициент затратоемкости определенного вида (i) КЗГ;

Кn1, Кn2, Кnn – поправочные коэффициенты (экологический коэффициент, коэффициент сельской территории, коэффициент учета продолжительности отопительного сезона и поправочные коэффициенты, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса).

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

$Ксельск.РК = (Ксельск.обл. 1 + Ксельск.обл. 2 + \dots + Ксельск.обл. i) / ЧРК$

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

$Ксельск.обл. = 1 + 0,25 \times (Чсело / Чобл. \times ДОсело)$ , где:

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

Чсело – численность прикрепленного населения к субъекту села, 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 СИЯП.

$$K_{\text{эколог.}} = (V_{\text{СМП}} + V_{\text{экол.}}) / V_{\text{СМП}}$$

$V_{\text{СМП}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь в форме стационарной и (или) стационарозамещающей помощи;

$V_{\text{экол.}}$  – 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 34 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**35. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

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

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

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

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

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

обеспечения таргетными препаратами и химиопрепаратами, лучевой терапии;

амбулаторно-поликлинической, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи с применением высокотехнологичных медицинских услуг;

сумм, выделенных на перезарядку и сервисное обслуживание лучевых аппаратов;

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

**Сноска. Пункт 37 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$Ч_{\text{онко конец}}$  – численность онкологических больных, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и

детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями, зарегистрированных в ЭРОБ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет; m – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медицинских услуг онкологическим больным.

**39. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

#### **Параграф 4. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным центра психического здоровья**

**Сноска. Заголовок параграфа 4 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

**Сноска. Пункт 40 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

41. 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) квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической помощи:

консультативно-диагностической помощи, стационарной, в том числе лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения и стационароразмещающей помощи;

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, квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудоустройство реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, консультативно-диагностической помощи, стационарной, в том числе лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения и стационароразмещающей помощи.

**Сноска. Пункт 41 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

42. Расчет комплексного тарифа на одного больного центров психического здоровья в месяц, зарегистрированного в РПБ, РНБ субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь больным центрам психического здоровья, осуществляется по формуле:

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

$V_{фин. псих/нарко\_год}$  – объем финансирования на оказание медико-социальной помощи больным центра психического здоровья на предстоящий финансовый год;

$Ч_{ср.спис. псих/нарко\_год}$  – годовая среднесписочная численность больных центров психического здоровья, которая рассчитывается по формуле:

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

$Ч_{псих/нарко\ нач.}$  – численность больных центров психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ на начало финансового года;

$T_{прироста}$  – средний темп прироста больных центров психического здоровья за последние три года, который определяется по формуле:

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

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

Ч псих/нарко. нач. – численность больных центра психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ на начало года за период (n1,2,3) последних трех лет;

Ч псих/нарко конец – численность больных центра психического здоровья, зарегистрированных в РПБ, РНБ на конец года за период (n1,2,3) последних трех лет;

m – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование на оказание медико-социальной помощи больным центром психического здоровья.

Сноска. Пункт 42 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

43. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).

### **Параграф 5. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ**

Сноска. Заголовок в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

44. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

45. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

46. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).

47. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).

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

48. Оплата за оказанную медико-социальную помощь больным туберкулезом в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом субъектам здравоохранения, за исключением:

- 1) обеспечения противотуберкулезных препаратов;
- 2) республиканских организаций здравоохранения, оплата которым осуществляется за оказание стационарной и стационарозамещающей

медицинской помощи по тарифу за один койко-день (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным туберкулезом).

**Сноска. Пункт 48 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

49. Комплексный тариф на одного больного туберкулезом предусматривает:

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

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

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

4) оказание восстановительного лечения и медицинской реабилитации взрослым и детям больным туберкулезом и перенесшим туберкулез, за исключением снятых с динамического наблюдения;

5) оказание профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции.

**Сноска. Пункт 49 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 15.04.2020 № ҚР ДСМ-38/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**51. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

## **Параграф 7. Алгоритм формирования тарифов за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, тарифов для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах**

**Сноска. Заголовок параграфа 7 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

**Сноска. Пункт 52 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

53. Комплексный тариф на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД включает обеспечение квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, в том числе осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду и ребенку раннего детского возраста.

**Сноска. Пункт 53 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

53-1. Тариф для уязвимых 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 уязвимым группам населения по повышенному риску инфицирования ВИЧ, утвержденных уполномоченным органом.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 53-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

53-2. Тариф за обследование населения на ВИЧ-инфекции включает проведение анализов на ВИЧ-инфекции для населения РК.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 53-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

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

$$КТ_{ВИЧ} = \sum_{i=1}^n C_i * q * M, \text{ где}$$

$C_i$  – 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 статистики;

$M$  – кратность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов.

**Сноска. Пункт 54 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

54-1) Расчет стоимости на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД в месяц субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, осуществляется по формуле:

$$СКТ_{ВИЧ} = КТ_{ВИЧ} * K_1 + КТ_{ВИЧ} * (K_2-1) + \dots + КТ_{ВИЧ} * (K_n-1), \text{ где:}$$

КТВИЧ – комплексный тариф на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД в месяц субъекту здравоохранения, оказывающему медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД без учета поправочных коэффициентов;

К1, Кп – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 54-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

54-2) Расчет тарифа на одного человека из уязвимой группы населения в дружественных кабинетах осуществляется по формуле:

$$КТ_{у\text{гн}} = \sum_{i=1}^n C_i * q * M, \text{ где}$$

$C_i$  – 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 статистики;

$M$  – кратность использования медицинской услуги, рассчитанная с учетом стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 54-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

54-3) Расчет стоимости на одного человека из уязвимой группы населения в дружественных кабинетах субъекту здравоохранения, оказывающему

медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, осуществляется по формуле:

$СКТугн = КТУГН * К1 + КТУГН * (К2-1) + \dots + КТУГН * (Кn-1)$ , где:

КТУГН – комплексный тариф на одного человека из уязвимой группы населения в дружественных кабинетах без учета поправочных коэффициентов;

К1, Кn – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологического бедствия в Приаралье" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП), за продолжительность отопительного сезона и других коэффициентов.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 54-3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**55. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

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

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

**Сноска. Пункт 56 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

57. 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:

$$\text{ПНгар.СП} = (\text{ПНбаз.СПРК} \times \text{ПВКСП} + \text{ПНбаз.СПРК} \times (\text{Кплотн.регион} - 1) + \text{ПНбаз.СПРК} \times (\text{Котопит.обл.} - 1) + \text{ПНбаз.СПРК} \times (\text{Ксельск.обл.} - 1) + \text{ПНбаз.СПРК} \times (\text{Кэколог} - 1)) \times \text{Крегион}$$
, 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 определяется уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса, и рассчитывается по формуле:

$$\text{ПНбаз.СП(рк)} = \text{ПНсред.СП(РК)} / (\text{ПВКРК} + (\text{Кплотн.регионРК} - 1) + (\text{Котопит.РК} - 1) + (\text{Ксельск.РК} - 1) + (\text{КэкологРК} - 1))$$
, где:

ПНсред.СП(рк) – средний компонент подушевого норматива на оказание СП на одного жителя в месяц по стране на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле:

$$\text{ПНсред СП(рк)} = \text{VСП\_рк} / \text{Чрк} / \text{т}$$
, где:

VСП(рк) – плановый годовой объем финансирования по стране на оказание СП населению;

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

т – количество месяцев в финансовом году, в течение которых будет осуществляться финансирование СП.

ПВКРК – средний половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг населением на уровне страны, рассчитанный на основе данных ИС "РПН" по половозрастной структуре населения страны;

Кплотн.регион – коэффициент плотности населения по данной области, который определяется по формуле:

$$\text{Кплотн.регион} = 1 + \text{В} \times \text{Пнас РК.сред} / \text{Пнас обл.}$$
, где:

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей, городов республиканского значения от численности населения областей, городов республиканского значения (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Пнас.РК.сред – плотность населения в среднем по Республике Казахстан согласно данным Комитета по статистике Министерства национальной

экономики Республики Казахстан (далее – Комитет по статистике) по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

Пнас.обл. – плотность населения в области согласно данным Комитета по статистике по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

Для городов республиканского значения и областных центров коэффициент плотности населения равен 1.

$$\text{ПВКРК} = (\text{ПВКОбл } 1 + \text{ПВКОбл } 2 + \dots + \text{ПВКОбл } i) / \text{ЧРК}$$

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

$$\text{ПВКОбл} = (\text{Чобл } k/n \times \text{ПВКПМСП}(n)) / \text{Чобл}, \text{ где:}$$

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

Чоблк/n – численность прикрепленного 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 СП, 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 СП на предстоящий финансовый год или его корректировки в течение текущего финансового года по решению уполномоченного органа.

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

$$\text{Котопит.РК} = (\text{Котопит.обл. } 1 + \text{Котопит.обл. } 2 + \dots + \text{Котопит.обл. } i) / \text{ЧРК}$$

$$\text{Котопит.обл.} = 1 + \text{Дотопит.} \times (\text{Побл.} - \text{ПРК/сред.}) / \text{ПРК/сред.}, \text{ где:}$$

Котопит.обл. – коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

Побл. – период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

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

$$\text{Ксельск.РК} = (\text{Ксельск.обл. 1} + \text{Ксельск.обл. 2} + \dots + \text{Ксельск.обл. i}) / \text{ЧРК}$$

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

$$\text{Ксельск.обл.} = 1 + 0,25 \times (\text{Чсело} / \text{Чобл.} \times \text{ДОсело}), \text{ где:}$$

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

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

Крегион – поправочный коэффициент, устанавливаемый с целью корректировки тарифа и обеспечения устойчивого функционирования субъектов здравоохранения в регионе.

**Сноска. Пункт 57 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**58. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

59. Тариф за один вызов скорой медицинской помощи в случае привлечения для соисполнения организаций здравоохранения, имеющей разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях", за один выезд мобильной бригады паллиативной помощи определяется суммой расходов на оказание одной медицинской услуги, которая включает расходы, предусмотренные подпунктами 1), 2), 3) и 7) пункта 3 настоящей Методики.

Расчет тарифа осуществляется по следующей формуле:

$\text{Свызов/выезд} = \text{Твызов/выезд} * \text{К1} + \text{Твызов/выезд} * (\text{К2}-1) + \dots + \text{Твызов/выезд} * (\text{Кn}-1)$ , где:

Твызов/выезд – тариф за один вызов скорой медицинской помощи в случае привлечения для соисполнения, выезд мобильной бригады паллиативной помощи, рассчитанный без учета поправочных коэффициентов;

$K_1, K_n$  – поправочные коэффициенты, применяемые уполномоченным органом 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 законами Республики Казахстан от 30 июня 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан Приаралья) и от 18 декабря 1992 года "О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне" (далее – ЗРК о соцзащите граждан СИЯП) и других коэффициентов.

**Сноска. Пункт 59 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**60. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

$$T_v = V_{\text{фин}} / K_{лс}, \text{ где:}$$

$T_v$  – тариф за один вызов медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным автотранспортом;

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

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

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

Тариф на медицинские услуги санитарной авиации определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{му}} = V_{\text{фин мп}} / K_{лч}, \text{ где:}$$

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

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

Кл<sub>ч</sub> – количество планируемых часов оказания медицинских услуг.

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

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

62. Субъектам здравоохранения районного значения или села, оказывающим комплекс медицинских услуг по перечню форм медицинской помощи, определяемому в соответствии с пунктом 1 статьи 34 Кодекса и подпунктом 1) статьи 10 Закона (далее – субъект села), тарифом для определения объема финансирования является комплексный подушевой норматив на сельское население.

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

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

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

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

Сноска. Пункт 64 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.12.2018 № ҚР ДСМ-35 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

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

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

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

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

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

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

$КПН_{\text{гар.село}} = КПН_{\text{баз.ПМСП}} \times ПВК_{\text{село}} + КПН_{\text{баз. ПМСП}} \times (К_{\text{плотн.регион}} - 1) + КПН_{\text{баз.ПМСП}} \times (К_{\text{отопит.обл.}} - 1) + КПН_{\text{баз. ПМСП}} \times (К_{\text{сельск.обл}} - 1) + V_{\text{сп/сзт\_село}} / Ч_{\text{село}} / m$ , где:

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

$ПВК_{\text{село}}$  – половозрастной поправочный коэффициент потребления медицинских услуг сельским населением по региону, который определяется по формуле:

$ПВК_{\text{село}} = (Ч_{\text{село}} k/n \times ПВК_{\text{ПМСП}}(n)) / Ч_{\text{село}}$ , где:

$Ч_{\text{село}}$  – численность прикрепленного сельского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН";

$Ч_{\text{село}}$  – численность прикрепленного сельского населения региона, зарегистрированная в ИС "РПН" номер  $k$  населения, попадающего в половозрастную группу номер  $n$ ;

$ПВК_{\text{ПМСП}}(n)$  – половозрастной поправочный коэффициент половозрастной группы номер  $n$ , согласно таблице к комплексной формуле расчета гарантированного компонента комплексного подушевого норматива 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.регион – коэффициент плотности населения по данной области, который определяется по формуле:

$$\text{Кплотн.регион} = 1 + В \times \text{Пнас РК.сред} / \text{Пнас обл.}, \text{ где:}$$

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей, городов республиканского значения от численности населения областей, городов республиканского значения (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Пнас.РК.сред – плотность населения в среднем по Республике Казахстан согласно данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – Комитет по статистике) по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

Пнас.обл. – плотность населения в области согласно данным Комитета по статистике по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

Для городов республиканского значения и областных центров коэффициент плотности населения равен 1.

$$\text{Котопит.обл.} = 1 + \text{Дотопит.} \times (\text{Побл.} - \text{ПРК/сред.}) / \text{ПРК/сред.}, \text{ где:}$$

Котопит.обл.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

Побл. – период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (городов республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (городов республиканского значения и столицы), которые используются для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

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

Ксельск.обл. =  $1 + 0,25 \times (\text{Чсело} / \text{Чобл.} \times \text{ДОсело})$ , 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 СИЯП.

$K_{\text{эколог.}} = (V_{\text{пмсп}} + V_{\text{экол.}}) / V_{\text{пмсп}}$

$V_{\text{пмсп}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

$V_{\text{экол.}}$  – 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.

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

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

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

$\text{ПС сп/сзт\_село/обл.}$  – планируемое количество пролеченных случаев по области на предстоящий финансовый год при оказании сельскому населению специализированной медицинской помощи в формах стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, которое определяется как сумма пролеченных случаев ( $\text{ПС сп/сзт\_село}$ ) по всем субъектам села;

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

$\text{ПС сп/сзт\_село} = \text{ПС сп/село} + \text{ПС сп/село} \times \%_{\text{темпсп/село}} + \text{ПС сзт/село} + \text{ПС сзт/село} \times \%_{\text{темпсзт/село}}$ , где:

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

ПСсзт/село – количество пролеченных случаев субъектом села за прошедший год, которым была оказана специализированная медицинская помощь в форме стационаророзмещающей медицинской помощи среди прикрепленного сельского населения;

%темпсп/село, %темпсзт/село – темп роста или снижения стационарной и стационаророзмещающей медицинской помощи 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 66 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**67. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие с 01.01.2019).**

## **Параграф 10. Алгоритм формирования поправочного коэффициента к тарифам на медицинские услуги для субъекта здравоохранения, введенного в эксплуатацию в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства**

**Сноска. Методика дополнена параграфом 10 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

68. Поправочный коэффициент для субъектов ГЧП применяется к тарифам, отображенным в Алгоритме формирования поправочного коэффициента к тарифам на медицинские услуги для субъекта здравоохранения, введенного 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 ОСМС, направленными на возмещение эксплуатационных расходов.

69. Для расчета поправочного коэффициента для проекта ГЧП, необходимо провести анализ по историческим данным действующих субъектов здравоохранения.

70. Выбор и согласование перечня субъектов здравоохранения, а также утверждение количества и наименования субъектов здравоохранения проводится организацией, определенной уполномоченным органом.

71. 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 ОСМС;

2) расходы, понесенные частным партнером, включаются в эксплуатационную часть расходов и подлежат выплате частному партнеру за счет тарифа ГОБМП и/или ОСМС;

Расходы, собранные постатейно за прошлый год организацией, определенной уполномоченным органом, утверждаются соответствующим документом.

72. 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 68 и в подпунктах 1) и 2) пункта 71 настоящего Алгоритма;

2) медицинские и эксплуатационные фактические расходы согласно пункту 68 и подпунктам 1) и 2) пункта 71 заполняются на основании приложения 4 настоящей Методики;

3) расчет предварительного коэффициента для субъекта здравоохранения, определяется по следующей формуле:

$$\text{КПК}(N) = \text{Рэкс} / \text{Рфр}, \text{ где}$$

КПК(N) – предварительный коэффициент;

Рэкс – сумма эксплуатационных расходов медицинской организации, которая определяется в соответствии с пунктом 3 и подпунктом 2) пункта 71 настоящей Методики;

Рфр – сумма фактических расходов медицинской организации, которая определяется в соответствии с пунктом 3 и подпунктами 1) и 2) пункта 71 настоящего Алгоритма.

73. 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 5 настоящей Методики:

$$КП = (Кпк1+Кпк2+Кпк3++Кпк(N))/N, \text{ где}$$

КП – поправочный коэффициент для субъектов ГЧП;

КПК1, КПК2, КПК3 и КПК $N$  – предварительный коэффициент рассчитанный для каждого субъекта здравоохранения, на основании подпункта 3) пункта 72 настоящего Алгоритма.

2) рассчитанный поправочный коэффициент для субъектов ГЧП применяется к субъекту здравоохранения, действующего 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.

74. Распределение суммы тарифа на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и/или ОСМС с учетом поправочного коэффициента для субъектов ГЧП осуществляется следующим образом:

1) сумма тарифа на медицинские услуги, оказываемых в рамках ГОБМП и/или ОСМС, умножается на утвержденный поправочный коэффициент для субъектов ГЧП (КП), рассчитанный в соответствии пунктом 73 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 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.

75. Утверждение поправочного коэффициента для субъектов 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.

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

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

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

$$\text{КПНгар.ПМСП} = \text{КПНбаз.ПМСП} \times \text{ПВКПМСП} + \text{КПНбаз.ПМСП} \times (\text{Кплотн.оегион} - 1) + \text{КПНбаз.ПМСП} \times (\text{Котопит.обл} - 1) + \text{КПНбаз.ПМСП} \times (\text{Кэколог.} - 1), \text{ где}$$

КПНбаз.ПМСП – базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный без учета поправочных коэффициентов, утвержденного уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса для субъектов ПМСП на предстоящий финансовый год, который определяется по формуле, согласно пункту 2 настоящего приложения;

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

$$\text{ПВКобл} = (\text{Чобл } k/n \times \text{ПВКПМСП}(n)) / \text{Чобл}, \text{ где:}$$

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  $n$ ;

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.регион – коэффициент плотности населения по данной области, который определяется по формуле:

$$\text{Кплотн.регион} = 1 + В \times \text{Пнас РК.сред} / \text{Пнас обл.}, \text{ где:}$$

В – вес, с которым учитывается отклонение плотности населения областей, городов республиканского значения от численности населения областей, городов республиканского значения (расчет коэффициента линейной корреляции Пирсона);

Пнас.РК.сред – плотность населения в среднем по Республике Казахстан согласно данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (далее – Комитет по статистике) по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

Пнас.обл. – плотность населения в области согласно данным Комитета по статистике по состоянию на период, который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

Для городов республиканского значения и областных центров коэффициент плотности населения равен 1.

$$\text{Котопит.обл.} = 1 + \text{Дотопит.} \times (\text{Побл.} - \text{ПРК/сред.}) / \text{ПРК/сред.}, \text{ где:}$$

Котопит.обл.– коэффициент учета продолжительности отопительного сезона для области;

Дотопит – доля затрат на годовой объем отопления в общем годовом объеме текущих затрат по области (городе республиканского значения и столице) на основании данных субъектов здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в области (городе республиканского значения и столице) за прошедший год;

Побл. – период отопительного сезона по области (городе республиканского значения и столице), определенный на основании решения местного исполнительного органа области (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

ПРК/сред. – период отопительного сезона в среднем по Республике Казахстан согласно данным областей (города республиканского значения и столицы), который используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год.

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

$$\text{Ксельск.обл.} = 1 + 0,25 \times (\text{Чсело} / \text{Чобл.} \times \text{ДОсело}), \text{ где:}$$

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

Чсело – численность прикрепленного населения к субъекту села, оказывающему СП, 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 СИЯП.

$$K_{\text{эколог.}} = (V_{\text{пмпс}} + V_{\text{экол.}}) / V_{\text{пмпс}}$$

$V_{\text{пмпс}}$  – объем финансирования на очередной плановый период для субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь;

$V_{\text{экол.}}$  – 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 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**2. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**3. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**4. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

**5. Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 31.12.2019 № ҚР ДСМ-157 (вводится в действие с 01.01.2020).**

Таблица  
к комплексной формуле расчета  
гарантированного компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

## Половозрастные поправочные коэффициенты

Пол	Мужчины	Женщины
Возраст	Половозрастные поправочные коэффициенты	
0-12 месяцев	4,82	5,52
12 месяцев - 4 года	1,45	1,65
5-9 лет	0,96	0,99

10-14 лет	0,94	0,92
15-19 лет	1,02	0,83
20-29 лет	0,53	1,20
30-39 лет	0,413	1,21
40-49 лет	0,53	1,20
50-59 лет	0,48	1,11
60-69 лет	0,84	2,19
70 и старше	1,11	1,48

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

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

1. Расчет СКПН осуществляется последовательно в следующем порядке:  
шаг 1: Определение плановой суммы СКПН в расчете на одного жителя в месяц на уровне республики осуществляется по формуле:

$$V_{\text{скпн\_рк}} = \text{Ч}_{\text{нас.рк}} * S_{\text{скпн\_рк}} * m_{\text{год}}, \text{ где:}$$

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

$\text{Ч}_{\text{нас\_рк}}$  – численность населения по республике на дату месяца, которая используется для расчета финансирования на предстоящий финансовый год по данным Комитета по статистике, подлежащая корректировке в соответствии с данными численности населения, зарегистрированной в ИС "РПН", или по данным ИС "РПН";

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{\text{год}}$  – количество месяцев в плановом финансовом году, в которых будет осуществляться выплата сумм СКПН.

шаг 2: определение планового годового объема финансирования СКПН по региону осуществляется по формуле:

$$V_{\text{скпн\_рег}} = \text{Ч}_{\text{нас.рег.}} * S_{\text{скпн\_рк}} * m_{\text{год}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн\_рег}}$  – годовой объем финансирования СКПН по региону;

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

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$m_{\text{год}}$  – количество месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН.

Объем финансирования СКПН по региону в месяц определяется путем деления на число месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН, ( $V_{\text{скпн рег./мес}}$ ).

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

$$V_{\text{скпн мо\_план}} = Ч_{\text{пмсп}} * S_{\text{скпн\_рк}} * K_{\text{мо}} * m, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн мо\_план}}$  – плановый годовой объем финансирования СКПН субъекта ПМСП;

$Ч_{\text{пмсп}}$  – численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП, зарегистрированная в ИС "РПН" по результатам кампании свободного прикрепления населения или по состоянию на дату месяца, которая используется для расчета объема финансирования на предстоящий финансовый год;

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге;

$K_{\text{мо}}$  – коэффициент соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП, равный 1,0;

$m$  – количество месяцев в плановом финансовом году, в которых будет осуществляться выплата сумм СКПН.

Плановый объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП в месяц определяется путем деления на число месяцев в плановом финансовом году для расчета СКПН.

шаг 4: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП до уровня субъекта ПМСП за отчетный период осуществляется в четыре этапа:

1-й этап: оценка достижения субъектом ПМСП целевого значения индикаторов конечного результата за отчетный период ( $\sum$  ППИ):

Определение целевого значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы субъекта ПМСП (далее – индикатор конечного результата) осуществляется по формуле:

$$Ц = И_{\text{п}} - И_{\text{п}} \times N, \text{ где:}$$

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

$I_{\Pi}$  – пороговое значение индикатора конечного результата, которое было достигнуто в прошлом отчетном периоде, устанавливается уполномоченным органом по согласованию с регионами и рассчитывается по способу вычисления согласно таблице максимально возможных баллов для субъектов ПМСП в разрезе профилей территориальных участков согласно таблице 1 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 1);

N – ожидаемый эффект по улучшению индикаторов конечного результата по итогам отчетного периода, устанавливаемый уполномоченным органом по согласованию с регионами. При установлении N необходимо учитывать следующее:

1) если N устанавливает снижение порогового значения индикатора конечного результата, тогда N применяется в положительном значении ( $N_{\text{сниж}}$ );

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

3) если целевое значение индикатора конечного результата должно быть достигнуто в определенном значении, тогда  $C = N$ .

Определение текущего значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы субъекта ПМСП за отчетный период осуществляется в следующем порядке:

1) формирование индикаторов конечного результата в информационной системе "Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи" (далее – ИС "ДКПН") осуществляется:

на основе баз данных информационных систем "РПН", "ЭРОБ", "Система управления качеством медицинских услуг", "Электронный регистр диспансерных больных" и (или) "Национальный регистр больных туберкулезом" (далее – база данных), а также результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, в соответствии с индикатором оценки достигнутых результатов работы субъектов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, согласно таблице 2 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 2);

ежемесячно с ежедневной периодичностью обновления данных из базы данных в автоматизированном режиме;

в полном объеме, соответствующему данным из баз данных;

корректно, то есть выгрузка осуществлена в соответствии с требованиями, определенными в таблице 2 и Перечнем кодов Международной классификации болезней, учитываемым при расчете индикаторов оценки достигнутых результатов работы организации первичной медико-санитарной помощи согласно таблице 3 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица 3);

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

$$I_T = K_{\text{ч}} / K_{\text{з}} \times N_{\text{и}}, \text{ где:}$$

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

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

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

$N_{\text{и}}$  – значение единицы расчета конкретного индикатора конечного результата, определенное согласно таблице 2.

Исключением являются индикаторы с ожидаемым эффектом "отсутствие". Для данных индикаторов текущее значение по индикаторам конечного результата ( $I_T$ ) за отчетный период определяется по формуле:

$$I_T = K_{\text{ч}}, \text{ где:}$$

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

$K_{\text{ч}}$  – агрегированные количественные данные по числителю для расчета конкретного индикатора конечного результата за отчетный период в соответствии с требованиями, определенными согласно таблицам 2 и 3.

Оценка достигнутых конечных результатов работы организаций ПМСП в баллах выполняется последовательно в следующем порядке за отчетный период:

1) вычисляется приведенный показатель индикатора конечного результата (ППИ) в баллах, который отражает уровень достижения его целевого значения по отношению к максимальному баллу, по формуле:

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

$$\text{ППИ} = \text{Ц} \times \text{И}_{\text{ВК}} / \text{И}_{\text{Т}}, \text{ где:}$$

ППИ – приведенный показатель индикатора конечного результата (далее – фактический балл);

$\text{И}_{\text{Т}}$  – текущее значение по индикаторам конечного результата за отчетный период;

ИВК – максимальное значение балла по конкретному индикатору конечного результата;

Ц – целевое значение индикатора конечного результата, которое должно быть достигнуто в отчетном периоде.

В случае если ППИ превышает максимальном значении (ИВК), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении (ИВК);

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

$$\text{ППИ} = \text{И}_{\text{Т}} \times \text{И}_{\text{ВК}} / \text{Ц}, \text{ где:}$$

В случае если ППИ превышает максимальном значении ( $\text{И}_{\text{ВК}}$ ), то ППИ устанавливается в своем максимальном значении ( $\text{И}_{\text{ВК}}$ );

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

в случае если  $\text{И}_{\text{Т}} = 0$ , то ППИ устанавливается в своем максимальном значении (ИВК);

в случае если  $\text{И}_{\text{Т}} > 0$ , то ППИ устанавливается как 0.

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

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

$$\text{Ц}_{\%} = \frac{\sum \text{ППИ}}{\sum \text{Ц}_{\text{балл}}} \times 100, \text{ где:}$$

Σ

$\Sigma C_{\text{балл}}$  – сумма максимальных баллов по каждому индикатору конечного результата, которую необходимо было набрать субъекту ПМСП в отчетном периоде;

Σ

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:

$$V_{\text{факт./скпн мо1}} = \text{Ч}_{\text{нас. мо}} \times S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}} \times$$

Σ

ППИ x  $K_{\text{мо}}$ , где:

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

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

Σ

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

$S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}}$  – сумма СКПН, установленная в отчетном периоде в расчете на 1 балл по стране, которая определяется по формуле:

$$S_{\text{факт.скпн\_рк/балл}} = S_{\text{скпн\_рк}} / K_{\text{макс.балл}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{скпн\_рк}}$  – фиксированное значение СКПН на 1 жителя, равное 100 тенге.

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

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

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

$K_{\text{у}}$  – коэффициент территориальных участков, который определяется по формуле:

$K_y = (U_{\text{тер}} \times K_{\text{тер}} + U_{\text{пед}} \times K_{\text{пед}} + U_{\text{воп}} \times K_{\text{воп}}) / (U_{\text{мо}} \times K_{\text{макс.балл}})$ , где:

$U_{\text{тер}}$  – количество участков терапевтического профиля;

$U_{\text{пед}}$  – количество участков педиатрического профиля;

$U_{\text{воп}}$  – количество участков врачей общей практики (далее – ВОП);

$U_{\text{мо}}$  – общее количество участков данного конкретного субъекта ПМСП;

$K_{\text{макс.балл}}$  – максимальная сумма баллов по всем индикаторам, указанным в таблице максимально возможных баллов для субъектов ПМСП в разрезе профилей территориальных участков согласно таблице 1;

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

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается  $K_y$  равный 1,0.

$K_{\text{смп}}$  – коэффициент обеспеченности средним медицинским персоналом рассчитывается по формуле:

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

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

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

$Ч_{\text{нас.норм. (воп, тер., пед.)}}$  – нормативная численность прикрепленного населения на территориальном участке соответствующего профиля, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 "Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6173) (далее – приказ № 238), и определенная на 1 должность медицинской сестры из расчета 2 медицинской сестры на участке.

При определении планового годового объема финансирования СКПН для всех субъектов ПМСП устанавливается  $K_{\text{смп}}$ , равный 1,0.

При определении  $K_{\text{смп}}$  по конкретному субъекту ПМСП за отчетный период учитывается следующее:

для всех субъектов ПМСП, за исключением субъектов ПМСП районного значения и села, в случае если фактическое значение превышает 1,0, то значение выставляется равное 1,0;

для субъектов ПМСП районного значения и села, в случае если фактическое значение превышает 1,25, то значение выставляется равное 1,25.

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

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

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

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

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

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

$Ч_{\text{нас.норм./соц.раб}}$  – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности социального работника, утвержденная приказом № 238;

$$K_{\text{норм./психолог}} = \frac{Ч_{\text{нас. мо}}}{Ч_{\text{нас.норм./психолог}}}$$
, где:

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

$Ч_{\text{нас.норм./психолог}}$  – нормативная численность прикрепленного населения к субъекту ПМСП для установления одной должности психолога, утвержденная приказом № 238.

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

При определении  $K_{\text{соц.раб/психолог}}$  по конкретному субъекту ПМСП за отчетный период для всех субъектов ПМСП учитывается следующее:

в случае если фактическое значение превышает 1,0, то значение выставляется равное 1,0;

в случае отсутствия социальных работников и психологов, значение выставляется равное 0.

В случае, если уровень вклада субъекта ПМСП (Ц%):

до 80% – вклад в достижение конечного результата деятельности оценивается как частично достигнутый, то оплата за отчетный период осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН;

80% и более – вклад в достижение конечного результата деятельности оценивается как достигнутый, то оплата за отчетный период осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН плюс сумма из фонда дополнительного стимулирования за достижение конечного результата 80% и более, рассчитанная в соответствии с подпунктом 2) этапа 3 настоящего приложения при условии отсутствия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП. В случае наличия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата данному субъекту ПМСП осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН.

3-й этап: формирование фонда дополнительного стимулирования субъектов ПМСП за достижение конечного результата 80% и более (далее – фонд) и правила его распределения;

1) формирование фонда осуществляется за счет средств, полученных от субъектов ПМСП в связи с отклонением в отчетном периоде плановой суммы СКПН от фактической суммы СКПН по формуле:

$$\Sigma \\ \Phi = V_{\text{план.скпн мо}} - V_{\text{факт.скпн мо}}^1, \text{ где:}$$

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

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

$$V_{\text{план.скпн мо}} = \text{Ч}_{\text{нас. мо}} * S_{\text{скпн_рк}} * K_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

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

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

$K_{\text{мо}} = \text{равный } 1,0$

$V_{\text{факт.скпн мо}}^1$  – фактический объем финансирования СКПН по субъекту ПМСП за отчетный период;

2) распределение средств фонда между субъектами ПМСП, достигшими исполнения целевого значения конечного результата на 80% и более, (далее – субъекты ПМСП – лидеры) осуществляется в следующем порядке:

определяется стоимость 1 балла на дополнительное стимулирование субъекта ПМСП – лидера из средств фонда по формуле:

$$S_{\text{доп.скпн\_рег/балл}} = \frac{\sum \Phi}{\sum (Ч_{\text{нас. мо-80\%}} \times \sum \text{ППИ}_{\text{мо-80\%}} \times K_{\text{мо-80\%}})}, \text{ где:}$$

$S_{\text{доп.скпн\_рег/балл}}$  – дополнительная сумма СКПН, установленная в расчете на 1 балл для субъектов ПМСП – лидеров;

$Ч_{\text{нас. мо-80\%}}$  – численность прикрепленного населения субъекта ПМСП – лидера, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum \text{ППИ}_{\text{мо-80\%}}$  – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата субъекта ПМСП – лидера за отчетный период;

$K_{\text{мо-80\%}}$  – коэффициент комплексности медицинских услуг субъекта ПМСП – лидера за отчетный период;

определяется сумма дополнительного стимулирования из фонда для субъекта ПМСП – лидера по формуле:

$$\Phi_{\text{мо}} = \left( \sum \text{ППИ}_{\text{мо-80\%}} \times K_{\text{мо-80\%}} \right) \times S_{\text{доп.скпн\_рег/балл}}, \text{ где:}$$

$\Phi_{\text{мо}}$  – сумма дополнительного стимулирования из фонда для субъекта ПМСП – лидера за достижение конечного результата 80% и более.

В случае, если по области число субъектов ПМСП с уровнем вклада (Ц%) 80% и более составляет от общего числа субъектов ПМСП области:

20% и более – то сформированный фонд распределяется в полном объеме между субъектами ПМСП, достигшими уровень вклада (Ц%) 80% и более, у которых не зарегистрирован случай материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП;

менее 20% – то оплата сумм СКПН субъектам ПМСП осуществляется в следующем порядке:

субъектам ПМСП с уровнем вклада (Ц%) до 80% – оплата осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН;

субъектам ПМСП с уровнем вклада (Ц%) 80% и более при условии отсутствия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата осуществляется по сумме СКПН, установленной в отчетном периоде в расчете на 1 балл по региону ( $S_{\text{факт.скпн\_рег/балл}}$ ) увеличенной на 25% в пределах суммы СКПН, выделенной по региону на отчетный период. В случае наличия материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП, оплата данному субъекту ПМСП осуществляется по фактически сложившемуся объему финансирования СКПН.

Расчет стоимости 1 балла по региону ( $S_{\text{факт.скпн\_рег/балл}}$ ) с увеличением на 25% определяется до распределения сумм СКПН в соответствии с этапом 2 шага 4. При этом распределение сумм СКПН из фонда по региону не производится в полном объеме, так как оставшаяся сумма СКПН из фонда после вычета суммы СКПН с увеличением стоимости 1 балла на 25% на субъекты ПМСП с уровнем вклада 80% и более подлежит возврату в бюджет в порядке, определенном бюджетным законодательством.

В случае, если увеличение стоимости 1 балла на 25% превышает сумму СКПН, предусмотренную в отчетном периоде, то расчет увеличения стоимости 1 балла осуществляется исходя из оставшихся средств после распределения на субъекты ПМСП с уровнем вклада (Ц%) до 80%.

4-й этап: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда определяется по формуле:

$$V_{\text{факт.скпн мо}}^2 = V_{\text{факт.скпн мо}}^1 + \Phi_{\text{мо}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{факт.скпн мо}}^2$  - объем финансирования СКПН для субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда за отчетный период.

В случае, если объем финансирования СКПН для субъекта ПМСП – лидера с учетом дополнительного стимулирования из средств фонда за отчетный период ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^2$ ) в расчете на 1 прикрепленного человека населения за отчетный период составил более 150 тенге, то оплата сумм СКПН данным субъектам ПМСП осуществляется в следующем порядке:

1) определяется  $V_{\text{факт.скпн мо}}^3$  по следующей формуле:

$$V_{\text{факт.скпн мо}}^3 = \text{Ч}_{\text{нас. мо} - 80\%} \times 150, \text{ где:}$$

150 – максимальная сумма СКПН в расчете на 1 прикрепленного человека населения за отчетный период, тенге;

2) определяется остаток средств, подлежащий возврату в бюджет в порядке, определенном бюджетным законодательством, или подлежащий перераспределению по решению уполномоченного органа, по следующей формуле:

$$V_{\text{остаток}} = V_{\text{факт.скпн мо}}^2 - V_{\text{факт.скпн мо}}^3$$

шаг 5: расчет суммы СКПН за достигнутый конечный результат работы субъекта ПМСП до уровня территориального участка субъекта ПМСП (далее – участок) за отчетный период осуществляется в следующей последовательности:

1) определение объема финансовых средств, предназначенных для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за достигнутый конечный результат работы по формуле:

$$V_{\text{скпн уч.служба}} = V_{\text{скпн мо}} - V_{\text{повыш.кв}} - V_{\text{вне уч.}}, \text{ где:}$$

$V_{\text{скпн уч.служба}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$V_{\text{скпн мо}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для субъекта ПМСП с уровнем вклада до 80% ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^1$ ) или для субъекта ПМСП – лидера ( $V_{\text{факт.скпн мо}}^2$  или  $V_{\text{факт.скпн мо}}^3$ ) за отчетный период, рассчитанные согласно шага 4 настоящего приложения;

$V_{\text{повыш.кв}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН, направляемый субъектом ПМСП на повышение квалификации и переподготовку работников данного субъекта ПМСП, включая командировочные расходы, но не менее 5% от объема финансовых средств, предназначенных на СКПН, для субъекта ПМСП (далее – сумма на повышение квалификации);

$V_{\text{вне уч.}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование медицинских работников амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих ПМСП (руководителя самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории, заведующих и старших медицинских сестер отделений общей врачебной практики, заведующих и старших медицинских сестер отделений участковой службы, заведующие и старшие акушерки акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), работников (врачей и медицинских сестер) отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья), но не более 20% от суммы СКПН субъекта ПМСП после вычета суммы на повышение квалификации;

2) определение текущего значения индикаторов оценки достигнутых конечных результатов работы участка осуществляется в соответствии с 1-м этапом шага 4 настоящего приложения. При этом целевое значение по индикаторам оценки достигнутых конечных результатов работы для участка устанавливается как по субъекту ПМСП в соответствии с шагом 4 настоящего приложения;

3) вычисляется приведенный показатель индикатора конечного результата в баллах по участку ( $\text{ППИ}_{\text{уч.}}$ ) в соответствии с 1-м этапом шага 4 настоящего приложения, за исключением индикатора "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП". В случае регистрации на территории обслуживания участка одного случая материнской смертности и более, значение ППИ устанавливается как 0 по всем индикаторам данного территориального участка.

В случае отсутствия регистрации материнской смертности среди прикрепленного населения на территории обслуживания участка, ППИ устанавливается в своем максимальном значении ( $I_{\text{ВК}}$ ) по индикатору "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП";

4) определение объема финансовых средств, предназначенных для стимулирования конкретного участка за достигнутый конечный результат работы в отчетном периоде по формуле:

$$\sum V_{\text{скпн уч.}} = \text{Ч}_{\text{нас. уч.}} \times S_{\text{скпн_уч/балл}} \times \text{ППИ}_{\text{уч.}}$$

$\text{ППИ}_{\text{уч.}}$ , где:

$V_{\text{скпн уч.}}$  – объем финансовых средств, предназначенный на СКПН на стимулирование работников, оказывающих услуги в условиях территориального участка (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры, акушер-гинекологи, медицинские сестры общей практики и участковой службы, фельдшеры, акушерки, оказывающие медицинские услуги в условиях территориального участка, социальные работники и психологи);

$\text{Ч}_{\text{нас.уч.}}$  – численность прикрепленного населения к участку, зарегистрированная в ИС "РПН" в отчетном периоде на последнюю дату месяца;

$\sum$

$\text{ППИ}_{\text{уч}}$  – сумма фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившаяся за отчетный период по конкретному участку;

$S_{\text{СКПН\_уч/балл}}$  – сумма СКПН, установленная для участковой службы в отчетном периоде в расчете на 1 балл, определяется по формуле:

$$S_{\text{СКПН\_уч/балл}} = \frac{V_{\text{СКПН уч.служба}}}{\sum (Ч_{\text{нас. уч.}} \cdot \text{ПШИ}_{\text{уч.}})}$$

где:

$V_{\text{СКПН уч.служба}}$  – объем финансовых средств, предназначенных на СКПН, для стимулирования участковой службы субъекта ПМСП за отчетный период;

$\sum (Ч_{\text{нас.уч.}} \cdot \text{ПШИ}_{\text{уч.}})$  – сумма произведений численности прикрепленного населения, зарегистрированной в ИС "РПН" в отчетном периоде, и суммы фактических баллов по каждому индикатору конечного результата, сложившейся за отчетный период, по конкретному участку.

шаг 6: расчет суммы СКПН до уровня каждого работника ПМСП, осуществляется комиссией по оценке результатов и начислению выплат СКПН формируемой приказом первого руководителя субъекта ПМСП в соответствии с приказом № 429.

Таблица 1  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

### Таблица максимально возможных баллов для субъектов первичной медико-санитарной помощи в разрезе профилей территориальных участков

№ п/п	Наименование индикатора	Итого максимальный балл*	Участок общей практики	Терапевтический участок*	Педиатрический участок
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП**	4,00	4,00	4,00	
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП***	4,00	4,00		4,00

3	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями** **	4,00			4,00
4	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома****	4,00			4,00
5	Своевременно диагностированный туберкулез легких	4,00	4,00	4,00	4,00
6	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)	4,00	4,00	4,00	4,00
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) *****	4,00	4,00	4,00	
8	Обоснованные жалобы	4,00	4,00	4,00	4,00
Итого максимальный балл			24,00	20,00	24,00

**Примечание:**

\* Итоговый максимальный балл для терапевтических участков устанавливается в количестве 20 баллов.

\*\* Индикатор "Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП" не применяется к педиатрическим участкам, обслуживающим только детское население.

\*\*\* Индикатор "Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП" не применяется к терапевтическим участкам, обслуживающим только взрослое население.

\*\*\*\* Индикаторы "Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями" и "Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома" не применяются к терапевтическим участкам, обслуживающим только взрослое население, а к участкам общей практики применяются в качестве индикаторов процесса.

\*\*\*\*\* Индикатор "Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)" не применяется к педиатрическим участкам, обслуживающим только детское население;

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

Таблица 2  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

## Индикаторы оценки достигнутых результатов работы субъектов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

№ п/п	Название индикатора	Способ вычисления			Источник данных	
		числитель	знаменатель	умножить на	числитель	ЗЕ
1	2	3	4	5	6	7
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП	Количество случаев материнской смерти от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно среди прикрепленного населения за отчетный период			ИС "РПН": факт смерти из формы 2009-1/у "Карта учета материнской смертности", утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907) ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КООЗ о предотвратимости на уровне ПМСП	
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП	Количество детской смертности в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП среди прикрепленного населения за отчетный период			ИС "РПН": факт смерти из формы № 2009/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного, умершего ребенка в возрасте до 1 года", утвержденной приказом № 907, расширенной до 5 лет, по причинам смерти согласно кодов МКБ-10, указанных в таблице № 3 к комплексной формуле расчета стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – таблица № 3) ИС "ДКПН": Факт смерти, подтвержденный КООЗ о предотвратимости на уровне ПМСП	

3	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями	Количество детей до 5 лет, госпитализированных в стационар с осложненными острыми респираторными инфекциями	общее количество детей до 5 лет, зарегистрированных с острыми респираторными инфекциями	100	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 ИС "РПН": прикрепленное население	А П О: ст ка п на
4	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома	Количество охваченных патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома	количество новорожденных выписавшихся из роддома за отчетный период	100	АИС "Поликлиника": 025-5/У статистическая карта ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 ИС "РПН": прикрепленное население	И ф у: п И п на
5	Своевременно диагностированный туберкулез легких	Количество своевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения за отчетный период	Количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения за отчетный период	1100	ИС "ЭРДБ" (Подсистема "Национальный регистр больных туберкулезом"): форма ТБ 16/у "Карта наблюдения за диспансерным контингентом", утвержденная приказом № 907, случаи своевременного диагностирования форм туберкулеза согласно кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом, указанных в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	И П Н р е ту ф К на: ди к у: п в с. ту сс М ди Р ту у т И п на
	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1-стадии среди	Количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализаций среди		ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у, утвержденная приказом № 907, впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1 стадии по	И ф у: п в с в с з н в л к

6	исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)	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	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	кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население ИС "ЭРОБ": форма 030-6/у, утвержденная приказом № 907, впервые выявленные случаи рака шейки матки и рака молочной железы 2а стадии ИС "РПН": прикрепленное население	у: т: И п н: И ф у: п в: в: с: ш р: ж : н:
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) – сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)	Количество больных, пролеченных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) – в круглосуточном стационаре из числа прикрепленного населения за отчетный период	Количество больных, пролеченных с заболеваниями сердечнососудистой системы из числа прикрепленного населения за отчетный период	1100	ИС "СУКМУ": форма № 066/у, утвержденная приказом № 907 основной диагноз по кодам МКБ-10, указанным в таблице № 3 ИС "РПН": прикрепленное население	И ф у: п о: п у: т: И п н:
8	Обоснованные жалобы	Количество обоснованных жалоб среди прикрепленного населения по отношению к деятельности субъекта ПМСП за отчетный период			ИС "СУКМУ": случаи жалоб от физических лиц, подтвержденные КООЗ об обоснованности жалобы на деятельность субъекта ПМСП	

#### Расшифровка аббревиатур:

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

ИС "ЭРДБ" – информационная система "Электронный регистр диспансерных больных";

АИС "Поликлиника" – автоматизированная информационная система;

ИС "ДКПН" – информационная система "Дополнительный компонент к тарифу ПМСП";

КООЗ – Комитет охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ИС "СУКМУ" – информационная система "Система управления качеством медицинских услуг";

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;

ИС "ЭРОБ" – информационная система "Электронный регистр онкологических больных";

ИС "РПН" – информационная система "Регистр прикрепленного населения".

Таблица 3  
к комплексной формуле расчета  
стимулирующего компонента  
комплексного подушевого  
норматива амбулаторно-  
поликлинической помощи

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

При расчете индикатора "Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП" учитываются все случаи детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП, подтвержденные КООЗ, за исключением случаев, возникших в родильных домах, и случаев, указанных в таблице:

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование болезней
1	R95	Внезапная смерть грудного ребенка
2	R96	Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине
3	S00-T98	Класса XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
4	V01-Y98	Класса XX – Внешние причины травм заболеваемости и смертности
5	Z00-Z99	Класса XXI – Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями":

1) в числителе данного индикатора учитываются случаи, госпитализированных в стационар с осложненными острыми респираторными инфекциями данного перечня кодов МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются случаи, зарегистрированных с острыми респираторными инфекциями данного перечня кодов МКБ-10

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	J00-J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

2.	J09-J18	Грипп пневмония
3.	J20-J22	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей
4.	J30-J39	Другие болезни верхних дыхательных путей
5.	J40-J47	Хронические болезни нижних дыхательных путей
6.	J60-J70	Болезни легкого, вызванные внешними агентами
7.	J80-J84	Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань
8.	J85-J86	Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей
9.	J90-J94	Другие болезни плевры
10.	J95-J99	Другие болезни органов дыхания

Перечень кодов МКБ-10 и кодов диагноза по Регистру больных туберкулезом для заболеваний, учитываемых при расчете индикаторов "Своевременное выявление туберкулеза легких" учитываемых:

Параметры отбора:

1. При условии заполнения граф "тип больного" - новый случай и "локализация" – легочный или легочный в том числе сочетанный с внелегочным, в форме ТБ 01 "Медицинская карта больного туберкулезом", утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственных нормативных правовых актов под №6697).

2. Либо при условии заполнения граф "тип больного" - новый случай и "локализация" – легочный или легочный в том числе сочетанный с внелегочным, в форме ТБ 01 категория IV "Медицинская карта больного туберкулезом категории IV", если не заведена форма ТБ01 в отчетном периоде.

1) в числителе данного индикатора:

№ п/п	Код диагноза по Регистру больных туберкулезом	Наименование болезней	Код МКБ-10
1	01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
2	02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
3	05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
4	06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
5	11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
6	12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
7	13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
8	14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0

9	17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
10	18	Туберкулома легких без бактериовыделения	A16.0
11	28	Милиарный ТБ	A19
12	29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
13	30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
14	31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2

2) в знаменателе данного индикатора:

№ п/п	Код диагноза по Регистру больных туберкулезом	Наименование болезней	Код МКБ-10
1	01	Первичный туберкулезный комплекс с бактериовыделением	A15.7
2	02	Первичный туберкулезный комплекс без бактериовыделения	A16.7
3	05	Диссеминированный острый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
4	06	Диссеминированный острый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
5	07	Диссеминированный подострый ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
6	08	Диссеминированный подострый ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
7	09	Диссеминированный хронический ТБ легких с бактериовыделением	A19.0
8	10	Диссеминированный хронический ТБ легких без бактериовыделения	A19.0
9	11	Очаговый ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
10	12	Очаговый ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
11	13	Инфильтративный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
12	14	Инфильтративный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
13	15	Казеозная пневмония с бактериовыделением	A15.0
14	16	Казеозная пневмония без бактериовыделения	A16.0
15	17	Туберкулома легких с бактериовыделением	A15.0
16	18	Туберкулома легких без бактериовыделения	A16.0
17	19	Кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
18	20	Кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
19	21	Фиброзно-кавернозный ТБ легких с бактериовыделением	A15.0
20	22	Фиброзно-кавернозный ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
21	23	Цирротический ТБ легких с бактериовыделением	A15.0

22	24	Цирротический ТБ легких без бактериовыделения	A16.0
23	28	Милиарный ТБ	A19
24	29	Острый милиарный ТБ одной уточненной локализации	A19.0
25	30	Острый милиарный ТБ множественной локализации	A19.1
26	31	Острый милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.2
27	32	Другие формы милиарного ТБ	A19.8
28	33	Милиарный ТБ неуточненной локализации	A19.9

Перечень топографии опухолей визуальной локализации по кодам Международной классификации топографии и морфологии опухолей (далее – МКБ-О) для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Впервые выявленные случаи с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 1 стадии":

1) в числителе данного индикатора учитываются 1 стадии данного перечня кодов МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются 1, 2, 3 и 4 стадии данного перечня кодов МКБ-10

Дополнительно для рака шейки матки и рака молочной железы:

1) в числителе данного индикатора учитываются 2а стадии рака молочной железы и рака шейки матки МКБ-10;

2) в знаменателе данного индикатора учитываются 1, 2, 3 и 4 стадии рака шейки матки и рака молочной железы МКБ-10

№ п/п	Код МКБ-О	Наименование болезней
1	C00	Губа, исключая кожу губы (C44.0)
2	C00.0	Наружная поверхность верхней губы
3	C00.1	Наружная поверхность нижней губы
4	C00.2	Наружная поверхность губы, БДУ
5	C00.3	Слизистая оболочка верхней губы
6	C00.4	Слизистая нижней губы
7	C00.5	Слизистая губы, БДУ
8	C00.6	Комиссура губ
9	C00.9	Губа, БДУ
10	C01	Основание языка
11	C02	Другие неуточненные отделы языка
12	C02.0	Верхняя поверхность языка
13	C02.1	Боковая поверхность
14	C02.2	Нижняя поверхность языка
15	C02.3	Передние 2/3 языка, БДУ
16	C02.4	Язычная миндалина
17	C02.9	Язык, БДУ

18	C03	Десна
19	C03.0	Десна верхней челюсти
20	C03.1	Десна нижней челюсти
21	C03.9	Десна, БДУ
22	C04	Дно полости рта
23	C04.0	Передний отдел дна полости рта
24	C04.1	Боковой отдел дна полости рта
25	C04.9	Дно полости рта, БДУ
26	C05	Небо
27	C05.0	Твердое небо
28	C05.1	Мягкое небо, бду (исключая носоглоточную поверхность мягкого неба, с11.3)
29	C05.2	Язычок
30	C05.9	Небо, БДУ
31	C06	Другие и неуточненные отделы полости рта
32	C06.0	Слизистая оболочка щеки
33	C06.1	Преддверие рта
34	C06.2	Ретромолярная область
35	C06.9	Рот, БДУ
36	C07	Околоушная железа
37	C08	Другие и неуточненные большие слюнные железы
38	C08.0	Поднижечелюстная железа
39	C08.1	Подъязычковая железа
40	C08.9	Большая слюнная железа, БДУ
41	C09	Миндалины
42	C09.0	Миндаликовая ямка
43	C09.1	Миндаликовая дужка
44	C09.9	Миндалины, БДУ
45	C10	Ротоглотка
46	C10.2	Боковая стенка ротоглотки
47	C10.3	Задняя стенка ротоглотки
48	C10.4	Жаберная щель
49	C10.9	Ротоглотка, БДУ
50	C20	Прямая кишка
51	C21	Анальный канал
52	C21.0	Задний проход, БДУ
53	C21.1	Анальный канал
54	C21.2	Клоакогенная зона
55	C43	Злокачественная меланома кожи
56	C44	Кожа
57	C44.0	Кожа губы, БДУ
58	C44.1	Веко
59	C44.2	Наружное ухо

60	C44.3	Кожа других и неуточненных отделов лица
61	C44.4	Кожа волосистой части головы и шеи
62	C44.5	Кожа туловища
63	C44.6	Кожа верхней конечности и плеча
64	C44.7	Кожа нижней конечности и тазобедренной области
65	C44.9	Кожа, БДУ
66	C46.0	Саркома Капоши кожи
67	C46.1	Саркома Капоши мягких тканей
68	C50	Молочная железа
69	C50.0	Сосок
70	C50.1	Центральная часть молочной железы
71	C50.2	Верхневнутренний квадрант молочной железы
72	C50.3	Нижневнутренний квадрант молочной железы
73	C50.4	Верхненааружный квадрант молочной железы
74	C50.5	Нижненааружный квадрант молочной железы
75	C50.6	Подмышечная доля молочной железы
76	C50.9	Молочная железа, БДУ
77	C51	Вульва
78	C51.0	Большая половая губа
79	C51.1	Малая половая губа
80	C51.2	Клиитор
81	C51.9	Вульва, БДУ
82	C52	Влагалище
83	C53	Шейка матки
84	C53.0	Внутренняя часть шейки матки
85	C53.1	Наружная часть шейки матки
86	C53.9	Шейка матки
87	C60	Половой член
88	C60.0	Крайняя плоть
89	C60.1	Головка полового члена
90	C60.2	Тело полового члена
91	C60.9	Половой член, БДУ
92	C62	Яички
93	C62.0	Неопустившееся яичко
94	C62.1	Опустившееся яичко
95	C62.9	Яичко, БДУ
96	C63.2	Мошонка, БДУ
97	C73	Щитовидная железа
98	C73.9	Щитовидная железа

Перечень кодов МКБ-10 для заболеваний, учитываемых при расчете индикатора "Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)":

1) в числителе данного индикатора:

№ п/п	МКБ-10	Наименование болезней
1.	I21, I21.0-I21.4	Острый инфаркт миокарда Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда
2.	I22, I22.0-I22.9	Повторный инфаркт миокарда Повторный инфаркт передней стенки миокарда Повторный инфаркт нижней стенки миокарда Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
3.	I60, I60.0-I60.9	Субарахноидальное кровоизлияние Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной Другое субарахноидальное кровоизлияние Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное
4.	I61, I61.0-I61.9	Внутричерепное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние в полушарие субкортикальное Внутричерепное кровоизлияние в полушарие кортикальное Внутричерепное кровоизлияние в полушарие неуточненное Внутричерепное кровоизлияние в ствол мозга Внутричерепное кровоизлияние в мозжечок Внутричерепное кровоизлияние внутрижелудочковое Внутричерепное кровоизлияние множественной локализации Другое внутричерепное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние неуточненное
5.	I62.0, I62.1, I62.9, I62,	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое) Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное
6.	I63, I63.0-I63.9	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 Д р у г о й и н ф а р к т м о з г а Инфаркт мозга неуточненный
--	--

2) в знаменателе данного индикатора: по кодам МКБ-10: I10-I79.8.

Расшифровка аббревиатур:

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

КООЗ – Комитет охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

Приложение 3  
к Методике формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования  
Комплексная формула расчета стимулирующего компонента участковой службы амбулаторно-поликлинической помощи

Сноска. Методика дополнена приложением 3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.12.2018 № ҚР ДСМ-35 (вводится в действие с 01.01.2019); исключена приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2019 № ҚР ДСМ-140 (вводится в действие с 01.06.2019);

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

## Структура расходов для субъектов здравоохранения

Сноска. Методика дополнена приложением 4 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		<i>тыс. тенге</i>	
№	Статьи затрат	П л а н      з а предыдущий год	Ф а к т      з а предыдущий год
	ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ		
	I МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ		

110	Зарботная плата медицинского персонала:		
	-Административно-управленческий персонал		
	-Медицинский персонал		
120	Взносы работодателей (налоги и другие обязательные платежи)		
	Приобретение запасов, в том числе:		
	хозяйственные товары		
140	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		
	Оплата прочих услуг и работ, в том числе:		
	повышение квалификации и обучение сотрудников		
159	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		
<b>II ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ</b>			
110	Зарботная 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		
	Приобретение прочих запасов, в том числе:		
	хозяйственные товары		
149	канцелярские товары		
	автозапчасти		
	другое (расписать по статейно)		
150	Приобретение услуг и работ		
	Оплата коммунальных услуг, в том числе:		
	электроэнергия		

151	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 хоз.оборудования, монтажная работа, охранная сигнализация)		
	тех.обслуживание и ремонт автомобилей		
159	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)	О Б Щ А Я	С У М М А ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ 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 5  
к Методике формирования тарифов  
на медицинские услуги, оказываемые  
в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи и  
в системе обязательного  
социального медицинского страхования

## Шаблон Расчета поправочного коэффициента для субъектов ГЧП

Сноска. Методика дополнена приложением 5 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 19.07.2019 № ҚР ДСМ-105 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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				
II ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ				
Предварительный коэффициент для субъекта здравоохранения (согласно, Приложения 4 настоящей Методики)	<i>(КПК1)</i>	<i>(КПК2)</i>	<i>(КПК3)</i>	<i>(КПКN)</i>
Поправочный коэффициент для субъектов ГЧП	<i><math>KП=(КПК1+ КПК2+ КПК3+..+ КПКN)/N</math></i>			

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