



**О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июля 2019 года № ҚР ДСМ-105. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 июля 2019 года № 19066

**Примечание ИЗПИ!**

**Порядок введения в действие настоящего приказа см. п. 4.**

В соответствии с пунктом 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5946, опубликован в 2010 году в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 7) следующие изменения и дополнения:

в Правилах формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных указанным приказом:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

"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).";

пункт 4 изложить в следующей редакции:

"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).";

пункт 5 изложить в следующей редакции:

"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.";

пункт 12 изложить в следующей редакции:

"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).";

дополнить пунктом 19-1 следующего содержания:

"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.";

пункт 22 изложить в следующей редакции:

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

1) текущий финансовый год с учетом освоения до конца года;

2) два года, последующие за текущим финансовым годом.";

пункт 30 изложить в следующей редакции:

"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.";

дополнить пунктом 46-1 следующего содержания:

"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).";

пункт 47 изложить в следующей редакции:

"47. Отчет о мониторинге, включающем 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.";

приложение 1 изложить в редакции, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

заголовок приложения 4 изложить в следующей редакции:

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

приложение 10 изложить в редакции, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

приложение 12 изложить в редакции, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

приложение 13 изложить в редакции, согласно приложению 4 к настоящему приказу;

приложение 14 изложить в редакции, согласно приложению 5 к настоящему приказу;

приложение 16 изложить в редакции, согласно приложению 6 к настоящему приказу;

приложение 19 изложить в редакции, согласно приложению 7 к настоящему приказу;

приложение 20 изложить в редакции, согласно приложению 8 к настоящему приказу;

приложение 21 изложить в редакции, согласно приложению 9 к настоящему приказу;

в Методике формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной указанным приказом:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

"2. В настоящей Методике используются следующие понятия:

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

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

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

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

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

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

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

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

9) комплексный тариф на одного онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных", за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови,

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

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";

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

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

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) стимулирующий компонент участковой службы (далее – СКУС) – доплата на стимулирование работников субъектов ПМСП, имеющих сертификат повышения квалификации кадров и внедривших в работе программу управления заболеваниями (далее – ПУЗ) с охватом не менее 10% пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении с заболеваниями артериальной гипертензии (далее – АГ), хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН), сахарным диабетом (далее – СД), и (или) прогрессивный подход по универсально-прогрессивной модели патронажной службы (далее – патронаж) с охватом не менее 10% беременных, родильниц, новорожденных и детей до пяти лет каждой категории;

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.";

подпункт 3) пункта 3 изложить в следующей редакции:

"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 Министерства 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 Министерства 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);";

дополнить пунктом 3-1 следующего содержания:

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

абзац второй пункта 4 изложить в следующей редакции:

"за оказание ПМСП и АПП, в том числе медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям за обеспечение специализированными лечебными продуктами для больных фенилкетонурией по КПН АПП в соответствии с пунктами 5-12 настоящей Методики;" ;

пункты 12, 16 и 19 исключить;

пункт 24 изложить в следующей редакции:

"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;

Рнакладные – 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.";

пункт 25 изложить в следующей редакции:

"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;

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

$R_{\text{пит}}$  – расходы по питанию на один случай;

$R_{\text{лс/ми/мед.услуги}}$  – расходы по лекарственным средствам, медицинским изделиям и медицинским услугам на один случай.";

пункт 26 изложить в следующей редакции:

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

$$P_{\text{накладные}} = ЗП_{\text{с}} \times k_{\text{накладные}}$$

, где:

$ЗП_{\text{с}}$

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

$k_{\text{накладные}}$

– коэффициент накладных расходов, который определяется по следующей формуле:

$$k_{\text{накладные}} = P_{\text{накладные\_мо}} \div ЗП_{\text{мо}}$$

где:

$P_{\text{накладные\_мо}}$

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

$ЗП_{\text{мо}}$

– средняя сумма расходов на оплату труда основных медицинских работников медицинских организаций.";

пункт 31 изложить в следующей редакции:

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

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

C – стоимость одного пролеченного случая;

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

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

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

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:

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

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

пункты 35, 39 и 43 исключить;

заголовок параграфа 5 изложить в следующей редакции:

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

пункт 47 исключить;

пункт 48 изложить в следующей редакции:

"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) оказания восстановительного лечения и реабилитации лицам с неактивным туберкулезом и с повышенным риском заболевания туберкулезом, оплата по которому осуществляется по тарифу за один койко-день;

3) 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).";

пункты 51 и 55 исключить;

абзац второй пункта 57 изложить в следующей редакции:

"ПНСП(субъект) = (ПНбаз.СПРК\* ПВКСП+ ПНбаз.СПРК\* (Кплотн.обл. – 1) + ПНбаз.СПРК \*(Котопит.обл.– 1) + ПНбаз.СПРК \*(Ксельск.обл.– 1)) x Крегион СП + Vэкол\_СП/ Чсубъект/ m, где:";

пункт 58 исключить;

в пункте 66:

абзац шестой изложить в следующей редакции:

"КПНгар.село = (КПНбаз.ПМСП x ПВКсело+ КПНбаз. ПМСП x (Кплотн.обл.–1) + КПНбаз.ПМСП x (Котопит.обл.–1)+ КПНбаз.ПМСП x (Ксельск.обл.–1))x Ксубъектасела +Vэкол\_село/Чсело/m+Vсп/сзт\_село/Чсело/m+Vшкольн.село/Чсело/m+ Vпит.село/Чсело/m;"

абзац двадцать четвертый изложить в следующей редакции:

"Vпит село – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с обеспечением специализированными лечебными продуктами для больных фенилкетонурией на амбулаторном уровне в соответствии с приказом № 666;"

пункт 67 исключить;

дополнить параграфом 10 следующего содержания:

"Параграф 10. Алгоритм формирования поправочного коэффициента к тарифам на медицинские услуги для субъекта здравоохранения, введенного в эксплуатацию в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства

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 по статьям 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:

$$\text{КПК}(N) = \text{Р}_{\text{экс}} / \text{Р}_{\text{фр}}, \text{ где}$$

$\text{КПК}(N)$  – предварительный коэффициент;

$\text{Р}_{\text{экс}}$  – сумма эксплуатационных расходов медицинской организации, которая определяется в соответствии с пунктом 3 и подпунктом 2) пункта 71 настоящей Методики;

$\text{Р}_{\text{фр}}$  – 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:

$$КП = (К_{пк1} + К_{пк2} + К_{пк3} + \dots + К_{пк(N)}) / N, \text{ где}$$

КП – поправочный коэффициент для субъектов ГЧП;

КПК1, КПК2, КПК3 и КПКN – 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.";

абзац второй пункта 1 приложения 1 изложить в следующей редакции:

" $K_{ПНгар.АПП} = K_{ПНбаз.ПМСП} \times ПВК_{ПМСП} + K_{ПНбаз.ПМСП} \times (K_{плотн.обл.} - 1) + K_{ПНбаз.ПМСП} \times (K_{отопит.обл.} - 1) + K_{ПНбаз.ПМСП} \times (K_{субъекта ПМСП-1}) + V_{экол\_пмсп} / Ч_{ПМСП/m} + V_{школьн.пмсп} / Ч_{ПМСП/m} + V_{пит.пмсп} / Ч_{ПМСП/m}$ ";

подпункт 10) пункта 1 приложения 1 изложить в следующей редакции:

"10) Упит ПМСП – годовой объем средств, предусмотренный на оплату затрат в пределах выделенных средств из республиканского бюджета, связанных с обеспечением специализированными лечебными продуктами для больных фенилкетонурией на амбулаторном уровне в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения 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);";

дополнить приложениями 4 и 5 согласно приложениям 10 и 11 к настоящему приказу.

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

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

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

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

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства

здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением абзацев сто сорок четвертого, сто сорок пятого, сто семьдесят девятого, сто восемьдесят второго, сто восемьдесят восьмого, сто девяностого, сто девяносто первого, сто девяносто четвѸртого, сто девяносто шестого, сто девяносто седьмого, двести тридцатого, двести тридцать второго пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 января 2019 года, абзацев двадцатого и тридцать шестого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 июля 2019 года.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*Е. Биртанов*

Приложение 1  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ - 105

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"\***

Индекс: 1-ПФЗ

Периодичность: по мере необходимости





Примечание:

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

Расшифровка аббревиатур:

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

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

ЛС – лекарственные средства;

ИИН – индивидуальный идентификационный номер;

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 приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ- 105  
Приложение 10  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

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

Индекс: 4-РНСП

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

Специфика	Наименование статьи расходов	Всего затрат, тенге**
141	Приобретение продуктов питания	

142	Приобретение лекарственных средств и прочих 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: \_\_\_\_\_  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: \_\_\_\_\_

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

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

Приложение 3  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ- 105  
Приложение 12  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

## Калькуляция стоимости медицинских услуг

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Регион: \_\_\_\_\_

К о д медицинской услуги <sup>1</sup>	Наименование медицинской услуги <sup>1</sup>	Лекарственные средства и 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>	Норма расхода	Це , те
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(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: \_\_\_\_\_

Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ - 105  
Приложение 13  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

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

наименование организации, регион

Индекс: 5-РНР

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц представляющих информацию: Референтные субъекты

Куда представляется форма: Рабочий орган

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

№	Статьи расходов	Сумма по договорам субподряда и с управлением здравоохранения, возмещаемые по тарификатору медицинских услуг (план на предыдущий год), тыс. тенге	Сумма по договорам субподряда и с управлением здравоохранения, возмещаемые по тарификатору медицинских услуг (факт за предыдущий год), тыс. тенге	Отклонение, тыс. тенге
1	2	3	4	5=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 5  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ- 105  
Приложение 14  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования



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 6  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ - 105  
Приложение 16  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы

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

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 лекарственная 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 доза лекарственных препаратов	К ц (к в
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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 7  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ - 105  
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**

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.

Приложение 8  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ ҚР ДСМ - 105  
Приложение 20  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

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

\_\_\_\_\_

**наименование организации, регион**

№	Статьи расходов	Объем финансирования на очередной плановый период, тыс. тенге*
	РАСХОДЫ, всего:	0
	в том числе:	
110	Заработная плата	0
	в том числе: медицинского персонала	
	административно-хозяйственного персонала	



120	Взносы работодателей	0
	в том числе: медицинского персонала	
	административно-хозяйственного персонала	
140	Приобретение запасов, всего	0
141	Приобретение продуктов питания	
142	Приобретение лекарственных средств и прочих 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 9  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ҚР ДСМ - 105  
Приложение 21  
к Правилам формирования  
тарифов на медицинские услуги,  
оказываемые в рамках  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и системы  
обязательного социального  
медицинского страхования

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

1. 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 10  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 июля 2019 года  
№ҚР ДСМ - 105  
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

тыс. тенге

№	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	Заработная 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 статьям)			
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:			
159	повышение квалификации и обучение сотрудников			
	услуги банка			
	обслуживание и ремонт орг. и мед техники			
160	Другие текущие затраты			
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
II ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ				
110	Заработная плата административно-хозяйственного персонала			
	-Административно-управленческий персонал			
	-Технический персонал			
120	Взносы работодателей (налоги и другие обязательные платежи)			
140	Приобретение запасов			
141	Приобретение продуктов питания по норме затрат			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
	Приобретение прочих запасов, в том числе:			
	хозяйственные товары			
149	канцелярские товары			
	автозапчасти			
	другое (расписать по статьям)			
150	Приобретение услуг и работ			

	Оплата коммунальных услуг, в том числе:		
151	электроэнергия		
	отопление		
	водоснабжение и канализация		
152	Оплата услуг связи		
153	Оплата транспортных услуг		
154	Оплата за аренду помещения		
	Оплата прочих услуг и работ, в том числе:		
	техническое обслуживание (электросеть, ремонт 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 статьям)		
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

*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)				
<b>I МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ</b>				
<b>II ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ РАСХОДЫ</b>				
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	$KП = (КПК1 + КПК2 + КПК3 + \dots + КПКN) / N$			