

Об утверждении правил планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-290/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21844.

В соответствии с подпунктом 63) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

1. Утвердить прилагаемые правила планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

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

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Шоранова М.Е.

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Цой

Утвержден
приказом Министр
здравоохранения

Правила планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Раздел 1. Общие положения

1. Настоящие правила планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 63) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяют порядок планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

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

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

3) статистика здравоохранения – отрасль статистики, включающая в себя статистические данные о здоровье населения, деятельности субъектов здравоохранения и об использовании ресурсов здравоохранения;

4) скорая медицинская помощь – система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих

жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию;

5) высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВТМП) – услуга, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих использования инновационных, ресурсоемких и (или) уникальных методов диагностики и лечения;

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

7) активы фонда – отчисления и взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционный доход за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда, а также иные поступления в фонд, не запрещенные законодательством Республики Казахстан;

8) медико-социальная помощь - медицинская и социально-психологическая помощь, оказываемая лицам с социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным органом согласно подпункту 158) статьи 1 Кодекса;

9) медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление нарушенных и (или) утраченных функций организма пациента;

10) первичная медико-санитарная помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества, в том числе:

диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;

профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);

раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний, и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;

иммунизацию;

формирование и пропаганду здорового образа жизни;

мероприятия по охране репродуктивного здоровья;

наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;

санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний;

11) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемый за счет бюджетных средств;

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

13) паллиативная медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения;

14) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центром 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;

15) скрининговые исследования – комплекс медицинского обследования населения, не имеющего клинических симптомов и жалоб, с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний на ранней стадии, а также факторов риска их возникновения;

16) статистическая информация - агрегированные данные, полученные в процессе обработки первичных статистических данных и (или) административных данных;

17) специализированная медицинская помощь в стационарных условиях - медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами и предусматривающая круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи;

18) специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях - форма предоставления доврачебной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

19) стоматологическая помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемый пациентам со стоматологическими заболеваниями, включающий диагностику, лечение, профилактику и медицинскую реабилитацию;

20) субъект цифрового здравоохранения (применительно к Правилам) – юридическое лицо, осуществляющее деятельность или вступающее в общественные отношения в области цифрового здравоохранения в части информационно–технического сопровождения информационных систем здравоохранения, включая обеспечение информационной безопасности и организационно–методическую работу с субъектами здравоохранения;

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

22) тарификатор – утвержденный уполномоченным органом перечень тарифов на медицинские услуги согласно подпункту 65) статьи 7 Кодекса.

Раздел 2. Планирование объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Глава 1. Общие положения

3. Участниками процесса планирования являются:

- 1) уполномоченный орган;
- 2) фонд, являющийся рабочим органом по формированию планов закупок медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- 3) филиалы фонда;
- 4) местные органы государственного управления здравоохранением;
- 5) субъект цифрового здравоохранения.

4. Процесс планирования объемов медицинских услуг включает следующие этапы:

Местные органы государственного управления здравоохранением не позднее 1 марта соответствующего года:

1) формируют прогнозный объем медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на планируемый трехлетний период с учетом потребности населения, инфраструктуры и кадрового обеспечения;

2) вносят в филиал фонда прогнозную потребность объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Филиалы фонда в срок до 15 марта года, предшествующего планируемому трехлетнему периоду, обеспечивают:

1) рассмотрение и согласование с местными органами государственного управления здравоохранением прогнозного объема медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на планируемый трехлетний период;

2) формирование и предоставление в фонд заявки прогнозной потребности объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с соответствующим прогнозом объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат в системе ОСМС на предстоящий трехлетний период.

Фонд обеспечивает:

в срок не позднее 1 мая соответствующего года:

1) рассмотрение и анализ полученных от филиалов фонда заявок прогнозной потребности объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на предмет обоснованности, соответствие приоритетам развития здравоохранения, целевым индикаторам, показателям результата отраженных в документах Системы государственного планирования и предложений уполномоченного органа;

2) направление в уполномоченный орган прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с соответствующим прогнозом объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС на предстоящий трехлетний период ;

3) в случае несоответствия представленной прогнозной потребности доведенным уполномоченным органом лимитам бюджетных средств в рамках ГОБМП и (или) взносам государства на ОСМС, фонд в течение семи рабочих дней со дня доведения лимитов повторно представляет прогнозную потребность по объему бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозируемому объему затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС в уполномоченный орган.

в срок не позднее 1 ноября соответствующего года формирование планов закупок медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – Планы закупок медицинских услуг) на предстоящий финансовый год.

5. Информацией для планирования объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС являются перечни услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, данные статистической информации и статистики здравоохранения, информационных систем, финансовых отчетов субъектов здравоохранения, клиническая информация и сведения, данные, сформированные на основании пункта 2 статьи 26 Закона Республики Казахстан "О государственной статистике" и статьей 65-1 Бюджетного кодекса Республики Казахстан.

6. Планирование объемов медицинских услуг осуществляется участниками процесса по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности.

Глава 2. Порядок планирования объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС

Параграф 1. Оценка прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

7. Местными органами государственного управления здравоохранением при оценке прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС учитываются:

1) численность, плотность, заболеваемость, половозрастной состав населения, в том числе право на получение медицинской помощи в системе ОСМС;

2) данные общегосударственного статистического наблюдения и ведомственного статистического наблюдения в области здравоохранения;

3) целевые индикаторы, показатели результата и приоритеты развития здравоохранения, отраженные в документах Системы государственного планирования;

4) международный опыт;

5) эпидемиологическая ситуация, на основе данных субъекта цифрового здравоохранения, а также результаты эпидемиологических исследований при наличии;

6) предложения субъектов здравоохранения, а также разворачивания, сокращения, перепрофилирования коечного фонда, включая реорганизацию сети и региональные перспективные планы развития инфраструктуры здравоохранения;

7) фактическое потребление медицинских услуг в предыдущие годы.

При отсутствии данных общегосударственного статистического наблюдения и ведомственного статистического наблюдения, данных в доступных информационных системах для планирования объемов медицинских услуг, направляются запросы в соответствующие органы, организации, субъекты здравоохранения и (или) использует данные за предыдущий период.

Параграф 2. Определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и (или) активов фонда в системе ОСМС

8. При определении объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и (или) активов фонда в системе ОСМС учитываются:

1) тарифы, утверждаемые в соответствии с подпунктом 65) статьи 7 Кодекса (далее – тариф) в зависимости от видов, форм медицинской помощи, условий ее оказания, видов медицинской деятельности;

2) дополнительные расходы, предусмотренные в программных и стратегических документах, включая ввод новых объектов здравоохранения.

9. В случае образования новых субъектов здравоохранения, целевым образом оказывающих медицинскую помощь жителям всех областей, городов республиканского значения (медицинские организации третичного уровня), перераспределение объемов между данным субъектом и областями, городами республиканского значения осуществляется на основании критериев госпитализации в данный субъект, либо пропускной способности данного субъекта здравоохранения, коечной мощности субъекта, физического объема случаев, подлежащих перераспределению (направлению) в данный субъект из областей, городов

республиканского значения. При отсутствии данных эпидемиологического анализа необходимый объем формируется (перераспределяется) пропорционально численности населения данной области, города республиканского значения либо физическому объему медицинской помощи данного субъекта.

10. Определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП осуществляется уполномоченным органом. В рамках планируемых бюджетных средств на соответствующий финансовый год фондом формируется проект распределения бюджетных средств по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности, входящими в ГОБМП.

11. Прогнозный объем затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС определяется в пределах ожидаемых и (или) прогнозных сумм поступлений активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС, за минусом резерва фонда на покрытие непредвиденных расходов и установленных норм и лимитов, обеспечивающих финансовую устойчивость фонда.

12. Определение прогнозного объема затрат, предназначенных для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС, осуществляется по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках прогнозного объема затрат на соответствующий финансовый год и с учетом:

- 1) демографического прогноза населения;
- 2) прогноза макроэкономических показателей;
- 3) информации о численности лиц, за которых осуществляется уплата взносов и отчислений в фонд, согласно действующему законодательству Республики Казахстан.

13. При превышении запланированных объемов в рамках ГОБМП и в системе ОСМС планируемым бюджетным средствам и прогнозным объемам затрат на соответствующий финансовый год, распределение объемов проводится с учетом:

- 1) приоритетных направлений развития здравоохранения;
- 2) оценки потребности населения в медицинской помощи;
- 3) целевых показателей фонда;
- 4) предложений уполномоченного органа и местных органов государственного управления здравоохранения.

Параграф 3. Формирование планов закупок медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

14. Формирование планов закупок медицинских услуг осуществляется фондом по согласованию с уполномоченным органом на основании запланированных объемов медицинской помощи в пределах объема расходов бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС.

15. Планы закупок медицинских услуг содержат следующие сведения:

1) виды, формы медицинской помощи, условия ее оказания, виды медицинской деятельности, предусмотренные перечнями медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

2) планируемое количество закупаемых услуг;

3) планируемый объем бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозный объем затрат, предназначенных для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС.

16. Уполномоченный орган рассматривает проекты планов закупа медицинских услуг в течение десяти рабочих дней со дня его поступления и уведомляет фонд об итогах его рассмотрения.

17. При наличии замечаний фонд в течение пяти рабочих дней дорабатывает проекты планов закупа медицинских услуг и повторно направляет его на согласование уполномоченному органу.

18. Планы закупа медицинских услуг на предстоящий финансовый год утверждаются фондом ежегодно в течение 3-х рабочих дней после согласования с уполномоченным органом.

19. В течение года по завершению процесса планирования объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС проводится корректировка объемов и бюджетов с учетом факторов, оказывающих воздействие на потребление в медицинской помощи.

20. Фонд вносит изменения в планы закупа медицинских услуг с учетом результатов мониторинга и обоснованности в случаях:

1) несоответствия размеров средств, предназначенных для оплаты фондом за оказание услуг, активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС, с фактическими и прогнозными объемами затрат на оплату услуг в системе ОСМС, предусмотренных планом закупа;

2) распределения резерва фонда на непредвиденные расходы;

3) распределения высвободившихся средств на закуп услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

4) изменения объемов бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС в связи с изменением тарифов, численности, количества больных и других данных, являющихся основанием для размещения услуг;

5) выделения уполномоченным органом дополнительного объема бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП, ранее не предусмотренных планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП;

6) изменения объема медицинских услуг по результатам сверки исполнения объемов медицинских услуг и финансовых обязательств по прогнозному исполнению объемов медицинских услуг, а также мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему;

7) распределения (перераспределения) объема бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и распределения (перераспределения) объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС;

8) внесения изменений в наименования и при переименовании, удалении или включении видов, форм медицинской помощи, условий ее оказания, видов медицинской деятельности;

9) изменения объема и перечня закупаемых услуг;

10) появления вновь вводимых объектов здравоохранения.

21. Внесение изменений в планы закупа в случаях, предусмотренных подпунктами 2) и 5) пункта 20 настоящих Правил осуществляется по согласованию с уполномоченным органом.

22. Фонд вносит изменения в планы закупа в случаях, предусмотренных подпунктами 1), 3), 4), 6) -10) пункта 20 настоящих Правил, по истечении десяти рабочих дней со дня направления уведомления в уполномоченный орган и при отсутствии поступивших замечаний в установленный срок.

Фонд вносит изменения в планы закупа медицинских услуг самостоятельно без уведомления уполномоченного органа при распределении (перераспределении) объема бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и распределении (перераспределении) объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС в рамках одного вида медицинской помощи, вида медицинской деятельности.

Глава 3. Планирование объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности

Параграф 1. Планирование услуг скорой медицинской помощи

23. Планирование объема услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного, санитарным автотранспортом (далее – скорая медицинская помощь) осуществляется на основании следующих данных:

1) среднегодовая численность населения по республике и в разрезе областей, городов республиканского значения за период предыдущего года;

2) количество населения по половозрастным группам в разрезе областных центров и (или) остальных населенных пунктов;

3) количество пациентов с острым коронарным синдромом и (или) острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе за период предыдущих трех лет.

24. Планирование объемов услуг скорой медицинской помощи осуществляется по:

1) подушевому нормативу (далее – ПН), определенному согласно подпункта 64) статьи 7 Кодекса;

2) объемам потребления лекарственных препаратов (алтеплаза).

25. Планируемый объем ПН определяется в соответствии с численностью населения и половозрастных групп в разрезе областей, городов республиканского значения с учетом ожидаемого прироста населения.

26. Планирование бюджета скорой медицинской помощи при оплате за ПН осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения по половозрастным группам;

2) на уровне областей, городов республиканского значения по поправочным коэффициентам.

27. При планировании бюджета лекарственных препаратов (алтеплаза) производится расчет:

1) на уровне областей, городов республиканского значения путем произведения прогнозных объемов обеспечения лекарственными препаратами (алтеплаза) (с учетом формы выпуска) со стоимостью лекарственных препаратов, определенной согласно подпункта 96) статьи 7 Кодекса;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов обеспечения лекарственными препаратами (алтеплаза).

28. При планировании бюджета скорой медицинской помощи производится расчет путем произведения прикрепленного населения на ПН, а также суммирования расходов на обеспечение лекарственными препаратами (алтеплаза).

Параграф 2. Планирование услуг первичной медико-санитарной помощи

29. Планирование объема услуг первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) осуществляется на основании следующих данных:

1) среднегодовая численность населения по республике и в разрезе областей, городов республиканского значения;

2) количество населения по половозрастным группам в разрезе областных центров и (или) остальных населенных пунктов;

3) количество пациентов с фенилкетонурией за период предыдущих трех лет.

30. Планирование объемов бюджета услуг ПМСП осуществляется по:

1) комплексному подушевому нормативу (далее – КПН);

2) стимулирующему компоненту подушевого норматива (далее – СКПН);

3) подушевому нормативу скорой медицинской помощи четвертой категории срочности вызовов прикрепленному населению (далее – ПН4);

4) объемам потребления лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина.

31. Планируемый объем КПН определяется в соответствии со среднесписочной численностью прикрепленного населения и половозрастных групп в разрезе областей, городов республиканского значения.

32. На подготовительном этапе осуществляется сбор и формирование вводных данных из информационных систем, данных общегосударственного статистического наблюдения и ведомственного статистического наблюдения на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года оказания услуг ПМСП:

1) количество посещений к специалистам ПМСП по кодам заболеваний по МКБ-10 с острыми заболеваниями (состояниями) или обострениями хронических заболеваний за период предыдущего года на уровне города и села;

2) количество лиц, получивших профилактические прививки по видам с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села;

3) количество лиц, прошедших профилактические осмотры и скрининги по их видам с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села;

4) количество лиц, которым проводилось антенатальное наблюдение с учетом возраста за период предыдущего года на уровне города и села;

5) количество лиц, которым проводилось постнатальное наблюдение с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села;

6) количество лиц, которым оказывались медико-социальные услуги с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села;

7) количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением с хроническими неинфекционными заболеваниями (в том числе ПУЗ) с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села;

8) количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением с социально-значимыми заболеваниями с учетом возраста и пола за период предыдущего года на уровне города и села.

Планируемый объем услуг ПМСП рассматривается в зависимости от уровня заболеваемости, изменениями численности населения, в разрезе половозрастных групп.

В КПН входят следующие услуги:

1) профилактические осмотры целевых групп населения;

2) иммунизация;

3) приемы;

4) лабораторно-диагностические исследования;

5) наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;

6) патронаж детей в возрасте до одного года;

7) медико-социальная помощь при социально значимых заболеваниях;

8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

33. Планирование бюджета ПМСП при оплате за КПН, за ПН4 осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения по половозрастным группам;

2) на уровне областей, городов республиканского значения по поправочным коэффициентам.

34. Планирование бюджета СКПН осуществляется на уровне областей, городов республиканского значения, с учетом численности прикрепленного населения в областях, городах республиканского значения, по определенному тарифу.

35. Планирование бюджета по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина осуществляется на основании расчета потребности по полу и возрасту больных фенилкетонурией.

36. При планировании бюджета услуг ПМСП производится расчет путем произведения прикрепленного населения на КПН, ПН4 и СКПН, а также суммирования расходов на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина .

Параграф 3. Планирование услуг по скрининговым исследованиям

37. Планирование услуг по скрининговым исследованиям осуществляется по услугам, оказываемым в амбулаторных условиях.

38. Планирование объемов услуг по скрининговым исследованиям осуществляется на основании данных:

1) количества лиц, находящихся под динамическим наблюдением с хроническими неинфекционными заболеваниями с учетом возраста и пола за период прошлого года;

2) численности целевых групп населения, подлежащих скрининговым исследованиям в сроки и с периодичностью, установленными согласно пункта 11 статьи 86 и пункта 2 статьи 87 Кодекса;

3) средней численности населения по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет на уровне города и села.

39. Планирование бюджета услуг по скрининговым исследованиям осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения по каждому виду скрининговых исследований и целевой группы;

2) на уровне областей, городов республиканского значения по всем видам скрининговых исследований и по всем целевым группам;

3) на уровне республики по всем видам скрининговых исследований и по всем целевым группам.

40. При планировании бюджета услуг по скрининговым исследованиям производится расчет путем произведения количества услуг на тарифы.

Параграф 4. Планирование услуг консультативно-диагностической помощи (Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)

41. Планирование услуг, оказываемых в амбулаторных условиях по перечню хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в организациях ПМСП, в рамках ГОБМП (далее – динамическое наблюдение на уровне ПМСП), определяемому согласно статье 196 Кодекса осуществляется в соответствии с изменениями распространенности и численности половозрастных групп, в разрезе нозологий и половозрастных групп, на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

42. Планирование объемов услуг консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по динамическому наблюдению осуществляется на основании следующих данных:

1) количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением на амбулаторном уровне с учетом возраста и пола за период трех лет;

2) ежегодный прирост числа лиц, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне, по республике и по областям, городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет;

4) перечень заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению на амбулаторном уровне, определенный согласно пункта 2) статьи 88 Кодекса;

5) установленный обязательный минимум диагностических исследований;

6) периодичность проведения данных исследований;

7) количество зарегистрированных больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне на отчетный период в разрезе возрастных категорий по данному перечню нозологий;

8) количество услуг в год на одного больного по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем суммирования услуг по стандарту;

9) общее количество услуг по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения количества услуг в год на одного больного на число больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне по данному заболеванию и (или) группе заболеваний;

10) общий объем услуг в разрезе каждой области, города республиканского значения по численности больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне в данной области, города республиканского значения;

11) общий объем услуг по республике определяется путем суммирования объемов услуг каждой области, города республиканского значения.

43. Планирование бюджета услуг динамического наблюдения на амбулаторном уровне осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения по данной нозологии и в данной половозрастной группе;

2) на уровне областей, городов республиканского значения по данной нозологии и по всем половозрастным группам;

3) на уровне областей, городов республиканского значения по всем нозологиям и по всем половозрастным группам;

4) на уровне республики по всем нозологиям и по всем половозрастным группам.

44. При планировании бюджета услуг динамического наблюдения на уровне ПМСП производится расчет:

1) суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне по данному заболеванию в год путем суммирования стоимости услуг, входящих в стандарт обследования;

2) общей суммы расходов по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне на число больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне по данному заболеванию и (или) группе заболеваний.

45. Планирование услуг по перечню социально-значимых заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению профильными специалистами в виде консультативно-диагностической помощи, в рамках ГОБМП (далее – динамическое наблюдение социально-значимых заболеваний), осуществляется в соответствии с изменениями распространенности и численности половозрастных групп, в разрезе нозологий и половозрастных групп на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

46. Планирование объемов услуг консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях динамического наблюдения при социально-значимых заболеваниях осуществляется на основании данных:

1) количество лиц, находящихся на динамическом наблюдении при социально-значимых заболеваниях с учетом возраста и пола за период предыдущего года;

2) ежегодный прирост числа лиц, состоящих на динамическом наблюдении при социально-значимых заболеваниях, по республике и по областям, городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет;

4) перечень социально-значимых заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению;

5) установленный обязательный минимум диагностических исследований;

6) периодичность проведения данных исследований;

7) количество зарегистрированных больных, состоящих на динамическом наблюдении при социально-значимых заболеваниях на отчетный период в разрезе возрастных категорий по данному перечню нозологий;

8) количество услуг в год на одного больного по конкретной услуге в год на одного больного по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем суммирования услуг по стандарту;

9) общее количество услуг по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения количества услуг в год на одного больного на число больных, состоящих на динамическом наблюдении по данному социально-значимому заболеванию;

10) общий объем услуг в разрезе каждой области, города республиканского значения по численности больных, состоящих на динамическом наблюдении при социально-значимых заболеваниях в данной области, города республиканского значения;

11) общий объем услуг по республике определяется путем суммирования объемов каждой области, города республиканского значения.

47. Планирование бюджета услуг динамического наблюдения при социально-значимых заболеваниях осуществляется поэтапно:

1) на уровне области, города республиканского значения по данной нозологии и по всем половозрастным группам;

2) на уровне области, города республиканского значения по всем нозологиям и по всем половозрастным группам;

3) на уровне республики по всем нозологиям и по всем половозрастным группам.

48. При планировании бюджета услуг динамического наблюдения при социально-значимых заболеваниях производится расчет:

1) суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении по данному социально-значимому заболеванию в год, путем суммирования стоимости услуг, входящих в стандарт обследования;

2) общей суммы расходов по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении при социально-значимых заболеваниях на число больных, состоящих на динамическом наблюдении по данному социально-значимому заболеванию и (или) группе заболеваний на уровне области, города республиканского значения по данной нозологии и в данной половозрастной группе.

49. Планирование объема услуг консультативно-диагностической помощи на амбулаторном уровне по перечню хронических заболеваний, подлежащих наблюдению профильными специалистами, в рамках ГОБМП и системе ОСМС (далее – динамическое наблюдение профильными специалистами), осуществляется в соответствии с изменениями распространенности и численности половозрастных групп, в разрезе нозологий и половозрастных групп на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

50. Планирование объемов услуг консультативно-диагностической помощи динамического наблюдения профильными специалистами осуществляется на основании следующих данных:

- 1) количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением профильными специалистами с учетом возраста и пола за период трех лет;
- 2) ежегодный прирост числа лиц, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами, по республике и по областям, городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;
- 3) демографический прогноз населения по республике и (или) областям, городам республиканского значения на период предстоящих трех лет;
- 4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет;
- 5) перечень заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению профильными специалистами;
- 6) установленный обязательный минимум диагностических исследований;
- 7) периодичность проведения данных исследований;
- 8) количество зарегистрированных больных, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами на отчетный период в разрезе возрастных категорий по данному перечню нозологий.

51. Планирование бюджета услуг динамического наблюдения профильными специалистами осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей, городов республиканского значения по данной нозологии и в данной половозрастной группе;
- 2) на уровне областей, городов республиканского значения по данной нозологии и по всем половозрастным группам;
- 3) на уровне областей, городов республиканского значения по всем нозологиям и по всем половозрастным группам;
- 4) на уровне республики по всем нозологиям и по всем половозрастным группам.

52. При планировании бюджета услуг динамического наблюдения профильными специалистами производится расчет:

- 1) количества услуг в год на одного больного по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем суммирования услуг, определяемых согласно пункту 3 статьи 88 Кодекса;
- 2) общего количества услуг по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения количества услуг в год на одного больного на число больных, состоящих на динамическом наблюдении профильных специалистами по данному заболеванию и (или) группе заболеваний;
- 3) общего объема услуг в разрезе каждой области, города республиканского значения по численности больных, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами в данной области, городе республиканского значения;

4) общего объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области, городе республиканского значения;

5) суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении профильными специалистами по данному заболеванию в год, путем суммирования стоимости услуг, входящих в перечень хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению, определяемых согласно пункту 2 статьи 88 Кодекса;

6) общей суммы расходов по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения суммы расходов на одного больного, состоящего на динамическом наблюдении профильными специалистами на число больных, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами по данному заболеванию и (или) группе заболеваний.

53. Планирование объемов услуг консультативно-диагностической помощи в рамках приема пациента по поводу острого или обострения хронического заболевания определяется в соответствии с изменениями заболеваемости и численности половозрастных групп, на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

54. Планирование объемов услуг по поводу острого или обострения хронического заболевания осуществляется на основании следующих данных:

1) количество зарегистрированных заболеваний в отчетном году по республике, областям и городам республиканского значения за период трех лет;

2) ежегодный прирост числа обратившихся по поводу острого или обострения хронического заболевания по республике, областям и городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

3) среднегодовая численность населения по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

55. Планирование бюджета услуг по поводу острого или обострения хронического заболевания осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения по данной нозологии и в данной половозрастной группе;

2) на уровне областей и городов республиканского значения по данной нозологии, по всем половозрастным группам;

3) на уровне областей и городов республиканского значения по всем нозологиям, по всем половозрастным группам;

4) на уровне республики по всем нозологиям, по всем половозрастным группам.

56. При планировании бюджета услуг по поводу острого или обострения хронического заболевания производится расчет путем произведения планируемого количества обращений на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

57. Планирование объемов услуг в травматологических пунктах осуществляется на основании следующих данных:

1) среднее количество зарегистрированных случаев обращений в травматологические пункты по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

2) ежегодный прирост числа обратившихся в травматологические пункты по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

58. Планирование бюджета на услуги в травматологических пунктах осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения по данному виду услуг и данной возрастной группы;

2) на уровне областей и городов республиканского значения, по определенному виду услуг, по всем возрастным группам;

3) на уровне областей и городов республиканского значения, по всем видам услуг, по всем возрастным группам;

4) на уровне республики, по всем видам услуг, по всем возрастным группам.

59. При планировании бюджета услуг в травматологических пунктах производится расчет путем произведения планируемого количества услуг на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

60. Планирование объема услуг передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) и медицинских поездов (далее – МП) осуществляется в разрезе каждого ПМК, МП с учетом потребления на один месяц, графиком работы в течение года.

61. Планирование объема услуг ПМК, МП осуществляется на основании следующих данных:

1) среднее количество оказанных услуг ПМК, МП по республике за период предыдущих трех лет;

2) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет на уровне села;

3) количество действующих ПМК, МП;

4) прогнозный охват сельского населения и (или) проживающего населения на станциях;

5) период работы ПМК на базе специального автотранспорта с учетом климатических особенностей областей, городов республиканского значения;

6) период работы МП с учетом утвержденного графика движения медицинских поездов.

62. Планирование бюджета на услуги ПМК, МП осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения по данному ПМК, МП;

2) на уровне областей и городов республиканского значения по всем ПМК, МП;

3) на уровне республики по всем ПМК, МП.

63. При планировании бюджета услуг ПМК, МП производится расчет путем произведения планируемого количества услуг на тариф.

64. Планирование объема услуг плановой стоматологической помощи детям и беременным женщинам (за исключением ортодонтической) осуществляется на основании следующих данных:

1) среднее количество зарегистрированных случаев обращений по видам в специализированные стоматологические клиники по республике и по областям, городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

2) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет.

65. Планирование услуг плановой стоматологической помощи осуществляется по перечню, утвержденному в соответствии с подпунктом 1) пункта 1 статьи 200 Кодекса.

66. Планирование бюджета на услуги плановой стоматологической помощи осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

67. Планирование бюджета услуг плановой стоматологической помощи осуществляется путем произведения планируемого количества лиц, подлежащих лечению, на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

68. Планирование объема услуг экстренной стоматологической помощи (острая боль) для социально-уязвимых категорий населения осуществляется с учетом вводных данных из информационных систем, статистических данных на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

69. Планирование бюджета на услуги экстренной стоматологической помощи осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

70. При планировании бюджета услуг экстренной стоматологической помощи производится расчет путем произведения планируемого количества лиц, подлежащих лечению, на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

71. Планирование объема услуг ортодонтической помощи определяется в соответствии с изменениями заболеваемости, соответствующими патологиями, численности детского населения.

72. Планирование объема услуг ортодонтической помощи осуществляется на основании следующих данных:

1) среднее количество зарегистрированных случаев обращений по видам в специализированные стоматологические клиники по республике, областям и городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

2) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

73. Планирование бюджета на услуги ортодонтической помощи осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

74. При планировании бюджета услуг ортодонтической помощи производится расчет путем произведения планируемого количества лиц, подлежащих лечению, на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

75. Планирование объема услуг по наблюдению беременных женщин (без услуг медико-генетического скрининга) осуществляется в соответствии с изменениями численности беременных женщин.

76. Планирование объема услуг по наблюдению беременных женщин осуществляется на основании следующих данных:

1) количество беременных женщин, получивших услуги по наблюдению с учетом возраста за период предыдущего года;

2) контингент беременных женщин по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущего года;

3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

77. Планирование бюджета на услуги по наблюдению беременных женщин осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

78. При планировании бюджета услуг по наблюдению беременных женщин производится расчет путем произведения планируемого количества лиц, подлежащих наблюдению, на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

79. Планирование объема услуг медико-генетического скрининга осуществляется на основании следующих данных:

1) количество беременных женщин, получивших услуги по наблюдению с учетом возраста за период предыдущего года;

2) контингент беременных женщин по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущего года;

3) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет.

80. Планирование бюджета медико-генетического скрининга осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

81. При планировании бюджета услуг медико-генетического скрининга производится расчет путем произведения планируемого количества лиц, подлежащих наблюдению, на расчетную среднюю стоимость услуг (по количеству услуг предыдущего года и тарифам).

82. Планирование объема услуг по охране здоровья обучающихся (школьная медицина) осуществляется в соответствии с изменениями численности учащихся.

83. Планирование объема услуг школьной медицины осуществляется на основании следующих данных:

1) количество услуг, оказанных в рамках школьной медицины с учетом возраста и пола за период предыдущего года;

2) средняя численность школьников по республике за период предыдущих трех лет.

84. Планирование бюджета на услуги школьной медицины осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

85. При планировании бюджета услуг школьной медицины производится расчет путем произведения планируемой численности учащихся на тариф.

86. Планирование объема услуг дерматовенерологической помощи на амбулаторном уровне определяется в соответствии с первичной заболеваемостью и распространенностью заболеваний.

87. Планирование объема услуг дерматовенерологической помощи осуществляется на основании следующих данных:

1) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет;

2) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областям и городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

3) среднее количество пациентов, впервые выявленных по республике, областям и городам республиканского значения за период трех предыдущих лет;

4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села.

88. Планирование бюджета на услуги дерматовенерологической помощи на амбулаторном уровне осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

89. При планировании бюджета услуг дерматовенерологической помощи производится расчет путем произведения планируемого количества обращений на расчетную среднюю стоимость услуг на один случай.

90. Планирование объема услуг молодежных центров на амбулаторном уровне определяется на основании средней численности населения по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села.

91. Планирование бюджета на молодежные центры осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения;
- 2) на уровне республики.

92. При планировании бюджета услуг молодежных центров производится расчет путем произведения планируемой численности соответствующей категории населения на фактическую среднюю стоимость соответствующих услуг на одного обратившегося.

93. Планирование объема услуг консультативно-диагностической помощи на амбулаторном уровне для республиканских организаций осуществляется отдельно по категориям населения и видам получаемых услуг на основании следующих данных:

- 1) количество посещений по кодам заболеваний по МКБ-10 в республиканские организации по категориям населения и видам получаемых услуг за период предыдущего года;
- 2) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период предыдущих трех лет;
- 3) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет.

94. Планирование бюджета на прием сложных больных осуществляется на уровне республиканских организаций.

95. При планировании бюджета для оказания услуг в республиканских организациях производится расчет путем произведения планируемого количества обращений на расчетную среднюю стоимость обращения.

Параграф 5. Планирование услуг программного диализа

96. При планировании услуг программного диализа учитываются требования стандарта оказания нефрологической помощи населению Казахстана, утверждаемого уполномоченным органом согласно пункта 32) статьи 7 Кодекса.

97. При несоответствии объема полной потребности в услугах программного диализа по международным показателям объемам прогнозных финансовых средств используется метод планирования услуг программного гемодиализа с учетом ежегодного прироста больных.

98. Планирование объемов услуг программного диализа осуществляется на основании следующих данных:

- 1) среднее количество числа сеансов программного диализа по республике за период трех предыдущих лет;
- 2) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний, подлежащих программному диализу по республике за период трех предыдущих лет;

3) прирост числа больных, получающих программный диализ за период трех предыдущих лет;

4) численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

99. Планирование объема услуг программного диализа осуществляется отдельно от планирования специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях с учетом ежегодного прироста больных.

100. Для полного определения потребности в услугах программного диализа планирование осуществляется поэтапно:

1) на первом этапе планирование осуществляется с учетом количества пациентов, получающих услуги программного диализа;

2) на втором этапе планирование осуществляется с учетом количества услуг программного диализа.

101. В случае полного покрытия потребности населения в услугах программного диализа планирование осуществляется в соответствии с изменениями общей численности населения по количеству пациентов за период трех предыдущих лет.

102. Планирование бюджета в случае полного покрытия потребности населения в услугах программного диализа и в пределах прироста численности пациентов, получающих программный диализ, осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения;

2) на уровне республики.

103. При планировании бюджета программного диализа производится расчет путем произведения стоимости услуги гемодиализа согласно тарификатору, определяемому согласно подпункту 65) статьи 7 Кодекса на прогнозное количество сеансов.

Параграф 6. Планирование специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях

104. Планирование услуг специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях осуществляется отдельно на городском и сельском уровнях.

105. Планирование объемов специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года на уровне города и села;

2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села;

3) среднее количество числа госпитализаций иногородних пациентов по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села;

4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села.

106. Планируемый объем услуг специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях на городском и сельском уровнях определяется в зависимости от уровня госпитализаций, изменениями численности населения, в разрезе половозрастных групп.

107. Планирование бюджета на услуги специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения по данной половозрастной группе;
- 2) на уровне областей и городов республиканского значения, по данному классу МКБ-10, по всем половозрастным группам;
- 3) на уровне областей и городов республиканского значения, по всем классам МКБ-10, по всем половозрастным группам;
- 4) на уровне республики, по всем классам МКБ-10, по всем половозрастным группам.

108. Плановое количество случаев госпитализации может корректироваться в зависимости от лимита планируемого бюджета на уровне города и села. При корректировке руководствуются выборкой групп по кодам МКБ-10 и МКБ-9 с учетом приоритетных направлений здравоохранения.

109. При планировании бюджета на специализированную медицинскую помощь в стационарозамещающих условиях производится расчет путем произведения средней стоимости одного пролеченного случая за период трех предыдущих лет по классу МКБ-10 и половозрастной группе с учетом изменений базовой ставки и методов оплаты за один пролеченный случай при оказании специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях за предыдущие периоды на плановое количество случаев госпитализаций в разрезе классов МКБ-10 и половозрастным группам.

Параграф 7. Планирование специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

110. Планирование объема услуг при оказании специализированной медицинской помощи (далее – СМП) в стационарных условиях осуществляется отдельно на уровне города и села на основании следующих данных:

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года на уровне города и села;
- 2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села;
- 3) среднее количество числа госпитализаций иногородних пациентов по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села;
- 4) количество лиц, получивших СМП в стационарных условиях по экстренным показаниям;

5) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села;

6) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села.

111. Планируемый объем СМП в стационарных условиях на городском и сельском уровнях определяется в соответствии с изменениями численности населения, в разрезе классов МКБ-10 и половозрастных групп.

112. Планирование бюджета на СМП в стационарных условиях осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения по данному классу МКБ 10 и данной половозрастной группы;

2) на уровне областей и городов республиканского значения, по данному профилю, по всем половозрастным группам;

3) на уровне областей и городов республиканского значения, по всем профилям и по всем половозрастным группам;

4) на уровне республики, по всем профилям и половозрастным группам.

113. Плановое количество случаев госпитализации может корректироваться с учетом лимита планируемого бюджета на уровне города и села. При корректировке руководствуются выборкой групп по кодам заболеваний по МКБ-10 и кодам операций по МКБ-9 с учетом приоритетных значений.

114. Для исключения риска дефицита или избытка планируемых объемов детализированных стационарных услуг СМП по кодам заболеваний по МКБ-10 и кодам операций по МКБ-9 используется подход постепенного выравнивания между областями и городами республиканского значения.

115. При планировании бюджета на СМП в стационарных условиях производится расчет путем произведения средней стоимости одного пролеченного случая за период трех предыдущих лет по классу МКБ-10 и половозрастной группе с учетом изменений базовой ставки за предыдущие периоды на плановое количество случаев госпитализаций в разрезе классов МКБ-10 и половозрастными группами.

Параграф 8. Планирование высокотехнологичной медицинской помощи

116. Планирование объема высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВТМП) осуществляется по видам технологий, оказываемым на всех уровнях на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа получивших услуги ВТМП по республике за период предыдущего года;

2) средняя численность населения по республике за период предыдущего года;

3) количество оказанных видов услуг ВТМП по коду операций по МКБ – 9;

4) количество лиц, получивших ВТМП, в том числе по экстренным показаниям;

5) данные анализа международного опыта оказания услуг ВТМП;

6) предложения местных органов государственного управления здравоохранением, научных центров, научно-исследовательских институтов о прогнозных объемах оказания услуг ВТМП на планируемый период в разрезе субъектов здравоохранения и технологий;

7) тарифы на услуги ВТМП .

117. Расчеты по определению объема услуг ВТМП осуществляются в разрезе технологий, по республике с учетом влияния услуг ВТМП на показатели заболеваемости, смертности и качество жизни.

118. Сравнительный анализ уровня ВТМП в Республике Казахстан осуществляется на один миллион населения в сравнении с передовым международным опытом.

119. Планирование бюджета в пределах рекомендуемого международного уровня и в пределах пропускной способности поставщиков на услуги ВТМП осуществляется поэтапно:

1) на уровне республики, определенной услуги ВТМП;

2) на уровне республики, по всем услугам ВТМП.

120. При наличии возможности полного покрытия потребности населения в услугах ВТМП планирование осуществляется в соответствии с изменениями общей численности населения на уровне республики, для определенной услуги ВТМП.

121. При планировании бюджета ВТМП производится расчет путем произведения прогнозного количества услуг на тариф.

Параграф 9. Планирование услуг паллиативной медицинской помощи

122. Планирование объема услуг паллиативной медицинской помощи осуществляется отдельно для медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях и мобильных бригад.

123. Планирование объема услуг паллиативной медицинской помощи осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;

2) средняя численность госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, подлежащим паллиативной медицинской помощи за период трех предыдущих лет;

3) среднее количество числа госпитализаций пациентов, получивших услуги паллиативной медицинской помощи по республике за период трех предыдущих лет;

4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

124. В случае полного покрытия потребности населения в услугах паллиативной медицинской помощи планирование осуществляется в соответствии с изменениями общей численности населения по количеству пациентов, подлежащих паллиативной медицинской помощи за период трех предыдущих лет.

125. Планируемый объем услуг паллиативной медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях определяется в соответствии с изменениями численности населения, в разрезе кодов заболеваний по МКБ – 10.

126. Планирование бюджета на услуги паллиативной медицинской помощи при оплате за койко-день осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения по форме оказания услуг, по определенному тарифу;
- 2) на уровне областей и городов республиканского значения по форме оказания услуг, по всем тарифам;
- 3) на уровне республики по всем тарифам.

127. При планировании объема услуг паллиативной медицинской помощи в форме мобильных бригад учитывается тариф на паллиативную медицинскую помощь, регион, количество выездов, прогнозируемое количество нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

128. Планирование бюджета на услуги паллиативной медицинской помощи в форме мобильных бригад осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения по определенному тарифу;
- 2) на уровне областей и городов республиканского значения по всем тарифам;
- 3) на уровне республики по всем тарифам.

129. При планировании бюджета паллиативной медицинской помощи производится расчет:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения путем произведения планируемого количества койко-дней на соответствующий тариф;
- 2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов паллиативной медицинской помощи.

Параграф 10. Планирование услуг патологоанатомической диагностики

130. Планирование объема услуг патологоанатомической диагностики осуществляется с учетом видов и категорий сложности проводимой диагностики и на основании следующих данных:

- 1) фактическое число летальных случаев в стационарах за период предыдущего года;
- 2) среднее количество числа летальных случаев в стационарах за период трех предыдущих лет;
- 3) фактическое число патологоанатомических вскрытий за период предыдущего года;
- 4) среднее количество числа патологоанатомических вскрытий за период трех предыдущих лет;

5) фактическое число цитологических исследований биопсийного и операционного материала за период предыдущего года;

6) среднее количество числа цитологических исследований биопсийного и операционного материала за период трех предыдущих лет;

7) фактическое число прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного и операционного материала за период предыдущего года;

8) среднее количество числа прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного и операционного материала за период трех предыдущих лет.

131. Планирование полной потребности услуг прижизненных патологоанатомических исследований и цитологических исследований биопсийного и операционного материала осуществляется отдельно в соответствии с изменениями совокупного объема хирургических случаев круглосуточного и (или) дневного стационара; манипуляций по забору биологического материала в круглосуточном и (или) дневном стационаре; амбулаторных процедур и манипуляций в разрезе действующих тарифов на соответствующие патологоанатомические услуги.

132. При планировании патологоанатомических вскрытий (аутопсия) учитывается классификация вскрытий на обязательные (материнская, младенческая смертность, мертворожденные) и по письменному заявлению законных представителей.

133. При планировании бюджета патологоанатомической диагностики производится расчет путем произведения прогнозного количества патологоанатомических вскрытий (аутопсия) и прижизненных патологоанатомических исследований и цитологических исследований, составленных на базе заявок региональных патологоанатомических отделений и (или) бюро на тарифы.

Параграф 11. Планирование услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, по производству препаратов крови

134. Планирование объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови для обеспечения больных, госпитализированных в круглосуточные и дневные стационары осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;

2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет;

3) среднее количество госпитализаций пациентов, получивших услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови по республике за период трех предыдущих лет;

4) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет;

5) демографические показатели движения населения по республике за период предыдущего года;

6) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

135. Планирование бюджета на услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей и городов республиканского значения по данному профилю (для СМП) или кода операций по МКБ-9 (для ВТМП), по определенному тарифу;

2) на уровне областей и городов республиканского значения, по всем профилям (для СМП) или кодам операций по МКБ-9 (для ВТМП), по определенному тарифу;

3) на уровне областей и городов республиканского значения по всем профилям (для СМП) или кодам операций по МКБ-9 (для ВТМП), по всем тарифам;

4) на уровне республики по всем профилям (для СМП) или кодам операций по МКБ-9 (для ВТМП), по всем тарифам.

136. Планируемый объем услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови в части групп услуг: сопровождения трансплантации органов от родственных доноров, сопровождения трансплантации органов от посмертных доноров, сопровождения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, формирования листа ожидания, формирования регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток, проведения индивидуального подбора тромбоцитов, типирование пуповинной крови, проведения индивидуального подбора эритроцитсодержащих сред осуществляется в разрезе услуг данной группы и центров. При этом объемы определяются исходя из прогнозируемых объемов трансплантаций и ресурсов.

137. При планировании бюджета по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови производится расчет путем произведения стоимости препаратов и услуг согласно тарификатору на прогнозное количество препаратов крови и услуг.

138. В случае отсутствия вышеуказанных данных планирование объема объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови осуществляется на основании заявок областных и городских центров крови, согласованных с организацией здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере службы крови.

Параграф 12. Планирование медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией

139. Планирование объема услуг медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, осуществляется отдельно для лиц, состоящих под динамическим

наблюдением, лиц, обратившихся в дружественные кабинеты, и лиц, обследованных на ВИЧ - инфекцию на основании следующих данных:

1) среднее количество зарегистрированных случаев заражения ВИЧ-инфекцией за период предыдущих трех лет;

2) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

3) среднее количество пациентов, впервые выявленных по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

4) среднее количество пациентов, подлежащих обследованию на заболевание по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

5) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет на уровне города и села.

140. При определении прогнозного количества лиц, состоящих под динамическим наблюдением, и планирования бюджета производятся расчет:

1) среднего темпа прироста больных за последние три года в разрезе каждой области и города республиканского значения на планируемый период;

2) суммы расходов путем произведения комплексного тарифа на прогнозное количество лиц, состоящих под динамическим наблюдением;

3) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области и города республиканского значения.

141. При определении прогнозного количества лиц, обратившихся в дружественные кабинеты и планирования бюджета производятся расчеты:

1) среднего темпы прироста больных за последние три года в разрезе каждой области и города республиканского значения на планируемый период;

2) суммы расходов путем произведения тарифа на прогнозное количество лиц, обратившихся в дружественные кабинеты;

3) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области и города республиканского значения.

142. При планировании объема услуг на обследование наличия ВИЧ - инфекции и планирования бюджета производятся расчеты:

1) среднего темпа прироста количества услуг за последние три года в разрезе каждой области и города республиканского значения на планируемый период (данные организаций третичного уровня);

2) суммы расходов путем произведения тарифа на прогнозное количество услуг на обследование наличия ВИЧ - инфекции (данные организаций третичного уровня);

3) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области и города республиканского значения.

143. При планировании объема услуг республиканской организации и планирования бюджета производятся расчеты:

- 1) прогнозного количества лиц, состоящих под динамическим наблюдением;
- 2) прогнозного числа услуг на одного пациента, состоящего под динамическим наблюдением;
- 3) сумма расходов рассчитывается путем произведения стоимости услуг по справочнику медицинских услуг и прогнозного числа услуг.

144. При планировании бюджета лекарственного обеспечения антиретровирусными препаратами производится расчет:

- 1) на уровне областей и городов республиканского значения путем произведения прогнозных объемов лекарственного обеспечения антиретровирусными препаратами (с учетом формы выпуска) со стоимостью лекарственных препаратов, определенной согласно подпункта 9б) статьи 7 Кодекса;
- 2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов обеспечения антиретровирусными препаратами.

Параграф 13. Планирование медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом

145. Планирование объема услуг медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом осуществляется на основании следующих данных:

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;
- 2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период предыдущих трех лет;
- 3) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период предыдущих трех лет;
- 4) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;
- 5) среднее количество впервые выявленных больных туберкулезом по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;
- 6) среднее количество пациентов, обследованных с подозрением на заболевание по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет.

146. Планирование объемов медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом, за исключением:

- 1) обеспечения противотуберкулезными препаратами;
- 2) республиканских организаций, оплата которых осуществляется за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих

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

147. При планировании объема услуг медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом производится расчет:

1) среднего темпа изменения количества лиц, больных туберкулезом путем определения среднеарифметического числа зарегистрированных больных на начало и конец периода за предыдущие три года в разрезе областей, городов республиканского значения;

2) прогнозной годовой среднесписочной численности лиц, больных туберкулезом путем произведения численности пациентов, состоящих на учете со средним темпом изменения количества больных в разрезе областей, городов республиканского значения

148. При планировании бюджета медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом производится расчет:

1) на уровне областей, городов республиканского значения путем произведения комплексного тарифа на годовую среднесписочную численность лиц, больных туберкулезом;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов на медико-социальную помощь лиц, больных туберкулезом.

149. При планировании объемов лекарственного обеспечения противотуберкулезными препаратами производится расчет:

1) общего физического объема потребления противотуберкулезных препаратов за период предыдущего года в разрезе областей и городов республиканского значения с учетом формы выпуска препаратов;

2) прогнозной годовой среднесписочной численности лиц, больных туберкулезом.

150. При планировании бюджета лекарственного обеспечения противотуберкулезными препаратами производится расчет:

1) на уровне областей, городов республиканского значения путем произведения прогнозных объемов лекарственного обеспечения противотуберкулезными препаратами (с учетом формы выпуска) со стоимостью лекарственных препаратов, определенной согласно подпункту 95) статьи 7 Кодекса;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов обеспечения противотуберкулезными препаратами.

Параграф 14. Планирование медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями)

151. Медицинская помощь в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) оказывается на уровне ПМСП, в

амбулаторных, стационарных и стационарозамещающих условиях (добровольное и принудительное).

152. Планирование объема услуг медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;

2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет;

3) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет;

4) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областей, городов республиканского значения за период трех предыдущих лет;

5) среднее количество пациентов, впервые выявленных по республике, областей, городов республиканского значения за период трех предыдущих лет;

6) среднее количество пациентов, обследованных с подозрением на заболевание по республике, областей, городов республиканского значения за период трех предыдущих лет.

153. Планирование бюджета медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) осуществляется по комплексному тарифу на одного больного центра психического здоровья, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, оплата которым осуществляется за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и за один койко-день.

154. Для определения объема услуг медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) производится расчет:

1) среднего темпа изменения количества лиц, с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями), путем определения среднеарифметического числа зарегистрированных больных на начало и конец периода за предыдущие три года в разрезе областей, городов республиканского значения;

2) прогнозной годовой среднесписочной численности лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) путем произведения численности пациентов, состоящих на учете, со средним темпом изменения количества больных центров психического здоровья в разрезе областей, городов республиканского значения

155. При планировании бюджета медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) производится расчет:

1) на уровне областей, городов республиканского значения путем произведения комплексного тарифа на прогнозную годовую среднесписочную численность больных с психическими и поведенческими расстройствами;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов на медико-социальную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями).

Параграф 15. Планирование медицинской помощи лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями в стационарных условиях

156. Планирование объема услуг медицинской помощи лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;

2) среднее количество госпитализаций по республике за период предыдущих трех лет;

3) среднее количество госпитализаций иногородних пациентов по республике за период предыдущих трех лет;

4) среднее количество зарегистрированных случаев инфекционных заболеваний по республике за период предыдущих трех лет;

5) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

157. Планируемый объем услуг в стационарных условиях лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями определяется в соответствии с прогнозной заболеваемостью в разрезе инфекционных нозологий.

158. Планирование бюджета услуги в стационарных условиях лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения по кодам заболеваний по МКБ-10;

2) на уровне республики по всем нозологиям по кодам МКБ-10.

159. С целью повышения точности планирования инфекционных заболеваний в случаях предстоящего изменения эпидемиологической обстановки по перечню кодов МКБ-10 инфекционных заболеваний (инфекция, превышающая обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости и способное стать источником чрезвычайной ситуации) в сторону увеличения эпидемического порога проводится анализ итогов прошедшего эпидемиологического сезона по данной инфекции.

160. Сведения по заболеваемости и (или) темп прогнозного прироста заболеваемости (по совокупному населению и каждой возрастной группе) предоставляются уполномоченным органом, осуществляющим руководство в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с указанием прироста инфекционной заболеваемости по перечню кодов МКБ-10.

161. При наличии факторов, указывающих на начало эпидемии, планируемое количество случаев данной инфекции увеличивается на прирост заболеваемости данной инфекции.

Параграф 16. Планирование онкологической помощи населению Республики Казахстан

162. Планирование объема услуг онкологической помощи населению Республики Казахстан осуществляется на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;

2) количество зарегистрированных больных по республике за период трех предыдущих лет, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей в возрасте до 14 лет.

3) среднее количество зарегистрированных случаев онкологических заболеваний по республике за период предыдущих трех лет;

4) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по динамическому наблюдению онкологических больных по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет, за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и детей в возрасте до 14 лет;

5) среднее количество пациентов, обследованных с подозрением на заболевание по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет;

6) количество пациентов, впервые выявленных по республике, областям и городам республиканского значения за период предыдущих трех лет.

163. При определении объема услуг онкологической помощи населению Республики Казахстан производится расчет:

1) среднего темпа изменения количества онкологических больных путем определения средней величины зарегистрированных больных на начало и конец периода за предыдущие три года в разрезе областей и городов республиканского значения;

2) прогнозной годовой среднесписочной численности онкологических больных путем произведения численности онкологическим больным, зарегистрированных в

электронном регистре онкологических больных за период предыдущего года на средний темп изменения количества онкологических больных в разрезе областей и городов республиканского значения.

164. При планировании бюджета онкологической помощи населению Республики Казахстан производится расчет:

1) на уровне областей и городов республиканского значения:

по оказанию специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях путем произведения прогнозного количества услуг на тарифы;

по оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных путем произведения средней стоимости одного пролеченного случая за прошедший период по классу МКБ-10 на плановое количество случаев госпитализаций в разрезе классов МКБ-10;

по оказанию специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях путем произведения средней стоимости одного пролеченного случая за прошедший период по классу МКБ-10 на плановое количество случаев госпитализаций в разрезе классов МКБ-10;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов на медико-социальную помощь онкологическим больным.

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

165. При планировании объемов обеспечения онкологических больных химиопрепаратами и таргетными препаратами производится расчет:

1) общего физического объема потребления химиопрепаратов и таргетных препаратов за период предыдущего года в разрезе областей, городов республиканского значения с учетом формы выпуска препаратов;

2) прогнозной годовой среднесписочной численности онкологических больных.

166. При планировании бюджета обеспечения химиопрепаратами и таргетными препаратами производится расчет:

1) на уровне областей и городов республиканского значения путем произведения прогнозных объемов обеспечения химиопрепаратами и таргетными препаратами (с учетом формы выпуска) со стоимостью лекарственных препаратов, определенной согласно подпункту 9б) статьи 7 Кодекса;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов обеспечения химиопрепаратами и таргетными препаратами.

167. Планирование объема услуг лучевой терапии для онкологических больных осуществляется на базе заявок областных диспансеров и центров, согласованных с

профильной республиканской организацией в области онкологии и радиологии. Для планирования прогнозного объема затрат на лучевую терапию расчет осуществляется путем произведения тарифа на прогнозный объем услуг.

Параграф 17. Планирование медицинской помощи онкогематологическим больным

168. Планирование объема услуг медицинской помощи онкогематологическим больным осуществляется на основании следующих данных:

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;
- 2) среднее количество госпитализаций по республике за период предыдущих трех лет;
- 3) среднее количество зарегистрированных онкогематологических больных по республике за период предыдущих трех лет;
- 4) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

169. Планируемый объем услуг стационарной помощи больным онкогематологическими заболеваниями определяется в соответствии с прогнозной заболеваемостью в разрезе кодов МКБ-10.

170. Планирование бюджета на стационарную помощь больным онкогематологическими заболеваниями осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей, городов республиканского значения по всем кодам онкогематологических заболеваний по МКБ-10;
- 2) на уровне республики по всем кодам онкогематологических заболеваний по МКБ-10.

Параграф 18. Планирование услуг медицинской реабилитации

171. Планирование объема услуг медицинской реабилитации осуществляется отдельно для лиц, получающих второй и третий этапы медицинской реабилитации в зависимости от нозологии на основании следующих данных:

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, формирующим потребность в медицинской реабилитации второго и третьего этапа, по республике за период предыдущего года;
- 2) среднее количество госпитализаций пациентов, получивших услуги медицинской реабилитации в стационарных и стационарозамещающих условиях, по республике за период предыдущего года;
- 3) среднее количество числа госпитализаций пациентов, получивших услуги медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по республике за период трех предыдущих лет;

4) фактическая численность детского населения с хроническими заболеваниями по кодам заболеваний по МКБ-10, подлежащим медицинской реабилитации, за период предыдущего года;

5) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

172. При планировании объемов услуг медицинской реабилитации второго этапа в стационарных и стационарозамещающих условиях производится расчет:

1) количества госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, предусмотренным для медицинской реабилитации второго этапа, с учетом изменения численности населения в разрезе каждой области, города республиканского значения на планируемый период;

2) объемов услуг медицинской реабилитации второго этапа путем определения доли пациентов по кодам заболеваний по МКБ-10, предусмотренным для медицинской реабилитации второго этапа, в разрезе каждой области, города республиканского значения;

3) суммы расходов на медицинскую реабилитацию второго этапа путем произведения стоимости услуг по коду КЗГ на прогнозный объем медицинской реабилитации второго этапа;

4) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области, города республиканского значения.

173. При планировании объемов услуг медицинской реабилитации третьего этапа в стационарных и стационарозамещающих условиях производится расчет:

1) количества госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, предусмотренным для медицинской реабилитации третьего этапа, с учетом изменения численности населения в разрезе каждой области, города республиканского значения на планируемый период;

2) численности детского населения с хроническими заболеваниями по кодам заболеваний по МКБ-10, предусмотренным для медицинской реабилитации, с учетом изменения численности населения в разрезе каждой области, города республиканского значения на планируемый период;

3) объема услуг медицинской реабилитации третьего этапа путем расчета кратности потребления услуг медицинской реабилитации третьего этапа, прогнозной численности госпитализированных пациентов и численности детского населения с хроническими заболеваниями по кодам заболеваний по МКБ-10, предусмотренным для медицинской реабилитации третьего этапа, в разрезе каждой области, города республиканского значения;

4) суммы расходов на медицинскую реабилитацию третьего этапа путем произведения стоимости услуг за один койко-день и прогнозного объема койко-дней медицинской реабилитации третьего этапа;

5) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области, города республиканского значения.

174. Расчет объемов медицинской реабилитации третьего этапа для республиканских организаций осуществляется аналогично расчетам объемов услуг реабилитации третьего этапа в стационарных и стационарозамещающих условиях за исключением применения тарифов для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (Joint Commission International (JCI), Соединенные Штаты Америки).

175. Расчет объемов услуг медицинской реабилитации третьего этапа в амбулаторных условиях осуществляется аналогично расчету объемов услуг медицинской реабилитации третьего этапа в стационарных и стационарозамещающих условиях за исключением определения суммы расходов, которая определяется путем произведения тарифа услуги по тарификатору и прогнозного числа услуг медицинской реабилитации третьего этапа в амбулаторных условиях.

Параграф 19. Планирование объема услуг при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях

176. Планирование объема услуг при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях осуществляется на основании следующих данных:

1) фактическое число лиц, получивших лечение за рубежом за период предыдущего года;

2) фактическое число лиц, получивших лечение за рубежом за период трех предыдущих лет;

3) фактическое число лиц, получивших лечение в условиях отечественных медицинских организаций с привлечением зарубежных специалистов за период предыдущего года;

4) фактическое число лиц, получивших лечение в условиях отечественных медицинских организаций с привлечением зарубежных специалистов за период трех предыдущих лет;

5) среднее количество пациентов, впервые выявленных по республике и по регионам за период трех предыдущих лет;

6) демографические показатели движения населения по республике за период предыдущего года на уровне города и села;

7) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет на уровне города и села.

177. Для планирования бюджета при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях осуществляется на основании следующих данных:

1) фактическая сумма расходов при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за период предыдущего года;

2) фактическая сумма расходов при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за период трех предыдущих лет;

3) фактическая сумма расходов при получении лечения в условиях отечественных медицинских организаций с привлечением зарубежных специалистов за период предыдущего года;

4) фактическая сумма расходов при получении лечения в условиях отечественных медицинских организаций с привлечением зарубежных специалистов за период трех предыдущих лет;

5) фактическая сумма расходов по переходящим пациентам, направленных на лечение за рубеж за период предыдущего года;

6) фактическая сумма расходов по переходящим пациентам, получивших лечение в условиях отечественных медицинских организаций с привлечением зарубежных специалистов за период предыдущего года.

178. В случае колебания курса валют производится корректировка суммы расходов.