

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемін жоспарлау қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 20 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-290/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 22 желтоқсанда № 21844 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабының 63) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

Ескерту. Преамбула жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Қоса беріліп отырған Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемін жоспарлау қағидалары бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды үйлестіру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау бірінші вице-министрі М.Е. Шорановқа жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2020 жылғы 20 желтоқсандағы
№ ҚР ДСМ-290/2020
бұйрығымен бекітілген

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемін жоспарлау қағидалары

1-бөлім. Жалпы ережелер

1. Осы Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтердің көлемін жоспарлау қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 7-бабының 63) тармақшасына сәйкес әзірленді және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтердің көлемін жоспарлау тәртібін айқындайды.

Ескерту. 1-тармақ жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

2. Осы Қағидаларда пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (бұдан әрі – қор) – аударымдар мен жарналарды шоғырландыруды жүргізетін, сондай-ақ медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің көрсетілетін қызметтерін медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемдерде және талаптарда сатып алуды және оларға ақы төлеуді және Қазақстан Республикасының заңдарында айқындалған өзге де функцияларды жүзеге асыратын коммерциялық емес ұйым;

2) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау, медицина және фармацевтика ғылымы, медициналық және фармацевтикалық білім беру, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы, дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы, медициналық қызметтер (көмек) көрсету сапасы саласындағы басшылықты және салааралық үйлестіруді жүзеге асыратын орталық атқарушы орган;

3) денсаулық сақтау статистикасы – статистиканың халық денсаулығы, денсаулық сақтау субъектілерінің қызметі және денсаулық сақтау ресурстарын пайдалану туралы статистикалық деректерді қамтитын саласы;

4) жедел медициналық көмек – жедел аурулар мен өмірге қатер төндіретін жай-күйлер кезінде, сондай-ақ оқиға болған жерде және (немесе) медициналық ұйымға бара жатқан жолда денсаулыққа елеулі зиянды болғызбау үшін шұғыл және кезек күттірмейтін нысанда медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесі;

5) жоғары технологиялық медициналық қызмет (бұдан әрі – ЖТМК) – диагностика мен емдеудің инновациялық, ресурсты қажет ететін және (немесе) бірегей әдістерін пайдалануды талап ететін аурулар кезінде бейінді мамандар көрсететін қызмет;

6) клиникалық-шығынды топтар – оларды емдеуге арналған шығындар бойынша ұқсас аурулардың клиникалық біртекті топтары (бұдан әрі – КШТ);

7) қордың активтері – аударымдар мен жарналар, аударымдарды және (немесе) жарналарды төлеу мерзімі өтіп кеткені үшін алынған өсімпұл, қордың қызметін қамтамасыз етуге арналған комиссиялық сыйақыны шегергендегі инвестициялық кіріс, сондай-ақ қорға Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған өзге де түсімдер;

8) медициналық-әлеуметтік көмек – тізбесін Кодекстің 1-бабының 158) тармақшасына сәйкес уәкілетті орган айқындайтын әлеуметтік мәні бар аурулары бар адамдарға көрсетілетін медициналық және әлеуметтік-психологиялық көмек;

9) медициналық оңалту – пациент организмiнiң бұзылған және (немесе) жоғалтқан функцияларын сақтауға, ішінара немесе толық қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер көрсету кешені;

10) медициналық-санитариялық алғашқы көмек – адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін, аурулар мен жай-күйлердің профилактикасын, диагностикасын, оларды емдеуді, оның ішінде:

анағұрлым кең таралған аурулардың диагностикасын, оларды емдеуді және басқаруды;

халықтың нысаналы топтарын (балаларды, ересектерді) профилактикалық карап-тексеруді;

аурулар тәуекеленің мінез-құлықтық факторларын ерте анықтау мен олардың мониторингін және анықталған тәуекел факторларын төмендету дағдыларына оқытуды; иммундауды;

саламатты өмір салтын қалыптастыру мен насихаттауды;

ұрпақты болу денсаулығын сақтау жөніндегі іс-шараларды;

жүкті әйелдерді және босанған әйелдерді босанғаннан кейінгі кезеңде байқауды;

инфекциялық аурулар ошақтарындағы санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды қамтитын, халықтың мұқтажына бағдарланған медициналық көмекке алғашқы қол жеткізу орны;

11) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) – бюджет қаражаты есебінен берілетін медициналық көмектің көлемі;

12) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) – әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының активтері есебінен медициналық көрсетілетін қызметтерді тұтынушыларға медициналық көмек көрсету жөніндегі құқықтық, экономикалық және ұйымдастырушылық шаралар кешені;

13) паллиативтік медициналық көмек – радикалды емдеу жүргізуге көрсетілімдер болмаған кезде емделмейтін науқас пациенттің ауыруын және ауруының (жай-күйінің) ауыр көріністерін жеңілдетуге бағытталған медициналық қызметтер көрсету кешені;

14) психикалық денсаулық орталығының бір науқасына арналған кешенді тариф – Кодекстің 23-бабының 2-тармағына сәйкес уәкілетті орган бекіткен "Диспансерлік науқастардың электрондық тіркелімі" ақпараттық жүйесінің "Психикалық науқастар тіркелімі" және "Наркологиялық науқастар тіркелімі" кіші жүйелерінде бекітілген бір науқасқа есептегенде ТМККК шеңберінде психикалық денсаулық орталықтарының науқастарына медициналық - әлеуметтік қызметтер кешенінің құны;

15) скринингтік зерттеулер – клиникалық симптомдары мен шағымдары жоқ халықты ерте кезеңде түрлі аурулардың өршуін, сондай-ақ олардың пайда болу тәуекелі факторларын анықтау және олардың алдын алу мақсатында медициналық зерттеп-қарау кешені;

16) статистикалық ақпарат – алғашқы статистикалық деректерді және (немесе) әкімшілік деректерді өңдеу процесінде алынып, біріктірілген деректер;

17) стационар жағдайындағы мамандандырылған медициналық көмек - бейінді мамандар көрсететін және тәулік бойы медициналық бақылауды, емдеуді, күтім жасауды, сондай-ақ тамақтандырумен, оның ішінде "бір күн" терапиясы мен хирургиясы жағдайларында медициналық көмек көрсетудің қайталама және үшінші деңгейлерінде емдеу басталғаннан кейінгі бірінші тәулік ішінде тәулік бойы бақылауды көздейтін төсек-орын беруді көздейтін медициналық көмек;

18) стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек – тәулік бойы медициналық бақылауды және емдеуді талап етпейтін және төсек-орын ұсына отырып, медициналық бақылауды және күндізгі уақытта емдеуді көздейтін жоғары технологиялық медициналық көрсетілетін қызметтерді қолдана отырып, дәрігерге дейінгі, мамандандырылған медициналық көмекті ұсыну нысаны;

19) стоматологиялық көмек – диагностиканы, емдеуді, профилактиканы және медициналық оңалтуды қамтитын стоматологиялық аурулары бар пациенттерге көрсетілетін медициналық қызметтер кешені;

20) цифрлық денсаулық сақтау субъектісі (Қағидаларға қатысты) – ақпараттық қауіпсіздікті қамтамасыз етуді және денсаулық сақтау субъектілерімен ұйымдастырушылық-әдістемелік жұмысты қоса алғанда, денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін ақпараттық-техникалық сүйемелдеу бөлігінде цифрлық денсаулық сақтау саласында қызметті жүзеге асыратын немесе қоғамдық қатынастарға түсетін заңды тұлға;

21) тариф – ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көмек көрсету кезінде түзету коэффициенттерін ескере отырып есептелген медициналық қызмет бірлігінің немесе медициналық қызметтер кешенінің құны;

22) тарификатор – Кодекстің 7-бабының 65) тармақшасына сәйкес уәкілетті орган бекіткен медициналық қызметтерге арналған тарифтердің тізбесі;

2-бөлім. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көлемін жоспарлау

2-тарау. Жалпы ережелер

3. Жоспарлау процесінің қатысушылары:

- 1) уәкілетті орган;
- 2) ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді сатып алу жоспарларын қалыптастыру жөніндегі жұмыс органы болып табылатын қор;
- 3) қордың филиалдары;
- 4) денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары;
- 5) цифрлық денсаулық сақтау субъектісі.

4. Медициналық қызметтер көлемін жоспарлау процесі мынадай кезеңдерді қамтиды:

Денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары тиісті жылдың 1 наурызынан кешіктірмей:

1) инфрақұрылым мен кадрлық қамтамасыз етуді ескере отырып, денсаулық сақтау субъектілерінен ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің нысандары, медициналық қызметтің түрлері бойынша медициналық қызметтердің болжамды көлемін жинау;

2) қордың филиалына ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызмет түрлері бойынша медициналық қызметтер көлемінің болжамды қажеттілігін енгізеді.

Қордың филиалдары жоспарланып отырған үш жылдық кезеңнің алдындағы жылдың 15 наурызына дейінгі мерзімде:

1) денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарымен жоспарланатын үш жылдық кезеңге ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызметтің түрлері бойынша медициналық қызметтердің болжамды көлемін қарау және келісу;

2) ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтердің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызмет түрлері бойынша ТМККК шеңберінде бюджет қаражаты көлемінің тиісті болжамымен және алдағы үш жылдық кезеңге арналған МӘМС жүйесіндегі шығындардың болжамды көлемімен медициналық қызметтер көлемінің болжамды қажеттілігіне өтінімді қалыптастыру және қорға ұсыну.

Қор қамтамасыз етеді:

тиісті жылдың 1 мамырынан кешіктірілмейтін мерзімде:

1) негізділік, денсаулық сақтауды дамыту басымдықтарына, нысаналы индикаторларға, мемлекеттік жоспарлау жүйесінің құжаттарында көрсетілген нәтиже көрсеткіштеріне және уәкілетті органның ұсыныстарына сәйкестігі тұрғысынан қордың филиалдарынан алынған медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызмет түрлері бойынша медициналық қызметтер көлемінің болжамды қажеттілігінің өтінімдерін қарау және талдау;

2) уәкілетті органға ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде халықтың медициналық көмекке болжамды қажеттілігін ТМККК шеңберінде бюджет қаражаты көлемінің тиісті болжамымен және алдағы үш жылдық кезеңге МӘМС жүйесінде медициналық көмекті төлеу үшін шығындардың болжамды көлемімен жіберу;

3) ұсынылған болжамды қажеттілік ТМККК шеңберінде уәкілетті орган жеткізген бюджет қаражатының лимиттеріне және (немесе) МӘМС-ке мемлекеттің жарналарына сәйкес келмеген жағдайда, қор лимиттерді жеткізген күннен бастап жеті жұмыс күні ішінде уәкілетті органға ТМККК шеңберінде бюджет қаражатының көлемі және МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке шығындардың болжамды көлемі бойынша болжамды қажеттілікті қайтадан ұсынады.

тиісті жылдың 1 қарашасынан кешіктірілмейтін мерзімде алдағы қаржы жылына ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларын (бұдан әрі – медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарлары) қалыптастыру.

5. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көлемін жоспарлау үшін ақпарат ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде қызметтер тізбесі, статистикалық ақпарат және денсаулық сақтау статистикасы, ақпараттық жүйелер, денсаулық сақтау субъектілерінің қаржылық есептері деректері, "Мемлекеттік статистика туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 26-бабы 2-тармағының және Қазақстан Республикасы Бюджет кодексінің 65-1-бабының негізінде қалыптастырылған клиникалық ақпарат және мәліметтер, деректер болып табылады.

6. Медициналық қызметтердің көлемін жоспарлауды процеске қатысушылар медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызметтің түрлері бойынша жүзеге асырады.

2-тарау. ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көлемін жоспарлау тәртібі

1-параграф. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде халықтың медициналық көмекке болжамды қажеттілігін бағалау

7. Денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары ТМҚҚК шеңберінде және МӘМС жүйесінде халықтың медициналық көмекке болжамды қажеттілігін бағалау кезінде мыналарды ескереді:

1) халықтың саны, тығыздығы, сырқаттануы, жыныстық-жас құрамы, оның ішінде МӘМС жүйесінде медициналық көмек алу құқығы;

2) денсаулық сақтау саласындағы жалпы мемлекеттік статистикалық байқау және ведомстволық статистикалық байқаудың деректері;

3) мемлекеттік жоспарлау жүйесінің құжаттарында көрсетілген нысаналы индикаторлар, нәтиже көрсеткіштері және денсаулық сақтауды дамыту басымдықтары;

4) халықаралық тәжірибе;

5) цифрлық денсаулық субъектісінің деректері негізінде эпидемиологиялық жағдай, сондай-ақ бар болған жағдайда эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері;

6) денсаулық сақтау субъектілерінің ұсыныстары, сондай-ақ желіні қайта ұйымдастыруды және денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытудың өңірлік перспективалық жоспарларын қоса алғанда, төсек қорын ашу, қысқарту, қайта бейіндеу ;

7) алдыңғы жылдардағы медициналық қызметтерді нақты тұтыну.

Жалпы мемлекеттік статистикалық байқау мен ведомстволық статистикалық байқаудың деректері, медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемдерін жоспарлау үшін қолжетімді ақпараттық жүйелердегі деректер болмаған кезде тиісті органдарға, ұйымдарға, денсаулық сақтау субъектілеріне сұрау салулар жіберіледі және (немесе) өткен кезеңдегі деректерді пайдаланады.

2-параграф. ТМҚҚК және (немесе) МӘМС жүйесіндегі қор активтері шеңберінде бюджет қаражатының көлемін айқындау

8. ТМҚҚК және (немесе) қордың активтері шеңберінде бюджет қаражатының көлемін айқындау кезінде МӘМС жүйесінде мыналар ескеріледі:

1) Кодекстің 7-бабының 65) тармақшасына сәйкес бекітілетін медициналық көмектің түрлеріне, нысандарына, оны көрсету шарттарына, медициналық қызмет түрлеріне байланысты тарифтер (бұдан әрі-тариф);

2) жаңа денсаулық сақтау объектілерін іске қосуды қоса алғанда, бағдарламалық және стратегиялық құжаттарда көзделген қосымша шығыстар.

9. Барлық облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың (үшінші деңгейдегі медициналық ұйымдар) тұрғындарына нысаналы түрде медициналық көмек көрсететін жаңа денсаулық сақтау субъектілері құрылған жағдайда, көлемдерді осы субъектіге және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар арасында қайта бөлу осы субъектіге емдеуге жатқызу өлшемшарты не осы денсаулық сақтау субъектісінің өткізу қабілеті, субъектінің төсек қабілеті, облыстан, республикалық маңызы бар қалалардан осы субъектіге беруге (жіберуге) жататын жағдайлардың нақты көлемі

негізінде жүзеге асырылады. Эпидемиологиялық талдау деректері болмаған кезде қажетті көлем осы облыс, республикалық маңызы бар қала халқының санына не осы субъектінің медициналық көмегінің нақты көлеміне барабар қалыптастырылады (қайта бөлінеді).

10. ТМККК шеңберінде бюджет қаражатының көлемін айқындауды уәкілетті орган жүзеге асырады. Қор тиісті қаржы жылына жоспарланған бюджет қаражаты шеңберінде ТМККК-ге кіретін медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызмет түрлері бойынша бюджет қаражатын бөлу жобасын қалыптастырады.

11. МӘМС жүйесінде медициналық көмекке арналған шығындардың болжамды көлемі қордың күтпеген шығыстарды жабуға арналған резервін және қордың қаржылық тұрақтылықты қамтамасыз ететін белгіленген нормалар мен лимиттерді шегергенде, МӘМС жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтеріне ақы төлеу үшін көзделген қор активтері түсімдерінің күтілетін және (немесе) болжамды сомаларының шегінде айқындалады.

12. МӘМС жүйесінде медициналық көмекке ақы төлеуге арналған шығындардың болжамды көлемін айқындау тиісті қаржы жылына арналған шығындардың болжамды көлемі шеңберінде медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызмет түрлері бойынша және мыналарды ескере отырып жүзеге асырылады:

- 1) халықтың демографиялық болжамы;
- 2) макроэкономикалық көрсеткіштер болжамы;
- 3) Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес қорға жарналар мен аударымдар төлеу жүзеге асырылатын тұлғалардың саны туралы ақпарат;

13. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде жоспарланған бюджет қаражаты мен тиісті қаржы жылына арналған шығындардың болжамды көлемдеріне жоспарланған көлемдерден асқан кезде көлемдерді бөлу мыналарды ескере отырып жүргізіледі:

- 1) денсаулық сақтауды дамытудың басым бағыттары;
- 2) халықтың медициналық көмекке қажеттілігін бағалау;
- 3) қордың нысаналы көрсеткіштері;
- 4) уәкілетті органның және денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарының ұсыныстары негізінде жүзеге асырылады.

3-параграф. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді сатып алу жоспарларын қалыптастыру

14. Медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларын қалыптастыруды қор уәкілетті органмен келісу бойынша ТМККК шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеу үшін бюджет қаражаты шығыстарының көлемі

шегінде медициналық көмектің жоспарланған көлемінің және МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке арналған шығындардың болжамды көлемінің негізінде жүзеге асырады.

15. Медициналық қызметтерді сатып алу жоспарлары мынадай мәліметтерді қамтиды:

1) ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің тізбелерінде көзделген медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызметтің түрлері;

2) сатып алынатын қызметтердің жоспарлы саны;

3) ТМККК шеңберінде бюджет қаражатының жоспарланған көлемі және МӘМС жүйесінде медициналық көмекті төлеуге арналған шығындардың болжамды көлемі.

16. Уәкілетті орган медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларының жобаларын ол келіп түскен күннен бастап он жұмыс күні ішінде қарайды және қорды оны қарау қорытындылары туралы хабардар етеді.

17. Ескертулер болған кезде қор бес жұмыс күні ішінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларының жобаларын пысықтайды және оны уәкілетті органға келісуге қайта жібереді.

18. Алдағы қаржы жылына арналған медициналық қызметтерді сатып алу жоспарларын қор жыл сайын уәкілетті органмен келісілгеннен кейін 3 жұмыс күні ішінде бекітеді.

19. ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көлемін жоспарлау процесі аяқталғаннан кейін бір жыл ішінде медициналық көмекті тұтынуға әсер ететін факторларды ескере отырып, көлемдер мен бюджеттерге түзету жүргізіледі.

20. Қор мониторинг нәтижелері мен негізділігін ескере отырып, медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларына өзгерістер енгізеді:

1) сатып алу жоспарында көзделген қызметтерді көрсеткені үшін қордың төлеуіне арналған қаражат мөлшерлерінің, МӘМС жүйесіндегі денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтеріне ақы төлеуге арналған қор активтерінің МӘМС жүйесіндегі қызметтерді төлеуге арналған шығындардың нақты және болжамды көлемдерімен сәйкес келмеуі;

2) қордың күтпеген шығыстарға резервін бөлу;

3) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қызметтерді сатып алуға босаған қаражатты бөлу;

4) тарифтерді, науқастар санын, санын және қызметтерді орналастыруға негіз болып табылатын басқа да деректерді өзгертуге байланысты ТМККК шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеу үшін бюджет қаражатының көлемін және МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке арналған шығындардың болжамды көлемін өзгерту;

5) уәкілетті органның ТМККК шеңберінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарында бұрын көзделмеген ТМККК шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеу үшін бюджет қаражатының қосымша көлемін бөлуі;

6) медициналық қызметтер көлемінің орындалуын және медициналық қызметтер көлемінің болжамды орындалуы бойынша қаржылық міндеттемелерді салыстырып тексеру, сондай-ақ сапа мен көлем бойынша шарттық міндеттемелердің орындалу мониторингі нәтижелері бойынша медициналық қызметтер көлемінің өзгеруі;

7) ТМККК шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеу үшін бюджет қаражатының көлемін бөлу (қайта бөлу) және МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке арналған шығындар көлемін бөлу (қайта бөлу);

8) медициналық көмек түрлерінің, нысандарының, оны көрсету шарттарының, медициналық қызмет түрлерінің атауына өзгерістер енгізу және оларды қайта атау, жою немесе енгізу кезінде;

9) сатып алынатын қызметтердің көлемі мен тізбесінің өзгеруі;

10) жаңадан іске қосылатын денсаулық сақтау объектілерінің пайда болуы.

21. Осы Қағидалардың 20-тармағының 2) және 5) тармақшаларында көзделген жағдайларда сатып алу жоспарларына өзгерістер енгізу уәкілетті органмен келісу бойынша жүзеге асырылады.

22. Қор сатып алу жоспарларына осы Қағидалардың 20-тармағы 1), 3), 4), 6) -10) тармақшаларда көзделген жағдайларда, хабарламаны уәкілетті органға жіберген күннен бастап он жұмыс күні өткеннен кейін және белгіленген мерзімде келіп түскен ескертулер болмаған кезде өзгерістер енгізеді.

Қор ТМККК шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеу үшін бюджет қаражатының көлемін бөлу (қайта бөлу) және медициналық көмектің бір түрі, медициналық қызмет түрі шеңберінде МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке арналған шығындар көлемін бөлу (қайта бөлу) кезінде уәкілетті органға хабарламай медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жоспарларына дербес өзгерістер енгізеді.

3-тарау. Медициналық қызметтердің көлемін медициналық көмектің түрлері, нысандары, оны көрсету шарттары, медициналық қызметтің түрлері бойынша жоспарлау

1-параграф. Жедел медициналық көмек қызметтерін жоспарлау

23. Жедел медициналық көмек (бұдан әрі - ЖМК) және білікті мамандарды және (немесе) науқасты санитариялық автокөлікпен тасымалдауға байланысты медициналық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады :

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде халықтың орташа жылдық саны;

2) облыс орталықтары және (немесе) қалған елді мекендер бөлінісінде халықтың жыныстық-жастық топтары бойынша саны;

3) ауруханаға дейінгі кезеңде жіті коронарлық синдромы және (немесе) жіті миокард инфарктісі бар пациенттердің саны.

24. Жедел медициналық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау:

1) Кодекстің 7-бабының 64) тармақшасына сәйкес айқындалған жан басына шаққандағы нормативке (бұдан әрі-ЖН);

2) дәрілік препараттарды (алтеплаза) тұтыну көлемі бойынша жүзеге асырылады.

25. ДБ-ның жоспарланған көлемі халықтың күтілетін өсімін ескере отырып, облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде халықтың және жыныстық-жас топтарының санына сәйкес айқындалады.

26. ЖН үшін ақы төлеу кезінде жедел медициналық көмек бюджетін жоспарлау кезең-кезеңмен жүзеге асырылады:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде жыныстық-жастық топтары бойынша;

2) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде түзету коэффициенттері бойынша.

27. Дәрілік препараттардың (алтеплаздың) бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде бөлшек және көтерме саудада өткізу үшін дәрілік заттың саудалық атауына шекті бағаларды реттейтін уәкілетті органның нормативтік құқықтық актілеріне сәйкес айқындалған дәрілік препараттардың құнымен дәрілік препараттармен (алтеплаз) қамтамасыз етудің болжамды көлемдерін (көбейту нысанын ескере отырып) жүргізу арқылы;

2) республика деңгейінде дәрілік препараттармен (алтеплаз) қамтамасыз етудің өңірлік бюджеттерін жиынтықтау арқылы жүзеге асырылады.

28. Жедел медициналық жәрдем бюджетін жоспарлау кезінде бекітілген халықты ЖН-ға шығару, сондай-ақ дәрілік препараттармен (алтеплаз) қамтамасыз етуге арналған шығыстарды жиынтықтау жолымен есептеу жүргізіледі.

2-параграф. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек қызметтерін жоспарлау

29. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректердің негізінде:

1) республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде халықтың орташа жылдық саны;

2) облыс орталықтары және (немесе) қалған елді мекендер бөлінісінде халықтың жыныстық-жастық топтары бойынша саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңінде фенилкетонуриямен ауыратын науқастар саны.

30. МСАК қызметтері бюджетінің көлемін жоспарлау:

- 1) кешенді жан басына шаққандағы норматив (бұдан әрі - КЖН);
- 2) кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы норматив (бұдан әрі - КЖЫН);
- 3) бекітілген халыққа шақырулар жеделдігінің төртінші санатындағы жедел медициналық көмектің жан басына шаққандағы нормативі (бұдан әрі – ЖН4);
- 4) емдік ақуызы төмен өнімдерді және құрамында фенилаланин аз өнімдерді тұтыну көлемі.

31. Жоспарланған КЖН көлемі облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде бекітілген халықтың және жыныстық-жас топтарының орташа тізімдік санына сәйкес айқындалады.

32. Дайындық кезеңінде ақпараттық жүйелерден, жалпы мемлекеттік статистикалық байқау мен ведомстволық статистикалық байқаудың деректерінен кіріспе деректерді жинау және қалыптастыру жүзеге асырылады, олардың негізінде МСАК қызметтерін көрсетудің соңғы үш жылындағы нақты жағдайға талдау жүргізіледі:

1) өткен жылғы кезеңде қала және ауыл деңгейінде жіті аурулары (жай-күйі) немесе созылмалы аурулары асқынған АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары бойынша МСАК мамандарына бару саны;

2) өткен жылғы кезеңде қала және ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып түрлері бойынша профилактикалық екпелер алған адамдардың саны;

3) өткен жылғы кезеңде қала және ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып, олардың түрлері бойынша профилактикалық тексерулерден және скринингтерден өткен адамдардың саны;

4) өткен жылғы кезең үшін жасын ескере отырып, қала және ауыл деңгейінде антенаталдық бақылау жүргізілген адамдардың саны;

5) өткен жылғы кезеңде қала және ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып постнаталдық бақылау жүргізілген адамдардың саны;

6) өткен жылғы кезеңде қала деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып босанғаннан кейінгі бақылау жүргізілген адамдардың саны және өткен жылғы кезеңде қала мен ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып, медициналық-әлеуметтік қызмет көрсеткен адамдардың саны;

7) алдыңғы жылғы кезең үшін қала және ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып, созылмалы инфекциялық емес аурулармен (оның ішінде АББ) динамикалық байқаудағы адамдардың саны;

8) алдыңғы жылғы кезеңде қала мен ауыл деңгейінде жасы мен жынысын ескере отырып, әлеуметтік мәні бар аурулармен динамикалық бақылаудағы адамдардың саны.

МСАК қызметтерінің жоспарланған көлемі сырқаттанушылық деңгейіне, халық санының өзгеруіне, жыныстық-жас топтары бөлінісінде қаралады.

КЖН мынадай қызметтерді қамтиды:

- 1) халықтың нысаналы топтарын профилактикалық қарап-тексеру;
- 2) иммундау;

- 3) қабылдау;
- 4) зертханалық-диагностикалық зерттеулер;
- 5) жүкті және босанған әйелдерді босанғаннан кейінгі кезеңде бақылау;
- 6) бір жасқа дейінгі балалардың патронажы;
- 7) әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде медициналық-әлеуметтік көмек;

8) инфекциялық аурулар ошақтарындағы санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар.

33. КЖН, ЖН4 үшін төлеу кезінде МСАК бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде жыныстық-жас топтары бойынша;

2) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде түзету коэффициенттері бойынша.

34. КЖЫН бюджетін жоспарлау облыстардағы, республикалық маңызы бар қалалардағы бекітілген халық санын ескере отырып, белгілі бір тариф шегінде облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде жүзеге асырылады.

35. Емдік ақуызы төмен өнімдермен және құрамында фенилаланин мөлшері төмен өнімдермен қамтамасыз ету бойынша бюджетті жоспарлау фенилкетонуриямен ауыратын науқастардың жынысы мен жасы бойынша қажеттілікті есептеу негізінде жүзеге асырылады.

36. МСАК қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде бекітілген халықты КЖН, ЖН4 және ЖБНЫК-ға шығару, сондай-ақ емдік ақуызы төмен өнімдермен және құрамында фенилаланин аз өнімдермен қамтамасыз етуге арналған шығыстарды жиынтықтау жолымен есептеу жүргізіледі.

3-параграф. Скринингтік зерттеулер бойынша қызметтерді жоспарлау

37. Скринингтік зерттеулер бойынша қызметтерді жоспарлау амбулаториялық жағдайларда көрсетілетін қызметтер бойынша жүзеге асырылады.

38. Скринингтік зерттеулер бойынша қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі жасы мен жынысын ескере отырып, созылмалы инфекциялық емес аурулармен динамикалық байқаудағы адамдардың саны;

2) Кодекстің 86-бабының 11-тармағына және 87-бабының 2-тармағына сәйкес белгіленген мерзімдерде және кезеңділікпен скринингтік зерттеулерге жататын халықтың нысаналы топтарының санын;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша қала және ауыл деңгейіндегі халықтың орташа саны.

39. Скринингтік зерттеулер бойынша қызметтер бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) скринингтік зерттеулердің әрбір түрі және нысаналы топ бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) скринингтің барлық түрлері шегінде және барлық нысаналы топтар бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

3) скринингтік зерттеулердің әрбір түрі және нысаналы топ бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде.

40. Скринингтік зерттеулер бойынша қызметтер бюджетін жоспарлау кезінде тарифке қызметтер санын көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

4-параграф. Консультациялық-диагностикалық қызметтерді жоспарлау (Амбулаториялық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек)

41. Кодекстің 196-бабына сәйкес айқындалатын ТМККК шеңберінде МСАК ұйымдарында динамикалық байқауға жататын созылмалы аурулардың тізбесі бойынша амбулаториялық жағдайларда көрсетілетін қызметтерді жоспарлау (бұдан әрі-МСАК деңгейінде динамикалық бақылау) жыныстық-жас топтарының таралуы мен санының өзгеруіне сәйкес, нозологиялар және жыныстық-жас топтары бөлінісінде жүзеге асырылады, олардың негізінде соңғы үш жылдағы нақты жағдайға талдау жүргізіледі.

42. Динамикалық бақылау бойынша амбулаториялық жағдайларда консультациялық-диагностикалық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) үш жыл кезеңіндегі жасы мен жынысын ескере отырып, амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылаудағы адамдардың саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бойынша амбулаториялық деңгейде динамикалық байқауда тұрған адамдар санының жыл сайынғы өсуі;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны;

4) Кодекстің 88-бабының 2) тармағына сәйкес айқындалған амбулаториялық деңгейде динамикалық байқауға жататын аурулардың тізбесі;

5) диагностикалық зерттеулердің белгіленген міндетті минимумы;

6) осы зерттеулерді жүргізу мерзімділігі;

7) осы нозология тізбесі бойынша жас санаттары бөлінісінде есепті кезеңде амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылауда тұрған бекітілген науқастардың саны;

8) стандарт бойынша қызметтерді қосу жолымен нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша бір науқасқа жылына көрсетілетін қызметтер саны;

9) осы ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылауда тұрған науқастар санына бір науқасқа жылына көрсетілетін қызметтер санын көбейту жолымен нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы саны;

10) осы облыста, республикалық маңызы бар қалада амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылауда тұрған науқастардың саны бойынша әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі;

11) республика бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі әрбір облыстың, республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемін жиынтықтау арқылы айқындалады.

43. Амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы нозология бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде және осы жыныстық-жас тобында;

2) осы нозология бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

3) барлық нозологиялар бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

4) барлық нозологиялар бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша республика деңгейінде жүргізіледі.

44. МСАК деңгейінде динамикалық байқау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) зерттеп-қарау стандартына кіретін қызметтер құнын қосу жолымен осы ауру бойынша амбулаториялық деңгейде динамикалық бақылауда тұрған бір науқасқа жылына шығыстар сомасы;

2) осы ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша амбулаториялық деңгейде динамикалық байқауда тұрған науқастар санына амбулаториялық деңгейде динамикалық байқауда тұрған бір науқасқа арналған шығыстар сомасын көбейту арқылы нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша шығыстардың жалпы сомасы

45. ТМККК шеңберінде консультациялық-диагностикалық көмек түрінде бейінді мамандардың динамикалық бақылауына жататын әлеуметтік мәні бар аурулардың тізбесі бойынша қызметтерді жоспарлау (бұдан әрі-әлеуметтік мәні бар ауруларды динамикалық бақылау) жыныстық-жас топтарының таралуы мен санының өзгеруіне сәйкес жүзеге асырылады, олардың негізінде соңғы үш жылдағы нақты жағдайға талдау жүргізіледі.

46. Әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық бақылаудың амбулаториялық жағдайларында консультациялық-диагностикалық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) өткен жылғы кезеңде жасы мен жынысын ескере отырып, әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық бақылаудағы адамдардың саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бойынша әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық байқауда тұрған адамдар санының жыл сайынғы өсуі;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны;

4) динамикалық байқауға жататын әлеуметтік мәні бар аурулардың тізбесі;

5) диагностикалық зерттеулердің белгіленген міндетті минимумы;

6) осы зерттеулерді жүргізу мерзімділігі;

7) осы нозология тізбесі бойынша жас санаттары бөлінісінде есепті кезеңде әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық бақылауда тұрған тіркелген науқастардың саны;

8) стандарт бойынша қызметтерді қосу жолымен нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша бір науқасқа жылына көрсетілетін қызметтер саны;

9) нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы саны бір науқасқа жылына көрсетілетін қызметтердің санын осы әлеуметтік мәні бар ауру бойынша динамикалық бақылауда тұрған науқастар санына көбейту жолымен;

10) осы облыста, республикалық маңызы бар қалада әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық бақылауда тұрған науқастардың саны бойынша әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі;

11) республика бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі әрбір облыстың, республикалық маңызы бар қаланың көлемдерін жиынтықтау арқылы айқындалады.

47. Әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық байқау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы нозология бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша облыс, республикалық маңызы бар қала деңгейінде;

2) облыс, республикалық маңызы бар қала деңгейінде барлық нозологиялар және барлық жыныстық-жас топтары бойынша

3) республика деңгейінде барлық нозологиялар бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша жүзеге асырылады.

48. Әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық бақылау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) зерттеп-қарау стандартына кіретін көрсетілетін қызметтердің құнын қосу арқылы осы әлеуметтік мәні бар ауру бойынша динамикалық бақылауда тұрған бір науқасқа жұмсалатын шығыстар сомасы;

2) әлеуметтік мәні бар аурулар кезінде динамикалық байқауда тұрған бір науқасқа осы әлеуметтік мәні бар ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша осы нозология бойынша облыс, республикалық маңызы бар қала деңгейінде және осы жыныстық-жас тобында динамикалық байқауда тұрған науқастар санына нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша шығыстардың жалпы сомасын жүргізу арқылы.

49. ТМККК және МӘМС жүйесі шеңберінде бейінді мамандардың бақылауына жататын созылмалы аурулардың тізбесі бойынша амбулаториялық деңгейде консультациялық-диагностикалық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау (бұдан әрі – бейінді мамандардың динамикалық бақылауы) жыныстық-жас топтарының таралуы мен санының өзгеруіне сәйкес, олардың негізінде соңғы үш жылдағы нақты жағдайға талдау жүргізілетін нозология және жыныстық-жас топтары бөлінісінде жүзеге асырылады.

50. Бейінді мамандардың динамикалық бақылау консультациялық-диагностикалық қызметтерінің көлемін жоспарлауы мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) үш жыл кезеңіндегі жасы мен жынысын ескере отырып, бейінді мамандардың динамикалық бақылауындағы адамдардың саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бойынша бейінді мамандардың динамикалық байқауында тұрған адамдар санының жыл сайынғы өсімі;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіне республика және (немесе) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бойынша халықтың демографиялық болжамы;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны;

5) бейінді мамандардың динамикалық бақылауына жататын аурулардың тізбесі;

6) диагностикалық зерттеулердің белгіленген міндетті минимумы;

7) осы зерттеулерді жүргізу мерзімділігі;

8) осы нозология тізбесі бойынша жас санаттары бөлінісінде есепті кезеңде бейінді мамандардың динамикалық бақылауында тұрған бекітілген науқастардың саны.

51. Бейінді мамандардың динамикалық байқау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы нозология бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде және осы жыныстық-жас тобында;

2) осы нозология бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

3) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде барлық нозологиялар бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша;

4) республика деңгейінде барлық нозологиялар бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша жүргізіледі.

52. Динамикалық бақылау қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде бейінді мамандар есептеу жүргізеді:

1) Кодекстің 88-бабының 3-тармағына сәйкес айқындалатын көрсетілетін қызметтерді жиынтықтау арқылы нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша бір науқасқа жылына көрсетілетін қызметтер саны;

2) осы ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша бейінді мамандардың динамикалық байқауында тұрған науқастар санына бір науқасқа жылына көрсетілетін

қызметтер санын көбейту жолымен нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы санын;

3) осы облыстың, республикалық маңызы бар қаланың бейінді мамандарының динамикалық байқауында тұрған науқастар саны бойынша әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі;

4) әрбір облыстың, республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемін жинақтай отырып, республика бойынша көрсетілетін қызметтердің жалпы көлемі;

5) Кодекстің 88-бабының 2-тармағына сәйкес айқындалатын динамикалық бақылауға жататын созылмалы аурулар тізбесіне кіретін қызметтердің құнын қосу арқылы осы ауру бойынша бейінді мамандардың динамикалық байқауда тұрған бір науқасқа арналған шығыстар сомасы;

б) бейінді мамандардың динамикалық бақылауда тұрған бір науқасқа осы ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша бейінді мамандардың динамикалық байқауда тұрған науқастар санына нақты ауру және (немесе) аурулар тобы бойынша шығыстардың жалпы сомасын көбейту жолымен шығыстар сомасы.

53. Созылмалы аурудың жіті немесе асқынуына байланысты пациентті қабылдау шеңберінде консультациялық-диагностикалық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау сырқаттанушылықтың өзгеруіне және жыныстық-жас топтары санына сәйкес айқындалады, олардың негізінде соңғы үш жылдағы нақты жағдайға талдау жүргізіледі

54. Созылмалы аурудың жіті немесе асқынуы бойынша көрсетілетін қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) үш жыл кезеңінде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепті жылы бекітілген аурулардың саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша созылмалы аурудың жіті немесе асқынуына байланысты жүгінгендер санының жыл сайынғы өсімі;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша халықтың орташа жылдық саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны

55. Созылмалы аурудың жіті немесе асқынуына байланысты қызметтер бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен:

1) осы нозология бойынша облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде және осы жыныстық-жас тобында;

2) осы нозология бойынша облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, барлық жыныстық-жас топтары бойынша;

3) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде барлық нозологиялар бойынша, барлық жыныстық-жас топтары бойынша;

4) республика деңгейінде барлық нозологиялар бойынша, барлық жыныстық-жас топтары бойынша жүзеге асырылады.

56. Созылмалы аурудың жіті немесе асқынуына байланысты қызметтер бюджетін жоспарлау кезінде қызметтердің есептік орташа құнына өтініштердің жоспарланған санын (алдыңғы жылғы қызметтер саны және тарифтер бойынша) көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

57. Травматологиялық пункттерде қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша травматологиялық пункттерге жүгінудің бекітілген жағдайларының орташа саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша травматологиялық пункттерге өтініш бергендер санының жыл сайынғы өсімі;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

58. Травматологиялық пункттерде қызметтерге арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы көрсетілетін қызмет түрі және осы жас тобы бойынша облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, қызметтердің белгілі бір түрі шегінде, барлық жас топтары бойынша;

3) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, қызметтердің барлық түрлері бойынша, барлық жас топтары бойынша;

4) республика деңгейінде, барлық қызмет түрлері бойынша, барлық жас топтары бойынша.

59. Травматологиялық пункттерде қызметтердің бюджетін жоспарлау кезінде қызметтердің жоспарланған санын қызметтердің есептік орташа құнына (алдыңғы жылғы көрсетілетін қызметтердің саны және тарифтер бойынша) көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

60. Жылжымалы медициналық кешендер (бұдан әрі – ЖМК) мен медициналық пойыздар (бұдан әрі – МП) қызметтерінің көлемін жоспарлау бір айға тұтынуды ескере отырып, әрбір ЖМК, МП бөлінісінде жыл бойы жұмыс кестесімен жүзеге асырылады.

61. ЖМК, МП қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша ЖМК, МП қызметтерінің орташа саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде ауыл деңгейінде республика бойынша халықтың орташа саны;

3) қолданыстағы ЖМК, МП саны;

4) станцияларда ауыл халқының және (немесе) тұратын халықтың болжамды қамтылуы;

5) облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың климаттық ерекшеліктері ескеріле отырып, арнайы автокөлік базасында ЖМК жұмыс істеу кезеңі;

6) медициналық пойыздар қозғалысының бекітілген кестесін ескере отырып, МП жұмысының кезеңі.

62. ЖМК, МП қызметтеріне бюджетті жоспарлау кезең-кезеңмен жүзеге асырылады :

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде осы ЖМК, МП бойынша;

2) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде барлық ЖМК, МП бойынша;

3) республика деңгейінде барлық ЖМК, МП бойынша.

63. ЖМК, МП қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде тарифке жоспарланған қызметтер санын көбейту арқылы есептеу жүргізіледі.

64. Балаларға және жүкті әйелдерге (ортодонтикалық көмекті қоспағанда) жоспарлы стоматологиялық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша және облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бойынша мамандандырылған стоматологиялық клиникаларға түрлері бойынша бекітілген өтініштердің орташа саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

65. Жоспарлы стоматологиялық көмек қызметтерін жоспарлау Кодекстің 200-бабы 1-тармағының 1) тармақшасына сәйкес бекітілген тізбе бойынша жүзеге асырылады.

66. Жоспарлы стоматологиялық көмек көрсетуге арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) республика деңгейінде.

67. Жоспарлы стоматологиялық көмек қызметтерінің бюджетін жоспарлау емдеуге жататын адамдардың жоспарланған санын қызметтердің есептік орташа құнына (өткен жылғы қызметтердің саны және тарифтер бойынша) көбейту жолымен жүзеге асырылады.

68. Халықтың әлеуметтік осал санаттары үшін шұғыл стоматологиялық көмек (жіті ауыру) қызметтерінің көлемін жоспарлау ақпараттық жүйелерден алынған кіріспе деректерді, олардың негізінде соңғы үш жылдағы нақты ахуалға талдау жүргізілетін статистикалық деректерді ескере отырып жүзеге асырылады.

69. Шұғыл стоматологиялық көмек көрсетуге арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) республика деңгейінде.

70. Шұғыл стоматологиялық көмек қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде емдеуге жататын адамдардың жоспарланған санын қызметтердің есептік орташа құнына (өткен жылғы қызметтердің саны және тарифтер бойынша) көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

71. Ортодонтиялық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау сырқаттанушылықтың өзгеруіне, тиісті патологияларға, балалар санына сәйкес айқындалады.

72. Ортодонтиялық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша мамандандырылған стоматологиялық клиникаларға түрлері бойынша бекітілген өтініштердің орташа саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

73. Ортодонтиялық көмек қызметтеріне бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) республика деңгейінде.

74. Ортодонтиялық көмек қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде емдеуге жататын адамдардың жоспарланған санын қызметтердің есептік орташа құнына (алдыңғы жылғы қызметтердің саны және тарифтер бойынша) көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

75. Жүкті әйелдерді бақылау бойынша көрсетілетін қызметтер көлемін жоспарлау (медициналық-генетикалық скринингсіз) жүкті әйелдер санының өзгеруіне сәйкес жүзеге асырылады.

76. Жүкті әйелдерді бақылау бойынша қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңде жасын ескере отырып, бақылау бойынша қызмет алған жүкті әйелдердің саны;

2) алдыңғы жылғы кезеңде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша жүкті әйелдер контингенті;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

77. Жүкті әйелдерді бақылау жөніндегі қызметтерге арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) республика деңгейінде.

78. Жүкті әйелдерді бақылау жөніндегі қызметтер бюджетін жоспарлау кезінде қызметтердің есептік орташа құнын (алдыңғы жылғы қызметтер саны және тарифтер бойынша) бақылауға жататын адамдардың жоспарланған санын көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

79. Медициналық-генетикалық скрининг қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы жылғы кезеңде жасын ескере отырып, бақылау бойынша қызмет алған жүкті әйелдердің саны;
- 2) алдыңғы жылғы кезеңде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша жүкті әйелдер контингенті;
- 3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

80. Медициналық-генетикалық скринингтің бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) республика деңгейінде.

81. Медициналық-генетикалық скрининг қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде қызметтердің есептік орташа құнын (алдыңғы жылғы қызметтердің саны және тарифтер бойынша) бақылауға жататын адамдардың жоспарланған санын көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

82. Білім алушылардың денсаулығын қорғау (мектеп медицинасы) бойынша қызметтер көлемін жоспарлау оқушылар санының өзгеруіне сәйкес жүзеге асырылады.

83. Мектеп медицинасы қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай мәліметтер негізінде жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы жылғы кезеңде жасы мен жынысын ескере отырып, мектеп медицинасы шеңберінде көрсетілген қызметтер саны;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша оқушылардың орташа саны.

84. Мектеп медицинасы қызметтеріне арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) республика деңгейінде.

85. Мектеп медицинасы қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде оқушылардың жоспарланған санын тарифке көбейту арқылы есептеу жүргізіледі.

86. Дерматовенерологиялық көмектің амбулаториялық деңгейде көрсетілетін қызметтерінің көлемін жоспарлау бастапқы сырқаттанушылыққа және аурулардың таралуына сәйкес айқындалады.

87. Дерматовенерологиялық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген ауру жағдайларының орташа саны;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепте тұрған пациенттер санының жыл сайынғы өсімі;
- 3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша алғаш анықталған пациенттердің орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша қала мен ауыл деңгейінде халықтың орташа саны.

88. Амбулаториялық деңгейде дерматовенерологиялық көмек қызметтеріне бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) республика деңгейінде.

89. Дерматовенерологиялық көмек қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде қызметтердің бір жағдайға есептелген орташа құнына өтініштердің жоспарланған санын көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

90. Жастар орталықтары қызметтерінің көлемін амбулаториялық деңгейде жоспарлау республика бойынша алдыңғы үш жыл кезеңіндегі қала мен ауыл деңгейіндегі халықтың орташа санының негізінде айқындалады.

91. Жастар орталықтарына арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) республика деңгейінде.

92. Жастар орталықтары қызметтерінің бюджетін жоспарлау кезінде халықтың тиісті санатының жоспарланған санын бір өтініш берушіге тиісті қызметтердің нақты орташа құнына көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

93. Республикалық ұйымдар үшін амбулаториялық деңгейде консультациялық-диагностикалық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде халықтың санаттары және көрсетілетін қызметтердің түрлері бойынша бөлек жүзеге асырылады:

1) өткен жылғы кезеңде халықтың санаттары және көрсетілетін қызметтердің түрлері бойынша Республикалық ұйымдарға АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары бойынша келу саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген ауру жағдайларының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

94. Күрделі науқастарды қабылдауға арналған бюджетті жоспарлау республикалық ұйымдар деңгейінде жүзеге асырылады.

95. Республикалық ұйымдарда қызметтер көрсету үшін бюджетті жоспарлау кезінде өтініштің орташа есептік құнына өтініштердің жоспарланған санын шығару жолымен есептеу жүргізіледі.

5-параграф. Бағдарламалық гемодиализ қызметтерін жоспарлау

96. Бағдарламалық гемодиализ қызметтерін жоспарлау кезінде Кодекстің 7-бабының 32) тармағына сәйкес уәкілетті орган бекітетін Қазақстан халқына нефрологиялық көмек көрсету стандартының талаптары ескеріледі.

97. Бағдарламалық гемодиализ қызметтеріне толық қажеттілік көлемі халықаралық көрсеткіштер бойынша болжамды қаржы қаражатының көлеміне сәйкес келмеген кезде науқастардың жыл сайынғы өсімін ескере отырып, бағдарламалық гемодиализ қызметтерін жоспарлау әдісі пайдаланылады.

98. Бағдарламалық гемодиализ қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бағдарламалық гемодиализ сеанстары санының орташа саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша бағдарламалық гемодиализге жататын аурулардың бекітілген жағдайларының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңінде бағдарламалық гемодиализ алатын науқастар санының өсімі;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халық саны.

99. Бағдарламалық гемодиализ қызметтерінің көлемін жоспарлау науқастардың жыл сайынғы өсімін ескере отырып, стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекті жоспарлаудан бөлек жүзеге асырылады.

100. Бағдарламалық гемодиализ қызметтеріне қажеттілікті толық айқындау үшін Жоспарлау кезең-кезеңмен жүзеге асырылады:

1) бірінші кезеңде жоспарлау бағдарламалық гемодиализ қызметін алатын пациенттердің санын ескере отырып жүзеге асырылады;

2) екінші кезеңде жоспарлау бағдарламалық гемодиализ қызметтерінің санын ескере отырып жүзеге асырылады.

101. Халықтың бағдарламалық гемодиализ қызметтеріне қажеттілігі толық жабылған жағдайда жоспарлау алдыңғы үш жыл кезеңіндегі пациенттердің саны бойынша халықтың жалпы санының өзгерістеріне сәйкес жүзеге асырылады.

102. Халықтың бағдарламалық гемодиализ қызметтеріне қажеттілігі толық өтелген жағдайда және бағдарламалық гемодиализ алатын пациенттер санының өсімі шегінде бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) республика деңгейінде.

103. Бағдарламалық гемодиализ бюджетін жоспарлау кезінде сеанстардың болжамды санына Кодекстің 7-бабының 65) тармақшасына сәйкес айқындалатын тарификаторға сәйкес гемодиализ қызметінің құнын шығару жолымен есептеу жүргізіледі.

6-параграф. Стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекті жоспарлау

104. Стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек қызметтерін жоспарлау қалалық және ауылдық деңгейлерде бөлек жүзеге асырылады.

105. Стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмектің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының қала және ауыл деңгейіндегі нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жылғы кезеңіндегі қала және ауыл деңгейінде республика бойынша емдеуге жатқызулар санының орташа саны;

3) алдыңғы үш жылғы кезеңіндегі қала және ауыл деңгейінде республика бойынша басқа қаладан келген пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;

4) алдыңғы үш жылғы кезеңіндегі республика бойынша қала мен ауыл деңгейінде халықтың орташа саны.

106. Қалалық және ауылдық деңгейлерде стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек қызметтерінің жоспарлы көлемі емдеуге жатқызу деңгейіне, халық санының өзгеруіне, жыныстық-жас топтары бөлінісінде айқындалады.

107. Стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы жыныстық-жас тобы бойынша облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

2) облыстардың және республикалық маңызы бар қалалардың деңгейінде АХЖ-10 осы сыныбы бойынша барлық жыныстық-жас топтары бойынша;

3) облыстардың және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, АХЖ-10 барлық кластары бойынша, барлық жыныстық-жас топтары бойынша;

4) республика деңгейінде АХЖ-10 барлық кластары бойынша, барлық жыныстық-жас топтары бойынша.

108. Емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы саны қала мен ауыл деңгейінде жоспарланған бюджеттің лимитіне байланысты түзетілуі мүмкін. Түзету кезінде денсаулық сақтаудың басым бағыттарын ескере отырып, АХЖ-10 және АХЖ-9 кодтары бойынша топтарды іріктеуді басшылыққа алады.

109. Стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекке бюджетті жоспарлау кезінде алдыңғы кезеңдердегі медициналық қызметтердің стационарды алмастыратын жағдайларында мамандандырылған медициналық көмек көрсету кезінде базалық мөлшерлеменің өзгерістерін және бір емделген жағдай үшін ақы төлеу әдістерін ескере отырып, АХЖ-10 сыныбы және жыныстық-жас топтары бөлінісінде емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы санына АХЖ-10 сыныбы және бір емделген жағдай үшін базалық мөлшерлеменің өзгерістерін ескере отырып, алдыңғы үш жыл кезеңі ішінде бір емделген жағдайдың орташа құнын.

7-параграф. Стационарлық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекті жоспарлау

110. Стационарлық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек (бұдан әрі – ММК) көрсетуге арналған көлемді жоспарлау қала мен ауыл деңгейінде мынадай деректер негізінде бөлек жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының қала және ауыл деңгейіндегі нақты көрсеткіштері;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі қала және ауыл деңгейінде республика бойынша емдеуге жатқызулар санының орташа саны;
- 3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі қала және ауыл деңгейінде республика бойынша басқа қаладан келген пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;
- 4) шұғыл айғақтар бойынша стационарлық жағдайларда ЖМК алған адамдардың саны;
- 5) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі қала және ауыл деңгейінде республика бойынша бекітілген ауру жағдайларының орташа саны;
- 6) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша қала және ауыл деңгейінде халықтың орташа саны.

111. Қалалық және ауылдық деңгейлерде стационарлық жағдайларда ШКС жоспарлы көлемі халық санының өзгеруіне сәйкес, АХЖ-10 кластары мен жыныстық-жас топтары бөлінісінде айқындалады.

112. Стационарлық жағдайда ЖМК - да бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) осы АХЖ 10 сыныбы және осы жыныстық-жас тобы бойынша облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) осы бейін бойынша барлық жыныстық-жас топтары бойынша облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 3) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, барлық бейіндер бойынша және барлық жыныстық-жас топтары бойынша;
- 4) республика деңгейінде, барлық бейіндер мен жыныстық-жас топтары бойынша.

113. Емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы саны қала мен ауыл деңгейінде жоспарланған бюджеттің лимитін ескере отырып түзетілуі мүмкін. Түзету кезінде басым мәндерді ескере отырып, АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары және АХЖ-9 бойынша операциялардың кодтары бойынша топтарды іріктеуді басшылыққа алады.

114. АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары және АХЖ-9 бойынша операциялардың кодтары бойынша ММК егжей-тегжейлі стационарлық қызметтерінің жоспарланған көлемінің тапшылығы немесе артық болу тәуекелін болдырмау үшін облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар арасында біртіндеп теңестіру тәсілі пайдаланылады.

115. Стационарлық жағдайларда ЖМК-ға бюджетті жоспарлау кезінде АХЖ-10 сыныбы және жыныстық-жас тобы бойынша алдыңғы кезеңдер үшін базалық мөлшерлеменің АХЖ-10 сыныптары мен жыныстық-жас топтары бөлінісінде емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы санына өзгеруін ескере отырып, алдыңғы үш жыл кезеңі ішінде бір емделген жағдайдың орташа құнын шығару жолымен есептеу жүргізіледі.

8-параграф . Жоғары технологиялық медициналық қызметтерді жоспарлау

116. Жоғары технологиялық медициналық көмектің (бұдан әрі – ЖТМК) көлемін жоспарлау барлық деңгейлерде мынадай деректер негізінде көрсетілетін технологиялар түрлері бойынша жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңде республика бойынша ЖТМК қызметтерін алғандар санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша халықтың орташа саны;

3) АХЖ – 9 бойынша операциялардың коды бойынша ЖТМК көрсетілген қызмет түрлерінің саны;

4) ЖТМК алған адамдардың саны, оның ішінде шұғыл көрсетілімдер бойынша;

5) ЖТМК қызметтерін көрсетудің халықаралық тәжірибесін талдау деректері;

6) денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарының, ғылыми орталықтардың, ғылыми-зерттеу институттарының денсаулық сақтау субъектілері мен технологиялар бөлінісінде жоспарлы кезеңге ЖТМК қызметтерін көрсетудің болжамды көлемдері туралы ұсыныстары;

7) ЖТМК қызметтерінің тарифтері.

117. ЖТМК қызметтерінің көлемін айқындау бойынша есептеулер технологиялар бөлінісінде, республика бойынша ЖТМК қызметтерінің сырқаттанушылық, өлім және өмір сапасы көрсеткіштеріне әсерін ескере отырып жүзеге асырылады.

118. Қазақстан Республикасындағы ЖТМК деңгейін салыстырмалы талдау озық халықаралық тәжірибемен салыстырғанда бір миллион халыққа жүзеге асырылады.

119. Ұсынылатын халықаралық деңгей шегінде және қызмет берушілердің ЖТМК қызметтеріне өткізу қабілеті шегінде бюджетті жоспарлау кезең-кезеңмен жүзеге асырылады:

1) республика деңгейінде ЖТМК-ның белгілі бір қызметін;

2) республика деңгейінде, ЖТМК барлық қызметтері бойынша.

120. Халықтың ЖТМК қызметтеріне қажеттілігін толық жабу мүмкіндігі болған кезде жоспарлау ЖТМК-ның белгілі бір қызметі үшін республика деңгейіндегі халықтың жалпы санының өзгеруіне сәйкес жүзеге асырылады.

121. ЖТМК бюджетін жоспарлау кезінде тарифке қызметтердің болжамды санын көбейту жолымен есептеу жүргізіледі.

9-параграф. Паллиативтік көмек қызметін жоспарлау

122. Паллиативтік медициналық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау стационарлық, стационарды алмастыратын жағдайларда және мобильді бригадаларда медициналық көмек үшін бөлек жүзеге асырылады.

123. Паллиативтік медициналық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының нақты көрсеткіштері;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңінде паллиативтік медициналық көмекке жататын АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары бойынша емдеуге жатқызудың орташа саны;
- 3) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша паллиативтік медициналық көмек қызметін алған пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;
- 4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

124. Халықтың паллиативтік медициналық көмек қызметтеріне қажеттілігі толық өтелген жағдайда жоспарлау алдыңғы үш жыл кезеңіндегі паллиативтік медициналық көмекке жататын пациенттердің саны бойынша халықтың жалпы санының өзгеруіне сәйкес жүзеге асырылады.

125. Стационарлық, стационарды алмастыратын жағдайларда паллиативтік медициналық көмек қызметтерінің жоспарланған көлемі халық санының өзгеруіне сәйкес АХЖ – 10 бойынша аурулардың кодтары бөлінісінде айқындалады.

126. Паллиативтік медициналық көмек және қызметтеріне арналған бюджетті жоспарлау төсек-күнге ақы төлеу кезінде кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде белгілі бір тариф бойынша қызметтер көрсету нысаны бойынша;
- 2) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде барлық тарифтер бойынша қызметтер көрсету нысаны бойынша;
- 3) республика деңгейінде барлық тарифтер бойынша.

127. Мобильді бригадалар нысанында паллиативтік медициналық көмек қызметтерінің көлемін жоспарлау кезінде паллиативтік медициналық көмектің тарифі, өңір, шығулар саны, паллиативтік медициналық көмекке мұқтаждардың болжамды саны ескеріледі.

128. Мобильді бригадалар нысанындағы паллиативтік медициналық көмек қызметтеріне арналған бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

- 1) белгілі бір тариф бойынша облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;
- 2) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде барлық тарифтер бойынша;
- 3) республика деңгейінде барлық тарифтер бойынша.

129. Паллиативтік медициналық көмек бюджетін жоспарлау кезінде есептеу:

- 1) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде тиісті тарифке төсек - күндердің жоспарланған санын көбейту жолымен;
- 2) республика деңгейінде паллиативтік медициналық көмектің өңірлік бюджеттерін жиынтықтау жолымен.

10-параграф. Патологиялық-анатомиялық диагностика қызметтерін жоспарлау

130. Патологиялық-анатомиялық диагностика қызметтерінің көлемін жоспарлау жүргізілетін диагностиканың түрлері мен күрделілік санаттарын ескере отырып және мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

- 1) алдыңғы жылғы кезеңдегі стационарлардағы өлім жағдайларының нақты саны;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі стационарлардағы өлім жағдайлары санының орташа саны;
- 3) алдыңғы жылғы кезеңдегі патологиялық-анатомиялық ашып-қараудың нақты саны;
- 4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі патологиялық-анатомиялық ашып-қарау санының орташа саны;
- 5) алдыңғы жылғы кезеңдегі биопсиялық және операциялық материалды цитологиялық зерттеудің нақты саны;
- 6) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі биопсиялық және операциялық материалды цитологиялық зерттеу санының орташа саны;
- 7) алдыңғы жылғы кезеңдегі биопсиялық және операциялық материалды тірі кезіндегі патологиялық-анатомиялық зерттеулердің нақты саны;
- 8) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі биопсиялық және операциялық материалды тірі кезінде патологиялық-анатомиялық зерттеу санының орташа саны.

131. Тірі кезіндегі патологиялық-анатомиялық зерттеулер мен биопсиялық және операциялық материалдың цитологиялық зерттеулері қызметтерінің толық қажеттілігін жоспарлау тәулік бойғы және (немесе) күндізгі стационардың хирургиялық жағдайларының жиынтық көлемінің өзгеруіне сәйкес бөлек жүзеге асырылады; тәулік бойы және (немесе) күндізгі стационарда биологиялық материалды алу бойынша манипуляциялар; тиісті патологиялық-анатомиялық қызметтерге қолданыстағы тарифтер бөлінісінде амбулаториялық рәсімдер мен манипуляциялар.

132. Патологиялық-анатомиялық ашып-қарауды (аутопсия) жоспарлау кезінде ашып-қарауды міндетті (ана, бала өлімі, өлі туған) деп жіктеу және заңды өкілдердің жазбаша өтініші бойынша ескеріледі.

133. Патологиялық-анатомиялық диагностика бюджетін жоспарлау кезінде өңірлік патологиялық-анатомиялық бөлімшелердің және (немесе) бюролардың өтінімдері негізінде жасалған патологиялық-анатомиялық ашып-қараудың (аутопсия) және тірі кезіндегі патологиялық-анатомиялық зерттеулер мен цитологиялық зерттеулердің

жылдық болжамды санына қолданыстағы тарифтерді көбейту жолымен өңірлер деңгейінде есептеу жүргізіледі.

11-параграф. Қан мен оның компоненттерін дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткізу, қан препараттарын өндіру жөніндегі қызметтерді жоспарлау

134. Тәулік бойы және күндізгі стационарларға емдеуге жатқызылған науқастарды қамтамасыз ету үшін қан мен оның компоненттерін дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткізу, қан препараттарын өндіру жөніндегі қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша Қан мен оның компоненттерін дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткізу, қан препараттарын өндіру бойынша қызметтер алған пациенттерді емдеуге жатқызудың орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша бекітілген ауру жағдайларының орташа саны;

5) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша халық қозғалысының демографиялық көрсеткіштері;

б) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

135. Қан мен оның компоненттерін дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткізу, қан препараттарын өндіру жөніндегі қызметтерге бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) осы бейін бойынша облыстар мен Республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде (ЖТМК үшін) немесе белгілі бір тариф бойынша АХЖ-9 (ЖТМК үшін) бойынша операциялар коды;

2) облыстар мен Республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде, барлық бейіндер (ШКС үшін) немесе АХЖ-9 (ЖТМК үшін) бойынша операциялардың кодтары бойынша, белгілі бір тариф бойынша;

3) барлық бейіндер (ЖМК үшін) немесе АХЖ-9 (ЖТМК үшін) бойынша операциялардың кодтары бойынша, Барлық тарифтер бойынша облыстар мен Республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде;

4) республика деңгейінде барлық бейіндер бойынша (ММК үшін) немесе АХЖ-9 (ЖТМК үшін) бойынша операциялардың кодтары, Барлық тарифтер бойынша.

136. Қан мен оның компоненттерін дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткізу қан препараттарын өндіру бойынша жоспарланған қызмет көлемі, ұқсас донорлардан ағзаларды транспланттауды сүйемелдеу, қайтыс болғаннан кейінгі донорлардан ағзаларды транспланттауды сүйемелдеу, гемопоздiк дiң жасушаларын

транспланттауды сүйемелдеу, күту парағын қалыптастыру, гемопоздiк дiң жасушалары донорларының тiркелiмiн қалыптастыру, тромбоциттерге жеке iрiктеу жүргiзу, кiндiк қанын типтеу қызметтерiнiң топтары бөлiгiнде құрамында эритроциттер бар орталарды жеке iрiктеудi жүргiзу осы топтың және орталықтардың қызметтерi бөлiнiсiнде жүзеге асырылады. Бұл ретте көлемдер транспланттаудың болжамды көлемдерi мен ресурстар негiзге алына отырып айқындалады.

137. Қан мен оның компоненттерiн дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткiзу, қан препараттарын өндiру бойынша бюджеттi жоспарлау кезiнде қан препараттары мен қызметтерiнiң болжамды санына тарификаторға сәйкес препараттар мен қызметтердiң құнын көбейту жолымен есептеу жүргiзiледi.

138. Жоғарыда көрсетiлген деректер болмаған жағдайда қан мен оның компоненттерiн дайындау, қайта өңдеу, сақтау және өткiзу, қан препараттарын өндiру жөнiндегi қызметтер көлемiн жоспарлау қан қызметi саласындағы қызметтi жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымымен келiсiлген облыстық және қалалық қан орталықтарының өтiнiмдерi негiзiнде жүзеге асырылады.

12-параграф. АИТВ инфекциясын жұқтырған адамдарға медициналық-әлеуметтік көмектi жоспарлау

139. АИТВ инфекциясын жұқтырған адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету көлемiн жоспарлау динамикалық бақылауда тұрған адамдар, достық кабинеттерге жүгiнген адамдар және АИТВ инфекциясына тексерiлген адамдар үшiн мынадай деректер негiзiнде бөлек жүзеге асырылады:

- 1) өткен үш жыл кезеңiнде тiркелген АИТВ инфекциясын жұқтыру жағдайларының орташа саны;
- 2) алдыңғы үш жыл кезеңiнде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепте тұрған пациенттер санының жыл сайынғы өсiмi;
- 3) алдыңғы үш жыл кезеңiнде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша алғаш анықталған пациенттердiң орташа саны;
- 4) алдыңғы үш жыл кезеңiнде республика, облыстар және Республикалық маңызы бар қалалар бойынша ауруға тексерiлуге жататын пациенттердiң орташа саны;
- 5) алдыңғы үш жыл кезеңiнде республика бойынша қала мен ауыл деңгейiнде халықтың орташа саны.

140. Динамикалық бақылауда тұрған адамдардың болжамды санын айқындау және бюджеттi жоспарлау кезiнде есептеу жүргiзiледi:

- 1) жоспарлы кезеңге арналған әрбiр облыс және республикалық маңызы бар қала бөлiнiсiнде соңғы үш жылдағы науқастар өсiмiнiң орташа қарқыны;
- 2) динамикалық байқауда тұрған адамдардың болжамды санына кешендi тариф жүргiзу арқылы шығыстар сомасы;

3) әрбір облыстың және республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемін жинақтай отырып, республика бойынша көрсетілетін қызметтер көлеміні.

141. Достық кабинеттерге жүгінген адамдардың болжамды санын анықтау және бюджетті жоспарлау кезінде есеп айырысу жүргізіледі:

1) жоспарлы кезеңге әрбір облыс және республикалық маңызы бар қала бөлінісінде соңғы үш жылдағы науқастардың орташа өсу қарқыны;

2) достық кабинеттеріне жүгінген адамдардың болжамды санына тариф шығару жолымен шығыстар сомасы;

3) әрбір облыстың және республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемін жинақтай отырып, республика бойынша көрсетілетін қызметтер көлемі.

142. АИТВ инфекциясының бар-жоғын зерттеп-қарауға қызметтер көлемін жоспарлау және бюджетті жоспарлау кезінде есептеулер жүргізіледі:

1) жоспарлы кезеңге әрбір облыс және республикалық маңызы бар қала бөлінісінде соңғы үш жылда көрсетілетін қызметтер саны өсуінің орташа қарқыны (үшінші деңгейдегі ұйымдардың деректері);

2) АИТВ-инфекциясының бар-жоғын зерттеп-қарауға көрсетілетін қызметтердің болжамды санына кешенді тарифті жүргізу арқылы шығыстар сомасы (үшінші деңгейдегі ұйымдардың деректері);

3) әрбір облыстың және республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемін жинақтай отырып, республика бойынша көрсетілетін қызметтер көлемі.

143. Республикалық ұйым қызметтерінің көлемін жоспарлау және бюджетті жоспарлау кезінде есеп айырысу жүргізіледі:

1) динамикалық бақылауда тұрған адамдардың болжамды саны;

2) динамикалық бақылауда тұрған бір пациентке көрсетілетін қызметтердің болжамды саны;

3) шығыстар сомасы медициналық қызметтердің анықтамалығы бойынша көрсетілетін қызметтердің құнын және көрсетілетін қызметтердің болжамды санын шығару жолымен есептеледі.

144. Антиретровирустық препараттармен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бюджетін жоспарлау кезінде:

1) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде Кодекстің 7-бабының 9б) тармақшасына сәйкес айқындалған дәрілік препараттардың құнымен антиретровирустық препараттармен (көбейту нысанын ескере отырып) дәрілік қамтамасыз етудің болжамды көлемдерін жүргізу жолымен;

2) республика деңгейінде антиретровирустық препараттармен қамтамасыз етудің өңірлік бюджеттерін қосу жолымен жүргізіледі.

13-параграф. Туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлау

145. Туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген ауру жағдайларының орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепте тұрған пациенттер санының жыл сайынғы өсімі;

5) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша алғаш анықталған туберкулезбен ауыратын науқастардың орташа саны;

6) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша ауруға күдікті тексерілген пациенттердің орташа саны.

146. Туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмектің көлемін жоспарлау туберкулезбен ауыратын бір науқасқа арналған кешенді тариф бойынша жүзеге асырылады:

1) туберкулезге қарсы препараттармен қамтамасыз ету;

2) бір төсек-күн үшін тариф бойынша стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек көрсеткені үшін ақы төлеу жүзеге асырылатын республикалық ұйымдардың (бұдан әрі – туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектісі).

147. Туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету көлемін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде алдыңғы үш жылдағы кезеңнің басы мен соңында бекітілген науқастардың орташа арифметикалық санын айқындау жолымен туберкулезбен ауыратын адамдар санының өзгеруінің орташа қарқыны;

2) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде науқастар саны өзгеруінің орташа қарқынымен есепте тұрған пациенттер санын көбейту жолымен туберкулезбен ауыратын адамдардың болжамды жылдық орташа тізімдік саны;

148. Туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмектің бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде туберкулезбен ауыратын адамдардың жылдық орташа тізімдік санына кешенді тарифті көбейту жолымен;

2) туберкулезбен ауыратын адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекке өңірлік бюджеттерді жиынтықтау арқылы республика деңгейінде көрсетіледі.

149. Туберкулезге қарсы препараттармен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көлемін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі туберкулезге қарсы препараттарды тұтынудың жалпы физикалық көлемінің препараттар көбейту нысанын ескере отырып, облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде;

2) туберкулезбен ауыратын адамдардың болжамды жылдық орташа тізімдік саны.

150. Туберкулезге қарсы препараттармен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде Кодекстің 7-бабының 96) тармақшасына сәйкес айқындалған дәрілік препараттардың құнымен туберкулезге қарсы препараттармен дәрілік қамтамасыз етудің болжамды көлемдерін (көбейту нысанын ескере отырып) көбейту жолымен;

2) республика деңгейінде туберкулезге қарсы препараттармен қамтамасыз етудің өңірлік бюджеттерін жиынтықтау жолымен жүзеге асырылады.

14-параграф. Психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласында медициналық көмекті жоспарлау

151. Психикасының, мінез-құлқының бұзылулары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласындағы медициналық көмек МСАК деңгейінде, амбулаториялық, стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда (ерікті және мәжбүрлеп) көрсетіледі).

152. Психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласында медициналық көмекті жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызу санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша емдеуге жатқызу санының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген аурулардың орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепте тұрған пациенттер санының жыл сайынғы өсімі;

5) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша алғаш рет анықталған пациенттердің орташа саны;

б) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша ауруға күдікті тексерілген пациенттердің орташа саны.

153. Стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек көрсететін республикалық денсаулық сақтау ұйымдарын қоспағанда, психикасының, мінез-құлқының бұзылулары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласындағы медициналық көмектің бюджетін жоспарлау бір науқас психикалық денсаулық орталығына арналған кешенді тариф бойынша жүзеге асырылады, оған ақы төлеу емделіп шыққан жағдай үшін есептік орташа құны бойынша және бір төсек-күні үшін жүзеге асырылады.

154. Психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласында медициналық көмек көрсету көлемін айқындау үшін есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде алдыңғы үш жылдағы кезеңнің басы мен соңында бекітілген науқастардың орташа арифметикалық санын айқындау жолымен психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдар санының өзгеруінің орташа қарқыны;

2) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде психикалық денсаулық орталықтарындағы науқастар санының өзгеруінің орташа қарқынымен есепте тұрған пациенттердің санын көбейту жолымен психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдардың болжамды жылдық орташа тізімдік саны.

155. Психикалық, мінез-құлықтық бұзылушылықтары (аурулары) бар адамдарға психикалық денсаулық саласындағы медициналық көмектің бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар, республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде психикалық және мінез-құлықтық бұзылушылықтары бар науқастардың болжамды жылдық орташа тізімдік санына кешенді тарифті көбейту жолымен;

2) республика деңгейінде психикасының бұзылуынан (ауруынан) зардап шегетін адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекке арналған өңірлік бюджеттерді жиынтықтау арқылы.

15-параграф. Инфекциялық және паразиттік аурулары бар адамдарға стационарлық жағдайда медициналық көмекті жоспарлау

156. Инфекциялық аурулары бар адамдарға медициналық көмек көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезең ішіндегі республика бойынша емдеуге жатқызу санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жыл кезең ішінде республика бойынша емдеуге жатқызу санының орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі басқа қалалардан келген пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі ауру бойынша бекітілген жағдайлардың орташа саны;

5) алдыңғы жылдар үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

157. Инфекциялық және паразиттік аурулары бар адамдарға стационарлық жағдайларда жоспарлы көрсетілетін қызметтер көлемі инфекциялық нозологиялар бөлінісінде болжамды сырқаттанушылыққа сәйкес айқындалады.

158. Инфекциялық және паразиттік аурулары бар адамдарға стационарлық жағдайларда көрсетілетін қызметтердің бюджетін жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың деңгейінде АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары бойынша;

2) республика деңгейінде АХЖ-10 кодтары бойынша барлық нозологиялар бойынша.

159. Инфекциялық аурулардың АХЖ-10 кодтарының тізбесі бойынша алдағы эпидемиологиялық жағдай өзгерген жағдайларда (әдетте осы аумақта тіркелетін сырқаттанушылық деңгейінен асатын және төтенше жағдай көзі болуға қабілетті инфекция) инфекциялық ауруларды неғұрлым дұрыс жоспарлау үшін эпидемиялық шектің ұлғаюына қарай осы инфекция бойынша алдыңғы эпиЖНезонның қорытындыларына талдау жүргізіледі.

160. Сырқаттанушылық және (немесе) сырқаттанушылықтың болжамды өсу қарқыны (жиынтық халық және әрбір жас тобы бойынша) бойынша мәліметтерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы басшылықты жүзеге асыратын уәкілетті орган АХЖ-10 кодтарының тізбесі бойынша инфекциялық сырқаттанушылықтың өсімін көрсете отырып ұсынады.

161. Эпидемияның басталуын көрсететін факторлар болған кезде осы инфекция жағдайларының жоспарланған саны осы инфекциямен сырқаттанушылықтың өсуіне ұлғаяды.

17-параграф. Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмекті жоспарлау

162. Онкологиялық науқастарға медициналық көмек көрсету көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызу санының нақты көрсеткіштері;

2) лимфоидты және қан түзетін тіндердің қатерлі ісіктері бар науқастарды және 14 жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген науқастардың саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша бекітілген аурулардың орташа саны;

4) лимфоидты және қан түзетін тіндердің қатерлі ісіктері бар науқастарды және 14 жасқа дейінгі балаларды қоспағанда, алдыңғы үш жыл кезеңінде республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша есепте тұрған пациенттер санының жыл сайынғы өсімі;

5) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша ауруға күдікті тексерілген пациенттердің орташа саны;

6) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика, облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша алғаш рет анықталған пациенттердің саны.

163. Қазақстан Республикасының тұрғындарына онкологиялық көмек көрсету көлемін анықтау кезінде:

1) алдыңғы үш жылдағы кезеңіндегі облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша басындағы және аяғындағы тіркелген науқастардың орташа санын анықтау арқылы онкологиялық науқастардың санының өзгеруінің орташа қарқыны;

2) алдыңғы жылдың кезеңіндегі облыстар және республикалық маңызы бар қалалар бойынша онкологиялық науқастардың электрондық тізілімінде тіркелген онкологиялық науқастардың санын онкологиялық науқастар санының орташа өзгеру жылдамдығына көбейту жолымен онкологиялық науқастардың болжамды жылдық орташа саны есептеледі.

164. Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсету бюджетін жоспарлау кезінде есеп жүргізіледі:

1) облыстар және республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде:

тарифтерге қызметтердің болжамды көлемін шығару жолымен амбулаториялық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсету бойынша;

АХЖ-10 сыныбы бойынша өткен кезең үшін емделген бір жағдайдың орташа құнын АХЖ-10 сыныбы бөлінісінде емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы санына көбейту жолымен стационарлық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсету бойынша;

АХЖ-10 сыныбы бойынша өткен кезең үшін емделген бір жағдайдың орташа құнын АХЖ-10 сыныбы бөлінісінде емдеуге жатқызу жағдайларының жоспарлы санына көбейту жолымен стационарды алмастыратын жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсету бойынша;

2) онкологиялық науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің облыстық бюджеттерін қорытындылау арқылы республикалық деңгейде есептелінеді.

Ескерту. 164-тармақ жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 19.11.2021 № ҚР ДСМ-120 (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

165. Онкологиялық науқастарға химиялық препараттармен және таргеттік препараттармен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көлемін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) препараттарды көбейту нысанын ескере отырып, облыстар, республикалық маңызы бар қалалар бөлінісінде алдыңғы жылғы кезеңде химиялық препараттарды және таргеттік препараттарды тұтынудың жалпы нақты көлемі;

2) онкологиямен ауыратын науқастардың болжамды жылдық орташа тізімдік саны.

166. Химиопрепараттарды және таргеттік препараттарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бюджетін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) облыстар мен республикалық маңызы бар қалалар деңгейінде Кодекстің 7-бабының 96) тармақшасына сәйкес айқындалған дәрілік препараттардың құнымен химиопрепараттарды және таргеттік препараттарды (көбейту нысанын ескере отырып) дәрілік қамтамасыз етудің болжамды көлемдерін көбейту жолымен;

2) республика деңгейінде химиялық препараттарды және таргеттік препараттармен қамтамасыз етудің өңірлік бюджеттерін жиынтықтау жолымен жүзеге асырылады.

167. Онкологиялық науқастар үшін сәулелік терапия қызметтерінің көлемін жоспарлау онкология және радиология саласындағы бейінді республикалық ұйыммен келісілген облыстық диспансерлер мен орталықтардың өтінімдері негізінде жүзеге асырылады. Сәулелік терапияға арналған шығындардың болжамды көлемін жоспарлау үшін есептеу қызметтердің болжамды көлеміне тарификатор бойынша тариф жүргізу жолымен жүзеге асырылады.

18-параграф. Онкогематологиялық науқастарға медициналық көмекті жоспарлау

168. Онкогематологиялық науқастарға медициналық көмектің көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша емдеуге жатқызулар санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша емдеуге жатқызудың орташа саны;

3) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша онкогематологиялық аурулармен ауыратын бекітілген жағдайлардың орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

169. Онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастарға стационарлық көмек көрсетудің жоспарлы көлемі АХЖ-10 кодтары бөлінісінде болжамды сырқаттанушылыққа сәйкес айқындалады.

170. Онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастарға стационарлық көмекке бюджетті жоспарлау кезең-кезеңімен жүзеге асырылады:

1) облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың деңгейінде АХЖ-10 барлық онкогематологиялық кодтары бойынша;

2) республика деңгейінде барлық онкогематологиялық АХЖ-10 кодтары бойынша.

19-параграф. Медициналық оңалту қызметтерін жоспарлау

171. Медициналық оңалту қызметтерінің көлемін жоспарлау нозологияға байланысты екінші және үшінші кезеңдерді алатын адамдар үшін мынадай деректер негізінде бөлек жүзеге асырылады:

1) өткен жылғы кезеңде республика бойынша екінші және үшінші кезеңдегі медициналық оңалтуға қажеттілікті қалыптастыратын АХЖ-10 бойынша аурулардың кодтары бойынша емдеуге жатқызу санының нақты көрсеткіштері;

2) алдыңғы жылғы кезеңде республика бойынша стационарлық және стационарды алмастыратын деңгейлерде медициналық оңалту қызметтерін алған пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;

3) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда оңалту қызметтерін алған пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңінде республика бойынша амбулаториялық жағдайларда оңалту қызметтерін алған пациенттерді емдеуге жатқызу санының орташа саны;

5) алдыңғы жылғы кезеңдегі оңалтуға қажеттілікті қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша созылмалы аурулары бар балалардың саны;

6) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша халықтың орташа саны.

172. Стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда екінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) жоспарланатын кезеңге әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде халық санының өзгеруін ескере отырып, екінші кезеңдегі медициналық оңалтуға қажеттілікті қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша емдеуге жатқызулар саны;

2) әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде екінші кезеңдегі медициналық оңалтуға жататын екінші кезеңдегі медициналық оңалтуға қажеттілікті қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша пациенттердің үлесін айқындау жолымен екінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемдері;

3) екінші кезеңдегі медициналық оңалтудың болжамды көлеміне КШТ коды бойынша қызметтер құнын көбейту жолымен екінші кезеңдегі медициналық оңалтуға арналған шығыстар сомасы;

4) әрбір облыстың, республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемі.

173. Стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемін жоспарлау кезінде есептеу жүргізіледі:

1) жоспарланатын кезеңге әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде халық санының өзгеруін ескере отырып, үшінші кезеңнің медициналық оңалту қажеттілігін қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша емдеуге жатқызулар саны;

2) жоспарлы кезеңге әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде халық санының өзгеруін ескере отырып, АХЖ-10 кодтары бойынша емдеуге жатқызулар санын қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша созылмалы аурулары бар балалардың саны;

3) әрбір облыс, республикалық маңызы бар қала бөлінісінде 3 кезеңдегі медициналық оңалту қажеттілігін қалыптастыратын АХЖ-10 кодтары бойынша емдеуге жатқызылған пациенттердің болжамды саны мен созылмалы аурулары бар балалар санының үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерін тұтыну еселігін есептеу арқылы үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемі;

4) бір төсек-күндегі көрсетілетін қызметтердің құнын және үшінші кезеңдегі медициналық оңалтудағы төсек-күндердің болжамды көлемін көбейту арқылы үшінші кезеңдегі медициналық оңалтуға арналған шығыстар сомасы;

5) әрбір облыстың, республикалық маңызы бар қаланың көрсетілетін қызметтерінің көлемі.

174. Республикалық ұйымдар үшін үшінші кезеңнің медициналық оңалту көлемдерін есептеу Халықаралық біріккен комиссияның (Joint Commission International (JCI), Америка Құрама Штаттарының стандарттары бойынша аккредиттеуден өткені туралы куәлігі бар медициналық ұйымдар үшін тарифтерді қолдануды қоспағанда, стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда үшінші кезеңнің медициналық оңалту қызметтері көлемдерін есептеуге ұқсас жүзеге асырылады.

175. Амбулаториялық жағдайларда үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемін есептеу стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің көлемін есептеуге ұқсас, амбулаториялық жағдайларда үшінші кезеңдегі медициналық оңалту қызметтерінің тарифтері мен болжамды санын көбейту арқылы айқындалатын шығыстар сомасын айқындауды қоспағанда жүзеге асырылады.

20-параграф. Қазақстан Республикасының азаматтарын шетелге емделуге жіберу және (немесе) отандық медициналық ұйымдарда емдеу жүргізу үшін шетелдік мамандарды тарту кезінде қызметтер көлемін жоспарлау

176. Қазақстан Республикасының азаматтарын шетелге емделуге жіберу және (немесе) отандық медициналық ұйымдарда емдеу жүргізу үшін шетелдік мамандарды тарту кезінде қызметтер көлемін жоспарлау мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) алдыңғы жылғы кезеңдегі шетелде ем алған адамдардың нақты саны;

2) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі шетелде ем алған адамдардың нақты саны;

3) алдыңғы жылғы кезеңдегі шетелдік мамандарды тарта отырып, отандық медициналық ұйымдар жағдайында ем алған адамдардың нақты саны;

4) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі шетелдік мамандарды тарта отырып, отандық медициналық ұйымдар жағдайында ем алған адамдардың нақты саны;

5) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика және өңірлер бойынша алғаш анықталған пациенттердің орташа саны;

6) алдыңғы жылғы кезеңдегі республика бойынша халық қозғалысының қала және ауыл деңгейіндегі демографиялық көрсеткіштері;

7) алдыңғы үш жыл кезеңіндегі республика бойынша қала мен ауыл деңгейінде халықтың орташа саны.

177. Қазақстан Республикасының азаматтарын шетелге емделуге жіберу және (немесе) отандық медициналық ұйымдарда емдеу жүргізу үшін шетелдік мамандарды тарту кезінде бюджетті жоспарлау үшін мынадай деректер негізінде жүзеге асырылады:

1) Қазақстан Республикасының азаматтарын алдыңғы жылғы кезеңде шетелге емделуге жіберген кездегі шығыстардың нақты сомасы;

2) алдыңғы үш жыл кезеңінде Қазақстан Республикасының азаматтарын шетелге емделуге жіберу кезіндегі шығыстардың нақты сомасы;

3) алдыңғы жылғы кезеңде шетелдік мамандарды тарта отырып, отандық медициналық ұйымдар жағдайында емдеу алған кездегі шығыстардың нақты сомасы;

4) алдыңғы үш жыл кезеңінде шетелдік мамандарды тарта отырып, отандық медициналық ұйымдар жағдайында емдеу алған кездегі шығыстардың нақты сомасы;

5) алдыңғы жылғы кезеңде шетелге емделуге жіберілген ауыспалы пациенттер бойынша шығыстардың нақты сомасы;

6) алдыңғы жылғы кезеңде шетелдік мамандарды тарта отырып, отандық медициналық ұйымдар жағдайында ем алған ауыспалы пациенттер бойынша шығыстардың нақты сомасы.

178. Валюта бағамының ауытқуы жағдайында шығыстар сомасына түзету жүргізіледі.