

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
министрлігіПриказ Министра  
здравоохранения Республики  
Казахстан от 16 ноября 2023 года  
№ 165. Зарегистрирован в  
Министерстве юстиции  
Республики Казахстан 20 ноября  
2023 года № 33655Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан

**О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-290/2020 «Об утверждении  
правил планирования объемов медицинских услуг в рамках  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в  
системе обязательного социального медицинского страхования»**

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-290/2020 «Об утверждении правил планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21844) следующее изменение:

Правила планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - Правила) изложить в новой редакции согласно приложению.

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

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



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на  
данный документ в ЭКБ НПА РК

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

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением подпункта 23) пункта 2, пунктов 4, 10, 11 и 18 Правил, которые вводятся в действие с 1 января 2024 года.

**Министр здравоохранения Республики Казахстан**

**А. Гиният**

Приложение к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 ноября 2023 года  
№ 165

Утверждены  
приказом Министра  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 20 декабря 2020 года  
№ ҚР ДСМ-290/2020

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

**Раздел 1. Общие положения**

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

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

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

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

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

4) скорая медицинская помощь – система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию;

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

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

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

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

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

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

диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;

профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);

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

иммунизацию;

формирование и пропаганду здорового образа жизни;

мероприятия по охране репродуктивного здоровья;

наблюдение за беременными и за родильницами в послеродовом периоде;

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

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

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

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

14) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центрами психического здоровья, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного, зарегистрированного в подсистемах «Регистр психических больных» и «Регистр наркологических больных» информационной системы «Электронный регистр диспансерных

больных», утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;

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

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

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

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

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

20) агрегатор персональных медицинских данных – оператор персональных данных, осуществляющий сбор, обработку, хранение, защиту и предоставление персональных медицинских данных в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 апреля 2021 года № ҚР ДСМ-30 «Об утверждении правил осуществления сбора, обработки, хранения, защиты и предоставления персональных медицинских данных субъектами цифрового здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22550);

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

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

23) целевой взнос фонду социального медицинского страхования (далее - целевой взнос) - безвозмездные и безвозвратные платежи из республиканского бюджета в фонд социального медицинского страхования:

для оплаты оказания услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

в виде взносов государства на обязательное социальное медицинское страхование за граждан Республики Казахстан, освобожденных от уплаты взносов в фонд социального медицинского страхования, определенных Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон об ОСМС);

для оплаты услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования военнослужащим, сотрудникам специальных государственных и правоохранительных органов.

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

### **Глава 1. Общие положения**

3. Участниками процесса планирования являются:

- 1) уполномоченный орган;
- 2) фонд, являющийся рабочим органом по формированию плана закупок медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – план закупок);
- 3) филиалы фонда;

4) местные органы государственного управления здравоохранением;

5) агрегатор персональных медицинских данных.

4. Процесс планирования объемов медицинских услуг включает следующие этапы:

Местные органы государственного управления здравоохранением не позднее 15 февраля соответствующего года:

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

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

Филиалы фонда в срок до 25 февраля года, предшествующего планируемому трехлетнему периоду, обеспечивают:

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

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

Фонд, в срок до 1 марта соответствующего года, обеспечивает:

1) рассмотрение и анализ полученных от филиалов фонда заявок прогнозной потребности объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на предмет обоснованности, соответствие



приоритетам развития здравоохранения, целевым индикаторам, показателям результата отраженных в документах Системы государственного планирования и предложений уполномоченного органа;

2) направление в уполномоченный орган расчета финансовой потребности на предстоящий трехлетний период для достижения целей и целевых индикаторов проекта бюджетной программы, направленной на предоставление целевого взноса.

Уполномоченный орган в срок до 1 мая текущего финансового года доводит лимиты средств, направленных на предоставление целевого взноса, и предложения Республиканской бюджетной комиссии к расчету финансовой потребности на предстоящий трехлетний период для достижения целей и целевых индикаторов проекта бюджетной программы, направленной на предоставление целевого взноса.

Фонд в срок до 5 мая текущего финансового года обеспечивает:

1) доработку прогнозной потребности объемов медицинских услуг по видам, формам медицинской помощи, условиям ее оказания, видам медицинской деятельности в рамках ГОБМП;

2) внесения в уполномоченный орган расчета финансовой потребности на предстоящий трехлетний период для достижения целей и целевых индикаторов проекта бюджетной программы, направленной на предоставление целевого взноса, в пределах доведенного лимита средств;

3) в случае несоответствия представленной финансовой потребности доведенным уполномоченным органом лимитам средств направленным на предоставление целевого взноса, приоритетам развития здравоохранения, целевым индикаторам, показателям результата отраженных в документах Системы государственного планирования и предложениям уполномоченного органа, дорабатывает и представляет в течение семи рабочих дней со дня их доведения в уполномоченный орган.

Уполномоченный орган в срок до 5 сентября текущего финансового года направляет в Фонд лимиты средств, направленных на предоставление целевого взноса на трехлетний период в разрезе направлений расходов с приложением заключения Республиканской бюджетной комиссии по проектам бюджетных программ.

Фонд в целях формирования проекта плана закупок на предстоящий период в срок до 10 сентября текущего финансового года доводит до филиалов фонда лимиты средств на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в разрезе регионов.

Филиалы фонда в срок до 1 октября текущего финансового года направляют в фонд:

доработанную и согласованную с управлениями здравоохранения прогнозную потребность населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с соответствующим прогнозом объемов средств в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на предстоящий период;

утвержденную управлениями здравоохранения по согласованию с филиалами фонда коечную мощность по региону на предстоящий период в соответствии с прогнозной потребностью населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Фонд в срок до 1 ноября соответствующего года формирует и вносит в уполномоченный орган проект плана закупок на предстоящий финансовый год.

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

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

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

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

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

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

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

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

4) международный опыт;

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

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

7) фактическое потребление медицинских услуг в предыдущие годы;

8) реорганизацию сети, включая вновь вводимые объекты здравоохранения в соответствии с региональным перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения;

9) прогнозное потребление лекарственных препаратов больным туберкулезом, ВИЧ-инфицированным и больным СПИД;

10) прогнозное потребление лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина больным фенилкетонурией;

11) разукрупнение субъектов первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП);

12) численность детей школьного возраста, из числа, прикрепленного к медицинской организации населения (школьная медицина).

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

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

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

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

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

3) расходы на внедрение и развитие новых и инновационных технологий в объемах, предусмотренных планом развития уполномоченного органа.

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

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

10. Определение объемов средств в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется на основе:

доведенного лимита средств целевого взноса;

прогнозного объема активов ОСМС на основе актуарных расчетов с учетом финансовой устойчивости системы ОСМС, в пределах ожидаемых и (или) прогнозных сумм поступлений активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС, за минусом резерва фонда на покрытие непредвиденных расходов и установленных норм и лимитов, обеспечивающих финансовую устойчивость фонда.

В рамках планируемых средств на предстоящий финансовый год фондом формируется проект плана закупа.

План закупа является структурированным документом, содержащим сведения об объемах услуг и объемах средств на их оказание в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

11. При превышении прогнозных объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС над планируемым объемом средств на соответствующий финансовый год, определение затрат по видам медицинской помощи, видам медицинской деятельности осуществляется фондом с учетом:

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

**Параграф 3. Формирование плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС**

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

13. План закупа содержит следующие агрегированные сведения в разрезе областей, городов республиканского значения, столицы:

- 1) виды, формы медицинской помощи, условия ее оказания, виды медицинской деятельности, предусмотренные перечнями медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- 2) планируемое количество услуг;
- 3) планируемый объем средств, предназначенный для оплаты медицинской помощи и медицинской деятельности в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- 4) объем нераспределенных средств.

14. Уполномоченный орган рассматривает проект плана закупа в течение десяти рабочих дней со дня его поступления и уведомляет фонд об итогах его рассмотрения.

15. При наличии замечаний фонд в течение пяти рабочих дней дорабатывает проект плана закупа и повторно направляет его на согласование в уполномоченный орган.

16. План закупа медицинских услуг на предстоящий финансовый год утверждается фондом ежегодно в течение трех рабочих дней после согласования с уполномоченным органом.

17. В течение финансового года проводится корректировка плана закупа с учетом факторов, оказывающих воздействие на потребление медицинской помощи.

18. Фонд вносит изменения в план закупа с учетом результатов мониторинга и обоснованности в случаях:

- 1) распределения резерва фонда на непредвиденные расходы;

2) распределения временно свободных активов ОСМС, включая инвестиционный доход;

3) распределения высвободившихся средств, изменения объемов медицинской помощи по результатам сверки исполнения объемов медицинских услуг и финансовых обязательств, а также мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему;

4) изменения объемов средств в связи с изменением тарифов, численности населения, количества больных и других данных, являющихся основанием для размещения услуг;

5) выделения уполномоченным органом дополнительного объема средств целевого взноса, ранее не предусмотренных планом закупа;

6) распределения (перераспределения) объемов услуг и/или нераспределенных средств;

7) внесения изменений в структуру плана закупа;

8) изменения объема и перечня услуг;

9) появления вновь вводимых объектов здравоохранения.

19. Внесение изменений в план закупа в случаях, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 5) пункта 18 настоящих Правил осуществляется по согласованию с уполномоченным органом.

20. Фонд вносит изменения в план закупа в случаях, предусмотренных подпунктами 3), 6), 7), 8), 9) пункта 18 настоящих Правил, по истечении десяти рабочих дней со дня направления проекта изменений в план закупа на согласование в уполномоченный орган и при отсутствии поступивших замечаний в установленный срок.

Фонд вносит изменения в план закупа самостоятельно без уведомления уполномоченного органа при распределении (перераспределении) объема средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в рамках одного вида медицинской помощи, вида медицинской деятельности.

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

### **Параграф 1. Планирование услуг скорой медицинской помощи**

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

- 1) среднегодовая численность населения по республике и в разрезе областей, городов республиканского значения, столицы за период предыдущего года;
- 2) численность населения по половозрастным группам в разрезе областных центров и (или) остальных населенных пунктов;
- 3) подушевого норматива (далее – ПН), определенного согласно подпункту 64) статьи 7 Кодекса.

22. Планируемый объем скорой медицинской помощи определяется на основе численности населения с учетом половозрастных групп и ожидаемого прироста населения в разрезе областей, городов республиканского значения, столицы.

23. Планирование объемов средств скорой медицинской помощи при оплате за ПН осуществляется на уровне областей, городов республиканского значения, столицы по поправочным коэффициентам.

24. При планировании объемов средств скорой медицинской помощи производится расчет путем произведения численности прикрепленного населения на ПН.

### **Параграф 2. Планирование услуг первичной медико-санитарной помощи**



25. Планирование объема услуг ПМСП осуществляется на основании следующих данных:

- 1) среднегодовая численность населения по республике и в разрезе областей, городов республиканского значения, столицы;
- 2) количество населения по половозрастным группам в разрезе областных центров и (или) остальных населенных пунктов;
- 3) количество пациентов с фенилкетонурией за период предыдущих трех лет.
- 4) комплексный подушевой норматив (далее – КПН);
- 5) стимулирующий компонент подушевого норматива (далее – СКПН);
- 6) подушевой норматив скорой медицинской помощи четвертой категории срочности вызовов прикрепленному населению (далее – ПН4);
- 7) объемы потребления лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина;
- 8) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности населению медицинской помощи;
- 9) скрининговые исследования для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В КПН входит комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых специалистами ПМСП (участковым врачом, медсестрой, психологом, социальным работником) и включает следующие услуги:

1) профилактические осмотры целевых групп населения специалистами ПМСП;

2) иммунизация;

3) приемы специалистов ПМСП;

4) лабораторно-диагностические исследования по перечню;

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

- б) патронаж детей в возрасте до одного года;
- 7) медико-социальная помощь при социально значимых заболеваниях;
- 8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

28. Планирование объемов средств на ПМСП при оплате за КПН, за ПН4 осуществляется на уровне областей, городов республиканского значения, столицы по поправочным коэффициентам.

29. Планирование объемов средств на СКПН осуществляется на уровне областей, городов республиканского значения, столицы с учетом численности прикрепленного населения в областях, городах республиканского значения, столицы по определенному тарифу.

30. Планирование объема средств на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина осуществляется на основании расчета потребности по полу и возрасту больных фенилкетонурией.

31. При планировании объема средств на ПМСП производится расчет путем произведения численности прикрепленного населения на КПН, ПН4 и СКПН, а также суммирования расходов на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина, разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности населению медицинской помощи и скрининговые исследования для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения.

### **Параграф 3. Планирование объемов специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях и скрининговых исследований**

32. Планирование специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по следующим направлениям:

- 1) динамическое наблюдение по перечню хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в организациях ПМСП в рамках ГОБМП (далее – динамическое наблюдение на уровне ПМСП);

2) динамическое наблюдение по перечню социально значимых заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению профильными специалистами в виде консультативно-диагностической помощи (далее – КДП) в рамках ГОБМП (далее – динамическое наблюдение социально-значимых заболеваний);

3) динамическое наблюдение по перечню хронических заболеваний, подлежащих наблюдению профильными специалистами, в рамках ГОБМП и системе ОСМС (далее – динамическое наблюдение профильными специалистами);

4) в рамках приема пациента по поводу острого или обострения хронического заболевания;

5) в травматологических пунктах;

6) передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) и медицинских поездов (далее – МП);

7) плановой стоматологической помощи детям и беременным женщинам (за исключением ортодонтической помощи);

8) по наблюдению беременных женщин с учетом услуг медико-генетического скрининга;

9) по охране здоровья обучающихся (школьная медицина);

10) по дерматовенерологической помощи;

11) по услугам молодежных центров здоровья;

12) для республиканских организаций;

13) по услугам пенсионерам и членам семьи военнослужащих, сотрудников правоохранительных и специализированных государственных органов;

14) по отдельным видам диагностических исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) для пациентов с подозрением на онкологические заболевания;

15) по профилактическим медицинским осмотрам/скрининговым исследованиям.

33. Планирование услуг динамического наблюдения на уровне ПМСП осуществляется на основании следующих данных:

- 1) количество лиц, находящихся под динамическим наблюдением на амбулаторном уровне с учетом возраста и пола за период трех лет;
- 2) ежегодный прирост числа лиц, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне, по республике и по областям, городам республиканского значения, столицы за период трех предыдущих лет;
- 3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет;
- 4) перечень хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению на амбулаторном уровне, определенный согласно пункта 2) статьи 88 Кодекса;
- 5) установленный обязательный минимум диагностических исследований;
- 6) периодичность проведения диагностических исследований;
- 7) количество зарегистрированных больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне на отчетный период в разрезе возрастных категорий по данному перечню нозологий;
- 8) количество услуг в год на одного больного по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем суммирования услуг по стандарту;
- 9) общее количество услуг по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения количества услуг в год на одного больного на число больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне по данному заболеванию и (или) группе заболеваний;
- 10) общий объем услуг в разрезе каждой области, городов республиканского значения, столицы по численности больных, состоящих на динамическом наблюдении на амбулаторном уровне в данной области, городов республиканского значения, столицы;
- 11) общий объем услуг по республике определяется путем суммирования объемов услуг каждой области, городов республиканского значения, столицы.

Планирование объема средств на динамическое наблюдение на уровне ПМСП осуществляется поэтапно:

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

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

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

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

При планировании объема средств на услуги динамического наблюдения на уровне ПМСП производится расчет:

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

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

34. Планирование объемов КДП по динамическому наблюдению социально значимых заболеваний осуществляется на основании данных:

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

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

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

4) перечень социально значимых заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению;

5) установленный обязательный минимум диагностических исследований;

6) периодичность проведения данных исследований;

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

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

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

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

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

Планирование объема услуг динамического наблюдения при социально-значимых заболеваниях осуществляется поэтапно:

1) на уровне области, городов республиканского значения, столицы по данной нозологии и по всем половозрастным структурам;

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

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

При планировании объема средств на услуги динамического наблюдения при социально значимых заболеваниях производится расчет:

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

2) общей суммы расходов по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения суммы расходов на одного больного,

состоящего на динамическом наблюдении при социально значимых заболеваниях на число больных, состоящих на динамическом наблюдении по данному социально-значимому заболеванию и (или) группе заболеваний на уровне области, городов республиканского значения, столицы по данной нозологии и в данной половозрастной группе.

Планирование услуг по динамическому наблюдению социально-значимых заболеваний осуществляется в соответствии с изменениями распространенности и численности половозрастных групп, в разрезе нозологий и половозрастных групп на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

35. Планирование объемов услуг КДП динамического наблюдения профильными специалистами осуществляется на основании следующих данных:

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

Планирование объема услуг динамического наблюдения профильными специалистами осуществляется поэтапно:



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

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

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

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

При планировании объема средств на услуги динамического наблюдения профильными специалистами производится расчет:

1) количества услуг в год на одного больного по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем суммирования услуг, определяемых согласно пункту 3 статьи 88 Кодекса;

2) общего количества услуг по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения количества услуг в год на одного больного на число больных, состоящих на динамическом наблюдении профильных специалистами по данному заболеванию и (или) группе заболеваний;

3) общего объема услуг в разрезе каждой области, городов республиканского значения, столицы по численности больных, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами в данной области, городе республиканского значения, столицы;

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

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

6) общей суммы расходов по конкретному заболеванию и (или) группе заболеваний путем произведения суммы расходов на одного больного,

состоящего на динамическом наблюдении профильными специалистами на число больных, состоящих на динамическом наблюдении профильными специалистами по данному заболеванию и (или) группе заболеваний.

Планирование объема услуг КДП на амбулаторном уровне по динамическому наблюдению профильными специалистами осуществляется в соответствии с изменениями распространенности и численности половозрастных групп, в разрезе нозологий и половозрастных групп на основании которых проводится анализ фактической ситуации за последние три года.

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

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

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

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

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

Планирование объема услуг по поводу острого или обострения хронического заболевания осуществляется поэтапно:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Планирование объемов средств на услуги в травматологических пунктах осуществляется поэтапно:

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

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

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

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

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

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

- 1) среднее количество оказанных услуг ПМК, МП по республике за период предыдущих трех лет;
- 2) средняя численность населения по республике за период предыдущих трех лет на уровне села;
- 3) количество действующих ПМК, МП;
- 4) прогнозный охват сельского населения и (или) проживающего населения на станциях;
- 5) период работы ПМК на базе специального автотранспорта с учетом климатических особенностей областей, городов республиканского значения, столицы;
- 6) период работы МП с учетом утвержденного графика движения медицинских поездов.

Планирование объема средств на услуги ПМК, МП осуществляется поэтапно:

- 1) определение прогнозного охвата населения на услуги ПМК и (или) проживающего населения на станциях на услуги МП на уровне областей, столицы;
- 2) расчет потребности в средствах на услуги ПМК и МП с учетом периода работы и графика движения медицинских поездов на уровне республики.

Планирование объема услуг ПМК и МП осуществляется в разрезе каждого ПМК, МП с учетом потребления на один месяц, графиком работы в течение года.

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

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

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

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

Планирование объема средств на услуги плановой стоматологической помощи осуществляется поэтапно:

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

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

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

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

Планирование объема средств на услуги экстренной стоматологической помощи осуществляется поэтапно:

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

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

Планирование объема услуг ортодонтической помощи осуществляется на основании следующих данных:

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

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

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

Планирование объема средств на услуги ортодонтической помощи осуществляется поэтапно:

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

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

40. Планирование объема услуг по наблюдению беременных женщин с учетом услуг медико-генетического скрининга осуществляется в соответствии с изменениями численности беременных женщин.

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

- 1) количество беременных женщин, получивших услуги по наблюдению с учетом возраста за период предыдущего года;
- 2) контингент беременных женщин по республике, областям и городам республиканского значения, столицы за период предыдущего года;
- 3) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

Планирование объема средств на услуги по наблюдению беременных женщин осуществляется поэтапно:

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

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

41. Планирование объема услуг по охране здоровья обучающихся (школьная медицина) осуществляется в соответствии с изменениями численности учащихся по данным местных исполнительных органов.

Планирование объема услуг школьной медицины осуществляется на основании следующих данных:

- 1) количество услуг, оказанных в рамках школьной медицины с учетом возраста и пола за период предыдущего года;
- 2) средняя численность школьников по республике за период предыдущих трех лет.

Планирование объема средств на услуги школьной медицины осуществляется поэтапно:

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

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

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

Планирование объема услуг дерматовенерологической помощи осуществляется на основании следующих данных:

- 1) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет;
- 2) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областям и городам республиканского значения, столицы за период трех предыдущих лет;

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

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

Планирование объема средств на услуги дерматовенерологической помощи на амбулаторном уровне осуществляется поэтапно:

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

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

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

Планирование объема средств на молодежные центры здоровья осуществляется поэтапно:

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

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

44. Планирование объема услуг КДП на амбулаторном уровне для республиканских организаций осуществляется отдельно по категориям населения и видам получаемых услуг на основании следующих данных:

1) количество посещений по кодам заболеваний по МКБ-10 в республиканские организации по категориям населения и видам получаемых услуг за период предыдущего года;

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



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

45. Планирование Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, сотрудников правоохранительных и специализированных государственных органов рассчитываются исходя из заявок ведомственных организации таких как Комитет национальной безопасности Республики Казахстан, Министерство обороны Республики Казахстан, Министерство внутренних дел Республики Казахстан и Службы государственной охраны Республики Казахстан.

46. Планирование услуг по отдельным видам диагностических исследований компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста осуществляется на основании следующих данных:

- 1) количество аппаратов для компьютерной томографии (далее – КТ), магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ);
- 2) среднее продолжительность исследования;
- 3) количество исследований в день;
- 4) количество исследований в амбулаторных условиях.

Планирование объема средств по дорогостоящим видам диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) осуществляется поэтапно:

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

При планировании объема средств по отдельным видам диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) производится расчет путем произведения планируемого количества услуг в год при максимальной нагрузке на расчетную среднюю стоимость тарифов по КТ, МРТ.

47. Планирование услуг по профилактическим медицинским осмотрам /скрининговым исследованиям осуществляется по услугам, оказываемым в амбулаторных условиях.

48. Планирование объемов услуг по профилактическим медицинским осмотрам /скрининговым исследованиям осуществляется на основании данных:

1) количества лиц, подлежащим профилактическим медицинским осмотрам /скрининговым исследованиям с учетом возраста и пола за период прошлого года;

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

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

49. Планирование объема средств услуг по профилактическим медицинским осмотрам/ скрининговым исследованиям осуществляется поэтапно:

1) на уровне областей, городов республиканского значения, столицы по каждому виду профилактических медицинских осмотров/скрининговых исследований и целевой группы;

2) на уровне областей, городов республиканского значения, столицы по всем видам профилактических медицинских осмотров/скрининговых исследований и по всем целевым группам;

3) на уровне республики по всем видам профилактических медицинских осмотров/скрининговых исследований и по всем целевым группам.

50. При планировании объема средств услуг по профилактическим медицинским осмотрам/ скрининговым исследованиям производится расчет путем произведения количества услуг на тарифы.

#### Параграф 4. Планирование услуг программного диализа

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

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

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

1) среднее количество числа сеансов программного диализа по республике за период трех предыдущих лет;

2) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний, подлежащих программному диализу по республике за период трех предыдущих лет;

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

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

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

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

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

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

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

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

1) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы;

2) на уровне республики.

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

### **Параграф 5. Планирование специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях**

59. Планирование объемов специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях осуществляется отдельно на республиканском, городском и сельском уровнях на основании следующих данных:

- 1) фактические показатели числа госпитализаций за период предыдущего года;
- 2) среднее количество числа госпитализаций за период трех предыдущих лет;
- 3) показатели заболеваемости за период трех предыдущих лет;
- 4) прогнозная заболеваемость на планируемый период;
- 5) демографические показатели за период трех предыдущих лет, прогнозная численность населения на планируемый период.

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

61. Планирование объема средств на услуги специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по данной половозрастной группе;

2) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по данному классу МКБ-10, по всем половозрастным группам;

3) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по всем классам МКБ-10, по всем половозрастным группам;

4) на уровне республики, по всем классам МКБ-10, по всем половозрастным группам.

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

63. При планировании объема средств на специализированную медицинскую помощь в стационарозамещающих условиях производится расчет путем произведения прогнозного объема случаев госпитализаций и средней стоимости одного пролеченного случая за период предыдущего года по классу МКБ-10 и половозрастной группе с учетом изменений базовой ставки и методов оплаты за один пролеченный случай при оказании специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях.

## **Параграф 6. Планирование специализированной медицинской помощи в стационарных условиях**

64. Планирование объема услуг при оказании специализированной медицинской помощи (далее – СМП) в стационарных условиях осуществляется отдельно на республиканском, городском и сельском уровнях на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа госпитализаций за период предыдущего года;

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

3) показатели заболеваемости за период трех предыдущих лет;

4) прогнозная заболеваемость на планируемый период;

5) прогнозная численность населения на планируемый период.

65. Планируемый объем СМП в стационарных условиях на республиканском, городском и сельском уровнях определяется в зависимости от уровня госпитализации, показателей заболеваемости населения в разрезе классов МКБ-10 и численности населения.

66. При планировании объема средств на СМП в стационарных условиях производится расчет путем произведения прогнозного объема случаев госпитализаций и средней стоимости одного пролеченного случая за период предыдущего года по классу МКБ-10 и половозрастной группе с учетом изменений базовой ставки и методов оплаты за один пролеченный случай при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

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

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

69. Планирование объема услуг приемных отделений специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется отдельно на уровне города и села на основании следующих данных:

1) фактические показатели числа случаев в приемных отделениях за период предыдущего года;

2) среднее количество числа случаев в приемных отделениях за период трех предыдущих лет;

3) показатели фактической заболеваемости за период трех предыдущих лет, прогнозная заболеваемость на планируемый период;

4) демографические показатели за период трех предыдущих лет, прогнозная численность населения на планируемый период.

70. Планируемый объем приемных отделений СМП в стационарных условиях на городском и сельском уровнях определяется в соответствии с

оказанными медицинскими услугами на уровне приемных отделений, прогнозной заболеваемости, изменениями численности населения, в разрезе классов МКБ-10 и половозрастных групп.

71. Планирование объема средств на приемные отделения СМП в стационарных условиях осуществляется путем произведения прогнозного объема случаев и средней стоимости одного случая за период предыдущего года по классу МКБ-10 и половозрастной группе с учетом изменений базовой ставки и методов оплаты.

72. Плановое количество случаев обращения в приемные покои стационаров госпитализации может корректироваться в зависимости от лимита планируемого объема средств на уровне города и села.

## **Параграф 7. Планирование высокотехнологичной медицинской помощи**

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

- 1) фактические показатели числа получивших услуги ВТМП по республике за период предыдущего года;
- 2) средняя численность населения по республике за период предыдущего года;
- 3) количество оказанных видов услуг ВТМП по коду операций по МКБ – 9;
- 4) количество лиц, получивших ВТМП, в том числе по экстренным показаниям;
- 5) данные анализа международного опыта оказания услуг ВТМП;
- 6) предложения местных органов государственного управления здравоохранением, научных центров, научно-исследовательских институтов о прогнозных объемах оказания услуг ВТМП на планируемый период в разрезе субъектов здравоохранения и технологий;
- 7) тарифы на услуги ВТМП.

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

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

76. Планирование объема средств в пределах рекомендуемого международного уровня и в пределах пропускной способности поставщиков на услуги ВТМП осуществляется на уровне республики.

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

78. При планировании объема средств ВТМП производится расчет путем произведения прогнозного количества услуг на среднюю стоимость услуг за прошедший год и (или) на тариф.

## **Параграф 8. Планирование услуг паллиативной медицинской помощи**

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

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

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;
- 2) средняя численность госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, подлежащим паллиативной медицинской помощи за период трех предыдущих лет;
- 3) среднее количество числа госпитализаций пациентов, получивших услуги паллиативной медицинской помощи по республике за период трех предыдущих лет;



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

81. Планирование паллиативной медицинской помощи осуществляется в соответствии с изменениями общей численности населения по количеству пациентов, подлежащих паллиативной медицинской помощи за период трех предыдущих лет.

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

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

84. Планирование объема средств на услуги паллиативной медицинской помощи при оплате за койко-день, а также в форме мобильных бригад производится расчет:

1) на уровне областей и городов республиканского значения, столицы путем произведения планируемого количества койко-дней, выездов мобильных бригад на соответствующий тариф;

2) на уровне республики путем суммирования региональных бюджетов паллиативной медицинской помощи.

## **Параграф 9. Планирование услуг патологоанатомической диагностики**

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

1) фактическое число летальных случаев в стационарах за период предыдущего года;

2) среднее количество числа летальных случаев в стационарах за период трех предыдущих лет;

3) фактическое число патологоанатомических вскрытий за период предыдущего года;

4) среднее количество числа патологоанатомических вскрытий за период трех предыдущих лет;

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

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

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

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

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

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

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

## **Параграф 10. Планирование услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, по производству препаратов крови**

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

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;
- 2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет;
- 3) среднее количество госпитализаций пациентов, получивших услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови по республике за период трех предыдущих лет;
- 4) среднее количество зарегистрированных случаев заболеваний по республике за период трех предыдущих лет;
- 5) демографические показатели движения населения по республике за период предыдущего года;
- 6) средняя численность населения по республике за период трех предыдущих лет.

90. Планирование объема средств на услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови осуществляется поэтапно:

- 1) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по данному профилю (для СМП) или кода операций по МКБ-9 (для ВТМП), по определенному тарифу;
- 2) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по всем профилям (для СМП) или кодам операций по МКБ-9 (для ВТМП), по определенному тарифу;
- 3) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы по всем профилям (для СМП) или кодам операций по МКБ-9 (для ВТМП), по всем тарифам;

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

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

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

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

## **Параграф 11. Планирование медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией**

94. Планирование объема услуг медико-социальной помощи лицам, зараженным ВИЧ-инфекцией, осуществляется отдельно для лиц, состоящих под динамическим наблюдением, лиц, обратившихся в дружественные кабинеты, и лиц, обследованных на ВИЧ - инфекцию на основании следующих данных:

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

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

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

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

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

95. При определении прогнозного количества лиц, состоящих под динамическим наблюдением, и планирования объема средств производятся расчет:

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

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

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

96. При определении прогнозного количества лиц, обратившихся в дружественные кабинеты и планирования объема средств производятся расчеты:

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

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

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

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

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

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

3) объема услуг по республике суммируя объемы услуг каждой области и городов республиканского значения, столицы.

98. При планировании объема услуг республиканской организации и планирования объема средств производятся расчеты:

1) прогнозного количества лиц, состоящих под динамическим наблюдением;

2) прогнозного числа услуг на одного пациента, состоящего под динамическим наблюдением;

3) сумма расходов рассчитывается путем произведения стоимости услуг по справочнику медицинских услуг и прогнозного числа услуг.

99. При планировании объема средств лекарственного обеспечения антиретровирусными препаратами производится расчет:

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

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

## **Параграф 12. Планирование медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом**

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

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

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

- 1) обеспечения противотуберкулезными препаратами;
- 2) республиканских организаций, оплата которым осуществляется за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях по тарифу за один койко-день (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь лицам, больным туберкулезом).

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

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

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

103. При планировании объема средств медико-социальной помощи лицам, больным туберкулезом производится расчет:

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

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

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

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

2) прогнозной годовой среднесписочной численности лиц, больных туберкулезом.

105. При планировании объема средств лекарственного обеспечения противотуберкулезными препаратами производится расчет:

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

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

**Параграф 13. Планирование медицинской помощи в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями)**



106. Медицинская помощь в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) оказывается на уровне ПМСП, в амбулаторных, стационарных и стационарозамещающих условиях (добровольное и принудительное).

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

- 1) фактические показатели числа госпитализаций по республике за период предыдущего года;
- 2) среднее количество числа госпитализаций по республике за период трех предыдущих лет;
- 3) среднее количество больных, состоящих на учете по динамическому наблюдению лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) по республике за период трех предыдущих лет;
- 4) ежегодный прирост числа пациентов, состоящих на учете по республике, областей, городов республиканского значения, столицы за период трех предыдущих лет;
- 5) среднее количество пациентов, впервые выявленных по республике, областей, городов республиканского значения, столицы за период трех предыдущих лет;
- 6) среднее количество пациентов, обследованных с подозрением на заболевание по республике, областей, городов республиканского значения, столицы за период трех предыдущих лет.

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

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

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

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

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

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

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

#### **Параграф 14. Планирование медицинской помощи лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями в стационарных условиях**

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

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

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

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

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

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

113. Планирование объемов средств на услуги в стационарных условиях лицам с инфекционными и паразитарными заболеваниями осуществляется поэтапно:

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

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

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

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

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

## **Параграф 15. Планирование онкологической помощи населению Республики Казахстан**

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

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

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

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

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

5) с учетом затрат на перезарядку лучевого оборудования и сервисного обслуживания ионизирующего излучения в рамках реализации мероприятий, предусмотренных постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 октября 2023 года № 874 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2023 - 2027 годы».

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

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

2) прогнозной годовой среднесписочной численности онкологических больных путем произведения численности онкологическим больным, зарегистрированных в электронном регистре онкологических больных за период

предыдущего года на средний темп изменения количества онкологических больных в разрезе областей и городов республиканского значения, столицы;

3) коэффициента госпитализации по нозологиям путем анализа соотношения заболеваний и фактического числа госпитализаций для каждой нозологии за период предыдущего года;

4) прогнозного количества госпитализаций путем произведения годовой среднесписочной численности онкологических больных на коэффициент госпитализации за период предыдущего года;

5) прогнозного количество услуг в год на одного больного по МКБ-10 определяется путем произведения минимального объема услуг на периодичность обследования, в соответствии со стандартом оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан.

119. При определении объема средств онкологической помощи населению Республики Казахстан производится расчет:

1) на уровне областей, городов республиканского значения и столицы:

по оказанию специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях для пациентов II клинической группы путем произведения прогнозного количества услуг на тарифы;

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

2) на уровне республики путем суммирования бюджетов областей и городов республиканского значения, столицы.

120. Расчет объемов онкологической помощи для республиканских организаций осуществляется аналогично расчетам, применяемым на уровне областей и городов республиканского значения, столицы для оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях.

## **Параграф 16. Планирование медицинской помощи онкогематологическим больным**

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

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

122. Планируемый объем услуг стационарной помощи онкогематологическим больным определяется в соответствии с прогнозной заболеваемостью в разрезе кодов МКБ-10.

123. Планирование объемов средств на стационарную помощь онкогематологическим больным осуществляется поэтапно:

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

## **Параграф 17. Планирование услуг медицинской реабилитации**

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

1) фактические показатели числа госпитализаций по кодам заболеваний по МКБ-10, формирующим потребность в медицинской реабилитации второго и третьего этапа, по республике за период предыдущего года;

2) среднее количество госпитализаций пациентов, получивших услуги медицинской реабилитации в стационарных и стационарозамещающих условиях, по республике за период предыдущего года;

3) среднее количество числа госпитализаций пациентов, получивших услуги медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по республике за период трех предыдущих лет;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



---

## **Параграф 18. Планирование объема услуг при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях**

129. Планирование объема услуг на направление граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) для проведения лечения в отечественных медицинских организациях с привлечением зарубежных специалистов (далее – мастер класс) осуществляется на основании следующих данных:

- 1) фактическое число лиц, получивших лечение за рубежом и в рамках мастер классов за период предыдущего года;
- 2) фактическое число лиц, получивших лечение за рубежом и в рамках мастер классов за период трех предыдущих лет;
- 3) прогнозная заболеваемость на планируемый период.

130. Планирование объема средств на направление граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) на лечение в рамках мастер классов производится путем произведения прогнозного количества случаев на среднюю стоимость одного случая за период предыдущего года по классам МКБ-10 и технологиям, а также с учетом расходов по переходящим пациентам, направленным на лечение в предыдущих годах, на основании следующих данных:

- 1) фактическая сумма расходов при направлении граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и в рамках мастер классов за период предыдущего года;
- 2) фактическая сумма расходов по переходящим пациентам, направленным на лечение за рубеж и (или) на лечение в рамках мастер классов в предыдущих годах.

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

132. Планирование объемов лекарственных средств на амбулаторном уровне в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется в соответствии с подпунктом 49) статьи 7 Кодекса.