

Приложение 1
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2015 года
№ _____

**Правила
возмещения затрат организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств**

Общие положения

1. Настоящие Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье) и определяют порядок возмещения затрат с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет бюджетных средств организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – организации, оказывающие ГОБМП), за исключением организаций здравоохранения:

- 1) являющихся государственными учреждениями;
- 2) ответственных за выполнение государственного задания;
- 3) оказывающих лечение в порядке, определенном Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795) (далее – Правила направления граждан на лечение за рубеж).

1. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах возмещения:

- 1) базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП в формах первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-

диагностической помощи по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню услуг без учета поправочных коэффициентов;

2) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения по перечню услуг с учетом поправочных коэффициентов;

3) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – комплексный подушевой норматив АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале «Регистр прикрепленного населения» (далее – портал РПН) к субъекту здравоохранения, оказывающему первичную медико-санитарную помощь, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива АПП и стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива;

4) метод аннуитетных платежей – метод начисления вознаграждения (процентов), при котором погашение задолженности по финансовому лизингу осуществляется равными платежами на протяжении всего срока лизинга, включающий увеличивающиеся платежи по основному долгу и уменьшающиеся платежи по вознаграждению, начисленному за период на остаток основного долга;

5) тариф за один пролеченный случай по заболеванию (далее – тариф по заболеванию) – стоимость комплекса медицинских услуг, оказанных пациенту, претендующему на лечение за рубежом за счет бюджетных средств, в условиях отечественных медицинских организаций;

б) перечень заболеваний и перечень отдельных категорий граждан – перечень заболеваний, при которых граждане Республики Казахстан направляются на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, и перечень отдельных категорий граждан Республики Казахстан, направляемых на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, определенные на основании подпункта 80) статьи 7 Кодекса о здоровье;

7) субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц город районного значения, село, поселок, сельский округ, район, и

предоставляющий комплекс услуг ГОБМП сельскому населению, зарегистрированному в портале РПН, по определяемому управлением здравоохранения (далее – УЗ) перечню форм медицинской помощи;

8) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг ГОБМП, оказываемых сельскому населению, по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню форм медицинской помощи с учетом поправочных коэффициентов;

9) комплексный подушевой норматив на оказание услуг ГОБМП сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг ГОБМП по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню форм медицинской помощи в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в портале РПН, к субъекту села, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива;

10) стоимость базовой ставки – расчетная стоимость одной единицы услуги ГОБМП;

11) первичная медицинская документация – документы, предназначенные для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи, формы которых утверждены приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) (далее – приказ № 907): медицинские карты амбулаторного пациента (форма № 025/у) (далее – форма № 025/у), карты амбулаторного пациента (форма № 025-5/у) (далее – форма № 025-5/у) статистические карты амбулаторного пациента для консультативно-диагностических центров (поликлиник) (форма №025-9/у) (далее – форма № 025-9/у), карты амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга) (форма № 025-8у) (далее № 025-8у), статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07у) (далее – форма № 025-07у), карты стационарного больного (форма № 003/у) (далее – форма № 003/у), карты больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому (форма № 003-2/у) (далее –

форма № 003-2/у), истории родов (форма № 096/у) (далее – форма № 096/у), истории развития новорожденного (форма № 097/у) (далее – форма № 097/у), извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования по форме № 090/у (далее – форма № 090/у), направление на консультацию, диагностическое исследование (форма № 001-4/у) (далее – форма № 001-4/у);

12) администратор бюджетной программы (далее – администратор) – Министерство здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство) или местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов Астаны и Алматы (далее – УЗ);

13) субъект информатизации в области здравоохранения (далее – СИ) – юридическое лицо, осуществляющее деятельность и вступающее в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения, в части информационно-технического сопровождения информационных систем «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (далее – ИС «АПП»), «Дополнительный компонент подушевого норматива» (далее – ДКПН), «Электронный регистр стационарных больных» (далее – ЭРСБ), «Система управления качеством медицинских услуг» (далее – СУКМУ), «Электронный регистр онкологических больных» (далее – ЭРОБ), портала РПН, программного комплекса «Автоматизированная информационная система медицинских организаций» комплекса программ «Поликлиника» (далее – АИС «Поликлиника»), «Бюро госпитализации (далее – ИС «Бюро госпитализации») включая обеспечение информационной безопасности и организационно-методическую работу с субъектами здравоохранения, предварительную оценку пролеченных случаев;

14) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

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

16) Рабочий орган – консультативный орган по вопросам направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных

средств, определяемый уполномоченным органом в соответствии с Правилами направления граждан на лечение за рубеж;

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

18) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) – стимулирующая составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке, определенном Правилами поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденными приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11526) (далее – приказ № 429);

19) комплексный тариф – стоимость комплекса медицинских услуг ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в ЭРОБ, за исключением, больных с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, утвержденная администратором;

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

21) договор финансового лизинга – трехсторонний договор, в соответствии с которым лизингодатель обязуется приобрести в собственность указанный лизингополучателем предмет лизинга у поставщика в соответствии с настоящими Правилами и предоставить лизингополучателю предмет лизинга во временное владение и пользование за плату в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан;

22) постоянно действующая Комиссия по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации (далее – Комиссия по направлению на лечение за рубеж) – консультативно-совещательный орган по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации при уполномоченном органе в порядке, определенном на основании Правил направления граждан на лечение за рубеж;

23) субподрядчик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор субподряда;

24) договор субподряда – гражданско-правовой договор, заключенный между субподрядчиком и поставщиком для исполнения части обязательств поставщика по договору на оказание ГОБМП;

25) экспертиза документации – ретроспективный анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, ранее получивших медицинские услуги;

26) поставщик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор на оказание ГОБМП;

27) Комиссия по оплате услуг – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком из числа письменно представленных кандидатур соответствующих УЗ, территориальных департаментов Комитета охраны общественного здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан для определения суммы, подлежащей оплате за оказанные услуги ГОБМП, с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

28) лизингополучатель – организация здравоохранения (участник лизинговой сделки), который принимает на условиях договора финансового лизинга предмет лизинга;

29) лизингодатель – участник лизинговой сделки, который за счет привлеченных и (или) собственных денег приобретает в собственность предмет лизинга и передает его лизингополучателю на условиях договора финансового лизинга;

30) срок лизинга – срок, на который предмет лизинга предоставляется лизингополучателю во временное владение и пользование в соответствии с договором финансового лизинга. При этом досрочное расторжение договора финансового лизинга при сохранении права собственности на предмет лизинга за лизингодателем не влечет за собой изменения срока лизинга;

31) лизинговые платежи – периодические платежи, представляющие собой общую сумму платежей по договору финансового лизинга за весь срок действия договора финансового лизинга;

32) график лизинговых платежей – информация о сроках, размерах погашения лизинговых платежей, доле лизингового платежа на одну медицинскую услугу, общей сумме вознаграждения и плановом количестве медицинских услуг в месяц, формируемая для каждого лизингополучателя

индивидуально, в соответствии с договором финансового лизинга и учетом сроков поставки предмета лизинга;

33) выплата лизинговых платежей – возмещение затрат лизингополучателя на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга;

34) медицинская техника – аппараты, приборы и оборудование, применяемые отдельно, в комплексах или системах в медицинских целях для профилактики, диагностики, лечения заболеваний, реабилитации, научных исследований медицинского характера;

35) Комитет охраны общественного здравоохранения (далее – КООЗ) – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – ТД КООЗ), осуществляющие государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг;

36) Комитет оплаты медицинских услуг Министерства (далее – КОМУ) – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – ТД КОМУ), осуществляющие оплату за оказанные медицинские услуги за счет средств республиканского бюджета;

37) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека для обеспечения ГОБМП в форме ПМСП;

38) субъект ПМСП - субъект здравоохранения городского значения, оказывающий ПМСП, предоставляющий комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП прикрепленному населению, зарегистрированному в портале РПН;

39) медицинская помощь онкологическим больным – комплекс медицинских услуг, направленных на диагностику и лечение (в том числе с предраковыми заболеваниями и доброкачественными новообразованиями) и диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями, включающих лекарственное обеспечение, на всех уровнях;

40) среднесписочная численность онкологических больных – численность онкологических больных в среднем за отчетный период, которая определяется путем суммирования численности онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ, за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца;

41) ЭРОБ – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией, данные которой используются при размещении ГОБМП и его оплате;

42) отечественная медицинская организация - организация здравоохранения, зарегистрированная в соответствии с законодательством о государственной регистрации юридических лиц, с которой заключен договор на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом

43) срок окупаемости – период времени, необходимый для покрытия затрат лизингополучателя на приобретение в собственность предмета лизинга;

44) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства или УЗ, осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП и возмещение его затрат за счет средств республиканского или местного бюджетов в соответствии с Правилами выбора поставщика, а также гражданским законодательством Республики Казахстан;

45) тарификатор – утвержденный перечень медицинских услуг с указанием их стоимости согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье;

46) договор на оказание ГОБМП – гражданско-правовой договор на оказание ГОБМП, заключенный между заказчиком и поставщиком в соответствии с Правилами выбора поставщика;

47) тариф услуги ГОБМП (далее – тариф) – стоимость единицы или комплекса услуг ГОБМП;

48) субъект мониторинга и анализа ГОБМП – юридическое лицо, осуществляющее деятельность и вступающее в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения в части мониторинга, анализа результатов деятельности субъектов здравоохранения по оказанию ГОБМП и оценки медико-экономической эффективности внедрения методов оплаты ГОБМП;

49) платежные документы – счет-реестр, протокол исполнения договора и акт выполненных работ (услуг);

50) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые администратором с целью корректировки тарифа в порядке, определенном Методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946) (далее – Методика формирования тарифов);

51) линейная шкала оценки исполнения договора (далее – Линейная шкала) – механизм расчета суммы возмещения в случаях превышения месячной

суммы договора на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

52) зарубежный специалист – иностранный дипломированный и сертифицированный специалист в сфере здравоохранения, приглашенный с визитом в Республику Казахстан для оказания высокотехнологичных медицинских услуг, не оказываемых отечественными организациями здравоохранения, в том числе для проведения мастер-классов;

53) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень затратности клиничко-затратных групп к стоимости базовой ставки;

54) республиканская организация здравоохранения – организации здравоохранения, находящиеся в ведении уполномоченного органа, организации здравоохранения автономной организации образования, клиники организаций медицинского образования;

55) подушевой норматив за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования (далее - подушевой норматив школьника) – стоимость комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи в рамках ГОБМП на одного обучающегося или воспитанника, зарегистрированного в портале «РПН» за организацией образования, которая закреплена за субъектом здравоохранения, оказывающим ПМСП.

56) рабочий орган – координирующий и консультативный орган по вопросам направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств (далее – Рабочий орган), услуги которого финансируются из республиканского бюджета в соответствии с договором, заключенным с уполномоченным органом.

2. Порядок возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим ГОБМП, за счет бюджетных средств

3. Возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, за счет бюджетных средств осуществляется заказчиком на основании заключенных договоров на оказание ГОБМП в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год с учетом реализации гражданами Республики Казахстан права свободного выбора субъекта, оказывающего ГОБМП, и результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

4. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, на основании актов выполненных работ (услуг).

5. Тарифы с учетом поправочных коэффициентов формируются в соответствии с Методикой формирования тарифов.

6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с их деятельностью по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП, включенные в тариф в соответствии с Методикой формирования тарифов.

В случае превышения организациями, оказывающими ГОБМП, в организационно-правовой форме государственных предприятий суммы договора на оказание ГОБМП в связи с увеличением расходов на оплату коммунальных услуг, возмещение данных расходов осуществляется по решению местного представительного органа из средств местного бюджета областей, города республиканского значения и столицы.

7. Результаты контроля качества и объема медицинской помощи предоставляются на Комиссию по оплате услуг по итогам:

контроля качества и объема, проводимого в рамках государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг с целью оценки соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения в виде выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля без посещения субъекта (объекта) здравоохранения в порядке, установленном Предпринимательским кодексом Республики Казахстан от 29 октября 2015 года (далее – Предпринимательский кодекс) (далее – контроль качества и объема), внесенным в ИС СУКМУ, в том числе в модуль «Дефекты оказания медицинских услуг», специалистами КООЗ и ТД КООЗ;

экспертизы объема с целью оценки соответствия оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье, проводимой заказчиком для проверки достоверности объема медицинской помощи в рамках заключенного договора на оказание ГОБМП (далее – контроль объема).

8. ТД КООЗ по результатам выборочных и внеплановых проверок формирует:

акт о результатах проверки оформленный в порядке, определенном на основании статьи 152 Предпринимательского кодекса;

на каждый случай смерти (летального исхода) экспертное заключение по форме согласно **приложению 1** к настоящим Правилам на основании экспертизы медицинской документации по запросу.

9. На каждый случай с выявленными дефектами оказания медицинских услуг ТД КООЗ формирует лист экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно **приложению 2** к настоящим Правилам.

10. Заказчик ежеквартально оценивает исполнение обязательств организацией, по заключенному договору на оказание ГОБМП и осуществляет изменение суммы договора на оказание ГОБМП путем заключения дополнительного соглашения, в том числе на сумму по результатам контроля качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев, на сумму неисполненных и (или) ненадлежащим образом исполненных обязательств.

Заказчик оценку исполнения обязательств организацией, по заключенному договору на оказание ГОБМП, в октябре и в ноябре осуществляет в декабре.

Заказчик принимает исполнение обязательств организацией, по заключенному договору на оказание ГОБМП, за оказанные услуги в декабре с учетом результатов контроля качества и объема.

Организации, оказывающие ГОБМП, не вправе требовать от заказчика возмещение затрат на оказание услуг, не предусмотренных договором на оказание ГОБМП и не предъявленных к оплате.

11. Корректировка сумм бюджетных средств по договору на оказание ГОБМП за принятые к оплате медицинские услуги производится при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия договора.

12. Заказчик по согласованию с организацией, оказывающей ГОБМП, осуществляет авансовую (предварительную) оплату по заключенному договору на оказание ГОБМП в размере не более 30 процентов от суммы договора.

13. Заказчик при оплате за оказанные медицинские услуги ГОБМП за отчетный период в протоколе исполнения договора на оказание ГОБМП указывает сумму выплаты (вычета) и основание выплаты (вычета) в случае наличия решения судебных органов либо комиссионного решения по результатам актов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, оформленного протоколом.

Параграф 1. Возмещение затрат за оказание АПП по комплексному подушевому нормативу АПП

14. Возмещение затрат за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета.

15. Возмещение затрат за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСП осуществляется заказчиком с участием КООЗ и ТД КООЗ, лизингодателя и СИ.

16. Комплексный подушевой норматив АПП для субъекта ПМСП за отчетный период определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца, в соответствии с Методикой формирования тарифов.

17. Комплексный подушевой норматив АПП устанавливается не ниже базового комплексного подушевого норматива АПП, определенного уполномоченным органом на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье.

18. Комплексный подушевой норматив АПП субъекта ПМСП предусматривает расходы в рамках заключенного договора на оказание ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП) по следующим видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива АПП по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 3 к настоящим Правилам (далее - амбулаторно-поликлиническая помощь в рамках ГОБМП);

2) стимулирование работников ПМСП за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъектов ПМСП, утвержденные уполномоченным органом, в пределах средств, предусмотренных по СКПН, в порядке, определенном приказом № 429 (далее – стимулирование работников ПМСП).

19. Комплексный подушевой норматив АПП не включает расходы на выплату лизинговых платежей.

20. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период определяется путем умножения комплексного подушевого норматива АПП для субъектов ПМСП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца.

Сумма оплаты за оказание АПП субъекта ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

21. Субъекты ПМСП обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках ГОБМП прикрепленному населению по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь субъектами здравоохранения городского значения и субъектами села по комплексному подушевому нормативу, в соответствии со стандартами в области здравоохранения в пределах сумм договора на оказание ГОБМП.

Субъекты ПМСП не вправе оказывать прикрепленному населению услуги, включенные в амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках ГОБМП, на платной основе, за исключением случаев, определенных Правилами и условиями оказания платных услуг в организациях здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 апреля 2015 года № 304 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 12 июня 2015 года № 11341).

22. Субъект ПМСП в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает Заказчику, сформированный в ИС «АПП» счет-реестр за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению субъекта, оказывающего первичную медико-санитарную помощь (далее – счет-реестр субъекта ПМСП), подписанный руководителем лично или посредством ЭЦП.

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, и (или) обстоятельств, связанных с обновлением ИС, заказчик принимает счет-реестр субъекта ПМСП позднее установленного срока.

23. Заказчик формирует в ИС «АПП» протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную

помощь (далее – протокол исполнения договора на оказание ПМСП) на основании:

подписанного субъектом ПМСП счет-реестра субъекта ПМСП;

результатов контроля качества и объема (при их наличии), проведенного ТД КООЗ и заказчиком, по основаниям предусмотренным законодательством и договором на оказание ГОБМП, по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам выборочного контроля качества и объема оказанной амбулаторно – поликлинической помощи (первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической) согласно **приложению 4** к настоящим Правилам;

результатов достижения субъектом ПМСП индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

Протокол исполнения договора на оказание ПМСП рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг.

24. Заказчик на основании протокола исполнения договора на оказание ГОБМП в ИС «АПП» формирует акт выполненных работ (услуг) ПМСП оказанной в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – акт выполненных работ (услуг) ПМСП) в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту ПМСП.

25. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) ПМСП осуществляется не позднее 15 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта ПМСП.

26. Формирование платежных документов осуществляется в автоматическом режиме при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС «АПП»:

1) заказчик в модуле «Платежная система»:

вводит данные во вкладке «Основные условия договора», подтверждает их и прикрепляет копии договора на оказание ПМСП и дополнительных соглашений к договору на оказание ПМСП при их наличии;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора ПМСП по форме согласно **приложению 5** к настоящим Правилам;

акт выполненных работ (услуг) ПМСП по форме согласно **приложению 6** к настоящим Правилам;

2) лизингодатель вводит и подтверждает данные по заключенным с субъектом ПМСП договорам на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

3) СИ вводит и подтверждает данные по субподрядчикам и оказываемым ими КДУ в соответствии с данными электронного реестра;

4) субъект ПМСП:

ежедневно в модуле «Регистратура» вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно в АИС «Поликлиника» осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у, форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно вводит внешние направления на КДУ по форме 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

в модуле «Платежная система»:

вводит и подтверждает данные по заключенным договорам субподряда и дополнительным соглашениям к договору субподряда при их наличии; не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, по форме согласно **приложению 7** к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период счет-реестр субъекта ПМСП по форме согласно **приложению 8** к настоящим Правилам;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 раздела 2 настоящих Правил;

протокол исполнения договора субподряда на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению субъекта ПМСП (далее – протокол исполнения договора субподряда);

акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субъекта ПМСП (далее – акт выполненных работ (услуг) по договору субподряда);

вводит данные и подтверждает их за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно **приложению 9** к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно **приложению 10** к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно **приложению 11** к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно **приложению 12** к настоящим Правилам.

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

27. Введенные в ИС данные доступны заказчику, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ, субъекту мониторинга и анализа ГОБМП, СИ, лизингодателю, научно-исследовательским организациям для ежедневного мониторинга, анализа и оценки, для принятия управленческих решений заказчиком в рамках их компетенций.

28. Размер СКПН определяется администратором на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье и является единым на территории Республики Казахстан.

29. Эффективность использования средств СКПН, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП (далее – индикаторы конечного результата), обеспечивается следующими участниками при выполнении ими функций, определенных пунктами 32 и 33 настоящих Правил (далее - участники):

- 1) субъекты ПМСП;
- 2) субъекты села;

- 3) заказчик в лице ТД КОМУ;
- 4) УЗ;
- 5) КООЗ и ТД КООЗ;
- 6) КОМУ;
- 7) СИ;
- 8) субъект мониторинга и анализа ГОБМП;
- 9) научно-исследовательские организации, осуществляющие мониторинг индикаторов процесса с целью обеспечения достижения индикаторов конечного результата.

30. Функции участников при проведении мониторинга за обеспечением эффективного использования ресурсов, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата:

- 1) КОМУ и ТД КОМУ:

контроль целевого использования средств СКПН субъектами ПМСП и субъектами села;

оценка формирования в ДКПН расчетов значений индикаторов и сумм СКПН согласно Методике формирования тарифов;

мониторинг за своевременной выплатой сумм СКПН субъектами ПМСП и субъектами села их работникам;

мониторинг и оценка распределения сумм СКПН работникам ПМСП по итогам достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период в соответствии с приказом № 429 на основании данных в ДКПН, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

рассмотрение обращений граждан, субъектов ПМСП и субъектов села по вопросам СКПН;

- 2) КООЗ и ТД КООЗ:

мониторинг индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП и субъекта села, влияющих на значения индикаторов конечного результата, на основании данных в ДКПН в соответствии с приказом № 429;

- 3) УЗ:

обеспечение реализации системы СКПН на уровне региона;

координация деятельности участников процесса на уровне региона;

мониторинг за целевым использованием средств СКПН субъектами ПМСП и субъектами села;

мониторинг и контроль за полным распределением в ДКПН случаев, влияющих на значения индикаторов конечного результата деятельности субъектов ПМСП и субъектов села и случаев, представленных КООЗ;

мониторинг и контроль за размещением в ДКПН данных по индикаторам процесса деятельности субъектов ПМСП и субъектов села в разрезе каждого участка;

мониторинг и оценка распределения сумм СКПН работникам ПМСП субъектов ПМСП и субъектов села в соответствии с приказом № 429, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН;

рассмотрение обращений граждан, субъектов ПМСП и субъектов села по вопросам СКПН;

4) субъекты ПМСП и субъекты села:

повышение качества оказания ПМСП;

принятие управленческих решений по совершенствованию системы повышения качества оказания ПМСП;

утверждение индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП, влияющих на значения индикаторов конечного результата;

обеспечение своевременной выплаты сумм СКПН работникам ПМСП в соответствии с приказом № 429.

31. Функции участников по обеспечению качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в информационных системах:

в ИС «СУКМУ»:

ТД КООЗ:

вводит данные по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность ПМСП с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода;

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно **приложению 14** к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

в ИС «ДКПН»:

1) КОМУ:

вводит и подтверждает данные по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждому региону;

подтверждает ежемесячное распределение заказчиком годовой суммы СКПН регионам в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

вводит и подтверждает установление целевого значения по каждому индикатору конечного результата, согласованного с УЗ;

ежемесячно в начале отчетного периода задает критерий распределения суммы СКПН свыше 150 тенге в расчете на 1 прикрепленного жителя: по населению;

по населению и баллам; по населению, баллам и коэффициенту соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП в рамках ГОБМП;

2) УЗ:

вносит до закрытия отчетного периода коррективы по отнесению спорных случаев, влияющих на значение индикаторов конечного результата (за исключением случаев материнской и детской смертности, жалоб), к конкретным субъектам ПМСП на основании протокольного решения комиссии, созданной при УЗ по согласованию с субъектами ПМСП;

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП;

формирует итоги оценки достигнутых конечных результатов деятельности в разрезе субъектов ПМСП для вынесения на рассмотрение и утверждение комиссией по оплате услуг;

3) КООЗ и ТД КООЗ:

регистрирует за отчетный период по всем случаям материнской и детской (от 7 дней до 5 лет) смертности, за исключением несчастных случаев, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода:

сведения о предотвратимости случаев на уровне ПМСП и их участии в расчете суммы СКПН по результатам государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг;

сведения о случаях, не участвующих в расчете суммы СКПН в отчетном периоде в связи с незавершенным государственным контролем в сфере оказания медицинских услуг;

формирует по результатам ввода данных за отчетный период для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода следующие отчеты:

по случаям материнской смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по области/городу республиканского значения по форме согласно **приложению 15** к настоящим Правилам;

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне ПМСП по форме согласно **приложению 16** к настоящим Правилам;

4) СИ:

ежедневно обеспечивает корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме из баз данных портала РПН, СУКМУ, ЭРОБ по случаям оказания медицинской помощи, влияющих на значения индикаторов конечного результата, по каждому субъекту ПМСП и в разрезе его территориальных участков;

ежемесячно обеспечивает корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных «Национальный регистр больных туберкулезом» не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

формирует отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по форме согласно **приложению 17** к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным;

5) субъект ПМСП:

в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за днем закрытия отчетного периода заказчиком вводит данные о суммах расходов, планируемых для направления на повышение квалификации работников ПМСП в размере не менее 5% от общей суммы СКПН, полученной по результатам расчетов за отчетный период;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее трех рабочих дней за днем закрытия отчетного периода заказчиком, после чего любые изменения внесенных данных невозможны, и осуществляет автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН работникам ПМСП в разрезе территориальных участков;

в случае отсутствия информации об участке прикрепления по конкретному случаю, влияющему на значение индикаторов конечного результата, вводит данные в портал РПН;

вводит сводные данные за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с приказом № 429 и формирует отчет по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно **приложению 18** к настоящим Правилам в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) Заказчик:

вводит и подтверждает данные ежемесячного распределения годовой суммы СКПН на уровне региона, в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, после чего запрещаются любые изменения внесенных данных. Если в портале ДКПН имеются нераспределенные случаи по организациям прикрепления и участкам прикрепления, то закрытие периода невозможно;

снимает подтверждение закрытия отчетного периода до закрытия отчетного периода субъектами ПМСП в случае выявления несоответствий или некорректных действий участников, влияющих на расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН;

при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на одного прикрепленного жителя свыше 150 тенге по субъекту ПМСП, выбирает алгоритм распределения: принять к оплате в текущем отчетном месяце, перенести на следующий отчетный месяц, возратить в бюджет. При этом данный алгоритм применяется в течение одного квартала;

осуществляет выгрузку данных автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН на оплату в ИС «АПП»;

перечисляет сумму СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период на основании решения комиссии по оплате услуг.

Параграф 2. Возмещение затрат за оказание консультативно-диагностических услуг

32. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов качества и объема медицинской помощи в соответствии с тарификатором за счет:

средств местного бюджета, включая ЦТТ, выделенные из республиканского бюджета, субъектам здравоохранения, оказывающим КДУ (далее – местные субъекты КДУ);

средств республиканского бюджета субъектам здравоохранения, оказывающим КДУ (далее – организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета).

33. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП местным субъектам КДУ и организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета осуществляется заказчиком с участием УЗ, КООЗ и ТД КООЗ, КОМУ и ТД КОМУ, лизингодателя и СИ.

Подраздел 1. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета

34. Местный субъект КДУ ежедневно осуществляют учет данных по количеству оказанных консультативно-диагностических услуг (далее – количественный учет услуг).

35. Местный субъект КДУ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета**, по форме согласно **приложению 19** к настоящим Правилам (далее – счет реестр).

36. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока согласно пункта 37 настоящих Правил.

37. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета** по форме

согласно **приложению 20** к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного местным субъектом КДУ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ местным субъектом КДУ (при их наличии), проведенного ТД КООЗ и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной консультативно-диагностической помощи.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

38. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета**, в двух экземплярах по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг), который подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается местному субъекту КДУ.

39. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет местного субъекта КДУ.

Подраздел 2. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета

40. Организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета в ИС «АИС-Поликлиника»:

осуществляют ввод и подтверждение данных по формам первичной медицинской документации организаций здравоохранения на основе формы 025-9/у;

41. Организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передают заказчику, сформированный в ИС «АПП» счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам, подписанный руководителем или с посредством ЭЦП (далее - счет-реестр).

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре, и (или) обстоятельств, связанных с обновлением ИС, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

42. Заказчик формирует в ИС «АПП» протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно **приложению 23** к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного республиканской организацией КДУ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ республиканской организацией КДУ, проведенного ТД КООЗ и заказчиком, по основаниям, предусмотренным законодательством и договором на оказание ГОБМП по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной консультативно-диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета согласно **приложению 24** к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

43. Заказчик на основании протокола исполнения договора в ИС «АПП» формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в форме консультативно-диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно **приложению 25** к настоящим Правилам, в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается республиканской организации КДУ.

44. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет республиканской организации КДУ.

**Параграф 3. Возмещение затрат за оказание услуг скорой
медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств
республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета**

45. Возмещение затрат за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ субъектам здравоохранения, оказывающим услуги скорой медицинской помощи (далее – субъект скорой помощи);

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.

46. Возмещение затрат за оказание скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП субъектам скорой помощи осуществляется заказчиком с участием КООЗ и ТД КООЗ, СИ.

47. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

48. Субъект скорой помощи в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику, подписанный руководителем счет-реестр за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам.

49. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

50. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного субъектом скорой помощи счета-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные услуги субъектом скорой помощи (при их наличии), проведенного ТД КООЗ и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе

частично, по результатам контроля качества и объема оказанной скорой медицинской помощи согласно **приложению 28** к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

51. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета** по форме согласно **приложению 29** к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается субъекту скорой помощи.

52. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекту скорой помощи.

Параграф 4. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП

53. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет средств:

1) республиканского бюджета:

гражданам Республики Казахстан и оралманам согласно подразделу 1 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

пациентам, претендующим на лечение за рубежом в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан, лечение которым осуществлялось в условиях отечественных медицинских организаций согласно подразделу 2 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

2) местного бюджета, включая ЦТТ, согласно подразделу 3 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил.

54. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара составляет 1/4 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи, кроме пролеченных случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 99, 100, 101 и 102 настоящих Правил.

55. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому составляет 1/6 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи.

Подраздел 1. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета

56. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи специализированная, высокотехнологичная медицинская услуга, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах:

1) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления, включая оказание республиканскими организациями здравоохранения:

медицинских услуг больным: психическими, онкологическими заболеваниями и туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; медицинских услуг в санаториях;

2) стационарозамещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации, включая оказание республиканскими организациями здравоохранения медицинских услуг больным: психическими, онкологическими заболеваниями и туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

3) восстановительное лечение и медицинская реабилитация.

57. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета субъектам здравоохранения, оказывающим стационарную и стационарозамещающую

медицинскую помощь (далее – медицинская организация РБ), осуществляется заказчиком в лице ТД КОМУ с участием КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ, СИ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП и лизингодателя.

58. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором бюджетных программ согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, за один пролеченный случай:

по расчетной средней стоимости;

по КЗГ с учетом коэффициента затратноемкости;

по койко-дням;

по медико-экономическим тарифам;

по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций.

59. В случаях внутрибольничного перевода оплата за лечение пациента осуществляется как за один пролеченный случай.

60. Медицинская организация РБ ежедневно осуществляет ввод и подтверждение данных, в том числе выписного эпикриза в ЭРСБ не позднее одного рабочего дня, следующего за выбытием пациента из стационара, по формам первичной медицинской документации на основе следующих медицинских карт: форма 003/у, форма 003-2/у, форма 096/у, форма 097/у (далее – медицинские карты).

При оказании медицинской услуги с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, медицинская организация РБ в формах первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных Уполномоченным органом, проставляет девятизначный код медицинской техники. Данные формы первичной медицинской документации вкладываются в медицинские карты и в соответствующих полях ЭРСБ осуществляется ввод данных об использовании медицинской техники.

После подтверждения правильности ввода данные в ЭРСБ не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

61. По результатам ввода не позднее одного рабочего дня после дня выписки из стационара формируются статистическая карта выбывшего из стационара (формы 066/у, 066-1/у, 066-2/у, 066-3/у, 066-4/у) и выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма 027/у), форма 025-9/у, утвержденные приказом № 907.

62. Медицинская организация РБ на основании данных ЭРСБ ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику по оказанным услугам:

счет-реестр медицинской организации за оказанные медицинские услуги по специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно **приложению 30** к настоящим Правилам (далее – счет-реестр);

Счет-реестр за январь текущего года осуществляется с учетом случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.

63. В случае превышения медицинской организацией РБ, оказывающей ГОБМП в виде специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, месячной суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП без учета контроля качества и объема медицинской помощи, возмещение затрат осуществляется по решению Комиссии по оплате услуг с применением Линейной шкалы согласно **приложению 31** к настоящим Правилам.

64. Линейная шкала не применяется:

к областным и городским организациям родовспоможения;

к многопрофильным стационарам, оказывающим услуги родовспоможения с долей родовспоможения 45% и выше от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим медицинские услуги детям до одного года с долей детей до одного года 45% и более от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим медицинские услуги детям до одного года и услуги родовспоможения с совокупной долей детей до одного года и услуг родовспоможения 45% и более от пролеченных случаев;

на услуги гемодиализа и перитонеального диализа, оказанные по форме стационарозамещающей медицинской помощи;

на медицинские услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно пункта 96 настоящих Правил;

на услуги, предоставляемые медицинскими организациями республиканского значения, оказывающие медицинскую помощь онкологическим больным и больным с заболеванием туберкулеза.

на услуги, предоставляемые организациями здравоохранения и автономной организации образования, оказывающие медицинскую помощь больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню согласно **приложению 32**;

на высокотехнологичные медицинские услуги;

на медицинские услуги согласно **приложению 33** к настоящим Правилам.

65. Расчет суммы возмещения за оказанные медицинские услуги медицинской организации РБ, оказывающей ГОБМП с применением Линейной шкалы (далее – сумма возмещения) осуществляется без учета контроля качества и объема медицинской помощи в следующей последовательности:

1) определяется сумма превышения для применения линейной шкалы, которая рассчитывается как разница предъявленной суммы по счету-реестру за оказанные медицинские услуги (далее – предъявленная сумма), сформированной исходя из последовательности регистрации пролеченных случаев по дате их подтверждения в ЭРСБ, от плановой суммы (далее – сумма превышения).

С момента образования суммы превышения фактическая сумма формируется по пролеченным случаям, которые привели к превышению плановой суммы, по стоимости за один пролеченный случай с применением поправочного коэффициента равного 1,0.

В случае если сумма, образовавшаяся в момент превышения плановой суммы, составляет 51% и более от стоимости пролеченного случая, с которого начинается превышение плановой суммы, то стоимость данного пролеченного случая формируется с применением поправочного коэффициента равного 1,0;

2) определяется процент превышения расчетной суммы превышения к плановой сумме (далее – процент превышения);

3) определяется сумма превышения к возмещению следующим образом:

в случае, если сумма превышения составляет 105% и ниже, то сумма возмещения рассчитывается путем умножения суммы превышения и процента возмещения, соответствующего проценту превышения согласно **приложению 32** к настоящим Правилам;

в случае, если сумма превышения выше 105%, то сумма возмещения рассчитывается в два этапа: определяется сумма превышения до 105% и сумма превышения свыше 105%, каждая из которых умножается на процент возмещения согласно **приложению 31** к настоящим Правилам. Итоговая сумма

возмещения определяется путем суммирования суммы превышения до 105% и суммы превышения свыше 105%;

1) определяется сумма к возмещению, рассчитываемая путем суммирования плановой суммы и суммы превышения к возмещению.

66. По результатам контроля качества и объема, по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи из средств республиканского бюджета (далее – Перечень) согласно **приложению 34** к настоящим Правилам, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате, согласно **приложению 35** к настоящим Правилам;

перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих контролю объема, согласно **приложению 36** к настоящим Правилам;

перечень случаев, подлежащих контролю качества, согласно **приложению 37** к настоящим Правилам;

перечень летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, подлежащих контролю, по форме согласно **приложению 38** к настоящим Правилам за отчетный и предыдущие периоды.

67. По результатам ежедневной оценки 20 % пролеченных случаев, подлежащих оплате с автоматической выборкой случаев и случаев, подлежащих контролю качества случаев осложнений, в том числе послеоперационных, с исходами заболевания «ухудшение», «без перемен», проведенной СИ, в СУКМУ формируются:

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю качества и объема ТД КООЗ, за исключением случаев с летальными исходами, согласно **приложению 39** к настоящим Правилам;

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю объема, согласно **приложению 40** к настоящим Правилам.

Электронные варианты данных перечней доступны ТД КОМУ и ТД КООЗ.

68. По результатам контроля качества и на основании экспертных заключений по летальным исходам ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, проведенного ТД КООЗ, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД КООЗ после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно [приложению 41](#) к настоящим Правилам;

перечень случаев летальных исходов за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ, по форме согласно [приложению 42](#) к настоящим Правилам;

перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично, по форме согласно [приложению 43](#) к настоящим Правилам.

ТД КООЗ по случаям, направленным на судебно-медицинскую экспертизу, результаты контроля качества представляют заказчику по ее завершению в срок не более двух месяцев от даты летального исхода

69. По результатам контроля объема, проведенного заказчиком, на основе экспертизы пролеченных случаев по результатам автоматизированной выборки из ЭРСБ в соответствии с перечнем случаев, не подлежащих оплате, в том числе частично, и экспертизы 10% пролеченных случаев, подлежащих оплате с выборкой методом случайного отбора, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения по форме согласно [приложению 44](#) к настоящим Правилам;

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема, за исключением случаев, прошедших контроль качества, по форме согласно [приложению 45](#) к настоящим Правилам;

перечень случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения условий договора на оказание ГОБМП, по форме согласно [приложению 46](#) к настоящим Правилам;

акт контроля объема медицинских услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно [приложению 47](#) к настоящим Правилам.

70. По результатам контроля объема и качества пролеченных случаев, осуществленного всеми участниками процесса, заказчик в СУКМУ формирует:

перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам контроля объема всеми участниками по форме согласно [приложению 48](#) к настоящим Правилам.

перечень случаев госпитализации подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема всеми участниками по форме согласно **приложению 49** к настоящим Правилам.

71. Заказчик в СУКМУ по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП формирует сводный перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 50** к настоящим Правилам и представляет его на рассмотрение Комиссии по оплате услуг.

72. Сверка предъявленных к оплате медицинских услуг с подтверждающей медицинской документацией при анализе исполнения условий Договора Заказчиком осуществляется путем запроса медицинской документации или с выездом по месту нахождения медицинской организации РБ.

Запрос осуществляется по реестру направляемых медицинских карт стационарных больных для проведения сверки объема медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 51** к настоящим Правилам.

По результатам анализа составляется акт сверки исполнений условий договора на оказание ГОБМП, подписываемый руководителем медицинской организации РБ и должностными лицами заказчика, один экземпляр которого хранится у заказчика, второй – у медицинской организации РБ.

Лизингодатель по результатам ввода в СУКМУ данных о применении медицинской техники, приобретенной в лизинг, ежемесячно формирует Перечень случаев оказания медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно **приложению 52** к настоящим Правилам и передает в ТД КООЗ.

73. Заказчик в СУКМУ формирует:

1) протокол исполнения договора на оказание медицинских услуг по специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно **приложению 53** к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией РБ счет-реестра;

результатов расчета применения Линейной шкалы;

сводного перечня случаев по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП.

74. Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг. По письменному запросу медицинской организаций РБ заказчик предоставляет выписку из протокола.

Протокол за январь текущего года формируется с учетом пролеченных случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.

75. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет: акт выполненных работ (услуг), оказанных по специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно **приложению 54** к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг));

Акт выполненных работ (услуг) составляется в двух экземплярах и подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается в медицинскую организацию РБ.

75. Заказчик оплату по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляет в течение 10 календарных дней со дня окончания отчетного периода с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и в сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления средств на расчетный счет медицинской организации РБ.

76. Оплата за случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП в соответствии с договором на оказание ГОБМП, не принятые к оплате в течение действия договора на оказание ГОБМП в связи с проведением контроля качества, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор на оказание ГОБМП, до даты окончания срока действия договора на оказание ГОБМП, производится в году, следующем за годом действия договора на оказание ГОБМП.

77. Лекарственные средства, изделия медицинского назначения (далее – ИМН) и расходные материалы, включенные в стоимость пролеченного случая или возмещаемые по фактическим затратам, которые приобретены медицинской организацией РБ за счет ЦТГ, а также полученные за счет спонсорства, добровольных пожертвований и иных безвозмездных поступлений, не подлежат оплате за счет средств республиканского бюджета.

Медицинская организация РБ до завершения отчетного периода информирует заказчика об использовании данных лекарственных средств, ИМН и расходных материалов в пролеченном случае, которые подлежат снятию из средств, предъявленных на оплату за счет средств республиканского бюджета.

78. Медицинские организации РБ в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за отчетный период ноябрь - в срок до 25 декабря и за отчетный период декабрь – в срок до 15 января, следующего за отчетным периодом), вносят в ЭРСБ и предоставляют заказчику следующие отчеты:

информация о структуре расходов за оказанные медицинские услуги по форме согласно **приложению 55** к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате работников по форме согласно **приложению 56** к настоящим Правилам;

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно **приложению 57** к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно **приложению 58** к настоящим Правилам.

Заказчик на основании информации, предоставленной медицинской организацией РБ, производит сверку данных, со сведениями, внесенными в ЭРСБ.

В случае отсутствия в ЭРСБ информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование счет-реестра медицинской организацией РБ за текущий отчетный период не производится до введения указанных данных.

79. По перечню диагнозов, которые согласно международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (далее – МКБ-10) не являются основным диагнозом и исключены из Перечней КЗГ согласно **приложению 59** к настоящим Правилам, оплата не осуществляется.

80. Кратковременное (до трех суток включительно) пребывание больного в круглосуточном стационаре, связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

В случае непредотвратимых летальных исходов при краткосрочном пребывании (до трех суток включительно) оплата производится в размере 50% от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

В случае сокращения сроков пребывания пролеченных случаев с применением усовершенствованных технологий диагностики и лечения, оплата осуществляется по полному тарифу КЗГ основного диагноза или операции.

81. По перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, либо по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат, определенному уполномоченным

органом согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье осуществляется по фактически понесенным расходам либо с оплатой пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с дополнительным возмещением фактически понесенных затрат.

Оплата по фактически понесенным расходам осуществляется в случае применения перечня случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы. При этом оплата за операции производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов: заработная плата, социальный налог, питание, лекарственные средства, ИМН, медицинские услуги и коммунальные и прочие расходы. Коммунальные и прочие расходы при этом рассчитываются по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы медицинской организации РБ в предыдущем месяце в пересчете на одного больного.

Оплата за случаи с применением лекарственных средств и ИМН производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по предельным ценам, устанавливаемые в соответствии с пунктом 2 статьи 76 Кодекса о здоровье.

Оплата за случаи с применением медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по стоимости тарификатора.

82. Оплата за специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи по тарифам за один койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и по медико-экономическим тарифам осуществляется медицинским организациям РБ, определенным уполномоченным органом согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье.

83. Медицинским организациям РБ, оплата которым за пролеченные случаи осуществляется по расчетной средней стоимости, в случаях обоснованного сокращения длительности лечения, оплата производится по тарифу за один пролеченный случай, расчет которого осуществляется за фактические койко-дни по средней стоимости одного койко-дня, при этом стоимость одного койко-дня определяется путем деления стоимости тарифа за один пролеченный случай на определенное плановое количество койко-дней.

84. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов. При этом, диагноз хронической почечной недостаточности в терминальной стадии является основным или сопутствующим диагнозом.

Оплата за услуги гемодиализа и перитонеального диализа в условиях круглосуточного стационара при тяжелых случаях заболеваний, осложненных острой почечной недостаточностью, которая не купировалась медикаментозной терапией, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов.

Оплата за услуги альбуминового и перитонеального диализов в условиях круглосуточного стационара производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости оказанных сеансов.

Медицинской организации РБ возмещаются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, заверенной подписью пациента или его законного представителя и прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ.

85. В условиях круглосуточного стационара осложненное течение беременности и родов оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие лекарственные средства, ИМН и услуги с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по родовспоможению, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на лекарственные средства и ИМН согласно **приложению 60** к настоящим Правилам.

86. В условиях круглосуточного стационара тяжелые болезни новорожденных оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие лекарственные средства и ИМН с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по перинатологии, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на лекарственные средства и ИМН согласно **приложению 61** к настоящим Правилам.

87. Заказчик в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного оказания больному по жизненным показаниям дополнительных услуг, лекарственных средств и ИМН, не входящих в условия настоящих правил, возмещает данные дополнительные затраты на пролеченный случай через функционал «иные выплаты и вычеты» после письменного согласования с КОМУ.

Заказчик в срок не позднее 25 числа следующего за отчетным периодом направляет запрос в КОМУ с приложением следующих документов:

письменное обращение медицинской организации РБ с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за оказание больному

дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих правил, которое направляется заказчику не позднее 15 числа следующего за отчетным периодом;

акт сверки, подписанный руководителем заказчика и медицинской организации РБ;

решение комиссии об обоснованности оказания больному дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих правил.

Медицинская организация РБ, направившая письменное обращение заказчику на возмещение дополнительных затрат позже установленного срока, не вправе требовать их возмещения.

88. При первичном установлении диагноза онкологических заболеваний и туберкулеза в непрофильных стационарах оплата за пролеченный случай осуществляется по стоимости соответствующих КЗГ основного диагноза или операции.

89. В условиях круглосуточного стационара медицинской организацией РБ, оказывающей медицинские услуги больным с злокачественными новообразованиями, оплата за пролеченных больных, которым проведена химиотерапия производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.

При применении тромболитических препаратов оплата производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости тромболитических препаратов.

90. При лечении больных с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, отнесенных к группе КЗГ №47 «Острые лейкозы и депрессии кроветворения» первичная госпитализация оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов, последующие госпитализации оплачиваются в размере 30% от стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов.

Медицинским организациям, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении нозологий, отнесенных к группе КЗГ №47 «Острые лейкозы и депрессии кроветворения», при последующих госпитализациях оплачивается в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам, кроме случаев проведения операции по трансплантации костного мозга.

Лечение больных с проведением операции по трансплантации костного мозга, оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.

91. В условиях круглосуточного стационара медицинской организации РБ республиканского значения, оказывающей медицинские услуги онкологическим больным, оплата за пролеченных больных производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиотерапии, лучевой терапии, иммуногистохимического исследования.

92. При лечении цирроза и фиброза печени оплата производится по соответствующим КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением затрат в медицинских организациях РБ республиканского значения.

93. В условиях круглосуточного стационара медицинской организации РБ республиканского значения оплата производится:

при лечении острой сердечной недостаточности и острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности при неэффективности стандартной терапии по соответствующим КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением затрат за применение сенситизаторов кальция;

при лечении болезней системы кровообращения по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением стоимости услуги экстракорпорального удаления липидов низкой плотности.

при лечении болезни Крона и неспецифического язвенного колита Биологической терапией первичная госпитализация оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции, последующие госпитализации оплачиваются в размере 70% от стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции.

94. По перечню медицинских организаций РБ, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата за оказание медицинских услуг детям с онкологическими заболеваниями на уровне круглосуточного стационара осуществляется в соответствии с медико-экономическими тарифами. При этом, возраст детей на момент первой госпитализации и начало курса лечения не должен достигать восемнадцати лет.

Медико-экономические тарифы включают стоимость лечения по блокам (схемам), длительность лечения и стоимость полного курса лечения конкретной нозологии, включая стационарзамещающую помощь.

Сумма возмещения за лечение конкретной нозологии не превышает стоимость полного курса лечения. При этом, возмещение затрат осуществляется поэтапно по блокам (схемам) курса лечения.

Если количество проведенных койко-дней составляет 50% и менее установленных сроков лечения одного блока (схемы) лечения, то возмещение производится с удержанием 30% от стоимости блока (схемы) лечения.

При необходимости наблюдения за детьми с онкологическими заболеваниями в перерыве лечения между блоками (схемами) лечения оплата осуществляется на уровне стационарозамещающей помощи.

При оказании реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями поставщик по согласованию с заказчиком привлекает субподрядчиков путем передачи им части своих обязательств по оказанию ГОБМП и осуществлять оплату по тарифам, утвержденным согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье.

Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения, лекарственные средства выдаются по завершению курса стационарного лечения, при этом, возмещение затрат за выданные пациенту лекарственные средства осуществляется на основании прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ накладной, за исключением лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами, утвержденный приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786, зарегистрированного в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7306.

95. Оплата по операциям по исправлению рефракционных свойств роговицы глаза в случаях проведения при астигматизмах 4,0 и более диоптрий, анизометропии 5,0 и более диоптрий, осуществляется в рамках ГОБМП.

96. В условиях круглосуточного и дневного стационара медицинским организациям РБ, оказывающим медицинские услуги больным с злокачественными новообразованиями оплата производится:

за сеансы химиотерапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;

при оказании лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором;

за сеансы химио и лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам и стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором.

Все сеансы химиотерапии и лучевой терапии на одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай

97. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы больным, зарегистрированным в информационной системе «ХПН», по стоимости, утвержденной в тарификаторе. Все сеансы одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай, при этом тариф основного диагноза считать по нулевой ставке.

Организация, оказывающая услуги гемодиализа регистрирует в информационной системе «ХПН» запрос на закрепление больного, нуждающегося в услугах гемодиализа, обслуживаться в данной организации на основании его личного заявления в произвольной форме.

98. Оплата по перечню операций и манипуляций по МКБ-9 для преимущественного лечения в дневном стационаре, определенному уполномоченным органом согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, производится в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ.

99. В случае проведения услуги «Коронарная ангиография» в условиях дневного стационара оплата производится в размере 1/2 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза/операции.

**Подраздел 2. Возмещение затрат за лечение пациента,
претендующего на лечение за рубежом, в условиях
отечественных медицинских организаций за счет средств
республиканского бюджета**

100. Возмещение затрат за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций за счет средств республиканского бюджета в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан осуществляется по тарифу по заболеванию.

При этом, размер данного тарифа по заболеванию соответствует стоимости, определяемой с учетом представленного Рабочим органом анализа случаев направления в зарубежные медицинские организации по данному заболеванию за последний отчетный финансовый год в порядке, определенном Правилами направления граждан на лечение за рубеж.

В случае отсутствия по данной нозологии направленных больных в зарубежные медицинские организации, тариф по заболеванию определяется на основании анализа ценовых предложений не менее двух зарубежных медицинских организаций, предоставляемого Рабочим органом, и программы лечения.

101. Заключение о направлении на лечение в отечественные медицинские организации пациента, претендующего на лечение за рубежом, принимается Комиссией по направлению на лечение за рубеж:

1) на основании документов, предоставленных в Рабочий орган, а также перечня заболеваний и перечня отдельных категорий;

2) с учетом заключения Рабочего органа о возможности проведения лечения пациента, претендующего на лечение за рубежом, в альтернативной отечественной медицинской организации;

3) при наличии у отечественной медицинской организации клинической базы, научных кадров: докторов, кандидатов медицинских наук, владеющих английским языком;

4) при условии оснащенности отечественной медицинской организации современным медицинским оборудованием для проведения высокотехнологичных методов диагностики и лечения согласно международным стандартам;

5) при наличии у отечественной медицинской организации телемедицинского комплекса для проведения телемедицинских консультаций с выходом на:

все региональные телемедицинские центры Республики Казахстан;

республиканские медицинские организации;

зарубежные медицинские организации.

102. Отечественные медицинские организации проводят лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, как самостоятельно, так и с привлечением зарубежных специалистов, в том числе в форме мастер-классов, по решению Комиссия по направлению на лечение за рубеж.

104. Решение об установлении тарифа по заболеванию, который определен Комиссией по направлению на лечение за рубеж на основании

анализа ценовых предложений Рабочего органа, оформляется протоколом данной Комиссии по направлению на лечение за рубеж.

Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, за счет бюджетных средств осуществляется на основании заключения Комиссии по направлению на лечение за рубеж путем заключения уполномоченным органом или Рабочим органом договора с отечественной медицинской организацией на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом (далее – Договор).

В случаях, когда оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом, осуществляется отечественной медицинской организацией, выполняющей функции Рабочего органа, возмещение затрат производится на основании Акта выполненных работ (услуг) путем заключения уполномоченным органом договора на оказание медицинских услуг с указанной отечественной организацией.

106. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, производится уполномоченным органом или Рабочим органом на основании акта выполненных работ, предоставленного отечественной медицинской организацией и копии счета-фактуры, которые составлены в произвольной форме.

В случаях, когда оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом, осуществляется отечественной медицинской организацией, выполняющей функции Рабочего органа, возмещение затрат за оказанные медицинские услуги производится за счет бюджетных средств, выделенных Рабочему органу в рамках реализации государственного задания «Направление граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, в том числе лечение граждан, претендующих на лечение за рубежом, в отечественных медицинских организациях».

Уполномоченный орган или Рабочий орган оплачивает аванс в размере 30% от общей суммы Договора в течении десяти рабочих дней со дня представления Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после представления отечественной медицинской организацией акта выполненных работ (услуг), оказанных в рамках ГОБМП (далее – Акт отечественной медорганизации) по форме согласно **приложению 62** к настоящим Правилам.

107. Акт отечественной медорганизации предоставляется отечественными медицинскими организациями не позднее 10 календарных дней со дня выписки пациента.

108. Возмещение затрат за лечение пациента по оформленным Актам отечественной медорганизации производится в течение 15 календарных дней после предоставления путем перечисления бюджетных средств на расчетный счет отечественной медицинской организации с учетом удержания ранее выплаченного аванса.

109. Тариф определяется с учетом возмещения расходов, связанных с лечением пациента, в том числе заработная плата специалистов отечественной медицинской организации, принимавших участие в лечении пациента, претендующего на лечение за рубежом, а также затраты зарубежных специалистов (командировочные расходы и проведение операции, размер которой определяется договором между отечественной медицинской организацией и привлекаемыми зарубежными специалистами), привлекаемых для лечения пациента претендующего на лечение за рубежом. Размер оплаты труда привлекаемых зарубежных специалистов определяется договором между отечественной медицинской организации и привлекаемыми зарубежными специалистами.

110. При направлении пациента на трансплантацию костного мозга или стволовых гемопоэтических клеток (далее-ТКМ) Договор предусматривает поэтапное возмещение затрат за один пролеченный случай и включает:

1) Этап 1 - поиск донора:

оплата за запуск поиска 70%, уполномоченным органом или Рабочим органом заключается Договор с международным регистром по поиску донора для проведения необходимых исследований для поиска, подбора и активации донора в международном регистре доноров;

оплата по факту 30%, окончательное возмещение затрат осуществляется после доставки костного мозга для проведения ТКМ в отечественной медицинской организации.

2) Этап 2 – проведение ТКМ.

При нахождении донора в международном регистре доноров, уполномоченный орган или Рабочий орган заключает с отечественной медицинской организацией, Договор на проведение ТКМ.

111. При долгосрочном лечении пациента (на срок более одного месяца), отечественная медицинская организация предоставляет ежемесячный Акт отечественной медицинской организации в уполномоченный орган или

Рабочий орган в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, за декабрь месяц – до 20 декабря текущего года.

112. Уполномоченный орган или Рабочий орган оплачивает отечественной медицинской организации аванс по лечению пациента, претендующего на лечение за рубежом, в размере до 30 % от общей суммы Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после предоставления отечественной медицинской организацией Акта отечественной медорганизации.

113. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям в рамках настоящих Правил осуществляется за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, по которым было принято положительное решение Комиссии по лечению за рубежом.

114. Оплата за проезд пациента на первый и второй этап лечения в отечественные медицинские организации осуществляется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

115. В случае, когда состояние пациента, претендующего на лечение за рубежом, не позволяет транспортировать в отечественные медицинские организации гражданским транспортом, его транспортировка осуществляется посредством санитарной авиации.

Подраздел 3. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и местного бюджета

116. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет: средств республиканского бюджета в виде ЦТТ; средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа;

осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи:

- 1) квалифицированная;
- 2) специализированная;
- 3) медико-социальная и по формам:
 - 1) стационарной помощи;
 - 2) стационарозамещающей помощи;

- 3) восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
- 4) паллиативной помощи и сестринского ухода.

117. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета, осуществляется заказчиком в лице УЗ субъектам здравоохранения, заключившим с УЗ договор на оказание ГОБМП, (далее – медицинская организация МБ) с участием КООЗ и ТД КООЗ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ.

118. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется по тарифам за один пролеченный случай:

- по расчетной средней стоимости;
- по койко-дням;
- по пролеченным больным;
- по фактическим расходам

119. В случаях внутрибольничного перевода оплата за лечение пациента осуществляется как за один пролеченный случай.

120. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

121. Медицинская организация МБ ежедневно в ЭРСБ осуществляет ввод и подтверждение данных по пролеченным случаям, которым оказана стационарная или стационарозамещающая медицинская помощь, на основе медицинских карт.

После подтверждения в ЭРСБ медицинской организацией МБ ввода данных по пролеченным случаям, данные не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

122. Медицинские организации МБ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формируют и передают заказчику счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета по форме согласно приложению 63 к настоящим Правилам соответственно формам представления медицинской помощи.

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

123. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета по форме согласно приложению 64 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией МБ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема (выборочные, внеплановые проверки и иные формы контроля) за оказанные услуги медицинской организацией МБ (при их наличии), проведенного ТД КООЗ с приложением акта о результатах проверки либо экспертное заключение и заказчиком с приложением акта с результатами контроля.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

124. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 65 к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами и один экземпляр передается в медицинскую организацию МБ.

125. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации МБ.

Параграф 5. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным

126. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за счет средств республиканского

бюджета областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным (далее – онкодиспансер) осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи:

по комплексному тарифу за оказание комплекса медицинских услуг, направленных на диагностику и лечение (в том числе с предраковыми заболеваниями и доброкачественными новообразованиями) и диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями по кодам МКБ-10 C00-C80, C97, C81-C85;

за использование химиопрепаратов онкологическим больным, включая таргетные препараты, по стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную стоимость, определенную определенную уполномоченным органом в соответствии с пунктом 2 статьи 76 и с подпунктом 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

за оказание сеансов лучевой терапии онкологическим больным по стоимости тарификатора медицинских услуг;

за оказание специализированной медицинской помощи по форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) в рамках реализации их права на свободный выбор, не состоящим на учете в данном онкодиспансере (далее – иногородний больной) по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ (по кодам МКБ-10 C00-C80, C97, C81-C85) в пределах суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП.

127. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП осуществляется заказчиком онкодиспансерам с участием КОМУ и УЗ, КООЗ и ТД КООЗ, Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» Министерства (далее – КазНИИОиР), осуществляющее организационно-методическую работу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, СИ и субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, лизингодателя.

128. Комплексный тариф предусматривает обеспечение онкологических больных по следующим видам медицинской помощи квалифицированная, специализированная, медико-социальная и по формам:

- 1) консультативно-диагностической помощи;
- 2) стационаророзамещающей помощи;
- 3) стационарной помощи;
- 4) паллиативной помощи.

В случае отсутствия в онкодиспансере паллиативной помощи, ее оказание осуществляется по согласованию с заказчиком с привлечением субподрядчика за счет средств, предусмотренных в комплексном тарифе.

Комплексный тариф включает расходы на их оказание в соответствии с Методикой формирования тарифов.

129. Комплексный тариф не включает расходы:

на оказание стационаророзамещающей и стационарной медицинской помощи детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями. При этом, возраст детей на момент первой госпитализации и начало курса лечения не достигает восемнадцати лет;

на оказание медицинской помощи больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани;

на оказание высокотехнологичных медицинских услуг;

на оказание лучевой терапии;

на обеспечение онкологических больных химиопрепаратами, в том числе таргетными препаратами;

130. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за отчетный период по комплексному тарифу осуществляется по средней списочной численности онкологических больных.

Отчетным периодом является период времени, равный одному календарному месяцу (с первого по последнее число месяца).

131. Ответственное лицо онкодиспансера, на которого возложена персональная ответственность за регистрацию, перерегистрацию и снятие с учета онкологических больных в ЭРОБ (далее – ответственное лицо онкодиспансера по ИС), ежедневно в ЭРОБ осуществляет обновление сведений по онкологическим больным на основании:

формы № 090/у, формы № 025/у или формы № 003/у;

сведения о смерти из отделов регистрации актов гражданского состояния областей, городов республиканского значения (далее – органы ОРАГС);

личного заявления (произвольной формы) онкологического больного о перерегистрации в другой онкодиспансер;

заклучения диспансерного отделения онкодиспансера о выздоровлении онкологического больного;

запроса онкодиспансера на регистрацию (дислокацию) в другой онкодиспансер на основании личного заявления (произвольной формы) онкологического больного в данный онкодиспансер, которое прикрепляется в сканированном виде.

Регистрация иногородних больных, направленных в плановом порядке на стационарное лечение в другой онкодиспансер, осуществляется в ИС «Бюро госпитализации»:

по направлению онкодиспансера, в котором он состоит на учете;

по направлению районного онколога амбулаторно-поликлинической организации по согласованию с онкодиспансером, в котором он состоит на учете;

по направлению онколога онкодиспансера, в который самостоятельно обратился иногородний больной.

В экстренном порядке стационарная помощь иногородним больным оказывается без направления, при этом уведомляется онкодиспансер, в котором он состоит на учете, в течение отчетного периода.

Онкодиспансер до проведения в плановом порядке впервые противоопухолевого лечения иногороднему больному, направленному онкодиспансером, в котором он состоит на учете, или в случае самостоятельного обращения иногороднего больного предварительно согласовывает необходимость проведения данного противоопухолевого лечения с онкодиспансером, в котором иногородний больной состоит на учете.

132. Онкодиспансер, в котором состоит больной на учете, в случае регистрации (дислокации) онкологического больного в другой онкодиспансер подтверждает решение на его дислокацию в ЭРОБ в срок не более одного рабочего дня.

Онкодиспансер в случае отказа в дислокации онкологического больного в другой онкодиспансер указывает мотивированную причину отказа и прикрепляет в ЭРОБ в сканированном виде решение об отказе, подписанное руководителем онкодиспансера.

Онкодиспансер осуществляет постановку на учет онкологического больного, прикрепленного к организации ПМСП данного региона.

В ЭРОБ формируется:

список онкологических больных дислоцированных из одного онкологического диспансера в другой;

список онкологических больных, прикрепившихся в организацию ПМСП, но не состоящих на учете в онкодиспансере данного региона;

список онкологических больных, состоящих на учете в онкодиспансере данного региона, но прикрепившихся в организацию ПМСП другого региона.

133. Сведения о регистрации смерти онкологического больного уточняются автоматически в ЭРОБ на основании свидетельства о смерти, введенного в РПН.

Ответственным лицом онкодиспансера уточняются причины смерти в ЭРОБ онкологических больных, за исключением умерших, снятых с учета автоматически, не позднее десяти календарных дней со дня регистрации смерти онкологического больного органом ОРАГС.

В ЭРОБ формируется:

список онкологических больных, снятых с учета автоматически;

список умерших онкологических больных, неснятых с учета.

134. Врач-химиотерапевт онкодиспансера вводит в ЭРОБ данные по фактическому использованию химиопрепаратов онкологическим больным в соответствии со схемой применения химиопрепаратов с учетом предельных разовых доз.

135. Специалист онкодиспансера ежедневно осуществляет ввод и подтверждение данных, в том числе выписного эпикриза, в ЭРОБ не позднее трех рабочих дней, следующих за выбытием пациента из стационара или завершением амбулаторного лечения на основе следующих форм первичной медицинской документации:

данные о стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на основе медицинских карт по формам № 066-2/у и № 003/у;

данные о консультативно-диагностической медицинской помощи на основе медицинских карт по форме 025/у;

данные об использованных химиопрепаратах онкологическим больным, включая таргетные препараты, на всех этапах лечения;

данные об использовании медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, на основании листа использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, из данных первичной медицинской документации, которое является приложением:

к форме № 066-2/у при оказании стационарной медицинской помощи;

к форме 025/у при оказании КДП.

136. По результатам контроля качества и объема за оказанную медицинскую помощь онкологическим больным онкодиспансером, проведенного ТД КООЗ и заказчиком, к онкодиспансеру применяются меры экономического воздействия по перечню мер экономического воздействия при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП по комплексному тарифу согласно **приложению 66** к настоящим Правилам (далее - меры экономического воздействия).

ТД КООЗ по результатам контроля качества по случаям с летальным исходом онкологических больных прикрепляет в ЭРОБ в сканированном виде экспертное заключение и представляет его в оригинале в Комиссию по оплате услуг в срок не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом

137. В случае снятия с учета в ЭРОБ онкологических больных по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения онкологического больного на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день, и мер экономического воздействия согласно **приложению 66** к настоящим Правилам.

138. Меры экономического воздействия за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти онкологического больного в ЭРОБ не распространяются в отношении:

больных с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани;

посмертно зарегистрированных онкологических больных;

онкологических больных, умерших до 1 января 2012 года.

139. Онкодиспансер направляет заказчику в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, сформированный в ЭРОБ счет-реестр оказанных медицинских услуг онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 67** к настоящим Правилам (далее – счет-реестр).

140. Заказчик на основании подписанного счет-реестра, результатов контроля качества и объема (при их наличии) формирует в ЭРОБ протокол исполнения договора на оказание ГОБМП при оказании медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно **приложению 68** к настоящим Правилам.

Протокол исполнения рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

141. На основании протокола исполнения договора в ЭРОБ формируется акт выполненных работ (услуг), оказанных онкологическим больным в рамках ГОБМП по форме согласно **приложению 69** к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг), один экземпляр которого передается в онкодиспансер.

142. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется в течение десяти календарных дней с момента окончания отчетного периода (в декабре – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет онкодиспансера.

143. Онкодиспансер в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ЭРОБ следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно **приложению 70** к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно **приложению 71** к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате работников по форме согласно **приложению 72** к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно **приложению 73** к настоящим Правилам.

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно **приложению 74** к настоящим Правилам.

В случае отсутствия в ЭРОБ информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование счет-реестра за текущий отчетный период онкодиспансеру не производится до введения указанных данных.

144. Онкодиспансер с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) и реализации их права на свободный выбор осуществляет оплату по заключенным договорам субподряда с организациями здравоохранения, в том числе с онкодиспансерами, в пределах сумм, предусмотренных основным договором на оказание ГОБМП за оказанные КДУ по тарифам согласно тарификатору.

145. Оплата за оказанные КДУ иногородним онкологическим больным осуществляется в порядке, определенном согласно параграфа 7 главы 2 настоящих Правил.

Параграф 6. Возмещение затрат организациям районного значения или села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению за счет средств республиканского бюджета

146. Возмещение затрат субъектам села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

147. Возмещение затрат субъектам села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется заказчиком субъектам села, с участием УЗ, КООЗ и ТД КООЗ, КОМУ и ТД КОМУ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и лизингодателя.

148. Комплексный подушевой норматив на сельское население субъекта села предусматривает расходы в рамках заключенного договора ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса услуг ГОБМП сельскому населению в соответствии со стандартами в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье по видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах: ПМСП, КДП, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива на сельское население;

2) стимулирование работников ПМСП.

149. Комплексный подушевой норматив на сельское население за отчетный период определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца в соответствии с Методикой формирования тарифов.

150. Размер комплексного подушевого норматива на сельское население определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь) согласно заключенному договору на оказание ГОБМП.

151. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население за отчетный период осуществляется в соответствии с Методикой:

субъектам села, оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца;

субъектам села, не оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН по данному району согласно заключенному договору на оказание ГОБМП.

152. Объем финансирования субъектам села по комплексному подушевому нормативу на сельское население за отчетный период определяется путем умножения комплексного подушевого норматива на сельское население на численность населения согласно пункту 155 настоящих Правил.

Объем финансирования субъекта села по комплексному подушевому нормативу на сельское население за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

153. Оплата услуг ГОБМП субъектам села осуществляется Заказчиком на основании сформированных в автоматизированном режиме в ИС «АПП», ДКПН платежных документов, определенных настоящими Правилами.

154. По результатам ввода данных в ИС, указанных в пункте 157 настоящих Правил, данные становятся доступными для ежедневного мониторинга, анализа и оценки и для принятия управленческих решений заказчиком, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и его филиалов, лизингодателем, научно-исследовательским организациям в рамках их компетенций.

155. Субъект мониторинга и анализа ГОБМП, СИ на основании данных ИС, указанных в пункте 157 настоящих Правил, для заказчика, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ в рамках заключенного договора с уполномоченным органом обеспечивают формирование аналитических таблиц, составление аналитических отчетов или информации и их предоставление.

156. СИ формирует аналитические таблицы к Сводному перечню, определенному пунктом 165 настоящих Правил (далее – Сводный перечень), и представляет Заказчику ежемесячно в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

157. Субъект села в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает заказчику, сформированный в ИС «АПП» счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом

здравоохранения районного значения и села (далее – счет-реестр субъекта села), подписанный руководителем или посредством ЭЦП.

158. По результатам контроля качества и объема за оказанные медицинские услуги субъектом села, проведенного ТД КООЗ (при их наличии) в соответствии с перечнем случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи сельскому населению согласно **приложению 75** к настоящим Правилам (далее – Перечень) и по результатам ежедневной оценки СИ случаев осложнений, возникших в результате лечения субъектом села на основании автоматизированной выборки, ТД КООЗ формирует в СУКМУ:

перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества после оценки субъекта мониторинга и анализа гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно **приложению 76** к настоящим Правилам;

перечень случаев с летальным исходом по результатам контроля качества за отчетный и предыдущие периоды по форме согласно **приложению 77** к настоящим Правилам на основании листа экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно **приложению 2** к настоящим Правилам;

перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 78** к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КООЗ).

159. ТД КОМУ формирует в СУКМУ:

по результатам контроля объема услуг ГОБМП перечень случаев по результатам контроля объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами районного значения и села по форме согласно **приложению 79** к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КОМУ);

на основании данных Перечня ТД КООЗ и Перечня ТД КОМУ Сводный перечень случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 80** к настоящим Правилам.

160. Заказчик формирует в ИС «АПП» рассматриваемый и подписываемый комиссией по оплате услуг протокол исполнения договора гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 81** к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора субъекта села) на основании:

подписанного субъектом села счет-реестра;

результатов контроля качества и объема оказанных медицинских услуг субъектом села, проведенного ТД КООЗ (при их наличии);

Сводного перечня;

результатов достижения субъектом села индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

161. Заказчик на основании протокола исполнения договора субъекта села в ИС «АПП» формирует акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 82** к настоящим Правилам (далее - акт выполненных работ (услуг) субъекта села) в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме с посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту села.

162. Оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) субъекта села осуществляется заказчиком не позднее пятнадцати календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта села.

163. Формирование платежных документов и Сводного перечня осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС «АПП»:

1) заказчик:

вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами села;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора субъекта села;

акт выполненных работ (услуг) субъекта села;

2) лизингодатель вводит и подтверждает договоры на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, заключенные с субъектами села;

3) субъект села:

вводит и подтверждает заключенные договора субподряда не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом здравоохранения районного значения и села согласно **приложению 83** к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта села);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 84** настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 85** настоящим Правилам;

информация о структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села в разрезе структурных подразделений по форме согласно **приложению 86** настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 87** настоящим Правилам;

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно **приложению 88** к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно **приложению 89** к настоящим Правилам;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 настоящих Правил;

протокол исполнения договора субподряда на оказание КДУ в рамках ГОБМП прикрепленному населению субподряда;

акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субподряда;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

в СУКМУ:

1) субъект мониторинга и анализа ГОБМП формирует по субъектам села перечень случаев госпитализации, подлежащих контролю качества после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП;

2) ТД КООЗ по субъектам села:

прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных;

вводит результаты контроля качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

в ЭРСБ субъект села:

ежедневно вводит и подтверждает данные, в том числе выписного эпикриза, не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 003/у, форма № 003-2/у, форма № 096/у, форма № 097/у. Данные после подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ЭРСБ результатов гистологических и патоморфологических исследований;

формирует по результатам ввода данных из медицинских карт статистическую карту выбывшего из стационара (формы № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у, №066-4/у) и выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного) больного (форма № 027/у);

в АИС «Поликлиника» субъект села:

ежедневно вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у и форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно вводит внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

в ДКПН – согласно параграфу 1 раздела 2 настоящих Правил.

Параграф 7. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание ГОБМП

164. Поставщик с целью обеспечения доступности, комплексности и качества медицинской помощи населению в рамках ГОБМП с учетом реализации их права на свободный выбор субъекта, оказывающего ГОБМП, на отсутствующие услуги ГОБМП в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат в порядке, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11960 (далее – **Правила выбора поставщика**) привлекают по согласованию с заказчиком субподрядчика и заключают с ним договора субподряда в пределах сумм договора ГОБМП.

165. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание услуг ГОБМП осуществляется с участием КООЗ и ТД КООЗ, КОМУ и ТД КОМУ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и лизингодателя

166. Отчетным периодом является период времени, равный одному календарному месяцу (с первого по последнее числа месяца).

167. Поставщик оплату субподрядчику осуществляет:

1) за оказанные КДУ в рамках ГОБМП по стоимости в соответствии с тарификатором;

2) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной медицинской помощи в рамках ГОБМП сельскому населению по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ между субъектами села в пределах региона места их нахождения;

3) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарозамещающей медицинской помощи населению в рамках ГОБМП по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ;

4) за оказание комплекса медицинских услуг сельскому населению в рамках ГОБМП другим субъектом села в данном регионе по комплексному подушевому нормативу на сельское население, размер которого устанавливается по согласованию с заказчиком в зависимости от определенного перечня форм медицинской помощи.

168. Субподрядчик вправе по медицинским показаниям оказать услуги в рамках ГОБМП, не включенные в договор субподряда, населению в пределах

выданного направления специалистом Поставщика услуг ГОБМП и предъявить их на оплату.

Поставщик услуг ГОБМП осуществляют оплату за данные услуги с заключением дополнительного соглашения к договору субподряда.

169. Формирование платежных документов субподрядчика осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС субподрядчика следующих функций:

1) при оказании КДУ населению в рамках договора субподряда с поставщиком в лице субъекта ПМСП и (или) субъекта села:

в АИС «Поликлиника»:

ежедневно вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ населению, обратившемуся по направлению специалистов субъектов ПМСП и субъектов села, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма №025-9/у;

в ИС «АПП»:

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда по форме согласно **приложению 90** к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субподрядчика);

формирует по результатам ввода данных за отчетный период персонифицированный реестр оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно **приложению 91** к настоящим Правилам (далее – персонифицированный реестр субподрядчика);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно **приложению 92** к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно **приложению 93** к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно **приложению 94** к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно **приложению 95** к настоящим Правилам;

2) при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках договора субподряда с поставщиком в лице регионального онкологического диспансера:

в ИС «ЭРОБ»:

в модуле «Производственный блок»:

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ больным, обратившимся по направлению специалистов поставщика, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма №025-9/у;

в модуле «Финансовый блок»:

формирует за отчетный период счет-реестр за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП иногородним больным по форме согласно **приложению 96** к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период реестр оказанных медицинских услуг иногородним больным;

формирует за отчетный период индивидуальный счет на больного с расшифровкой расходов на оказание медицинской помощи.

формирует протокол исполнения договора на оказание ГОБМП иногородним больным по форме согласно **приложению 97** к настоящим Правилам;

формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП иногородним больным, (далее - акта выполненных работ (услуг)) по форме согласно **приложению 98** к настоящим Правилам.

170. Формирование платежных документов субподрядчика, являющегося субъектом села, при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП или комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в данном регионе осуществляется в ручном режиме.

Данный субподрядчик вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты.

171. Субподрядчик в срок не позднее пяти календарных дней после отчетного периода передает поставщику счет-реестр субподрядчика, подписанный руководителем или с использованием ЭЦП.

172. Поставщик при возникновении спорных случаев по оплате услуг, оказанных субподрядчиками, в рамках договора субподряда создает согласительную комиссию из компетентных представителей поставщика и субподрядчика.

Решение, принятое на заседании согласительной комиссии, оформляется протоколом исполнения договора субподряда:

на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 99** к настоящим Правилам;

на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи иногородним больным по форме согласно **приложению 97** к настоящим Правилам

Протокол исполнения договора субподряда подписывается членами согласительной комиссии с приложением к нему персонифицированного реестра оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично (далее – персонифицированный реестр), один экземпляр передается субподрядчику.

Персонифицированный реестр подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием ЭЦП, один экземпляр передается субподрядчику.

173. Результаты контроля качества и объема оказанной амбулаторно-поликлинической помощи субподрядчиками формируются ТД КООЗ и субъектом ПМСП или субъектом села по договору субподряда по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично.

Результаты контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи субподрядчиками формируются ТД КООЗ и поставщиком по договору субподряда по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, согласно приложениям 35 и 79 к настоящим Правилам.

ТД КООЗ результаты контроля качества и объема за оказанные услуги субподрядчиками (при их наличии) представляет заказчику для принятия мер по удержанию поставщиком при возмещении затрат субподрядчикам по договору субподряда.

174. Поставщик на основании подписанного счет-реестра субподрядчиком, результатов контроля качества и объема (при их наличии), протокола исполнения договора субподряда формирует в двух экземплярах акт выполненных работ (услуг) при оказании медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по договору субподряда по форме согласно **приложению 100** к настоящим Правилам, который подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием ЭЦП, один экземпляр передается субподрядчику.

Услуги, не предъявленные субподрядчиком к оплате в отчетном периоде, возмещению не подлежат.

175. Поставщик оплату по подписанным актам выполненных работ (услуг) по договору субподряда осуществляет не позднее двадцати календарных дней после отчетного периода, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре субподряда, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субподрядчика.

176. Оплата за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП сельским жителям субъектами здравоохранения городского, областного и республиканского значения субъектом села на условиях договора субподряда не осуществляется.

Параграф 8. Возмещение лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП

177. Возмещение лизинговых платежей на условиях финансового лизинга осуществляется из средств республиканского бюджета и (или) за счет средств местных бюджетов, включая ЦТТ, по заключенному договору с лизингодателем организациям, оказывающим ГОБМП:

- в организационно-правовой форме государственных предприятий;
- в организационно-правовой форме акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству;
- автономной организации образования.

178. Размер вознаграждения по лизингу не превышает пяти процентов годовых от стоимости медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

179. Анализ потребности производится на основании расчета коэффициента потребности по формуле расчета коэффициента потребности согласно **приложению 101** к настоящим Правилам.

180. Анализ окупаемости производится через расчет срока окупаемости по формуле расчета срока окупаемости согласно **приложению 102** к настоящим Правилам.

181. В течение пятнадцати календарных дней со дня предоставления соответствующей информации перечень потенциальных лизингополучателей и медицинской техники согласовывают в рамках своей компетенции:

уполномоченный орган согласовывает соответствие медицинской техники профилю и уровню медицинской организации;

КОМУ подтверждает наличие договора на оказание ГОБМП с потенциальными лизингополучателями;

КООЗ согласовывает перечень медицинской техники и количества услуг, планируемых оказать организацией здравоохранения в месяц на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга.

182. В период срока действия договора финансового лизинга проводится мониторинг медицинской техники на предмет эффективного использования.

183. Лизингодатель ежегодно в срок до первого апреля направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей с указанием объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на предстоящий трехлетний период с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей) и потребность в бюджетных средствах на возмещение лизинговых платежей по планируемым лизинговым проектам с приложением подтверждающих документов (копия утвержденного инвестиционного плана лизингодателя на предстоящий трехлетний период по планируемым лизинговым проектам).

184. Лизингодатель ежегодно в срок до десятого ноября, направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей, с помесечным распределением объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на плановый финансовый год, для формирования плана финансирования по обязательствам и (или) платежам с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей) и потребность на возмещение лизинговых платежей по планируемым лизинговым проектам с приложением подтверждающих документов (копия

утвержденного инвестиционного плана Лизингодателя на предстоящий финансовый год по планируемыми лизинговым проектам).

185. Лизингодатель, не позднее третьего числа месяца, следующего за отчетным периодом, направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей, поставка медицинской техники которым осуществлена в отчетный период, с помесечным распределением объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на текущий финансовый год, с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей).

186. Уполномоченным органом в срок до десятого числа месяца следующего за отчетным периодом на основании представленного лизингодателем перечня лизингополучателей, содержащего сведения о сумме лизинговых платежей, подлежащих возмещению формируется заявка на изменение индивидуального плана финансирования по обязательствам и (или) платежам согласно Правилам исполнения бюджета и его кассового обслуживания, утвержденным приказом Министра финансов Республики Казахстан от 4 декабря 2014 года № 540 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9934) (далее – Правила исполнения бюджета).

Для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям в уполномоченный орган по исполнению бюджета направляется справка о внесении изменений в индивидуальный план финансирования по обязательствам и (или) платежам согласно Правилам исполнения бюджета.

187. Корректировка и перераспределение сумм бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей производится на основании:

заявки лизингодателя на внесение изменений в индивидуальный план финансирования по обязательствам и (или) платежам произвольной формы; предложений, представленных КОМУ и УЗ по результатам ежемесячного возмещения лизинговых платежей лизингополучателям.

188. УЗ и ТД КОМУ осуществляют выплату лизинговых платежей лизингополучателям на основании заключенного договора на оказание ГОБМП согласно Правил выбора поставщика.

189. Обеспечение заключения договора на оказание ГОБМП с лизингополучателями осуществляется согласно индивидуальному плану финансирования.

190. Лизингодателем осуществляется ввод информации в ИС об установленной лизингополучателю медицинской технике, приобретенной на

условиях финансового лизинга, до даты ввода в эксплуатацию и доли лизингового платежа.

191. Лизингополучатели при оказании медицинской услуги с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, в формах первичной медицинской документации, указывают девятизначный код медицинской техники. Лизингополучатели осуществляют ввод данных в соответствующую ИС по фактически оказанным медицинским услугам на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, из форм первичной медицинской документации.

192. Лизингополучатели в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг формируют и предоставляют в УЗ или ТД КОМУ счета-реестры на основании данных, введенных в соответствующие ИС об использовании медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

193. Объем финансирования по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за медицинские услуги, оказанные на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, определяется по формуле определения объема финансирования по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за оказанные медицинские услуги на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга согласно **приложению 103** к настоящим Правилам.

194. Лизинговые платежи оплачиваются ежемесячно лизингополучателем лизингодателю в соответствии с договором финансового лизинга согласно графику лизинговых платежей.

195. Размер лизингового платежа рассчитывается по формуле расчета размера лизингового платежа согласно **приложению 104** к настоящим Правилам методом аннуитетных платежей.

196. График лизинговых платежей формируется лизингодателем для каждого лизингополучателя индивидуально в соответствии с договором финансового лизинга и учетом сроков поставки предмета лизинга.

197. Лизинговые платежи рассчитываются с учетом возмещения всей стоимости предмета лизинга по цене на момент заключения договора финансового лизинга, и осуществляются на протяжении срока действия договора финансового лизинга, которые включают в себя:

возмещение лизингодателю затрат на приобретение предмета лизинга и любых других расходов, непосредственно связанных с приобретением, поставкой предмета лизинга и приведением его в рабочее состояние и

дальнейшего обслуживания (гарантийное обслуживание поставщиком предмета лизинга) для использования по назначению в соответствии с договором финансового лизинга;

вознаграждение по лизингу.

198. Оплата лизинговых платежей осуществляется лизингополучателем ежемесячно в сроки и в размерах, согласно графику лизинговых платежей, составленному по форме согласно **приложению 105** к настоящим Правилам, являющегося приложением к договору финансового лизинга.

199. Начисление вознаграждения производится с даты ввода предмета лизинга в эксплуатацию, указанной в графике лизинговых платежей.

Доля лизингового платежа рассчитывается как отношение лизингового платежа в месяц к плановому количеству медицинских услуг в месяц, по формуле расчета доли лизингового платежа согласно **приложению 106** к настоящим Правилам.

200. Плановое количество медицинских услуг (Оплан) должно быть кратно двенадцати месяцам в сторону максимального значения и не более максимального норматива на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику и не менее семидесяти пяти процентов от данного норматива, где план – объем медицинских услуг, планируемых оказать лизингополучателем в месяц на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, согласно договору финансового лизинга.

201. Максимальный норматив на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику рассчитывается по формуле расчета максимального норматива услуг для медицинской техники согласно **приложению 107** к настоящим Правилам.

202. ТД КООЗ до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом и не позднее первого ноября текущего года, направляют в КОМУ и (или) УЗ акт контроля за эффективным использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно **приложению 108** к настоящим Правилам (далее – акт контроля).

203. Контроль лизингополучателей за эффективным использованием медицинской техники осуществляется ежеквартально ТД КООЗ. В акте контроля указывается количество медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, подтвержденных при осуществлении контроля за эффективным использованием медицинской техники.

204. УЗ и ТД КОМУ на основании актов контроля осуществляют выплаты или снятие бюджетных средств, предназначенных для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям.

205. В случае если по итогам контроля пролеченный случай не подлежит оплате полностью или частично, согласно акту контроля производится перерасчет количества медицинских услуг по фактически оказанным медицинским услугам на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга и перерасчет суммы лизинговых платежей на возмещение.

206. УЗ и ТД КОМУ с учетом актов контроля формируют протокола исполнения договоров на оказание ГОБМП в сроки и порядке, предусмотренном настоящими Правилами. При этом формирование протокола за январь текущего года осуществляется с учетом случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр за декабрь предыдущего года.

207. Сумма бюджетных средств, предназначенных для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям, подлежащая удержанию или снятию, учитывается при последующих взаиморасчетах с лизингополучателем в период срока действия договора на оказание ГОБМП.

208. Акт выполненных работ (услуг), оказанных лизингополучателем в рамках ГОБМП, составляется на основании оформленного протокола.

УЗ и ТД КОМУ осуществляют выплату лизинговых платежей после оформления акта выполненных работ (услуг) при условии оказания медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга в соответствии с настоящими Правилами.

Средства, направленные на выплату лизинговых платежей, используются лизингополучателем только в рамках договоров финансового лизинга.

209. В случае невыполнения ежемесячного количества медицинских услуг, планируемых оказывать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, лизингополучателю выплачиваются лизинговые платежи только за медицинские услуги с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга за фактически оказанные медицинские услуги.

В случае недостаточности средств лизингополучателей на погашение лизинговых платежей, лизингополучатели погашают лизинговые платежи за счет собственных средств за исключением средств, полученных от оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП.

210. В случае превышения ежемесячного количества предъявленных к оплате медицинских услуг, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, над ежемесячным количеством медицинских услуг, планируемых оказывать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, лизинговые платежи выплачиваются в размере лизингового платежа, указанного в графике лизинговых платежей.

211. Лизингодатель не начисляет пеню на неоплаченную сумму лизинговых платежей лизингополучателя в случаях независящих от лизингополучателя (несвоевременное поступление бюджетных средств на выплаты лизинговых платежей на счет лизингополучателя не по его вине, а также при выплате за январь текущего года лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр за декабрь предыдущего года).

Параграф 9. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования по подушевому нормативу школьника

212. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП независимо от наличия прикрепленного населения (далее – субъект ПМСП) осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета.

213. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования субъектам ПМСП осуществляется заказчиком с участием КООЗ и ТД КООЗ, СИ.

214. Подушевой норматив школьника для субъекта ПМСП за отчетный период определяется в расчете на одного обучающегося или воспитанника в организациях образования и включает расходы в соответствии с Методикой формирования тарифов.

215. Сумма оплаты за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования субъектам ПМСП по подушевому нормативу школьника за отчетный период определяется путем умножения подушевого норматива школьника для субъектов ПМСП на численность обучающихся и воспитанников, зарегистрированных в портале «РПН» за организацией образования, которая закреплена за субъектом ПМСП на последнюю дату отчетного месяца.

Сумма оплаты субъекта ПМСП по подушевому нормативу школьника за отчетный период за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования не зависит от объема оказанных услуг.

216. Субъект ПМСП в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает Заказчику, сформированный в ИС «АПП» счет-реестр субъекта ПМСП согласно приложению 8, подписанный руководителем лично или посредством ЭЦП.

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, и (или) обстоятельств, связанных с обновлением ИС, заказчик принимает счет-реестр субъекта ПМСП позднее установленного срока.

217. Заказчик формирует в ИС «АПП» протокол исполнения договора на оказание ПМСП на основании:

подписанного субъектом ПМСП счет-реестра субъекта ПМСП;

результатов контроля качества и объема (при их наличии), проведенного ТД КООЗ и заказчиком, по основаниям предусмотренным законодательством и договором на оказание ГОБМП;

результатов достижения субъектом ПМСП индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

Протокол исполнения договора на оказание ПМСП рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг.

218. Заказчик на основании протокола исполнения договора на оказание ГОБМП в ИС «АПП» формирует акт выполненных работ (услуг) ПМСП в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту ПМСП.

219. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) ПМСП осуществляется не позднее 15 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта ПМСП.

220. Формирование платежных документов осуществляется в автоматическом режиме при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС «АПП»:

1) заказчик в модуле «Платежная система»:

вводит данные во вкладке «Основные условия договора», подтверждает их и прикрепляет копии договора на оказание ПМСП, включая за оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в организациях образования и дополнительных соглашения к договору на оказание ПМСП при их наличии;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора ПМСП по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

акт выполненных работ (услуг) ПМСП по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам;

2) субъект ПМСП:

ежедневно в АИС «Поликлиника» осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных услуг ПМСП обучающимся и воспитанникам в организациях образования на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у;

в модуле «Платежная система»:

формирует за отчетный период счет-реестр субъекта ПМСП по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

вводит данные и подтверждает их за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам.

221. Введенные в ИС данные доступны заказчику, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ, субъекту мониторинга и анализа ГОБМП, СИ, научно-исследовательским организациям для ежедневного мониторинга, анализа и оценки, для принятия управленческих решений в рамках их компетенций.

Параграф 10 «Возмещение затрат организациям службы крови за выданные компоненты крови и оказанных услуг за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета»

222. Возмещение затрат за выданные компоненты крови и оказанные услуги в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема выданных компонентов крови и оказанных услуг согласно тарифам, утвержденным приказом уполномоченного органа за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ;

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.

223. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

224. Организация службы крови в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику подписанный руководителем Счет-реестр в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета** по форме согласно **приложениям 109** к настоящим Правилам.

225. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает Счет-реестр и Акт выполненных работ (услуг) позднее установленного срока.

226. Заказчик формирует протокол исполнения договора по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи **за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета** по форме согласно **приложению 110** к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного организацией службы крови счета-реестра;

результатов контроля качества и объема выданных компонентов крови и оказанных услуг (при их наличии), проведенного ТД КООЗ, подлежащих снятию и не подлежащих оплате. Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

227. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно **приложению 111** к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами и один экземпляр передается субъекту службы крови.

228. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекту службы крови.