

Проект
Об утверждении Правил закупок услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования и оплаты за оказанные услуги субъектам здравоохранения

Утверждены приказом
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «___» _____ 2016 года
№ _____

В соответствии с пунктом 4 статьи 34, с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», статьей 34, статьей 36 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила закупок у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и оплаты за оказанные услуги субъектам здравоохранения.

2. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:

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

2) направление на официальное опубликование копии настоящего приказа в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет» в течение десяти календарных дней после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Е. Биртанова.

4. приказ вводится в действие с 1 января 2018 года и подлежит официальному опубликованию.

**Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан**

Т. Дуйсенова

**Правила
закупа у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и оплаты за оказанные услуги субъектам здравоохранения**

1. Общие положения

1. Настоящие Правила закупок у субъектов здравоохранения услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования и оплаты за оказанные услуги субъектам здравоохранения (далее - Правила) разработаны в соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс), статьей 34, статьей 36 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее - Закон).

Правила определяют порядок осуществления закупок у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи гражданам Республики Казахстан, иностранцам и лицами без гражданства, постоянно проживающими на территории Республики Казахстан, а также оралманам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – в рамках ГОБМП и в системе ОСМС) и оплаты за оказанные услуги субъектам здравоохранения за счет активов фонда социального медицинского страхования и бюджетных средств, за исключением организаций здравоохранения:

- 1) являющихся государственными учреждениями;
- 2) ответственных за выполнение государственного задания;
- 3) оказывающих лечение в соответствии с Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубежом за счет бюджетных средств утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795;

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и

вносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа услуг;

2) 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;

3) субъект здравоохранения – организации здравоохранения, а также физическое лицо, занимающееся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

4) закуп услуг у субъектов здравоохранения (далее – закуп услуг) – планирование, выбор, заключение и исполнение договора закупа медицинских услуг;

5) активы фонда - отчисления, взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционный доход и иные предусмотренные законодательством Республики Казахстан поступления в фонд за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда, средств, направленных на оплату услуг субъектов здравоохранения и возврат ошибочно зачисленных или излишне уплаченных средств;

6) договор закупа услуг–соглашение в письменной форме и/или в электронной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг;

7) прикрепление граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи – регистрация обязательств организаций первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) по оказанию ПМСП и реализации прав граждан на ее получение в рамках ГОБМП и/или в системе ОСМС;

8) потенциальный субподрядчик – субъект здравоохранения, претендующий на оказание части обязательств поставщика по договору на оказание ГОБМП или по договору закупа услуг в системе ОСМС;

9) потенциальный поставщик – субъект здравоохранения, претендующий на оказание медицинской помощи в системе ОСМС и/или ГОБМП;

10) наблюдатели – представители региональных палат Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен», некоммерческих организаций и общественных объединений, представляющих интересы пациентов и субъектов здравоохранения в данном регионе, профессиональных союзов работников здравоохранения;

11) вновь вводимый объект здравоохранения – объект, впервые сданный в эксплуатацию, управление которым передано организации здравоохранения,

которой выдана лицензия на осуществление соответствующей деятельности на данный объект;

12) комиссия на республиканском уровне–коллегиальный орган, создаваемый уполномоченным органом для проведения выбора потенциального поставщика/субподрядчика услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в соответствии с настоящими Правилами;

13) комиссия на региональном уровне – коллегиальный орган, создаваемый управлениями здравоохранением областей и городов республиканского значения для проведения выбора потенциального поставщика/субподрядчика услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в соответствии с настоящими Правилами;

14) заявка на участие – заявка на участие в выборе поставщика, предоставляемая потенциальным поставщиком, в том числе для потенциальных поставщиков ПМСП, на участие в кампании по прикреплению;

15) субподрядчик – субъект здравоохранения, включенный в Единый регистр поставщиков, с которым поставщик заключил договор субподряда для исполнения части обязательств по договору закупа услуг;

16) договор субподряда – гражданско-правовой договор, заключенный между субподрядчиком и поставщиком для исполнения части обязательств поставщика по договору закупа услуг;

17) поставщик – субъект здравоохранения, включенный в Единый регистр поставщиков, с которым заключен договор закупа услуг;

18) потенциальный поставщик ПМСП – субъект здравоохранения, претендующий на оказание ПМСП в рамках ГОБМП и/или в системе ОСМС;

19) производственная база – место оказания медицинских услуг согласно приложению к лицензии;

20) тарификатор – утвержденный уполномоченным органом перечень медицинских услуг с указанием их стоимости согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса РК О здоровье народа и системе здравоохранения;

21) выбор потенциального поставщика/субподрядчика по оказанию медицинской помощи в системе ОСМС и/или ГОБМП (далее – выбор поставщика) – процедура, состоящая из комплекса взаимосвязанных последовательных мероприятий, направленных на определение соответствия/несоответствия потенциальных поставщиков/субподрядчиков требованиям Правил для включения в Единый регистр поставщиков;

22) Единый регистр потенциальных поставщиков – электронный регистр субъектов здравоохранения, определенных комиссией соответствующими требованиями настоящих Правил, предъявляемым потенциальному поставщику/субподрядчику и допущенных к оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

23) электронная цифровая подпись (далее – ЭЦП) – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и

подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания;

24) электронная копия документа - документ, полностью воспроизводящий вид и информацию (данные) подлинного документа в электронно-цифровой форме;

25) типовой договор - типовая форма договора со стандартными условиями и формулировками, утвержденная уполномоченным органом в области здравоохранения. Все условия типового договора заранее согласованы между поставщиком и фондом;

26) информационная система фонда – система, предназначенная для хранения, поиска и обработки информации и соответствующие организационные ресурсы (человеческие, технические, финансовые и т. д.), которые обеспечивают и распространяют информацию;

27) Портал Фонда – информационная система предоставляющая единую точку доступа для заинтересованных лиц;

28) системное сообщение – автоматически сформированная информация в информационной системе;

29) 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;

30) 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;

31) 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;

32) 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;

33) 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;

34) 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;

35) 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;

36) 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;

37) 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 здравоохранения районного значения или села, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива;

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

39) 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);

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

41) 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;

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

43) 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 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);

44) комплексный тариф – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в ЭРОБ, за исключением онкогематологических больных (кроме больных лимфомой), утвержденная администратором;

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

46) 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;

47) 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;

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

49) 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;

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

51) 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;

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

53) 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;

54) Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – ККМФД) – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – ТД ККМФД), осуществляющие государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг;

55) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека в форме ПМСП;

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

57) 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;

58) 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;

59) ЭРОБ – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией, данные которой используются при размещении объемов медицинской помощи, и оплате поставщикам за оказанные услуги;

60) 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;

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

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

63) 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);

64) линейная шкала оценки исполнения договора (далее – Линейная шкала) – механизм расчета суммы оплаты в случаях превышения месячной суммы договора без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

65) комиссия об обоснованности оказания больному дополнительных услуг - коллегиальный орган, создаваемый при ККМФД для экспертизы обоснованности оказания больному дополнительных медицинских услуг в рамках договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

66) 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;

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

Раздел 2. Порядок закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

Параграф 1. Основные положения закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

3. Закуп услуг осуществляется:

за счет бюджетных средств на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП:

за счет средств активов фонда на предоставление медицинской помощи в системе ОСМС.

4. Закуп услуг осуществляется на основании принципов:

1) сбалансированности бюджетных средств на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и средств активов фонда на предоставление медицинской помощи в системе ОСМС с обязательствами по оказанию медицинской помощи;

2) обеспечения территориальной доступности медицинской помощи;

3) равенства субъектов здравоохранения;

4) добросовестной конкуренции;

5) качества и эффективности оказания медицинских услуг.

5. Закуп услуг осуществляется по решению фонда на основании:

1) утвержденного плана закупок фонда;

2) не полного размещения потенциальным поставщикам объявленного фондом планового объема медицинских услуг;

3) не полного прикрепления населения к организациям ПМСП;

4) отказа потенциального поставщика или фонда от заключения договора на оказание услуг;

5) в течение года на не исполненный (не надлежаще исполненный) по договору закупа услуг объем обязательств;

6. Дополнительный закуп услуг на медицинскую помощь в рамках ГОБМП осуществляется по решению фонда в следующих случаях:

для вновь вводимых объектов здравоохранения;

для пилотных организаций.

7. На выделенные дополнительные денежные средства на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС закуп, без объявления процедуры закупа услуг, осуществляется в следующих случаях:

на увеличение стоимости тарифов;

на выделенные бюджетные средства для возмещения лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга.

8. Преимущественным правом при закупе услуг обладают субъекты здравоохранения:

1) прошедшие аккредитацию в области здравоохранения в соответствии с Кодексом;

2) претендующие на оказание услуг медицинской помощи в системе ОСМС, имеющие опыт предоставления соответствующей медицинской помощи на территории Республики Казахстан непрерывно в течение трех лет, предшествующих месяцу, в котором осуществляется закуп услуг.

9. Закуп услуг состоит из комплекса взаимосвязанных последовательных мероприятий, включающих в себя:

1) планирование объемов медицинских услуг и средств на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

2) выбор потенциальных поставщиков/субподрядчиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в том числе потенциальных поставщиков ПМСП для участия в кампании по прикреплению, включающий в себя:

выбор субъектов здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков;

выбор потенциальных поставщиков ПМСП, включенных в Единый регистр потенциальных поставщиков, для участия в кампании по прикреплению;

3) заключение договора с субъектами здравоохранения, выбранными из Единого регистра потенциальных поставщиков;

4) исполнение договорных обязательств поставщиками/субподрядчиками.

10. Требования, предъявляемые к субъекту здравоохранения для участия в закупе услуг:

1) обладать правоспособностью (для юридических лиц), гражданской дееспособностью (для физических лиц);

2) являться платежеспособным;

3) не подлежать процедуре банкротства либо ликвидации;

4) обладать материальными и трудовыми ресурсами.

11. К закупке услуг допускаются субъекты здравоохранения, если:

1) должностное лицо фонда (либо его близкие родственники, супруг(а) или свойственники), обладающее правом принимать решение, является их учредителем, участником либо акционером;

2) договор, заключенный в течение предшествующих трех лет, был расторгнут фондом в одностороннем порядке в связи с неисполнением, несвоевременным либо ненадлежащим исполнением;

3) договор, заключенный в течение предшествующих трех лет, был расторгнут в одностороннем порядке по инициативе субъекта здравоохранения;

4) финансово-хозяйственная деятельность субъектов здравоохранения приостановлена в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

5) субъектами здравоохранения предоставлены недостоверные данные и (или) информация, содержащая ложные сведения о деятельности юридического лица.

Фонд формирует реестр субъектов здравоохранения, которые не допускаются к закупке услуг согласно подпунктов 2) и 3) настоящего пункта.

Параграф 2. Планирование объемов медицинских услуг и средств на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

12. Планирование объемов медицинских услуг и средств на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом.

13. Потребность медицинской помощи определяется в соответствии с утвержденной уполномоченным органом Методикой оценки потребности населения в медицинской помощи.

14. Планирование объемов медицинских услуг и средств на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется с учетом потребностей в медицинской помощи предоставленной управлениями здравоохранения (далее – УЗ) и территориальными филиалами фонда (далее ТФ Фонда), по видам формам и уровням оказания медицинской помощи на основании нормативов расходов, утвержденных в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и поступлений взносов и отчислений в фонд в соответствии с пунктом 3 статьи 19 Закона, а также на основании анализа и оценки деятельности субъектов здравоохранения, участвующих в системе ОСМС, и системы здравоохранения в целом с учетом определения необходимых направлений развития субъектов здравоохранения в соответствии с государственными программными документами развития здравоохранения.

15. Анализ основывается на данных ведомственной статистики здравоохранения, Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан, информационных систем здравоохранения, финансовых отчетов субъектов здравоохранения, и других сведений, получаемых из органов статистики и финансовых органов, других данных, влияющих на формирование затрат при оказании медицинской помощи, а также прогноза поступлений взносов и отчислений в фонд и расходов на медицинскую помощь на основе актуарных расчетов.

16. Планирование АПП осуществляется с учетом:

- численности населения с учетом следующих показателей:

темпы роста численности по динамике численности населения за предшествующий период;

численность населения по данным РПН (к которому применяется темп роста численности)

половозрастная структура населения по данным РПН;

половозрастной коэффициент;

уровень потребления медицинских услуг;

- территориальных особенностей с учетом следующих показателей:

плотность населения с учетом прогнозной численности населения;

учет надбавок за работу в сельской местности с учетом прогнозной численности сельского населения и уровня расходов на оплату труда.

17. Планирование стационарной и стационароразмещающей помощи осуществляется:

- по видам;
- по формам;
- по технологиям;
- по уровню оказания;
- по регионам;
- по приоритетным направлениям развития медицинской помощи.

18. Планирование стационарной и стационароразмещающей помощи осуществляется с учетом:

- прироста численности населения;
- снижение уровня потребления стационарной помощи;
- уровня заболеваемости;
- средней стоимости одного пролеченного случая;
- регионализации.

19. Фонд не позднее 1 _____ направляет для утверждения в уполномоченный орган план закупок медицинской помощи в рамках ГОБМП.

20. Уполномоченный орган утверждает план закупок медицинской помощи в рамках ГОБМП ежегодно в срок до 1 _____. При этом план закупок медицинской помощи в рамках ГОБМП корректируется не более одного раза в полугодие.

21. Фонд утверждает план закупок медицинской помощи в системе ОСМС ежегодно в срок до 1 _____. При этом план закупок медицинской помощи в системе ОСМС корректируется не более одного раза в полугодие.

22. Корректировка плана закупок медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС производится в случае:

- 1) неполного распределения средств, предусмотренных планом закупок;
- 2) выделения дополнительных денежных средств на закупку медицинской помощи;
- 3) увеличения или уменьшения стоимости тарифов;
- 4) выделения дополнительных бюджетных средств, для возмещения поставщикам лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга;
- 5) увеличением/уменьшением количества лиц, за которых государство осуществляет взносы на ОСМС в фонд согласно статьи 26 Закона;
- 6) по итогам оценки деятельности поставщиков и оценки индикаторов за отчетный период.

23. Фонд утверждает годовой план закупок медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Параграф 3. Порядок выбора субъектов здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков

24. Процедура выбора субъектов здравоохранения, в том числе субъектов здравоохранения ПМСП для участия в кампании по прикреплению, для включения в Единый регистр поставщиков предусматривает выполнение следующих последовательных мероприятий:

- 1) размещение фондом на интернет-ресурсе Фонда, уполномоченного органа и УЗ объявления о начале процедуры закупок медицинских услуг;
- 2) формирование и утверждение состава комиссии по выбору субъектов здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков на республиканском/региональном уровне;
- 3) прием заявок на участие в процедуре закупок услуг на республиканском/региональном уровне;
- 4) рассмотрение комиссией заявок на участие на республиканском/региональном уровне для определения соответствия (несоответствия) субъектов здравоохранения требованиям, предъявляемым субъекту здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков;
- 5) формирование Единого регистра потенциальных поставщиков;

25. Фонд не позднее, 25 июля текущего года размещает на интернет - ресурсе фонда, уполномоченного органа и УЗ объявление о начале осуществления процедуры закупок медицинских услуг по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

26. Уполномоченный орган и УЗ формируют и утверждают состав комиссии на республиканском и региональном уровне соответственно не позднее трех рабочих дней до начала приема заявок на участие.

Комиссией на республиканском уровне рассматриваются заявки на участие, поданные от субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь на республиканском уровне

Комиссией на региональном уровне рассматриваются заявки на участие, поданные от субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь на региональном уровне, в том числе потенциальных поставщиков ПМСП для участия в кампании по прикреплению.

27. Комиссия на республиканском/региональном уровне состоит из председателя комиссии, заместителя председателя комиссии и других членов комиссии. Общее количество членов комиссии составляет нечетное число, но не менее пяти человек.

Состав комиссии утверждается приказом уполномоченного органа или УЗ.

28. Включение в состав комиссии на республиканском уровне осуществляется по письменному запросу уполномоченного органа на основе письменных представленных кандидатур Фонда, Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗСР РК (далее – ККМФД), Департамента организации медицинской помощи МЗСР РК, наблюдателей.

29. Председателем комиссии на республиканском уровне является вице-министр здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

30. Заместителем председателя комиссии на республиканском уровне является первый руководитель структурного подразделения МЗСР РК.

31. Включение в состав комиссии на региональном уровне осуществляется по письменному запросу УЗна основе письменно представленных кандидатур соответствующих территориальных филиалов Фонда (далее ТФ Фонда), территориальных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗСР РК(далее – ТД ККМФД), наблюдателей.

Один и тот же член комиссии может состоять только в одной комиссии.

32. Председателем комиссии на региональном уровне является первый руководитель УЗ.

33. Заместителем председателя комиссии на региональном уровне является заместитель руководителя УЗ.

34. Председатель комиссии на республиканском/региональном уровне планирует работу, руководит деятельностью комиссии, председательствует на заседаниях комиссии и осуществляет иные функции, предусмотренные настоящими Правилами.

Во время отсутствия председателя его функции выполняет заместитель председателя комиссии на республиканском/региональном уровне.

35. Организационная деятельность комиссии на республиканском/региональном уровне обеспечивается секретарем комиссии, определяемым из числа должностных лиц уполномоченного органа или УЗсоответственно. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не имеет права голоса при принятии комиссией решения.

36. Комиссия действует со дня вступления в силу решения о ее создании и прекращает свою деятельность в день издания приказа о создании нового состава комиссии.

37. Заседание комиссии является правомочным, если на нем присутствует простое большинство от общего числа членов комиссии.

Не допускается проведение заседания комиссии в отсутствие председателя комиссии и заместителя председателя комиссии одновременно.

В случае отсутствия одного из членов комиссии в протоколе заседания комиссии указывается причина его отсутствия. Допускается замена члена комиссии, который не может принять участие в работе комиссии по обоснованным причинам, другой соответствующей кандидатурой до начала заседания комиссии на основании письменного представления соответствующей организации, представителем которой является отсутствующий член комиссии.

38. Не допускается рассмотрение заявок на участие без проведения заседания комиссии.

39. Деятельность комиссии осуществляется в автоматизированном режиме посредством информационной системы Фонда (далее – ИС Фонда).

40. Секретарь комиссии за три календарных дня до даты заседания комиссии оповещает членов комиссии и наблюдателей о сроках заседания комиссии в соответствии с утвержденным графиком заседаний комиссии.

41. Допускается на заседаниях комиссии при рассмотрении заявок на участие присутствие представителей потенциальных поставщиков и наблюдателей, не вмешиваясь в деятельность комиссий, и проведение аудиозаписи и (или) видеосъемки.

Представители потенциальных поставщиков и наблюдатели до начала заседания комиссии уведомляют секретаря комиссии о своем участии на заседании комиссий и проведении аудиозаписи и (или) видеосъемки.

42. На заседании комиссии в ходе рассмотрения заявок на участие секретарь комиссии перечисляет членам комиссии и другим присутствующим представленные заявки на участие и документы, приложенные к ним.

43. Секретарь комиссии представляет комиссии для ознакомления список субъектов здравоохранения получивших в автоматизированном режиме на Портале фонда/Е-gov отказ в приеме заявки на участие в соответствии с подпунктами 1), 2), 3) и 4) пункта 10 настоящих Правил.

44. Не допускается направление запроса и иные действия комиссии, связанные с приведением заявки на участие в соответствие с предусмотренным пунктом 10 (перечень документов) настоящих Правил, заключающиеся в дополнении заявки на участие недостающими документами, замене документов, приложенных в заявке на участие, замене сведений, указанных в заявке на участие.

45. Решение комиссии принимается открытым голосованием **посредством портала Фонда** и считается принятым, если за него подано большинство голосов от общего количества присутствующих на заседании членов комиссии. В случае равенства голосов, принятым считается решение членов комиссии, за которое проголосовал председатель комиссии, в случае его отсутствия, заместитель председателя комиссии.

В случае несогласия с решением комиссии член данной комиссии имеет право на особое мнение, которое размещается на портале Фонда в форме электронной копии документа.

46. Решение комиссии оформляется секретарем комиссии в виде протокола в электронной форме, который формируется в ИС Фонда и подписывается председателем комиссии, его заместителем, другими членами комиссии и секретарем комиссии с использованием ЭЦП. Протокол заседания комиссии содержит сведения о присутствующих, отсутствующих членах комиссии, решении, принятом на заседании комиссии с указанием числа голосов (за, против).

47. Комиссия посредством портала Фонда рассматривает заявки в целях определения потенциальных поставщиков, соответствующих квалификационным требованиям и требованиям настоящих Правил.

48. Заявка на участие подается субъектом здравоохранения через портал фонда/E-gov в форме электронного документа согласно приложению 3 к настоящим Правилам в период срока подачи заявок на участие, указанного в объявлении, с получением в течение трех календарных дней со дня подачи заявки на участие:

1) уведомления о приеме и регистрации в едином электронном журнале регистрации заявок по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

2) уведомления об отказе в приеме заявки на участие в соответствии с подпунктами 1), 2), 3) и 4) пункта 10 настоящих Правил по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

49. Регистрация заявок на участие в электронном журнале регистрации заявок проводится по сквозной нумерации с присвоением уникального кода.

50. Заявка на участие подписывается субъектом здравоохранения с использованием ЭЦП при наличии полных сведений.

Подача заявок на участие на предстоящий календарный год осуществляется в период с 1 по 31 августа текущего года.

51. Заявка на участие должна содержать подтверждение субъекта здравоохранения следующих сведений, полученных из электронных информационных ресурсов:

1) основные сведения:

о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица;

об удостоверении личности (для физического лица);

из устава (о составе учредителей, участников или держателей акций);

о предоставлении права на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

о документе, подтверждающем полномочия первого руководителя либо лица его заменяющего на право подачи и подписания заявки на участие;

о наличии договора доверительного управления (при его наличии);

о наличии лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг и расположение производственной базы потенциального поставщика по месту их оказания на территории, указанной в объявлении об осуществлении процедуры выбора поставщика;

об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

о квалификации кадров (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются) по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам;

о численности прикрепленного к потенциальному поставщику населения, по итогам кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения;

о соответствии потенциального поставщика к оказанию им медицинской помощи по видам высокотехнологичных медицинских услуг (далее - ВТМУ), на

основании заключения, выданного в порядке, определенном на основании статьи 42 Кодекса о здоровье;

о решении уполномоченного органа о включении потенциального поставщика в перечень организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов) в порядке, определенном на основании пункта 5 статьи 170 Кодекса о здоровье (в случае подачи заявки на участие по оказанию ВТМУ);

о причастности или непричастности к процедуре банкротства и (или) ликвидации;

о видах и формах медицинской помощи, оказанных за последние 3 года и на заявленный период, по форме согласно приложениям 7 и 8 к настоящим Правилам (при наличии сведений);

о коечном фонде по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

о наличии медицинской техники по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

о согласии потенциального поставщика на использование персональных данных и иных сведений, содержащихся в электронных информационных ресурсах;

о подтверждении потенциальным поставщиком положения (положениям) о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих соответствующую медицинскую помощь, утвержденному (утвержденным) уполномоченным органом, при заключении договора на весь период его действия (при наличии свидетельства об аккредитации в области здравоохранения подтверждение не требуется);

2) дополнительные сведения:

об отсутствии (наличии) налоговой задолженности;

об отсутствии (наличии) просроченной ссудной задолженности субъекта здравоохранения перед банками второго уровня;

об отсутствии (наличии) кредиторской задолженности по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

о наличии (отсутствии) компьютерной техники по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

о наличии (отсутствии) программного обеспечения по бухгалтерскому учету по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

о наличии (отсутствии) сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента качества в соответствии с требованиями национальных стандартов по оказываемым услугам (при его наличии);

о запасах лекарственных средств по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

о запасах изделий медицинского назначения по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

При отсутствии данных, предусмотренных настоящим пунктом, в электронных информационных ресурсах субъектом здравоохранения представляются электронные копии документов.

Потенциальный поставщик, не являющийся резидентом Республики Казахстан, в подтверждение его соответствия требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пунктам 10 и 11 настоящих Правил, представляет сведения, предусмотренные настоящим пунктом или аналогичные сведения, подтверждающие соответствие данным требованиям.

52. Заявки на участие субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП, рассматриваются комиссией на региональном уровне в первоочередном порядке.

53. Комиссия в течение тридцати календарных дней со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие, указанного в объявлении, рассматривает заявки на участие и принимает решение о соответствии (несоответствии) субъекта здравоохранения требованиям, предъявляемым пунктами 10 и 11 настоящих Правил, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам.

54. Комиссия, определяет субъектов здравоохранения недопущенными к включению в Единый регистр потенциальных поставщиков на соответствующий год в следующих случаях:

1) определения несоответствия требованиям, предъявляемым пунктом 10 настоящих Правил, в следующих случаях:

в представленных документах, предусмотренных пунктом 51 настоящих Правил, содержится недостоверная информация;

несоответствие заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах;

расположения производственной базы субъекта здравоохранения или его представительства (при подаче заявки на участие представительством), указанной в представленных документах, вне территории, определенной в объявлении об осуществлении процедуры закупа услуг.

2) согласно требованиям, предъявляемым пунктом 11 настоящих Правил.

55. В день принятия решения комиссии председатель комиссии оглашает перечень субъектов здравоохранения:

1) соответствующих требованиям, предъявляемым пунктами 10 и 11 настоящих Правил, субъекту здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков на соответствующий год в качестве потенциального поставщика/субподрядчика медицинских услуг в системе ОСМС, в том числе субъектов здравоохранения ПМСМ, допущенных для участия в кампании прикрепления;

2) не соответствующих требованиям, предъявляемым пунктами 10 и 11 настоящих Правил, субъекту здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков на соответствующий год в качестве потенциального поставщика/субподрядчика медицинских услуг в системе ОСМС.

По результатам рассмотрения поданных заявок на участие, комиссия принимает решение об итогах рассмотрения заявок на участие, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 2 настоящих Правил и уведомляет фонд о принятом решении не позднее _____.

56. Комиссия принимает решение и уведомляет фонд о принятом решении, о признании процедуры выбора субъектов здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков несостоявшейся и о повторном ее проведении, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам, в случаях:

1) отсутствия заявок на участие;

2) несоответствия ни одного из субъектов здравоохранения, подавших заявку на участие, требованиям предусмотренных пунктами 10 и 11 настоящих Правил;

3) представленные документы ни одного из субъектов здравоохранения, подавших заявку на участие, не соответствуют требованиям предусмотренных пунктами 10 и 11 настоящих Правил.

57. Субъекту здравоохранения в электронном виде предоставляется через Портал фонда/E-gov уведомление о принятом решении комиссии, которое оформляется выпиской из протокола в электронной форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

По запросу субъекта здравоохранения выдается выписка из протокола заседания комиссии относительно принятого решения.

Параграф 4. Порядок выбора потенциальных поставщиков ПМСП, включенных в Единый регистр потенциальных поставщиков для участия в кампании по прикреплению

58. В кампании по прикреплению граждан к организациям ПМСП участвуют потенциальные поставщики ПМСП, включенные в Единый регистр потенциальных поставщиков.

59. Кампания по прикреплению осуществляется в соответствии с Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268, (далее – приказ № 281).

60. УЗ в течение трех календарных дней со дня принятия решения комиссией по выбору субъектов здравоохранения для включения в Единый регистр потенциальных поставщиков на региональном уровне публикует список потенциальных поставщиков ПМСП, допущенных к участию в кампании по прикреплению с указанием места их нахождения и контактных телефонов, в периодическом печатном издании, распространяемом на территории столицы,

города республиканского значения, соответствующей области, интернет-ресурсе УЗипортале фонда;

61. Фонд в течение __ рабочих дней со дня принятия решения комиссией на региональном уровне представляет доступ в портал «РПН» потенциальному поставщику ПМСЦ, включенному в Единый регистр потенциальных поставщиков с направлением уведомления через Портал фонда/E-gov согласно Приложению 19 к настоящим Правилам в срок не позднее одного рабочего дня до начала кампании по прикреплению.

62. Потенциальный поставщик ПМСЦ, допущенный к участию в кампании по прикреплению, представляет через Портал фонда/E-gov сведения о приказе о назначении ответственного лица, на которого возложена персональная ответственность за ведение портала «РПН» в порядке, определенном приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь», зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6774.

63. Потенциальные поставщики ПМСЦ, допущенные к участию в кампании по прикреплению до проведения кампании по прикреплению, проводят информационно-разъяснительную работу среди населения.

64. УЗ не позднее 5 ноября текущего года подводит итоги кампании по прикреплению и предоставляет комиссии на региональном уровне перечень потенциальных поставщиков ПМСЦ с указанием численности прикрепленного к ним населения, зарегистрированного в портале «РПН», с выделением потенциальных поставщиков ПМСЦ, впервые участвующих в кампании по прикреплению.

65. Комиссия на региональном уровне в срок до 15 ноября текущего года рассматривает итоги кампании по прикреплению и принимает решение, которое оформляется протоколом:

об определении перечня потенциальных поставщиков ПМСЦ с указанием численности прикрепленного к ним населения, зарегистрированного в портале «РПН», которые допускаются к процедуре закупа услуг ПМСЦ;

по перераспределению населения, прикрепленного к потенциальным поставщикам ПМСЦ, численность которого не соответствует требованиям государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан, утвержденному приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 284 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения», зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11231) (далее – приказ № 284);

по спорным вопросам прикрепления населения между потенциальными поставщиками ПМСЦ;

по перераспределению населения с учетом их права на свободное прикрепление, прикрепленного к потенциальному поставщику ПМСЦ, но не допущенного к процедуре закупа услуг ПМСЦ, другим потенциальным поставщикам ПМСЦ, допущенным к процедуре закупа услуг ПМСЦ.

66. К процедуре закупа услуг ПМСЦ допускаются потенциальные поставщики ПМСЦ, численность прикрепленного населения которого соответствует приказу № 284.

67. Потенциальному поставщику ПМСЦ направляется через Портал фонда/E-gov уведомление о принятом решении комиссии на региональном уровне в течении трех рабочих дней со дня принятия комиссией на региональном уровне решения, которое оформляется выпиской из протокола по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам.

Параграф 5. Заключение договора закупа услуг с потенциальными поставщиками

68. Процедура заключения фондом договора закупа услуг потенциальными поставщиками, включенными в Единый регистр потенциальных поставщиков (далее – потенциальный поставщик) предусматривает осуществление следующих мероприятий:

- рассмотрение заявок на участие потенциальных поставщиков, зарегистрированных в едином электронном журнале регистрации заявок на участие в запуске услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на соответствующий год;

- определение объемов, видови форм медицинской помощи для заключения договора закупа услуг с потенциальным поставщиком, с учетом заявленных объемов;

- согласование проекта договора закупа услуг с потенциальным поставщиком;

- заключение договора закупа услуг с потенциальным поставщиком.

69. Процедура заключения фондом договора закупа услуг осуществляется на Портале фонда.

70. Фонд приступает к рассмотрению заявок на участие потенциальных поставщиков со дня уведомления комиссией о принятом решении.

71. Потенциальные поставщики, в течение пяти рабочих дней со дня получения уведомления о принятом решении комиссии на Портале фонда/E-gov представляют дополнительные сведения согласно подпункта 2) пункта 51 настоящих Правил к зарегистрированной заявке на участие на Портале фонда.

В рамках рассмотрения заявки на участие, сотрудники фонда вправе посещать потенциального поставщика с целью ознакомления с представленными сведениями и документами в заявке на участие.

72. Фонд по результатам рассмотрения представленных сведений в заявке на участие принимает решение:

о начале переговоров для заключения договора закупа услуг на соответствующий год с направлением уведомления по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам;

об отказе от заключения договора закупа услуг на соответствующий год с направлением уведомления по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам.

Решение относительно потенциальных поставщиков ПМСП принимается фондом на региональном уровне после получения уведомления УЗ о принятом решении по итогам кампании прикрепления населения к организациям ПМСП согласно пункту 62 настоящих Правил.

73. Распределение утвержденных объемов, видов и форм медицинской помощи для заключения договора закупа услуг с потенциальным поставщиком с учетом заявленных объемов осуществляется на основании Методики распределения утвержденных объемов медицинской помощи для заключения договора закупа услуг на соответствующий год, утвержденной уполномоченным органом.

74. Фонд вправе отказать потенциальному поставщику в заключении договора закупа услуг на соответствующий год в следующих случаях:

1) определения несоответствия требованиям, предъявляемым пунктом 10 настоящих Правил, в следующих случаях:

в представленных документах, предусмотренных пунктом 51 настоящих Правил, содержится недостоверная информация;

несоответствие заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах;

расположения производственной базы потенциального поставщика или его представительства (при подаче заявки на участие представительством), указанной в представленных документах, вне территории, определенной в объявлении об осуществлении процедуры закупа услуг;

2) согласно требованиям, предъявляемым пунктом 11 настоящих Правил;

3) при несоответствии потенциального поставщика критериям, указанным в Методике распределения утвержденных объемов медицинской помощи для заключения договора закупа услуг на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на соответствующий год, утвержденной уполномоченным органом.

При этом, в случае дополнительного объявления закупа услуг в текущем году потенциальные поставщики, ранее получившие отказ в заключении договора на оказание услуг на соответствующий год, вправе претендовать на участие в дополнительном закупе услуг.

75. Фонд направляет потенциальному поставщику проект договора закупа услуг по форме типового договора закупа услуг согласно приложению 22 к настоящим Правилам на согласование.

Согласование проекта договора закупа услуг обеими сторонами осуществляется в срок не более десяти рабочих дней.

По итогам согласования проекта договора закупа услуг в течение трех рабочих дней фонд:

1) принимает решение о заключении договора закупа услуг.

2) принимает решение об отказе в заключении договора закупа услуг и направляет уведомление об окончании переговоров по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам.

76. Фонд на региональном уровне принимает решение о заключении договора закупа услуг с потенциальным поставщиком ПМСП в части численности прикрепленного населения к ним, зарегистрированного в портале «РПН»:

по итогам кампании по прикреплению на основании выписки из протокола комиссии по прикреплению согласно пункту 42 настоящих Правил;

на основании представленного УЗ решения комиссии о территориальном перераспределении населения, не использовавшего права на свободное прикрепление к организации, оказывающей ПМСП.

77. Договор закупа услуг подписывается в течение трех рабочих дней после принятия решения фондом о заключении договора посредством ЭЦП и вступает в силу после подписания его сторонами.

Поставщик в течение пяти рабочих дней со дня подписания договора закупа услуг представляет фонду подписанный бумажный экземпляр договора закупа услуг.

В случае если поставщик не подписал договор закупа услуг в электронном и бумажном виде в установленные сроки, договор закупа услуг считается не заключенным и предусмотренный по данному договору закупа услуг объем медицинской помощи относится к не закупленной медицинской помощи на соответствующий год.

78. Список поставщиков услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на соответствующий год по форме согласно приложениям 24 и 25 к настоящим Правилам, публикуется фондом в течение пяти календарных дней со дня подведения итогов закупа услуг на интернет-ресурсе фонда, уполномоченного органа и УЗ.

79. Поставщики в течение десяти календарных дней со дня заключения договора закупа услуг (далее – договор) публикуют информацию о размещенных у них услугах по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с указанием видов и форм предоставления медицинской помощи, в периодическом печатном издании, распространяемом на территории административно-территориальной единицы и (или) интернет-ресурсе, а также в местах, доступных для всеобщего обозрения (по месту расположения поставщика) и информирует фонд о размещении данной информации.

80. Неисполнение, несвоевременное или ненадлежащее исполнение поставщиками условий договора являются основаниями для его расторжения фондом в одностороннем порядке, направив поставщику, письменное уведомление по форме согласно приложения 26 к настоящим Правилам за пять рабочих дней до расторжения договора.

81. Основаниями для полного или частичного расторжения фондом договора являются:

1) необеспечение поставщиком своевременности, достоверности и корректности внесения данных в информационные системы и электронные информационные ресурсы системы Фонда;

2) отсутствие обеспеченности поставщиком доступа к информационным системам и электронным информационным ресурсам системы ОСМС;

3) необеспечение поставщиком предоставления по запросу фонда информации и документации, необходимых для осуществления мониторинга исполнения условий договора;

4) необеспечение поставщиком по требованию фонда доступа в медицинскую организацию, осуществляющую оказание услуг медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, для мониторинга исполнения условий договора;

5) существенное нарушение поставщиком условий договора;

6) иные случаи, предусмотренные Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан и договором;

7) неисполнение требований настоящего пункта субподрядчиком поставщика по договору субподряда;

8) существенное нарушение поставщиком условий договора в виде необеспечения поставщиком оказания медицинских услуг, указанных в договоре;

9) повторные или системные нарушения других условий договора;

10) не устранении поставщиком нарушений договора после уведомления Фондом о приостановлении договора за установленный в нем срок устранения нарушений.

82. В тех случаях, когда поставщик за срок, установленный Фондом, не предпринимает меры по устранению нарушений исполнения обязательств по договору, после истечения этого срока договор может быть полностью или частично приостановлен на 30 дней. Причиной приостановления договора также может служить необеспечение поставщиком по требованию фонда доступа в медицинскую организацию, осуществляющую оказание услуг медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, для мониторинга исполнения условий договора;

83. Расторжение договора в случаях, предусмотренных в пункте 70 настоящих Правил, совершается путем направления соответствующего уведомления о расторжении договора по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам за пять рабочих дней до расторжения договора.

84. Внесение изменений и дополнений в договор осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к договору согласно приложению 27 к настоящим Правилам.

85. При наличии у поставщика договора закупа медицинской техники на условиях финансового лизинга, заключается дополнительное соглашение к

заключенному договору в рамках предусмотренных бюджетных средств по форме согласно приложению 28 к настоящим Правилам.

86. В соответствии с правом свободного выбора граждан Республики Казахстан, оралманов, иностранцев и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, субъекта здравоохранения, размещенный объем медицинской помощи в системе ОСМС в организациях ПМСП корректируется путем заключения дополнительного соглашения к договору.

87. В случае нарушения условий договора закупа услуг поставщиком, будут применены штрафные санкции, предусмотренные договором закупа услуг.

Параграф 6. Исполнение договорных обязательств поставщиками медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

88. Процедура исполнения договорных обязательств субъектами здравоохранения, предусматривает осуществление следующих мероприятий:

– проведение контроля качества оказанных услуг медицинской помощи Фондом, с учетом государственного контроля качества;

– проведение контроля объемов оказанных услуг медицинской помощи;

– оплата за оказанные услуги медицинской помощи поставщикам медицинских услуг;

89. ККМФД и ТД ККМФД проводит контроль качества медицинских услуг в рамках государственного контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг. Объект государственного контроля качества в рамках заключенного договора определяется в соответствии главой 5 Кодекса о здоровье, Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

90. Фонд и ТФ Фонда проводит контроль качества оказанных услуг медицинской помощи посредством экспертизы для оценки соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения. Объектом экспертизы качества являются оказанные услуги медицинской помощи в рамках договорных обязательств.

91. Фонд и ТФ Фонда по результатам экспертизы формирует экспертное заключение, которое содержит подробную информацию по дефектам, допущенным в ходе оказания медицинских услуг;

92. На каждый случай с выявленными дефектами оказания медицинских услуг ТД ККМФД формирует лист экспертной оценки медицинских услуг, по форме, согласно Приложению 30 к настоящим Правилам.

93. Фонд и ТФ Фонда проводит контроль объемов оказанных медицинских услуг на основе данных, внесенных поставщиками медицинских услуг в ИС Фонда в автоматическом режиме.

94. Фонд производит оплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет поставщика по результату исполнения договорных обязательств вне зависимости от результатов контроля качества оказания медицинских услуг при последующей корректировке суммы заключенного договора принятые к оплате медицинские услуги.

95. Корректировка суммы заключенного договора принятые к оплате медицинские услуги производится при расчетах с поставщиком в период срока действия договора.

96. Фонд при необходимости (но не чаще чем один раз в полугодие) осуществляет уменьшение суммы по заключенному договору закупа услуг с субъектам здравоохранения, путем заключения дополнительного соглашения, на сумму, удержанную по результатам экспертизы качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев и за исключением суммы за оказанные услуги в декабре, которая подлежит ретроспективной экспертизе в следующем отчетном периоде следующего года.

97. Фонд по согласованию с субъектом здравоохранения, осуществляет авансовую (предварительную) оплату по заключенному договору закупа медицинских услуг в размере не более 30 процентов от суммы договора без дальнейшей корректировки в течение действия Договора.

98. Фонд при оплате за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС указывает сумму выплаты (вычета) и основание выплаты (вычеты) в случае наличия решения судебных органов либо решения Фонда по результатам актов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, оформленного протоколом.

99. По инициативе фонда, поставщика или Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» создаются согласительные комиссии с равным представительством по разрешению споров, возникающих в процессе исполнения договора.

100. При исполнении договора наименование услуг, вид и формы медицинской помощи объемы, показатели индикаторов качества, место и сроки исполнения медицинских услуг должны соответствовать содержанию договора.

101. Договор считается исполненным при условии полного выполнения Фондом и поставщиком медицинских услуг принятых обязательств.

102. Ежемесячно, не позднее _ числа поставщик медицинских услуг формирует и передает ТФ Фонда или Фонду подписанный руководителем протокол исполнения договора.

103. Фонд утверждает протокол исполнения договора по результатам экспертизы качества и объемов медицинских услуг в рамках договора.

Ежемесячно, не позднее _ числа поставщик медицинских услуг формирует и передает ТФ Фонду или Фонду подписанный руководителем счет-реестр и акт выполненных работ (оказанных услуг) за оказанные услуги согласно договору.

104. Фонд утверждает акт выполненных работ (услуг) на основании протокола исполнения договора.

105. Фонд на основании акта выполненных работ (оказанных услуг) принимает решение об оплате за оказанные медицинские услуги в рамках договора.

Параграф 7. Порядок выбора поставщиком субподрядчика медицинских услуг

106. Поставщик с целью обеспечения доступности, комплексности и качества медицинской помощи населению с учетом реализации их права на свободный выбор субъекта, оказывающего медицинскую помощь, на отсутствующие услуги в соответствии с настоящими Правилами привлекают по согласованию с фондом субподрядчика и заключают с ним договора субподряда в пределах сумм договора закупа услуг.

107. Субподрядчик и оказываемые им услуги медицинской помощи подлежат обязательному включению в электронный реестр.

108. Поставщик привлекает субподрядчиков из Единого регистра потенциальных поставщиков путем заключения договора субподряда на оказание услуг медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам.

Поставщик в течение трех рабочих дней после заключения договора субподряда уведомляет фонд о привлечении субподрядчика из Единого регистра потенциальных поставщиков и предоставляет копию договора субподряда.

Оплата услуг поставщиком субподрядчику осуществляется в порядке, определенном на основании подпункта 81) статьи 7 Кодекса о здоровье.

Раздел 3. Оплата поставщикам за оказанные услуги медицинской помощи

1. Порядок оплаты поставщикам за оказанные услуги медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

109. Оплата поставщикам, а так же физическим лицам, занимающимся частной медицинской практикой, за оказанные услуги медицинской помощи в

рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом на основании договоров закупа в пределах средств, предусмотренных в плане закупа на соответствующий финансовый год с учетом результатов контроля договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг, результатов государственного контроля и надзора в области здравоохранения, с учетом права свободного выбора медицинской организации. Оплата за оказанные медицинские услуги осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, на основании актов выполненных работ (услуг).

110. Тарифы формируются в соответствии с Методикой формирования тарифов.

111. 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 с посещением/без посещения субъекта (объекта) здравоохранения в порядке, установленном Главой 5 Кодекса о здоровье (далее – контроль качества и объема).

экспертизы качества и объема с целью оценки соответствия оказания медицинской помощи стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения согласно пункта 1 статьи 37 Закона об ОСМС, проводимой фондом для проверки достоверности качества и объема медицинской помощи в рамках заключенного договора закупа услуг (далее – контроль качества и объема).

112. Фонд при необходимости (но не чаще одного раза в полугодие), осуществляет уменьшение суммы по договору закупа услуг с поставщиком, путем заключения дополнительного соглашения, на сумму, удержанную по результатам контроля качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев и за исключением суммы за оказанные услуги в декабре, которая подлежит ретроспективной экспертизе в следующем отчетном периоде следующего года.

113. Корректировка сумм по договору закупа услуг за принятые к оплате медицинские услуги производится при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия договора.

114. Фонд по согласованию с поставщиком, осуществляет авансовую (предварительную) оплату по договору закупа услуг в размере не более 30 процентов от суммы договора закупа услуг.

115. Фонд при оплате за оказанные медицинские услуги за отчетный период в протоколе исполнения договора 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. Оплата за оказанные услуги АПП по комплексному подушевому нормативу АПП

116. Оплата за оказанные услуги амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСЦ осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

117. Комплексный подушевой норматив АПП определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН, в месяц в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом.

118. Комплексный подушевой норматив АПП устанавливается не ниже базового комплексного подушевого норматива АПП, являющегося единым на территории Республики Казахстан.

119. Комплексный подушевой норматив АПП субъекта ПМСЦ предусматривает расходы в рамках заключенного договора закупа услуг на:

1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению в формах ПМСЦ 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;

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

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

121. Объем финансирования субъектам ПМСЦ по комплексному подушевому нормативу АПП на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива АПП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН, и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны медицинские услуги.

Объем финансирования субъекта ПМСЦ по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

122. Субъекты ПМСЦ обеспечивают полный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг населению по комплексному подушевому нормативу в соответствии со стандартами в области здравоохранения в пределах сумм договора закупа услуг.

Параграф 2. Оплата за оказанные консультативно-диагностические услуги

123. Оплата за оказанные КДУ осуществляется с учетом результатов качества и объема медицинской помощи в соответствии с тарификатором, утвержденным уполномоченным органом.

Параграф 3. Оплата за оказанные услуги скорой медицинской помощи

124. Оплата за оказанные услуги скорой медицинской помощи осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи, утвержденному уполномоченным органом.

Параграф 4. Оплата за оказанные услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

125. Оплата за оказанные услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

126. 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 144, 145, 146, 147 и 148 настоящих Правил.

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

Подраздел 1. Оплата за оказанные услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

128. Оплата за оказанные услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи:

- 1) квалифицированная;
- 2) специализированная;
- 3) медико-социальная.

которые оказываются в следующих формах:

- 1) стационарная помощь;
- 2) стационарозамещающая помощь, включая оказание медицинских услуг больным психическими, инфекционными заболеваниями, туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в реабилитационных центрах, санаториях;

- 3) восстановительное лечение и медицинская реабилитация.

- 4) паллиативная помощь и сестринский уход.

129. Оплата осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, за один пролеченный случай:

по расчетной средней стоимости;

по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости;

по койко-дням;

по медико-экономическим тарифам;

по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций.

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

131. По перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, либо по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат, согласно приложению 33к настоящим Правилам оплата 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 в предыдущем месяце в пересчете на одного больного.

Оплата за случаи с применением лекарственных средств, ИМН и медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по утвержденным ценам.

132. Оплата за оказанные медицинские услуги по перечню медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, согласно приложению 34 к настоящим Правилам осуществляется соответственно за один койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и медико-экономическим тарифам.

133. Медицинским организациям, 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.

134. 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 оплатой стоимости оказанных сеансов. При этом диагноз хронической почечной недостаточности в терминальной стадии является основным или сопутствующим диагнозом.

Оплата за услуги гемодиализа 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 оплатой стоимости оказанных сеансов.

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

Медицинской организации возмещаются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ.

135. 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 35 к настоящим Правилам.

136. 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 36 к настоящим Правилам.

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

138. В условиях круглосуточного стационара медицинской организацией, оказывающей медицинские услуги онкогематологическим больным, 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.

139. При лечении острых форм онкогематологических заболеваний 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 острых форм онкогематологических заболеваний 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 онкогематологическими заболеваниями, 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.

140. В условиях круглосуточного стационара медицинской организации, 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.

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

142. По перечню медицинских организаций, 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 стационарозамещающую помощь.

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

Если количество проведенных койко-дней составляет 50% и менее установленных сроков лечения одного блока (схемы) лечения, то оплата 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 фондом привлекает субподрядчиков путем передачи им части своих обязательств по договору закупок услуг 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, оплата 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 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 7306).

143. 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.

144. Медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, по перечню болезней по МКБ-10, подлежащих оплате по тарифу КЗГ при оказании услуг на уровне дневного стационара медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь согласно приложению 37к настоящим Правилам, оплата за один пролеченный случай осуществляется по тарифу КЗГ стационарной помощи.

145. В условиях дневного стационара медицинским организациям, оказывающим медицинские услуги онкологическим и онкогематологическим больным 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.

146. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы 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.

147. Оплата по перечню операций и манипуляций по МКБ-9 для преимущественного лечения в дневном стационаре согласно приложению 38 к настоящим Правилам производится в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ.

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

149. Оплата за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан, утвержденным уполномоченным органом 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, утвержденными уполномоченным органом.

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.

150. 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.

151. 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 Комиссии по направлению на лечение за рубеж.

152. 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.

Подраздел 2. Оплата за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций

153. Оплата отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, осуществляется на основании заключения Комиссии по направлению на лечение за рубеж на основании заключенного договора между Фондом и отечественной медицинской организацией на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом.

154. Фонд по согласованию с отечественной медицинской организацией, осуществляет авансовую (предварительную) оплату по договору на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом в размере не более 30 процентов от суммы договора на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом.

155. Оплата за лечение пациента производится в течение 15 календарных дней после предоставления надлежаще оформленных документов путем перечисления бюджетных средств на расчетный счет отечественной медицинской организации с учетом удержания ранее выплаченного аванса.

156. 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 организацией и привлекаемыми зарубежными специалистами.

157. При направлении пациента на трансплантацию костного мозга или стволовых гемопоэтических клеток (далее-ТКМ) Договор предусматривает поэтапную оплату за один пролеченный случай и включает:

1) Этап 1 - поиск донора:

оплата за запуск поиска 70%, Фондом 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%, осуществляется после доставки костного мозга для проведения ТКМ в отечественной медицинской организации.

2) Этап 2 – проведение ТКМ.

При нахождении донора в международном регистре доноров, Фонд заключает с отечественной медицинской организацией, Договор на проведение ТКМ.

158. Фонд оплачивает отечественной медицинской организации аванс по лечению пациента, претендующего на лечение за рубежом, в размере до 30 % от общей суммы Договора.

Окончательная оплата осуществляется после предоставления отечественной медицинской организацией надлежаще оформленных документов, предшествующих оплате.

159. Оплата 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.

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

161. 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.

Параграф 5. Оплата за оказанные услуги медицинской помощи онкологическим больным по комплексному тарифу

162. Оплата за оказанные услуги медицинской помощи онкологическим больным осуществляется фондом областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным, (далее – онкодиспансер) по комплексному тарифу с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи.

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

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

Комплексный тариф включает расходы на их оказание в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом.

164. Комплексный тариф не включает расходы:

на оказание стационарозамещающей 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 онкогематологическим больным (кроме больных лимфомой).

165. Оплата за оказанные услуги медицинской помощи онкологическим больным осуществляется за один календарный месяц по средней списочной численности онкологических больных по комплексному тарифу.

166. 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 закупа услуг:

1) за оказанные КДУ по тарифам согласно тарификатору;

2) за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости с возмещением фактических затрат на химиопрепараты.

167. Оплата за оказанные услуги онкологическим больным, состоящим на учете в другом онкодиспансере (далее – иногородний больной) осуществляется в порядке определенном на основании параграфа 7 Раздела 3 настоящих Правил.

Параграф 6. Оплата организациям районного значения или села за оказанные услуги медицинской помощи сельскому населению

168. Оплата субъектам села за оказанные услуги медицинской помощи сельскому населению осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

169. Комплексный подушевой норматив на сельское население субъекта села предусматривает расходы в рамках заключенного договора закупа услуг на:

1) обеспечение комплекса услуг медицинской помощи сельскому населению в соответствии со стандартами в области здравоохранения согласованные 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.

170. Комплексный подушевой норматив на сельское население определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН, в месяц в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом и по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг субъектами села по комплексному подушевому нормативу согласно приложениям 31 и 32к настоящим Правилам.

171. Комплексный подушевой норматив на сельское население не включает расходы на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга субъектам здравоохранения в организационно-правовой форме государственных предприятий, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству.

172. Размер комплексного подушевого норматива на сельское население определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь), утвержденным уполномоченным органом.

173. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население осуществляется:

субъектам села, оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН;

субъектам села, не оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН по данному району.

174. Объем финансирования субъектам села по комплексному подушевому нормативу на сельское население на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива на сельское население на численность населения согласно пункту 165 настоящих Правил и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны услуги медицинской помощи.

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

Параграф 7. Оплата поставщиком субподрядчику за оказание услуги медицинской помощи

175. Поставщик оплату субподрядчику осуществляет:

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

2) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной медицинской помощи по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ:

сельскому населению между субъектами села в пределах региона места их нахождения;

онкологическим больным между онкологическими диспансерами;

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

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

176. Субподрядчик в лице онкодиспансера, оказывает стационарную помощь онкологическим больным, состоящим на учете в другом онкодиспансере (далее – иногородний больной) в плановом порядке:

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.

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

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

Субподрядчик в лице онкодиспансера 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.

177. Субподрядчик вправе по медицинским показаниям оказать услуги, не включенные в договор субподряда, населению в пределах выданного направления специалистом Поставщика услуг и предъявить их на оплату.

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

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

179. Оплата за оказанные услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи 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

180. Возмещение лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, осуществляется за счет бюджетных средств, по заключенному договору с лизингодателем.

181. Фонд осуществляет выплату лизинговых платежей лизингополучателям на основании заключенных дополнительных соглашений к договору закупа услуг.

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

183. Размер лизингового платежа рассчитывается по формуле расчета размера лизингового платежа согласно приложению 39 к настоящим Правилам методом аннуитетных платежей.

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

185. 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.

186. Оплата лизинговых платежей осуществляется лизингополучателем ежемесячно в сроки и в размерах, согласно графику лизинговых платежей.

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