Утверждены приказом

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от « » 2017 года

№

# Правила

# закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

# Раздел 1. Общие положения

1. Настоящие Правила закупа услуг у субъектов здравоохранения   
   в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования   
   (далее - Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 122-3) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс о здоровье) и определяют порядок закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС).
2. Закуп у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования осуществляется фондом социального медицинского страхования.
3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:
4. гарантированный компонент комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, оказанных в форме первичной медико-санитарной помощи   
   (далее - ПМСП) и консультативно-диагностической помощи (далее - КДП) с учетом поправочных коэффициентов;
5. комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее - комплексный подушевой норматив   
   АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале «Регистр прикрепленного населения»   
   (далее - портал РПН) к субъекту ПМСП, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи и стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (далее - СКПН);
6. базовый комплексный подушевой норматив АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в формах ПМСП и КДП без учета поправочных коэффициентов;
7. субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц: город районного значения, район, сельский округ, село, поселок, и предоставляющий комплекс услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС населению, зарегистрированному в портале РПН;
8. гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, оказываемых прикрепленному сельскому населению, с учетом поправочных коэффициентов;
9. комплексный подушевой норматив на оказание услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС сельскому населению (далее - комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в портале РПН, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и СКПН;
10. фонд социального медицинского страхования (далее - фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;
11. филиал фонда социального медицинского страхования - обособленное подразделение фонда, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все или часть его функций, в том числе функции представительства;
12. стоимость базовой ставки – расчетная стоимость одной единицы услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
13. первичная медицинская документация – документы, предназначенные для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи, формы которых утверждены приказом исполняющего обязанности 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 за № 6697) (далее - приказ № 907);
14. соисполнитель – субъект здравоохранения, включенный в базу данных, с которым поставщик заключил гражданско-правовой договор для исполнения части обязательств поставщика по заключенному договору закупа медицинских услуг;
15. 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;
16. субъекты здравоохранения – организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;
17. закуп услуг у субъектов здравоохранения – планирование, выбор, заключение и исполнение договора закупа медицинских услуг;
18. пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;
19. вновь вводимый объект здравоохранения – объект, построенный и впервые сданный в эксплуатацию за счет бюджетных средств или в рамках государственно-частного партнерства согласно Закона Республики Казахстан  
    «О государственно-частном партнерстве» (далее – Закон о ГЧП), Закона Республики Казахстан «О концессиях» (далее – Закон о концессиях) и в соответствии с единым перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения, утверждаемым в реализацию пункта 5.7.1. Указа Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» (далее - единый перспективный план развития инфраструктуры здравоохранения);
20. уникальный код договоров закупа услуг – уникальный номер записи в реестре договоров закупа услуг, состоящий из девяти цифр, где первые четыре цифры - дата заключения договора (месяц, год) и последующие пять цифр - порядковый номер записи, присваиваемый в соответствии с нумерацией каждому поставщику, с которым заключен договор закупа услуг;
21. активы фонда – отчисления и взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционный доход за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда, а также иные поступления в фонд, не запрещенные законодательством Республики Казахстан;
22. электронная копия документа – документ, полностью воспроизводящий вид и информацию (данные) подлинного документа в электронно-цифровой форме;
23. поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд   
    заключил договор закупа медицинских услуг в соответствии с настоящими Правилами;
24. медицинская помощь в системе ОСМС – объем медицинской помощи, предоставляемый потребителям медицинских услуг за счет активов фонда;
25. медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, включающих лекарственную помощь, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, а также облегчение тяжелых проявлений неизлечимых заболеваний;
26. медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;
27. договор закупа медицинских услуг (далее - договор закупа услуг) – соглашение в письменной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг;
28. потребитель медицинских услуг – физическое лицо, имеющее право на получение медицинской помощи в рамках ГОБМП и системе ОСМС в соответствии с законодательством Республики Казахстан;
29. договор государственно-частного партнерства – письменное соглашение, определяющее права, обязанности и ответственность сторон договора государственно-частного партнерства, иные условия договора государственно-частного партнерства в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства;
30. субъект ПМСП – субъект здравоохранения, оказывающий ПМСП и комплекс амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС прикрепленному населению, зарегистрированному в портале РПН;
31. 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, включающий лекарственное обеспечение, на всех уровнях;
32. 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;
33. электронный регистр онкологических больных (далее - ЭРОБ) – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией;
34. производственная база – место оказания медицинских услуг согласно приложению к лицензии, выданной в соответствии с законодательством Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях;
35. план закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – план закупа) – структурированный документ, содержащий сведения об объемах закупаемых медицинских услуг и затрат на их оказание в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
36. апелляционная комиссия по вопросам закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – апелляционная комиссия фонда) – постоянно действующий орган, создаваемый фондом для разрешения вопросов по закупу медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
37. линейная шкала оценки исполнения договора (далее – линейная шкала) – механизм расчета суммы оплаты оказанных медицинских услуг в случаях превышения объемов, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, без учета результатов мониторинга исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг и результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг;
38. уполномоченный субъект в области электронного здравоохранения – определяемая в соответствии с действующим законодательством организация, осуществляющая деятельность и вступающая в правоотношения в части совершенствования информационной инфраструктуры системы здравоохранения (электронного здравоохранения) и медицинской статистики (далее - организация информатизации);
39. электронный документ – документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме и удостоверена посредством электронной цифровой подписи;
40. электронная цифровая подпись (далее - ЭЦП) – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания.

**Раздел 2. Порядок закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и   
в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Закуп медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС состоит из следующих этапов:

1) планирование объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

2) выбор субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

4) заключение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

5) исполнение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

1. Преимущество при закупе услуг:
   1. в рамках ГОБМП имеют субъекты здравоохранения в соответствии с пунктом 5 статьи 34 Кодекса о здоровье;
   2. в системе ОСМС имеют субъекты здравоохранения в соответствии с пунктом 2 статьи 34 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года   
      «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон об ОСМС).
2. К закупу услуг в системе ОСМС не допускаются субъекты здравоохранения в соответствии с пунктом 3 статьи 34 Закона об ОСМС.

**Глава 1. Порядок планирования объемов закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Планирование объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом.
2. Процесс планирования включает следующие этапы:

1) оценка потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС;

2) определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС;

3) планирование объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

4) формирование плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

1. Оценка потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС проводится фондом с учетом:

1) демографических и эпидемиологических данных официальной статистической отчетности;

2) оценки деятельности, трудовых и материально-технических ресурсов субъектов здравоохранения;

3) анализа международного опыта;

4) анализа оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в предыдущие годы, информация о которых формируется из действующих информационных систем здравоохранения.

При отсутствии данных в доступных информационных системах для оценки потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, фонд направляет запросы в соответствующие органы, организации и субъекты здравоохранения.

1. Определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП осуществляется уполномоченным органом в соответствии с бюджетным законодательством по видам и формам ее предоставления в рамках планируемых бюджетных средств на соответствующий финансовый год.

Прогнозный объем затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС определяется в пределах размера активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС, за минусом резерва на покрытие непредвиденных расходов.

1. Определение прогнозного объема затрат, предназначенных для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС, осуществляется по видам и формам ее предоставления в рамках прогнозного объема затрат на соответствующий финансовый год и с учетом:
2. демографического прогноза населения;
3. прогноза макроэкономических показателей;
4. информации о численности лиц, за которых осуществляется уплата взносов и отчислений в фонд согласно действующему законодательству Республики Казахстан.
5. Планирование объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС проводится с учетом:
6. прогнозной численности населения и половозрастной структуры;

2) показателей заболеваемости, болезненности, инвалидизации и смертности населения;

3) перечня ГОБМП, утвержденного в соответствии с пунктом 1 статьи 34 Кодекса о здоровье и перечня медицинской помощи в системе ОСМС, утвержденного в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Закона об ОСМС;

4) стратегических программ развития здравоохранения;

5) целевых показателей фонда;

6) объема и структуры медицинской помощи, оказанной в предшествующие годы, по видам и формам ее предоставления;

7) оценки потребности населения в медицинской помощи;

8) средств, затраченных на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и ОСМС в предшествующие годы.

1. Расчет объемов затрат на медицинские услуги производится по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно части второй пункта 2 статьи 23 Кодекса о здоровье (далее – тарифы, утвержденные уполномоченным органом).
2. В случае несоответствия запланированных объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС планируемым бюджетным средствам и прогнозным объемам затрат на соответствующий финансовый год, распределение объемов проводится с учетом:
3. приоритетных направлений развития здравоохранения;
4. целевых показателей фонда;
5. оценки потребности населения в медицинской помощи,
6. предложений уполномоченного органа и местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы.
7. Формирование плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом по согласованию с уполномоченным органом на основании запланированных объемов медицинской помощи и в соответствии с тарифами, утвержденными уполномоченным органом, в пределах объема расходов бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС.
8. План закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС утверждается фондом ежегодно.
9. Фонд вносит изменения в план закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в случае несоответствия размеров активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС с фактическими объемами затрат на оплату услуг в системе ОСМС, предусмотренных планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.
10. Фонд вырабатывает предложения по формированию перечня медицинской помощи в системе ОСМС.

# Глава 2. Порядок выбора поставщиков для оказания медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Выбор субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС включает:

1) формирование базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – база данных);

2) создание комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения;

3) выбор субъектов здравоохранения и размещение объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

**Параграф 1. Прядок формирования базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Формирование базы данных осуществляется не позднее  
   пяти календарных дней до дня объявления фондом о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС и предусматривает выполнение фондом следующих мероприятий:

1) размещение объявления о проведении процедуры формирования базы данных;

2) прием и регистрация заявок на участие от субъектов здравоохранения для включения в базу данных;

3) формирование базы данных.

Фонд размещает объявление о формировании базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам на интернет - ресурсе фонда.

Уполномоченный орган и местные органы государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы также информируют о формировании базы данных на своих интернет-ресурсах.

Прием и регистрация заявок для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам (далее – заявка) осуществляется посредством подачи ее субъектом здравоохранения в бумажной форме или посредством интернет-ресурса фонда в форме электронного документа.

1. Заявки в бумажной форме подаются в прошитом и пронумерованном виде без исправлений и помарок, при этом последняя страница заверяется подписью руководителя или его доверенного лица и скрепляется печатью субъекта здравоохранения (при наличии).
2. Субъекты здравоохранения к заявке прилагают следующие документы:

1) копия свидетельства (справка) о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица или копию свидетельства о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для физических лиц);

2) копию документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

3) копию лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг, в том числе расположение производственной базы субъекта здравоохранения или его представительства, филиала (при подаче заявки на участие представительством);

4) сведения об ответственных лицах, уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения, по форме согласно приложению к заявке на участие за подписью руководителя субъекта здравоохранения для последующего предоставления субъекту здравоохранения субъектом информатизации логина и пароля к необходимым информационным системам здравоохранения.

1. Фонд в течение трех календарных дней со дня подачи субъектами здравоохранения заявки рассматривает их на предмет соответствия требованиям пункта 22 настоящих Правил и посредством интернет-ресурса уведомляет субъекты здравоохранения:
   1. о включении в базу данных;
   2. об отклонении заявки в связи с несоответствием пункту 22 настоящих Правил.
2. В случае приема заявок в бумажном виде, фондом осуществляется регистрация заявок в журнале регистрации заявок для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно [приложению](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011960#z153) 3 к настоящим Правилам (далее - журнал регистрации заявок).

Журнал регистрации заявок ведется по календарному году и прошнуровывается, нумеруется и скрепляется печатью и подписью руководителя фонда (филиала).

1. В случае регистрации заявок посредством интернет-ресурса фонда в журнале регистрации заявок на календарный год проводится регистрация заявок на участие со сквозной нумерацией с присвоением уникального кода.
2. База данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам формируется фондом на интернет-ресурсе фонда или в бумажной форме с дальнейшей ее публикацией и размещением на интернет-ресурсе фонда, уполномоченного органа и местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы.
3. Субъекты здравоохранения, включенные в базу данных, получают доступ к информационным системам здравоохранения, предоставляемый организацией информатизации в течение трех рабочих со дня получения от фонда информации о субъектах здравоохранения, включенных в базу данных.
4. Актуализация базы данных осуществляется фондом на постоянной основе согласно заявкам, поданным субъектами здравоохранения для включения в базу данных.
5. Субъекты здравоохранения, не подавшие заявку и не включенные в базу данных в период ее формирования фондом, подают заявку для включения в базу данных после ее формирования.
6. Заявки, поданные для включения в базу данных после окончания ее формирования, рассматриваются фондом в течение трех рабочих дней со дня регистрации с уведомлением субъекта здравоохранения посредством интернет-ресурса.

**Параграф 2. Порядок создания комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения**

1. Для выбора и размещения объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения фондом ежегодно создаются:

1) республиканская комиссия;

2) региональные комиссии.

1. Общее количество членов комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения (далее- комиссия) составляет нечетное число.
2. Состав комиссии формируется фондом из числа представителей:
3. фонда;
4. уполномоченного органа для включения в состав республиканской комиссии;
5. местного органа государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы для включения в состав региональной комиссии;
6. Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» (далее - НПП «Атамекен»);
7. неправительственных организаций, представляющих интересы потребителей медицинских услуг и субъектов здравоохранения (далее - НПО);
8. профессионального союза медицинских работников.
9. Председателем комиссии является уполномоченное фондом лицо.
10. Организационная деятельность комиссии обеспечивается секретарем, определяемым из числа работников фонда. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не обладает правом голоса при принятии решений комиссией.
11. Секретарь комиссии не позднее, чем за пять рабочих дней до даты заседания комиссии уведомляет в письменной форме членов комиссии о проведении заседания.
12. Решение комиссии считается правомочным, если в принятии решения участвовало две трети членов, входящих в ее состав.

**Параграф 3. Порядок выбора субъектов здравоохранения**

**для размещения объемов медицинских услуг в рамках**

**гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

**и в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Выбор субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется комиссией из базы данных.
2. Выбор субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг скорой медицинской помощи и санитарной авиации, стационарной, стационарозамещающей, консультативно-диагностической помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС из базы данных на предстоящий год проводится ежегодно и предусматривает выполнение следующих мероприятий:
3. размещение фондом на интернет-ресурсе фонда объявления о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам.

Уполномоченный орган и местные органы государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы также информируют о проведении фондом размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных, на своих интернет-ресурсах;

1. подача субъектами здравоохранения в фонд заявки на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам по формам и видам медицинской помощи на заявляемый период (далее - заявка на планируемые объемы), к которой прилагаются:

справки, сроком выдачи не ранее пяти рабочих дней до момента подачи заявки на планируемые объемы, об отсутствии (наличии) налоговой задолженности и другим обязательным платежам, установленным законодательством Республики Казахстан;

справки, сроком выдачи не ранее пяти рабочих дней до момента подачи заявки на планируемые объемы, об отсутствии (наличии) просроченной задолженности по всем видам его обязательств, длящейся более трех месяцев, в банках второго уровня, в которых обслуживаются субъекты здравоохранения;

выписка о составе учредителей, участников или копия учредительного договора, в случае если учредителей более одного лица (для юридических лиц), выписка из единого реестра ценных бумаг для акционерных обществ;

копия договора доверительного управления (при наличии);

копия договора   государственно-частного партнерства для субъектов здравоохранения, реализуемым в рамках государственно-частного партнерства (при наличии);

сведения о наличии аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

сведения об опыте работы субъектов здравоохранения по видам и формам представления медицинской помощи, указанным в заявке на участие;

сведения о наличии разрешений (уведомлений), полученных (направленных) в соответствии с законодательством Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях;

сведения о наличии кадровых ресурсов, необходимых для выполнения заявленных объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

сведения о наличии материально-технических ресурсов;

сведения о коечной мощности и наличии профильных отделений (для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь);

копию решения уполномоченного органа о включении субъекта здравоохранения 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);

сведения о количестве обоснованных жалоб за последние три года;

сведения об исполнении (неисполнении) обязательств субъектами здравоохранения по ранее заключенным договорам на оказание ГОБМП и (или) в системе ОСМС за последние три года (при их наличии).

1. В республиканскую комиссию подают заявку на планируемые объемы субъекты здравоохранения, включенные в базу данных и:

1) претендующие на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на республиканском уровне;

2) претендующие на оказание ВТМУ на республиканском и на региональном уровне.

Перечень субъектов здравоохранения, указанных в подпункте 1) настоящего пункта, опубликовывается фондом при подаче объявления на размещение объемов.

1. Субъекты здравоохранения на региональном уровне, претендующие на размещение объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, за исключением объемов услуг ВТМУ, подают заявку на планируемые объемы в региональную комиссию по месту расположения производственной базы.
2. Размещение объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется на основании плана закупа медицинских услуг.
3. Фонд проводит процедуру выбора поставщика из базы данных в течение года при наличии высвобожденных, дополнительных объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в пределах плана закупа медицинских услуг.
4. Комиссия при выборе субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС рассматривает заявки субъектов здравоохранения на планируемые объемы, а также прилагаемые к ней документы, указанные в подпункте 2) пункта 39 настоящих Правил.
5. Комиссия при выборе субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС использует данные, доступные в информационных системах, а также сведения, полученные путем дополнительного запроса от субъектов здравоохранения, государственных органов и организаций, в случае их отсутствия в доступных информационных системах.
6. По решению комиссии при выборе субъектов здравоохранения, для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС привлекаются независимые экспертов, а также профильные специалисты.
7. Фонд по запросу комиссии формирует аналитическую информацию о потенциальных возможностях субъектов здравоохранения, подавших заявки на планируемые объемы.
8. Решение комиссии принимается путем голосования простым большинством голосов участвующих в заседании членов данной комиссии.
9. В случае равного распределения голосов, голос председателя комиссии является решающим. Член комиссии, при несогласии с решением комиссии, представляет председателю комиссии мотивированные возражения (особое мнение) в письменном виде или в форме электронного документа.
10. Комиссия принимает решение в виде протокола об итогах размещения (не размещения) объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам (далее - протокол размещения объемов медицинских услуг).
11. Размещение объемов медицинских услуг ПМСП в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС включает проведение кампании прикрепления с участием субъектов здравоохранения ПМСП, включенных в базу данных.
12. Кампания прикрепления осуществляется фондом в период  
    с 15 сентября по 15 ноября в соответствии с [Правилами](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011268#z30) прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268)   
    (далее - кампания прикрепления).

Фонд размещает информацию о начале кампании прикрепления и сроках ее проведения за три календарных дня до начала кампании прикрепления на интернет - ресурсе фонда. Информация о начале кампании прикрепления размещается также на интернет-ресурсах уполномоченного органа и местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы.

1. Итоги кампании прикрепления подводятся комиссией в течение трех рабочих дней со дня окончания кампании прикрепления путем формирования протокола об итогах проведения кампании прикрепления населения к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, согласно приложению 8 к настоящим Правилам на основании подтверждения организацией информатизации численности прикрепленного населения в портале РПН к каждому субъекту ПМСП, принимавшему участие в кампании прикрепления.
2. Комиссия после окончания кампании прикрепления осуществляет процедуру размещения объемов услуг ПМСП среди субъектов ПМСП согласно численности прикрепленного населения, в портале РПН к каждому субъекту ПМСП, принимавшему участие в кампании прикрепления.
3. Комиссия проводит распределение территории обслуживания населения и прикрепление населения к новым субъектам ПМСП, включенным в базу данных, вне периода кампании прикрепления, один раз по итогам полугодия в течение следующего года, за исключением случаев вновь введенных объектов ПМСП за счет средств государственного бюджета или реализуемых в рамках государственно-частного партнерства согласно Закона о ГЧП, Закона о концессиях и в соответствии с единым перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения, и оформляет данное решение в виде протокола комиссии об итогах проведения кампании прикрепления населения к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, согласно приложению 8 к настоящим Правилам.
4. Комиссия на основании протокола комиссии об итогах проведения кампании прикрепления населения к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП, принимает решение в виде протокола размещения объемов медицинских услуг.
5. Субъекты здравоохранения, среди которых не размещены объемы медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, не исключаются из базы данных, кроме случаев, указанных в пункте 75 настоящих Правил.

**Глава 3. Порядок заключения договора закупа медицинских услуг  
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Заключение договоров закупа услуг осуществляется на основании протокола размещения объемов медицинских услуг.
2. Процедура заключения договоров закупа услуг осуществляется:
   1. с субъектами здравоохранения на оказание скорой медицинской помощи и санитарной авиации, консультативно-диагностической, стационарной, стационарозамещающей медицинской помощи в срок   
      до 1 декабря текущего года;

2) с субъектами ПМСП – в срок до 15 декабря текущего года.

1. Проект договора закупа услуг в рамках ГОБМП и проект договора закупа услуг в системе ОСМС, заключаемый между фондом и субъектом здравоохранения включает в себя:

предмет договора закупа услуг;

порядок оплаты;

права и обязанности фонда и субъекта здравоохранения;

особенности привлечения соисполнителей (в случае их привлечения);

порядок взаимоотношений фонда и субъекта здравоохранения;

изменение и расторжение договора закупа услуг;

перечень закупаемых услуг;

помесячное распределение объема и суммы договора закупа услуг;

перечень дефектов/индикаторов для мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг.

1. Проект договора закупа услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и проект договора закупа услуг в системе обязательного социального медицинского страхования направляется фондом субъекту здравоохранения, согласно протоколу размещения объемов медицинских услуг, в течение пяти рабочих дней со дня подведения итогов размещения объемов медицинских услуг.
2. Срок согласования и подписания договора закупа услуг с последующим его представлением фонду субъектом здравоохранения, составляет три рабочих дня со дня получения проекта договора, но не позднее сроков, предусмотренных пунктом 59 настоящих Правил.
3. В случае непредставления субъектом здравоохранения, включенным в базу данных, в установленные сроки подписанного договора закупа услуг,  
   он признается уклонившимся от заключения договора, а предусмотренный по данному договору объем ГОБМП и (или) в системе ОСМС относится к размещенным не в полном объеме.
4. Договор вступает в силу после подписания его сторонами.
5. Регистрация договора в реестре договоров закупа услуг осуществляется на интернет-ресурсе фонда автоматически или в бумажном формате с присвоением уникального кода договора, с нумерацией уровней регионов и субъектов здравоохранения, с которыми заключены договора закупа услуг.
6. По решению комиссии заключение договоров закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС допускается:

1) на срок от одного года до трех лет с субъектами села, являющимися единственными поставщиками услуг на данной административно-территориальной единице;

2) на срок от трех до пяти лет:

с субъектами здравоохранения, реализуемыми в рамках государственно-частного партнерства согласно Закона о ГЧП, Закона о концессиях и в соответствии с единым перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения;

на оказание отдельных видов диагностических и лечебных услуг с использованием медицинской техники, приобретенной в рамках государственно-частного партнерства согласно Закона о ГЧП, Закона о концессиях и в соответствии с единым перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения.

1. Список субъектов здравоохранения, с которыми заключены договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, по форме согласно [приложению](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011960#z179) 9 к настоящим Правилам, публикуется фондом не позднее трех рабочих дней со дня заключения договора закупа услуг на интернет-ресурсе фонда, а также на интернет-ресурсе уполномоченного органа и местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы.
2. Субъекты здравоохранения для исполнения части обязательств договора закупа услуг заключают договоры с соисполнителями, включенными в базу данных, независимо от места расположения их производственной базы или производственной базы их представительства (филиала).

Включение субъекта здравоохранения в качестве соисполнителя в базу данных является выражением согласия фонда на его привлечение, а также выражением согласия субъекта здравоохранения и соисполнителей соблюдать требования настоящих Правил.

1. Субъекты здравоохранения, претендующие на включение в базу данных, в качестве соисполнителя, обеспечивают оказание медицинских услуг потребителям медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, при реализации их права на свободный выбор медицинской организации и врача,  
   в случае наличия показаний и направления от врача ПМСП или другого профильного специалиста данного субъекта здравоохранения.

В случае если между субъектом ПМСП и выбранной организацией КДП   
не заключен договор закупа услуг на привлечение ее в качестве соисполнителя, то направление от врача ПМСП или другого профильного специалиста данного субъекта здравоохранения является основанием для заключения договора между поставщиком ПМСП и организацией КДП, состоящей в базе данных в качестве соисполнителя.

При этом оплата данному субъекту здравоохранения осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом.

Врач ПМСП или профильный специалист обеспечивает плановое направление потребителя медицинских услуг по медицинским показаниям к специалистам, в том числе по праву свободного выбора, согласно графику работы специалистов соисполнителя и в порядке очередности.

1. Не допускается заключение поставщиком договора с соисполнителем при оказании медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, в случаях оказания:

1) доврачебной, квалифицированной медицинской помощи по форме [ПМСП](http://adilet/rus/docs/V1500011268#z7), включающей:

услуги специалистов ПМСП (врач общей практики, участковый врач-терапевт (педиатр), участковая медицинская сестра (медицинская сестра общей практики), фельдшер, акушерка);

профилактические услуги: профилактические осмотры, иммунизация, планирование семьи, диспансеризация и динамическое наблюдение, патронаж беременных, детей, в том числе новорожденных, социально-психологическое консультирование;

1. ВТМУ, за исключением оказания отдельных видов КДУ, которые не предоставляются в Республике Казахстан, необходимых для оказания ВТМУ, в том числе медицинских услуг при обследовании донора костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток при осуществлении подбора и активации донора костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток.

В случаях необходимости оказания отдельных видов медицинских услуг, которые не предоставляются в Республике Казахстан, поставщиком привлекаются в качестве соисполнителей иностранные субъекты здравоохранения.

Привлечение иностранных субъектов здравоохранения в качестве соисполнителей, не включенных в базу данных, осуществляется по согласованию с фондом.

Согласование фондом осуществляется в течение трех рабочих дней, и по решению фонда привлекаются профильные специалисты.

1. Привлечение поставщиком соисполнителей не освобождает поставщика от обязательств по договору закупа услуг и ответственности за его неисполнение, ненадлежащее и несвоевременное исполнение.
2. В случае расторжения договора закупа услуг, субъект ПМСП уведомляет потребителей медицинских услуг о прекращении оказания медицинской помощи не менее, чем за тридцать календарных дней до даты расторжения договора закупа услуг и прикрепленное к нему население, решением комиссии прикрепляется к другим субъектам ПМСП с учетом территориальной доступности и права свободного выбора потребителем медицинских услуг врача ПМСП и организации ПМСП.

# Глава 4. Порядок исполнения договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Исполнение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и  
   в системе ОСМС включает исполнение договорных обязательств:
   1. субъектами здравоохранения путем оказания медицинских услуг;
   2. фондом путем оплаты услуг субъектам здравоохранения с учетом результатов мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг и государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.
2. Поставщик при исполнении договора закупа услуг обеспечивает ввод данных в информационные системы и электронные информационные ресурсы системы здравоохранения и их техническое сопровождение.
3. Комиссия, в случае неисполнения, несвоевременного или ненадлежащего исполнения поставщиками условий договора закупа услуг, принимает решение в виде протокола об исключении субъекта здравоохранения из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам.

**Параграф 1. Мониторинг исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинских помощи  
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
и в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Мониторинг исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее - мониторинг договорных обязательств) проводится фондом с целью оценки соответствия оказанных медицинских услуг условиям заключенного договора закупа услуг.
2. Объектом мониторинга договорных обязательств являются медицинские услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договорам закупа услуг.
3. Мониторинг договорных обязательств предусматривает следующие мероприятия:
4. проведение мониторинга качества и объемов оказанных медицинских услуг;
5. оценку удовлетворенности потребителей медицинских услуг;
6. оценку рисков деятельности поставщиков.
7. Мониторинг качества и объемов оказанных медицинских услуг осуществляется путем:
8. автоматизированной выборки на основе данных, введенных поставщиками в информационные системы;
9. ручной выборки на основе данных из информационных систем и документации на бумажных носителях, а также на основе опроса потребителей медицинских услуг;
10. посещения субъектов здравоохранения;
11. привлечения, при необходимости, независимых экспертов.
12. Посещение субъекта здравоохранения осуществляется в плановом порядке согласно плану, утвержденному фондом.

Внеплановое посещение субъекта здравоохранения проводится:

* 1. при необходимости оценки субъектов здравоохранения по результатам проверок других субъектов здравоохранения или получении информации о фактах возможных нарушений действующего законодательства в области здравоохранения;
  2. при установлении недостоверных, неполных или некачественно представленных документов или отчетных данных, в том числе содержащихся в представленных платежных документах;
  3. при возражениях субъекта здравоохранения по результатам мониторинга качества и объемов оказанных медицинских услуг, когда объективное рассмотрение невозможно без посещения субъекта здравоохранения;
  4. при поступлении жалоб, обращений на деятельность субъекта здравоохранения и качество оказанных медицинских услуг.

1. Акт результатов внешней экспертизы в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, проведенной ведомством уполномоченного органа, осуществляющего государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг в соответствии с пунктами 4 и 5 статьи 58 Кодекса о здоровье (далее – внешняя экспертиза), формируется в информационной системе с указанием выявленных дефектов качества.

Результаты внешней экспертизы учитываются при мониторинге качества и объемов оказанных медицинских услуг.

1. На основании акта результатов внешней экспертизы фонд применяет штрафные санкции в размере 10% от стоимости всех случаев с выявленными дефектами качества.
2. По результатам мониторинга качества и объемов оказанных медицинских услуг выявляются дефекты их оказания, оцениваются достижение индикаторов результата оказания медицинских услуг, на основании которых фондом применяются штрафные санкции.
3. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг качеством медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом ежемесячно:
   1. с применением мобильного приложения и (или) терминалов оценки качества;
   2. по результатам опроса потребителей медицинских услуг;
   3. по результатам рассмотрения жалоб и обращений потребителей медицинских услуг.

Опрос потребителей медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС проводится путем их анкетирования и обзвона.

Анкетирование потребителей медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) субъекта здравоохранения (далее - СВК) при выписке потребителя медицинских услуг из стационара и (или) после получения медицинской услуги.

Обзвон потребителей медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется контакт-центром фонда методом случайной выборки из списка потребителей медицинских услуг, прошедших анкетирование СВК.

1. Жалобы и обращения потребителей медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС принимаются на интернет-ресурсе фонда в письменной форме или путем устного обращения в контакт-центр фонда с указанием персональных данных потребителя медицинских услуг.
2. Жалобы и обращения потребителей медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС подлежит рассмотрению в сроки, установленные законодательством Республики Казахстан.

В случае обоснованности жалоб и обращений, фонд применяет штрафные санкции к поставщикам за каждый обоснованный случай жалобы и обращения:

1) на уровне амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) – при распределении СКПН;

2) на уровне специализированной медицинской помощи – путем снятия 10% от стоимости вызова;

3) на уровне стационара – путем снятия 10% от стоимости пролеченного случая.

1. Оценка рисков деятельности поставщиков проводится на ежемесячной и (или) ежеквартальной основе по результатам мониторинга качества и объемов оказанных медицинских услуг и по результатам достижения индикаторов конечного результата СКПН в рамках ГОБМП и в системе ОСМС фондом, и с учетом внешней экспертизы.
2. Результаты оценки удовлетворенности потребителей медицинских услуг качеством медицинских услуг и оценки рисков деятельности поставщиков учитываются при формировании рейтинга поставщиков.

**Параграф 2. Оплата за оказанные медицинские услуги  
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
и в системе обязательного социального медицинского страхования**

1. Оплата за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом на основании заключенного договора закупа услуг в пределах средств плана закупа на соответствующий финансовый год с учетом:

1) результатов мониторинга договорных обязательств;

2) результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг;

3) реализации гражданами права выбора субъекта здравоохранения.

1. Оплата за оказанные медицинские услуги осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом, на основании актов оказанных услуг.
2. Тарифы формируются в соответствии с методикой формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, утверждаемой уполномоченным органом на основании пункта 2 статьи 23 Кодекса о здоровье (далее - Методика формирования тарифов).
3. Фонд осуществляет авансовую (предварительную) оплату в рамках заключенного договора закупа услуг по согласованию с поставщиком в размере не более 30 процентов от суммы договора закупа услуг в рамках ГОБМП и не более 10 процентов в системе ОСМС поставщикам, оказывающим медицинские услуги по следующим приоритетным направлениям:
   1. оказание стационарной помощи детскому населению и при родовспоможении;
   2. оказание стационарной помощи больным с социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (туберкулез, онкология, психиатрия, наркология, инфекционные заболевания)
   3. оказание скорой медицинской помощи;
   4. оказание медицинской помощи в форме санитарной авиации.
4. Авансовая оплата по договору закупа услуг не осуществляется поставщикам, которые впервые заключили договора закупа услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, за исключением поставщиков, оказывающих медицинскую помощь по приоритетным направлениям, указанным в пункте 92 настоящих Правил.
5. Поставщик в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, передает фонду подписанные руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП, счета-реестры за оказанные медицинские услуги в зависимости от форм предоставления медицинской помощи.
6. Фонд при оплате поставщику по договору закупа услуг формирует протокол исполнения договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - протокол исполнения договора в рамках ГОБМП) по форме согласно приложению 11 и протокол исполнения договора закупа медицинских услуг в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - протокол исполнения договора в системе ОСМС) по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам, в которых отражаются суммы:

1) предъявленные фонду к оплате поставщиком за медицинские услуги в разрезе видов и форм медицинской помощи, оказанные в отчетном периоде текущего финансового года;

2) удержанные (снятые) фондом по результатам мониторинга договорных обязательств, оказанные в отчетном периоде текущего финансового года;

3) удержанные (снятые) фондом по результатам мониторинга исполнения договорных обязательств, оказанные субъектом здравоохранения и не принятые к оплате фондом в предыдущих отчетных периодах текущего финансового года;

4) удержанные (снятые) фондом по результатам государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, оказанные субъектом здравоохранения в отчетном периоде текущего финансового года;

5) удержанные (снятые) фондом по результатам государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, оказанные субъектом здравоохранения, и не принятые к оплате фондом в предыдущих отчетных периодах текущего финансового года;

6) сумма к удержанию в текущем отчетном периоде ранее выплаченного аванса;

7) выплат и/или удержаний (снятий) в случае наличия судебных актов, а также решения фонда по результатам актов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, оформленного протоколом.

1. Фонд на основании протокола исполнения договора в рамках ГОБМП и протокола исполнения договора в системе ОСМС составляет акт оказанных услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - акт оказанных услуг в рамках ГОБМП) по форме согласно [приложению](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1400009255#z58) 13 и акт оказанных услуг в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - акт оказанных услуг в системе ОСМС) по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам в разрезе форм медицинской помощи, в двух экземплярах, каждый из которых подписывается уполномоченными лицами фонда и поставщика.
2. Оплата по подписанным актам оказанных услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом не позднее пятнадцати календарных дней после отчетного периода, за декабрь – до 25 числа, путем перечисления денежных средств на расчетный счет поставщика медицинских услуг.
3. Отчетным периодом для оплаты по договору закупа услуг является календарный месяц.
4. Фонд ежеквартально осуществляет сверку исполнения финансовых обязательств по договорам закупа услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с формированием акта сверки и, при необходимости, изменения суммы договора путем заключения дополнительного соглашения, в том числе на сумму по результатам мониторинга договорных обязательств, а также результатов государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.
5. Оплата поставщикам за оказанные медицинские услуги скорой медицинской помощи осуществляется фондом в рамках ГОБМП по тарифу, утвержденному уполномоченным органом.
6. Поставщик в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает фонду, подписанный руководителем счет-реестр за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам.
7. Счет-реестр за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи   
   (далее - счет-реестр) формируется поставщиком на основании формы № 114/у, утвержденной приказом № 907.
8. Поставщик на основании протокола исполнения договора в рамках ГОБМП формирует акт оказанных услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – акт оказанных услуг в рамках ГОБМП).
9. При оказании медицинской помощи в форме санитарной авиации поставщик не позднее десяти рабочих дней, следующих за отчетным периодом, формирует и передает фонду, подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП, счет-реестр за оказанные услуги в форме санитарной авиации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам.
10. Счет-реестр за оказание медицинской помощи в форме санитарной авиации в рамках ГОБМП формируется на основании форм № 117/у и № 118/у, утвержденных приказом № 907.
11. При формировании счета-реестра количество часов оказания услуг санитарной авиации в рамках ГОБМП указывается за весь период с момента вылета воздушного судна.
12. В случаях проезда на авиамаршрутах транспортные услуги санитарной авиации, в том числе услуги по транспортировке граждан Республики Казахстан, находящихся в критическом состоянии в зарубежных медицинских организациях, оплата устанавливается по фактическим расходам, медицинские услуги – за период фактического оказания медицинской помощи.
13. В случае предоставления поставщиком услуг санитарной авиации в рамках ГОБМП фонду медицинской документации, содержащей недостоверные данные, повлекшие необоснованное удорожание пролеченного случая (неоказанные/оказанные медицинские услуги и не предоставление лекарственных средств) и (или) увеличение количества пролеченных случаев (не оказана/оказана медицинская помощь), фондом удерживается и (или) снимается начисленная по каждому факту сумма, предъявленная к оплате в трехкратном размере.
14. Фонд на основании счет-реестра составляет акт оказанных услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
15. Оплата за оказанные медицинские услуги АПП в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом, в виде КПН АПП и формируется в соответствии с Методикой формирования тарифов.
16. Поставщик в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, передает фонду, сформированный в ИС «АПП» и подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП:

1) счет-реестр за оказание медицинских услуг   
амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - счет-реестр в рамках ГОБМП) по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам;

2) счет-реестр за оказание медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - счет-реестр в системе ОСМС) по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

1. Оплата за оказанные консультативно-диагностические услуги   
   (далее - КДУ) в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется по тарифу за одну КДУ, который утверждается уполномоченным органом.
2. Поставщик КДУ в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формирует и передает фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП:

1) счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи   
(далее - счет-реестр в рамках ГОБМП) по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам на основе;

2) счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги  
(в том числе высокотехнологичные) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - счет-реестр в системе ОСМС) по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам.

1. Оплата за оказанные медицинские услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом.
2. В случаях внутрибольничного перевода потребителя медицинских услуг при оказании стационарной помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС оплата за лечение осуществляется фондом как за один пролеченный случай.
3. В случаях выписки потребителя медицинских услуг из стационара, поступившего первоначально с заболеванием, лечение которого входит в перечень ОСМС, и в последующем, уточненном как заболевание, лечение которого осуществляется в рамках ГОБМП, оплата за данный пролеченный случай в данном стационаре осуществляется в системе ОСМС.
4. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара в рамках ГОБМП и в системе ОСМС составляет 1/4 от тарифа за соответствующий пролеченный случай стационарной помощи, кроме случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 158-161 настоящих Правил.
5. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому составляет 1/6 от тарифа за соответствующий пролеченный случай стационарной помощи.
6. Поставщик стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формирует в ЭРСБ и передает фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП:

1) счет-реестр за оказанные специализированные медицинские услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – счет-реестр СМП в рамках ГОБМП), по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам;

2) счет-реестр за оказанные специализированные медицинские услуги стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - счет-реестр СМП в системе ОСМС), по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам.

1. В счет-реестр отчетного периода текущего финансового года по договору закупа услуг стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС включаются случаи лечения, которые начались в отчетном периоде предшествующего финансового года, завершились в отчетном периоде текущего финансового года, но ранее не были приняты и оплачены фондом при проведении:

1) мониторинга исполнения договорных обязательств;

2) государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.

1. В случае превышения поставщиком, оказывающему медицинские услуги стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, квартальной суммы, предусмотренной договорами закупа услуг, без учета мониторинга исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи и государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, оплата услуг осуществляется с применением линейной шкалы оценки исполнения договора закупа специализированных медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования согласно приложению 23 к настоящим Правилам.
2. Линейная шкала к поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС не применяется при оказании поставщиком:

1) стационарной и стационарозамещающей помощи по профилям коек для беременных и рожениц, патологии беременности, патологии новорожденных и выхаживания недоношенных;

2) стационарной и стационарозамещающей помощи детям до одного года с долей детей до одного года 45% и более от пролеченных случаев;

3) услуг гемодиализа и перитонеального диализа в форме стационарозамещающей медицинской помощи;

4) стационарной и стационарозамещающей помощи детям с онкологическими заболеваниями, согласно пункту 156 настоящих Правил**;**

5) являющимся организацией здравоохранения или организацией здравоохранения автономной организацией образования, оказывающей медицинскую помощь гематологическим больным по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам МКБ-10, к которым не применяется линейная шкала и производится оплата с фактическим возмещением затрат на химиотерапию согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

6) на ВТМУ.

1. Расчет суммы оплаты за оказанные медицинские услуги стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС с применением линейной шкалы (далее - сумма оплаты) осуществляется в следующей последовательности:

1) определяется сумма превышения для применения линейной шкалы, которая рассчитывается как разница предъявленной суммы по счету-реестру за оказанные медицинские услуги (далее - предъявленная сумма), от плановой суммы (далее - сумма превышения).

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

3) определяется сумма превышения для оплаты;

4) определяется сумма для оплаты, рассчитываемая путем суммирования плановой суммы и суммы превышения к возмещению.

1. С момента образования суммы превышения, указанная в подпункте 1) пункта 123 настоящих Правил фактическая сумма формируется по пролеченным случаям, которые привели к превышению плановой суммы, по стоимости за один пролеченный случай с применением поправочного коэффициента равного 1,0, согласно Методике формирования тарифов.

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

В случае если сумма, образовавшаяся в момент превышения плановой суммы, составляет менее 51% от стоимости пролеченного случая, с которого начинается превышение плановой суммы, то стоимость данного пролеченного случая формируется с применением утвержденного размера поправочного коэффициента.

1. Сумма превышения для оплаты рассчитывается следующим образом:
2. в случае, если сумма превышения составляет 105% и ниже, то сумма для оплаты рассчитывается путем умножения суммы превышения и процента возмещения, соответствующего проценту превышения согласно приложению 23 к настоящим Правилам;
3. в случае, если сумма превышения выше 105%, то сумма для оплаты рассчитывается в два этапа: определяется сумма превышения до 105% и сумма превышения свыше 105%, каждая из которых умножается на процент возмещения согласно приложению 23 к настоящим Правилам. Итоговая сумма возмещения определяется путем суммирования суммы превышения до 105% и суммы превышения свыше 105%.
4. Лекарственные средства (далее - ЛС), изделия медицинского назначения (далее - ИМН), расходные материалы, вакцины и другие иммунобиологические препараты, включенные в стоимость пролеченного случая или возмещаемые по фактическим затратам, которые приобретены поставщиком стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС за счет спонсорства, добровольных пожертвований и иных безвозмездных поступлений, не подлежат оплате.
5. Поставщик стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС до завершения отчетного периода информирует фонд (филиал фонда) об использовании данных ЛС, ИМН, расходных материалов, вакцин и других иммунобиологических препаратов, в пролеченном случае, которые подлежат снятию из средств, предъявленных на оплату.
6. По перечню диагнозов, которые согласно справочнику «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра», не являются основным диагнозом и исключены из перечней клинико-затратных групп по международной классификации болезней-10 (далее – МКБ-10) согласно приложению 25 к настоящим Правилам, оплата поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС не осуществляется.
7. Кратковременное пребывание больного в круглосуточном стационаре в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (до трех суток включительно), связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням, от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.
8. В случае непредотвратимых летальных исходов при краткосрочном пребывании в круглосуточном стационаре в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (до трех суток включительно) оплата поставщику производится в размере 50% от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.
9. В случае сокращения сроков пребывания пролеченных случаев с применением усовершенствованных технологий диагностики и лечения, оплата поставщику стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется по полному тарифу КЗГ основного диагноза или операции.
10. По перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, либо по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с дополнительным возмещением затрат, согласно приложению 26 к настоящим Правилам, возмещение осуществляется по фактически понесенным расходам либо с оплатой пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с дополнительным возмещением фактически понесенных расходов.
11. Оплата по фактически понесенным расходам поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется в случае применения перечня случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы с возмещением расходов в соответствии с Методикой формирования тарифов, а также расходов за медицинские услуги, оказанные соисполнителями.
12. Оплата поставщику стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС за случаи с применением ЛС, ИМН и медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по утвержденным ценам.
13. Оплата за случаи с применением медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат), утвержденным уполномоченным органом.
14. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара в системе ОСМС больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов. При этом, диагноз хронической почечной недостаточности в терминальной стадии является основным или сопутствующим диагнозом.
15. Оплата за услуги гемодиализа и перитонеального диализа в условиях круглосуточного стационара в системе ОСМС при тяжелых случаях заболеваний, осложненных острой почечной недостаточностью, которая не купировалась медикаментозной терапией, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов.
16. Оплата за услуги альбуминового и перитонеального диализов в условиях круглосуточного стационара в системе ОСМС производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости оказанных сеансов.
17. Поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС возмещаются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ.
18. При лечении цирроза и фиброза печени оплата поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в системе ОСМС производится по соответствующим КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением фактических затрат на ЛС, ИМН и услуги.
19. В условиях круглосуточного стационара в системе ОСМС осложненное течение беременности и родов оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие ЛС, ИМН и услуги с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по родовспоможению, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с возмещением фактических затрат на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и услуги согласно приложению 27 к настоящим Правилам.
20. В условиях круглосуточного стационара в системе ОСМС тяжелые болезни новорожденных оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие ЛС и ИМН с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по перинатологии, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с возмещением фактических затрат на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и услуги согласно приложению 28 к настоящим Правилам.
21. При первичном установлении диагноза онкологических заболеваний и туберкулеза в непрофильных стационарах оплата поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи за пролеченный случай осуществляется по стоимости соответствующих КЗГ основного диагноза или операции.
22. В условиях круглосуточного стационара поставщику, оказывающему медицинские услуги гематологическим больным согласно приложению 24 к настоящим Правилам, оплата поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП за пролеченных больных, которым проведена химиотерапия производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиопрепаратов и услуг по фактическим затратам.
23. При применении тромболитических препаратов оплата производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости тромболитических препаратов.
24. При лечении острых форм больных с заболеваниями крови и депрессии кроветворения, первичная их 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.
25. Поставщикам, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении больных с острыми формами заболеваний крови и депрессией 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.
26. Лечение больных с проведением операции по трансплантации костного мозга, оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.
27. В условиях круглосуточного стационара поставщикам, оказывающим медицинские услуги онкологическим больным, оплата за пролеченных больных производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиотерапии, лучевой терапии, иммуногистохимического исследования.
28. Оплата за оказанные медицинские услуги по перечню организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования в форме стационарной помощи за один койко-день, за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и по медико-экономическим тарифам, осуществляется соответственно за один койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и медико-экономическим тарифам.
29. Оплата за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, оказываемые гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконыр, поселках Торетам и Акай, в условиях аренды Российской Федерации комплекса «Байконур», осуществляется по усредненным тарифам за один пролеченный случай при оказании стационарной, стационарозамещающей помощи и по усредненному тарифу за 1 сеанс гемодиализа при оказании стационарозамещающей помощи.
30. Поставщикам стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в системе ОСМС, оплата которым за пролеченные случаи осуществляется по расчетной средней стоимости по тарифу за один пролеченный случай, в случаях обоснованного сокращения длительности лечения, оплата производится, за фактические койко-дни по средней стоимости одного койко-дня, рассчитанного путем деления стоимости тарифа за один пролеченный случай на определенное плановое количество койко-дней.
31. Фонд в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного оказания больному по жизненным показаниям дополнительных услуг, не предусмотренных договором закупа услуг и настоящими Правилами, оплачивает поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в системе ОСМС дополнительные затраты на пролеченный случай как иные выплаты или вычеты на основании подтверждающих документов, представленных поставщиком.
32. Поставщик стационарной и стационарозамещающей помощи в системе ОСМС в срок не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, направляет запрос в фонд с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за оказание больному дополнительных услуг, ЛС и ИМН, не предусмотренных договором закупа услуг и настоящими Правилами.
33. Фонд осуществляет проверку достоверности и обоснованности оказанных дополнительных услуг, использованных ЛС и ИМН, указанных в пункте 154 настоящих Правил, формирует акт сверки, подписанный уполномоченными лицами фонда и поставщика, и возмещает дополнительные затраты, ЛС и ИМН не позже срока, установленного пунктом 154 настоящих Правил.
34. 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 превышает восемнадцати лет.

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

Сумма оплаты 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 привлекает соисполнителей путем передачи им части своих обязательств по оказанию медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС и осуществляет оплату по тарифам, утвержденным уполномоченным органом.

Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения между блоками (схемами) курса лечения при стационарной медицинской помощи, ЛС выдаются пациенту по завершению курса стационарного лечения по накладной.

Возмещение затрат поставщику за выданные пациенту ЛС фондом осуществляется на основании накладной, прикрепленной в сканированном виде в ИС «ЭРСБ», за исключением ЛС, 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   
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7306).

1. Оплата за оказанные операции по исправлению рефракционных свойств роговицы глаза в случаях проведения при астигматизмах 4,0 и более диоптрий, анизометропии 5,0 и более диоптрий, осуществляется по клинико-затратным группам с учетом коэффициента затратоёмкости.
2. В условиях дневного стационара поставщики стационарной и стационарозамещающей помощи, оказывающим медицинские услуги онкологическим и гематологическим больным согласно приложению 24 к настоящим Правилам, оплата производится:
3. за сеансы химиотерапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;
4. 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 тарифами, утвержденными уполномоченным органом;
5. за сеансы химиотерапии 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 тарифами, утвержденными уполномоченным органом.

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

1. Оплата поставщикам стационарной и стационарозамещающей помощи в системе ОСМС за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы больным, зарегистрированным в подсистеме «Учет больных с хронической почечной недостаточностью» информационной системы «Электронный регистр диспансерных больных», по стоимости, утвержденной уполномоченным органом. Все сеансы одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай, при этом тариф основного диагноза рассчитывается по нулевой ставке.
2. Оплата по перечню операций и манипуляций по МКБ-9 для преимущественного лечения в дневном стационаре в системе обязательного социального медицинского страхования согласно приложению 29 к настоящим Правилам производится в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ.
3. В случае проведения услуги «Коронарная артериография» в условиях дневного стационара в системе ОСМС оплата производится в размере 1/2 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.
4. Оплата за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП, онкодиспансеру осуществляется по комплексному тарифу за оказание комплекса медицинских услуг, направленных на диагностику и лечение (в том числе с предраковыми заболеваниями и доброкачественными новообразованиями) и диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями:
5. за использование химиопрепаратов, таргетных препаратов онкологическим больным, по ценам, не превышающим установленных уполномоченным органом в соответствии с [пунктом 2](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193_#z960) статьи 76 Кодекса о здоровье. В случае, если химиопрепараты и таргетные препараты онкодиспансером закуплены по разовому ввозу, возмещение осуществляется по их закупочной стоимости, определенной по курсу национального банка на день закупа;
6. за оказание сеансов лучевой терапии онкологическим больным по тарифам, утвержденным уполномоченным органом;
7. за оказание специализированной медицинской помощи по форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) в рамках реализации их права на свободный выбор,  
   не состоящим на учете в данном онкодиспансере (далее - иногородний больной) по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг.
8. Комплексный тариф предусматривает обеспечение онкологических больных в рамках ГОБМП по следующим видам медицинской помощи квалифицированная, специализированная, медико-социальная и по формам:
9. КДП;
10. стационарозамещающей помощи;
11. стационарной помощи.
12. При отсутствии в онкодиспансере паллиативной помощи, ее оказание осуществляется с привлечением соисполнителя за счет средств, предусмотренных в комплексном тарифе, согласно заключенному договору между поставщиком и соисполнителем.
13. Комплексный тариф включает расходы на их оказание в соответствии с Методикой формирования тарифов.
14. Комплексный тариф не включает расходы:
15. на оказание стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями;
16. на оказание медицинской помощи гематологическим больным согласно приложению 24 к настоящим Правилам.
17. Оплата за оказанные медицинские услуги онкологическим больным в рамках ГОБМП за отчетный период по комплексному тарифу осуществляется по средней списочной численности онкологических больных.
18. По результатам мониторинга договорных обязательств и государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг онкологическим больным к онкодиспансеру по заключенному договору закупа услуг применяются меры экономического воздействия.
19. В случае снятия с учета в ЭРОБ онкологических больных по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата поставщику в рамках ГОБМП осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения онкологического больного на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день, и мер экономического воздействия.
20. Меры экономического воздействия по договору закупа услуг за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти онкологического больного в ЭРОБ не распространяются в отношении:
21. гематологических больных согласно приложению 24 к настоящим Правилам;
22. посмертно зарегистрированных онкологических больных.
23. Онкодиспансер направляет в фонд в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, сформированный в ЭРОБ и подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП, счет-реестр оказанных медицинских услуг онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно [приложению](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1400009261#z49) 30 к настоящим Правилам.

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 соисполнителя с поставщиками, в пределах сумм, предусмотренных основным договором закупа услуг за оказанные КДУ по тарифам, утвержденным уполномоченным органом.

1. Оплата за оказанные медицинские услуги сельскому населению осуществляется фондом по КПН на сельское население, размер которого определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, [стационарозамещающая](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1100001472#z5) помощь, [стационарная](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1100001464#z5) помощь) в рамках ГОБМП и в системе ОСМС и утверждается уполномоченным органом.
2. Сумма оплаты субъекту села по КПН на сельское население за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.
3. Оплата за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП и в системе ОСМС субъектам села, осуществляется фондом на основании сформированных в автоматизированном режиме в ИС «Единая платежная система» (далее - ИС ЕПС), «ДКПН» платежных документов, определенных настоящими Правилами.
4. Субъект села в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает фонду, сформированный в ИС ЕПС и подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом, в том числе посредством ЭЦП:
5. счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 31 к настоящим Правилам;
6. счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 32 к настоящим Правилам.

**Раздел 3. Заключительные положения**

1. Для разрешения вопросов, связанных с закупом услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС при фонде создается постоянно действующая апелляционная комиссия фонда, из числа представителей фонда, уполномоченного органа, НПП «Атамекен» и НПО, представляющих интересы потребителей медицинских услуг или субъектов здравоохранения.
2. Общее количество членов апелляционной комиссии фонда составляет нечетное число.
3. При этом члены апелляционной комиссии фонгда не являются членами других комиссий по закупу медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.
4. Председателем апелляционной комиссии фонда является должностное лицо фонда.
5. Обращение, поступившее в апелляционную комиссию фонда подлежит обязательной регистрации в день поступления.
6. Обращения рассматриваются в сроки, установленные законодательством Республики Казахстан.
7. На заседание апелляционной комиссии фонда для рассмотрения обращения, приглашается представитель субъекта здравоохранения, обратившегося в апелляционную комиссию по вопросам закупа услуг, а также при необходимости, заинтересованные лица, независимые эксперты и (или) эксперты из профильных специалистов.

Неявка представителя субъекта здравоохранения на заседание апелляционной комиссии фонда, уведомленных надлежащим образом, не является препятствием для рассмотрения обращения.

1. Заседание апелляционной комиссии фонда считается состоявшимся при наличии не менее двух третей ее членов.
2. Решение апелляционной комиссии фонда принимается простым большинством голосов участвующих в заседании членов данной комиссии.
3. При равенстве голосов при принятии решения апелляционной комиссией фонда окончательное решение принимается председателем.
4. Решение апелляционной комиссии фонда оформляется протоколом произвольной формы с приложением необходимых документов и подлежит исполнению в установленный ею срок.
5. Иностранные субъекты здравоохранения участвуют в закупе услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС на равных условиях с субъектами здравоохранения Республики Казахстан.
6. Объем медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС размещается без проведения процедуры выбора субъектов здравоохранения из базы данных при условии соответствия требованиям настоящих Правил в рамках плана закупа в случаях:

1) оказания медицинской помощи гражданам Республики Казахстан, проживающим на территории города Байконыр, поселков Торетам и Акай Кызылординской области в медицинской организации Российской Федерации;

2) реализации пилотных проектов, направленных на модернизацию деятельности субъектов здравоохранения, совершенствование тарифной политики в области здравоохранения;

3) ввода в действие вновь вводимых объектов здравоохранения, соответствующим требованиям, предъявляемым к субъектам здравоохранения настоящими Правилами.