

**О внесении изменений в приказ Министра  
здравоохранения и социального развития  
Республики Казахстан  
от 28 июля 2015 года № 627  
«Об утверждении Правил возмещения  
затрат организациям здравоохранения  
за счет бюджетных средств»**

В соответствии с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627 «Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11976, опубликован в информационно-правовой системе «Әділет» 15 сентября 2015 года) следующие изменения:

в Правилах возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств (далее - Правила), утвержденные указанным приказом,:

в пункте 2:

исключить подпункт 25), 26), ;

подпункт 36) изложить в следующей редакции:

«36) Комитет охраны общественного здоровья Министерства – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – КООЗ), осуществляющие государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг;»;

пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором на основании **пункта 2 статьи 23** Кодекса о здоровье, на основании актов выполненных работ (услуг).»;

Пункт 6 изложить в следующей редакции:

«6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с их деятельностью по оказанию ГОБМП, за исключением капитальных расходов, кроме:

расходов на обновление основных средств в рамках реализации проекта дочерним организациям акционерного общества (далее – АО) «Национальный

медицинский холдинг» и **Корпоративный фонд «University Medical Center»**, оказывающим ГОБМП;

расходов на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственных предприятий, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, возмещаемых согласно параграфу 8 раздела 2 настоящих Правил;

расходов на приобретение оборудования стоимостью менее пяти миллионов тенге, включенных в тариф. При этом организации, оказывающие ГОБМП, данные расходы осуществляют в случае отсутствия кредиторской задолженности в текущем финансовом году за счет средств сложившейся экономии.

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

пункт 15 изложить в следующей редакции:

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

пункт 24 изложить в следующей редакции:

«24. Заказчик формирует в ИС «АПП» протокол исполнения договора на оказание ГОБМП на основании:

подписанного субъектом ПМСП счет-реестра;

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

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

Протокол исполнения договора на оказание ГОБМП рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг.»;

пункт 28 изложить в следующей редакции:

«28. По результатам ввода в ИС данные становятся доступными заказчику, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, **КООЗ и ТД КООЗ**, субъекту мониторинга и анализа ГОБМП, СИ, лизингодателю, научно-исследовательским организациям для ежедневного мониторинга, анализа и оценки, для принятия управленческих решений заказчиком в рамках их компетенций.»;

пункт 30 изложить в следующей редакции:

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

1) субъекты ПМСП;

2) субъекты села;

3) заказчик в лице УЗ;

4) **КООЗ и ТД КООЗ;**

5) КОМУ и ТД КОМУ;

6) СИ;

7) субъект мониторинга и анализа ГОБМП;

8) научно-исследовательские организации, осуществляющие мониторинг индикаторов процесса с целью обеспечения достижения индикаторов конечного результата.»;

пункт 31 изложить в следующей редакции:

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

1) КОМУ и ТД КОМУ:

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

мониторинг за своевременным перечислением сумм СКПН УЗ субъектам ПМСП и субъектам села;

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

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

2) **КООЗ и ТД КООЗ:**

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

3) УЗ:

реализация системы СКПН на уровне региона;

координация деятельности участников процесса на уровне региона;

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

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

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

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

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН;

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

4) субъекты ПМСП и субъекты села:

повышение качества оказания ПМСП;

принятие управленческих решений по совершенствованию системы непрерывного повышения качества оказания ПМСП;

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

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

пункт 32 изложить в следующей редакции:

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

в ИС «СУКМУ»:

**ГД КООЗ:**

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

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

в ИС «ДКПН»:

1) КОМУ:

вводит и подтверждает данные по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждому региону на основании согласованных данных на текущий финансовый год бюджетных программ в порядке, определенном приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 195 «Об утверждении Правил разработки и утверждения (переутверждения) бюджетных программ (подпрограмм) и требований к их содержанию»

(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 10176) (далее – бюджетная программа);

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

подтверждает установление целевого значения по каждому индикатору конечного результата УЗ на основании бюджетной программы;

ежемесячно в начале отчетного периода задает критерий распределения суммы СКПН свыше 150 тенге в расчете на 1 прикрепленного жителя: по населению; по населению и баллам; по населению, баллам и коэффициенту соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП в рамках ГОБМП

## 2) УЗ:

вводит и подтверждает данные по индикаторам конечного результата для установления их целевого значения на уровне региона на основании бюджетной программы;

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

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

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

при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на 1 прикрепленного жителя свыше 150 тенге по субъекту ПМСП, выбирает алгоритм распределения: принять к оплате в текущем отчетном месяце, перенести на следующий отчетный месяц, вернуть в бюджет. При этом данный алгоритм применяется в течение одного квартала;

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

## 3) КООЗ и ТД КООЗ:

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

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

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

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

по случаям материнской смертности на уровне ПМСП по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне ПМСП по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

#### 4) СИ:

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

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

формирует отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным;

#### 5) субъект ПМСП:

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

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

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



вводит сводные данные за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с приказом № 429 и формирует отчет по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) Заказчик:

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

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

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

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

пункт 34 изложить в следующей редакции:

«34. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП местным субъектам КДУ и республиканским организациям КДУ осуществляется заказчиком с участием **КООЗ** и ТД **КООЗ**, КОМУ и ТД КОМУ, лизингодателя и СИ.

пункт 39 изложить в следующей редакции:

«39. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание ГОБМП за счет средств местного бюджета, включая ЦТТ, по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора) на основании:

подписанного местным субъектом КДУ счет-реестра;

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

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.»;

пункт 44 изложить в следующей редакции:

«44. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного республиканской организацией КДУ счет-реестра;

подписанного заказчиком акта сверки по результатам контроля объема за оказанные консультативно-диагностические услуги, оплата которых осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 23 к настоящим Правилам, составленного на основании перечня случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной консультативно – диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета согласно приложению 24 к настоящим Правилам (далее – перечень согласно приложению 24 к настоящим Правилам);

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ республиканской организацией КДУ (при их наличии), проведенного **ТД КООЗ** по перечню согласно приложению 24 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.»;

пункт 48 изложить в следующей редакции:

«48. Возмещение затрат за оказание скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП субъектам здравоохранения, оказывающим услуги скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП (далее – субъект скорой помощи), осуществляется заказчиком с участием **КООЗ и ТД КООЗ**, СИ.»;

пункт 52 изложить в следующей редакции:

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

подписанного субъектом скорой помощи счета-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные услуги субъектом скорой помощи (при их наличии), проведенного **ТД КООЗ** и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной скорой медицинской помощи согласно приложению 28 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

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

пункт 59 изложить в следующей редакции:

«59. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета субъектам здравоохранения, оказывающим стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь (далее – медицинская организация РБ), осуществляется



заказчиком в лице ТД КОМУ с участием КОМУ, **КООЗ** и **ТД КООЗ**, СИ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП и лизингодателя.»;

пункт 69 изложить в следующей редакции:

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

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю качества и объема **ТД КООЗ**, за исключением случаев с летальными исходами, согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю объема, согласно приложению 39 к настоящим Правилам.

Электронные варианты данных перечней доступны ТД КОМУ и **ТД КООЗ**.»;

пункт 70 изложить в следующей редакции:

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

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль качества и объема **ТД КООЗ** после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

перечень случаев летальных исходов за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль **ТД КООЗ**, по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные **ТД КООЗ** по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично, по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам.

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

пункт 74 изложить в следующей редакции:

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

Запрос осуществляется по реестру направляемых медицинских карт стационарных больных для проведения сверки объема медицинской помощи в

рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 50 к настоящим Правилам.

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

Лизингодатель по результатам ввода в СУКМУ данных о применении медицинской техники, приобретенной в лизинг, ежемесячно формирует Перечень случаев оказания медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам и передает в **ТД КООЗ**.»;

пункт 119 изложить в следующей редакции:

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

пункт 125 изложить в следующей редакции:

«125. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией МБ счет-реестра;

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

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

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

пункт 129 изложить в следующей редакции:

«129. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП осуществляется заказчиком областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным, (далее – онкодиспансер) с участием КОМУ и ТД КОМУ, КООЗ и ТД КООЗ, Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения "Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии" Министерства (далее – КазНИИОиР), осуществляющее организационно-методическую работу

при оказании медицинской помощи онкологическим больным, СИ и субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, лизингодателя.»;

пункт 138 изложить в следующей редакции:

«138. По результатам контроля качества и объема за оказанную медицинскую помощь онкологическим больным онкодиспансером, проведенного **ТД КООЗ** и заказчиком, к онкодиспансеру применяются меры экономического воздействия по перечню мер экономического воздействия при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП по комплексному тарифу (далее - мер экономического воздействия) согласно приложению 71 к настоящим Правилам.

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

пункт 149 изложить в следующей редакции:

«149. Возмещение затрат субъектам села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется заказчиком в лице УЗ субъектам села, с участием **КООЗ и ТД КООЗ**, ТД КОМУ и ТД КОМУ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и лизингодателя.»;

пункт 158 изложить в следующей редакции:

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

пункт 159 изложить в следующей редакции:

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

пункт 162 изложить в следующей редакции:

«162. По результатам контроля качества и объема за оказанные медицинские услуги субъектом села, проведенного ТД КООЗ (при их наличии) в соответствии с перечнем случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи сельскому населению согласно приложению 79 к настоящим Правилам (далее – Перечень) и по результатам ежедневной оценки СИ случаев осложнений, возникших в результате лечения субъектом села на основании автоматизированной выборки, ТД КООЗ формирует в СУКМУ:

перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества после оценки субъекта мониторинга и анализа гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно приложению 80 к настоящим Правилам;

перечень случаев с летальным исходом по результатам контроля качества за отчетный и предыдущие периоды по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам на основании листа экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам;

перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КООЗ).»;

пункт 163 изложить в следующей редакции:

«163. ТД КОМУ формирует в СУКМУ:

по результатам контроля объема услуг ГОБМП перечень случаев по результатам контроля объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами районного значения и села по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КОМУ);

на основании данных Перечня ТД КООЗ и Перечня ТД КОМУ Сводный перечень случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам.»;

пункт 164 изложить в следующей редакции:

«164. ТД КОМУ представляет заказчику Сводный перечень, заверенный подписями первых руководителей ТД КОМУ и ТД КООЗ и скрепленный печатями, в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.»;

пункт 165 изложить в следующей редакции:

«165. Заказчик формирует ИС «Сельское здравоохранение» или в ИС «АПП» рассматриваемый и подписываемый комиссией по оплате услуг протокол исполнения договора гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам на основании:

подписанного субъектом села счет-реестра;

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

Сводного перечня;

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

пункт 168 изложить в следующей редакции:

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

в ИС «Сельское здравоохранение»:

1) заказчик:

вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами села;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам;

акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 86 к настоящим Правилам;

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

3) субъект села:

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

ежемесячно вводит сводные данные по оказанию скорой медицинской помощи на основании форм первичной медицинской документации;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 87 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта села);

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

информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 88 настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 89 настоящим Правилам;

информация о структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села в разрезе структурных подразделений по форме согласно приложению 90 настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 91 настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 92 настоящим Правилам;

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

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

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

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

в СУКМУ:

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

2) **ГД КООЗ** по субъектам села:

прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных;

вводит результаты контроля качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

в ЭРСБ субъект села:

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

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

в ИС «АПП» субъект села:

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

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



ежедневно в модуле "Банк направлений" вводит внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

в ДКПН – согласно параграфа 1 раздела 2 настоящих Правил.»;

Параграф 7. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание ГОБМП исключить.

пункт 184 изложить в следующей редакции:

«184. Возмещение лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия, дочерним **организациям АО «Национальный медицинский холдинг»** и акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, на условиях финансового лизинга осуществляется из средств республиканского бюджета и (или) за счет средств местного бюджетов, включая ЦТТ, по заключенному договору с лизингодателем.»;

пункт 188 изложить в следующей редакции:

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

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

КОМУ подтверждает наличие договора на оказание ГОБМП с потенциальными лизингополучателями;

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

пункт 209 изложить в следующей редакции:

«209. ТД КООЗ до 3 числа месяца следующего за отчетным периодом и не позднее первого ноября текущего года, направляют в КОМУ и (или) УЗ акт контроля за эффективным использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 111 к настоящим Правилам (далее – акт контроля).»;

пункт 210 изложить в следующей редакции:

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

Приложение 2 к Правилам изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Департаменту управления проектами Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в Информационно-правовой системе «Әділет» и в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения 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 Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за настоящим приказом возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Актаеву Л.М.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр здравоохранения  
Республики Казахстан**

**Е. Биртанов**

Приложение 2  
к Правилам возмещения затрат  
организациям здравоохранения  
за счет бюджетных средств  
Форма

Лист экспертной оценки медицинских услуг

1. Государственный орган, осуществляющий оценку.
2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения.
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения.
4. Дата начала и окончания проверки.
5. Проверяемый период.
6. Предмет проверки \_\_\_\_\_  
(выявление дефектов оказания медицинских услуг, в том числе выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и другое)
- I. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне первичной медико – санитарной, консультативно -диагностической помощи:
  1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
  2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
  3. Дата рождения, возраст (полных лет).
  4. Национальность.
  5. Место жительства.
  6. Номер медицинской карты, период лечения.
  7. Источник финансирования пролеченного случая.
  8. Диагноз направившей организации.
  9. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).
  10. Дефекты на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической (выявлены, не выявлены, пациент не наблюдался, неизвестно).
  11. Динамическое наблюдение (описание):
    - 1) отсутствие динамического наблюдения;
    - 2) несоблюдение стандартов диспансеризации;
    - 3) отсутствие патронажа новорожденного в первые трое суток после выписки из родильного дома;
    - 4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и в послеродовом периоде;

- 5) несвоевременное взятие детей на диспансерный учет;
- 6) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности);
- 7) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;
13. Недостатки обследования (не соответствие стандартам в области здравоохранения), **повлекшие ухудшение состояния или летальный исход.**
14. Недооценка тяжести состояния (описание).
15. Дефекты госпитализации (описание):
  - 1) не госпитализирован при имеющихся показаниях;
  - 2) необоснованное направление на госпитализацию;
  - 3) запоздалая госпитализация;
  - 4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;
16. Результаты лечения:
  - 1) летальный исход (предотвратим на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи), заполняются факторы:
    - отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
    - отсутствие гистологического исследования;
    - своевременность госпитализации пациента;
    - социальное благополучие пациента;
    - ранняя диагностика патологического состояния;
    - назначение дополнительных методов исследования;
    - правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;
    - своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;
    - квалификация специалистов;
    - иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;
  - 2) исход «ухудшение» (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий).
17. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).
18. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:
  - 1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;
  - 2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);
  - 3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
  - 4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).
19. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.
20. В случае смерти на дому, указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических,

лечебных и организационно-тактических).

21. Несоблюдение кодекса чести медицинских и фармацевтических работников (согласно [статье 184](#) Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

II. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне скорой медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Источник финансирования вызова.
7. Описание жалоб (неполные, не соответствуют диагнозу и т.д.).
8. Описание анамнеза (не указан, не раскрыт полностью, не соответствуют диагнозу и т.д.).
9. Недооценка тяжести состояния (описание).
10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).
11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации (описание).
12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (описание).
13. Ошибки в диагнозе (описание):
  - 1) диагноз неполный;
  - 2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;
  - 3) диагноз не установлен;
  - 4) иное (ошибка по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).
14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:
  - 1) несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение утвержденного регламента времени);
  - 2) непредоставление активов в организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь;
  - 3) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).
15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.
16. В случае смертельного исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (диагностических, лечебных и организационно-тактических).
17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно [статье 184](#) Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

III. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Номер медицинской карты, период лечения.
7. Источник финансирования пролеченного случая.
8. Диагноз направившей организации.
9. Диагноз предварительный клинический
10. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).
11. Результаты лечения:
  - 1) летальный исход (не предотвратим, предотвратим на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:
    - отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
    - отсутствие гистологического исследования;
    - своевременность госпитализации пациента;
    - социальное благополучие пациента;
    - ранняя диагностика патологического состояния;
    - назначение дополнительных методов исследования;
    - правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;
    - своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;
    - квалификация специалистов;
    - иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;
  - 2) исход «ухудшение» (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);
  - 3) исход «без перемен» (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);
  - 4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно - поликлиническом уровне;
  - 5) случаи осложнений, возникших в результате лечения (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);
  - 6) иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне.
12. Наличие согласования выписки с пациентом.
13. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).
14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:
  - 1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;
  - 2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и



внутреннего контроля (аудита);

3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

16. В случае летального исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных и организационно-тактических).

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно [статье 184](#) Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

#### IV. Нарушения со стороны пациента

1. Нет замечаний.

2. Позднее обращение за медицинской помощью.

3. Нерегулярное наблюдение у врача.

4. Невыполнение или нерегулярное выполнение рекомендаций врача.

5. Отказ от предложенного лечения.

6. Самостоятельное лечение.

7. Отказ от госпитализации.

8. Нарушение режима пребывания в стационаре.

9. Самовольный уход из стационара.

10. Нарушение этики по отношению к медицинским работникам субъекта здравоохранения.

11. иное (нарушение по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

#### V. Выводы

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинских услуг.

В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы (обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись.)

Члены комиссии \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года