**Приложение 3**

**Типовой договор**

**на предоставление стационарной медицинской помощи**

**в системе Единого плательщика**

(для стационаров, где проводится Оценка качества по Оценочной карте

и планирование ПС по БДК)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

*(Административно - территориальная единица)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(наименование территориального управления уполномоченного государственного органа в области обязательного медицинского страхования)*

именуемое в дальнейшем – Плательщик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество, должность)*

действующего на основании Положения «О территориальном управлении Фонда обязательного медицинского страхования при Правительства Кыргызской Республики» с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование организации здравоохранения)*

именуемый в дальнейшем – Поставщик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество, должность)*

действующего на основании Положения (Устава) и Свидетельства о государственной регистрации юридического лица № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ года, c другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**I. Предмет Договора**

1. Предметом настоящего Договора является обеспечение населения медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (далее – ПГГ), утвержденными нормативными документами, методами доказательной медицины и соблюдать права граждан при получении медицинских услуг ***(приложение 1***).
2. Поставщик берет на себя обязательства предоставлять населению экстренную и плановую стационарную медицинскую помощь в объеме и условиях, определенных в Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью.
3. Плательщик берет на себя обязательства:
* совместно обеспечивать финансирование Поставщика из средств бюджета Фонда ОМС за предоставление объемов медицинских услуг, указанных в разделе II настоящего Договора в порядке, установленном разделом III настоящего Договора;
* проводить оценку качества и объема предоставляемой стационарной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и соблюдения прав пациентов.

**II. Объем стационарной медицинской помощи**

1. Поставщик оказывает стационарную медицинскую помощь населению, в условиях и в порядке определенных Программой государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в количестве:

4.1 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ пролеченных случаев в общепрофильных отделениях, в том числе: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ случаев новорожденных;

4.2 \_\_\_\_\_\_\_пролеченных случаев однодневного пребывания детей (дети до 15 лет 11 месяцев 29 дней);

4.3 пролеченных случаев в отделении экстренной медицинской помощи и экстренную амбулаторную медицинскую помощь в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_амбулаторных случаев;

4.4 \_\_\_\_\_\_\_пролеченных случаев однодневного пребывания для беременных.

**III. Условия и порядок оплаты**

1. Оплата Поставщику за предоставление стационарной медицинской помощи осуществляется на согласованное количество пролеченных случаев, указанном в пункте 4 настоящего Договора, по утвержденным Фондом ОМС при Правительстве КР базовых нормативов оплаты в общей сумме **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** сом, в том числе:

5.1 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом в общепрофильных отделениях;

5.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом за новорожденных;

5.3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сом в отделениях краткосрочного/однодневного пребывания детей до 16 лет;

5.4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом в отделении экстренной медицинской помощи и оказание экстренной амбулаторной медицинской помощи;

5.5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом в отделении однодневного пребывания для беременных.

1. Текущая ежемесячная оплата Поставщику осуществляется на основании представленной к \_\_\_\_\_\_ числу каждого месяца заявки на получение средств из бюджета Фонда ОМС, согласно Плану распределения доходов и расходов организации здравоохранения.
2. Оплата за стационарную медицинскую помощь, оказанную сверх количества, указанного в пункте 4 настоящего Договора, не производится.
3. Не подлежат оплате по Базе данных «Пролеченный случай» следующие случаи:

- плановой госпитализации при отсутствии в клинико-статической форме (КСФ 066у) персонифицированного идентификационного номера (ПИН) за исключением: детей до достижения ими 18 лет; беременных женщин (льготный социальный статус: женщины, поступающие в стационар на роды (код 220) и женщины, поступающие в стационар с патологией беременности (код 221); пациентов в возрасте 70 лет и старше; лиц, имеющих статус «кайрылман», беженцы из Афганистана, включая детей (код 022), беженцы из Чечни, включая детей (код 023);

- досуточного пребывания больного в стационаре, за исключением отделений/ коек краткосрочного пребывания (ОКП) и отделений экстренной медицинской помощи (ОЭМП);

- при выявлении дублирующих КСФ при одновременном совпадении следующих комбинаций полей КСФ за исключением новорожденных в возрасте до 28 дней включительно: - ПИН дата госпитализации; - ПИН дата выписки;

- введения данных КСФ в БД «Пролеченный случай» позже 20 дней после выписки;

- входящие в «Перечень заболеваний, подлежащих лечению на амбулаторном уровне здравоохранения» утвержденный приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 30 сентября 2019 года №928 и Фонда ОМС №297;

- госпитализации иностранных граждан и лица без гражданства, не имеющих полис обязательного медицинского страхования и в отношении которых не осуществляются взносы на медицинское страхование.

**IV. Права и обязанности сторон**

1. Права и обязанности Поставщика:

а) Поставщик имеет право:

- на своевременное и полное финансирование медицинских услуг в рамках настоящего Договора;

- получать информацию об изменении нормативных правовых актов, а также ведомственных актов, регламентирующих деятельность поставщиков в системе Единого плательщика;

- использовать листы ожидания при госпитализации плановых больных при отсутствии свободных койко-мест в соответствующих отделениях;

- начислять дополнительную заработную плату сотрудникам организации здравоохранения за достигнутые результаты в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

- проводить закупки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, расходных материалов, химических реактивов, продуктов питания, а также прочих товаров, работ и услуг, необходимых для осуществления деятельности в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

б) Поставщик обязан:

- при осуществлении своей деятельности руководствоваться законодательством Кыргызской Республики, а также ведомственными актами Фонда ОМС, уполномоченного государственного органа Кыргызской Республики в области здравоохранения, регламентирующими деятельность субъектов, работающих в системе Единого плательщика;

- оказывать медицинские услуги на основе методов доказательной медицины, клинических руководств и клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения Кыргызской Республики;

 - обеспечить обоснованную госпитализацию больных при наличии показаний на стационарное лечение;

- обеспечить проведение пациентам, находящимся на стационарном лечении, необходимых лабораторных и диагностических исследований, в случае невозможности их проведения обеспечить их проведение (за исключением дорогостоящих лабораторных и диагностических исследований) в другой организации здравоохранения, с которой у Поставщика имеются договорные отношения;

- формировать ежегодный консолидированный бюджет организации здравоохранения, План распределения доходов и расходов;

- согласовывать с Плательщиком План распределения доходов и расходов по всем источникам средств, в том числе при внесении в него изменений и дополнений;

- обеспечить рациональное и эффективное использование полученных средств из бюджета Фонда ОМС и средств, учитываемых на специальных счетах, включая средства сооплаты населения, оптимизацию затрат, не допускать образования кредиторской и дебиторской задолженностей, в размерах не превышающих объема обязательств по расчетам Фонда ОМС;

- обеспечить перечисление в доходную часть бюджета Фонда ОМС средства использованные в нарушение законодательства в сфере бюджетного регулирования и в сфере здравоохранения и медицинского страхования;

- обеспечить полное поступление средств от оказания платных государственных услуг населению, в том числе средств сооплаты от пациентов в бюджет организации;

- обеспечить пациентов, находящихся на стационарном лечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения согласно ПЖВЛС;

- обеспечить питанием больных в соответствии с утвержденными Правительством КР нормативами;

- производить своевременную и в полном объеме выплату заработной платы работникам, не допускать образования задолженности по заработной плате и отчислениям в Социальный фонд Кыргызской Республики;

- информировать население об оказываемых медицинских услугах и условиях предоставления медицинской помощи в виде наглядной информации в отделениях, через сайты интернет и т.д.;

- обеспечить качественный и достоверный ввод клинико-статистической формы 066/у в базу данных «Пролеченный случай» (приложение 3- Алгоритм работы базы данных «Пролеченный случай» - БД ПС);

- письменно информировать Плательщика об изменении количества и наименований структурных позразделений Поставщика в течении года;

- предоставить прогноз объема ПС по базовым диагностическим категориям (БДК) на предстоящий год для обсуждения с ТУ ФОМС до 25 ноября текущего года;

- представлять всю необходимую документацию при проведении Плательщиком проверок;

- предоставлять Плательщику достоверные данные по финансовым, бухгалтерским отчетам в следующие сроки:

 **ежемесячно:**

* до «\_\_\_\_» числа месяца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* до «\_\_\_\_» числа месяца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **ежеквартально:**

* до «\_\_\_\_» числа месяца, следующего за отчетным кварталом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* до «\_\_\_\_» числа месяца, следующего за отчетным кварталом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* ежеквартально проводить внутреннюю самооценку качества предоставляемой медицинской помощи по Оценочной карте (приложение 3 – Оценочная карта для проведения оценки качества медицинских услуг);
* ежеквартально проводить анализ фактического исполнения плана пролеченных случаев по базовым диагностическим категориям согласно приложению 2;
* соблюдать права пациентов при оказании медико-санитарной помощи в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.
1. Права и обязанности Плательщика:

а) Плательщик имеет право:

- осуществлять контроль за целевым и рациональным использованием Поставщиком финансовых средств;

- рассматривать совместно с Поставщиком План распределения доходов и расходов по всем источникам средств и согласовывать вносимые в него изменения и дополнения;

- рассматривать совместно с Поставщиком выполнение ежеквартального приложения пролеченного случая по базовым диагностическим категориям (приложение 2);

- проводить оценку качества медицинских услуг по Оценочной карте 1 раз в 6 мес., Фонд ОМС проводить контр-верификацию 1 раз в год;

- проводить тематическую экспертизу качества мед.помощи по актуальным и приоритетным направлениям здравоохранения, экспертизу наличия, ведения медицинской документации при обращении (поступлении) лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения;

- проводить внеплановые проверки по обращениям и жалобам;

- осуществлять контроль достоверности представленных Поставщиком данных.

б) Плательщик обязан:

- при осуществлении своей деятельности руководствоваться законодательством Кыргызской Республики, а также ведомственными актами Фонда ОМС, регламентирующими деятельность Плательщика;

- ежемесячно проводить расчеты с Поставщиком по оплате медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором за счет средств бюджета Фонда ОМС;

- своевременно рассматривать предъявленные Поставщиком претензии;

- своевременно и в полном объеме обеспечивать Поставщика необходимыми нормативными правовыми актами Кыргызской Республики, а также ведомственными актами, регламентирующими деятельность поставщиков в системе Единого плательщика;

- оказывать содействие Постаывщикам по вопросам планирования и оптимизации деятельности и эффективного управления имеющимися ресурсами;

- принимать соответствующие меры при нарушении Поставщиком сроков и объемов выплаты заработной платы и отчислений в Социальный фонд Кыргызской Республики, а также при допущении кредиторской задолженности, сверх объемов средств, зарабатываемых Поставщиком.

**V. Ответственность сторон**

1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Поставщиком обязательств, установленных настоящим Договором, нецелевого использования средств Фонда ОМС и сооплаты Плательщик вносит на рассмотрение Фонда ОМС и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики предложения о принятии мер к Поставщику.
2. Руководитель организации здравоохранения несет персональную ответственность за эффективное и рациональное использование средств бюджета Фонда ОМС, а также за своевременность и достоверность предоставления отчетов. В случае неисполнения Плательщиком обязательств, установленных настоящим Договором, Поставщик вносит на рассмотрение Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда ОМС предложения о принятии мер к Плательщику.
3. Плательщик освобождается от ответственности за неисполнение обязательств по финансированию Поставщика в случае форс-мажорных обстоятельств.

**VI. Порядок разрешения споров**

1. Разногласия по настоящему Договору, возникающие между сторонами, разрешаются Фондом ОМС.
2. В случае невозможности достижения согласия сторонами, споры подлежат рассмотрению в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

**VII. Прочие условия**

1. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть изложены в письменной форме.
2. Уведомления об изменении адресов и реквизитов сторон направляются в течение 10 дней.
3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Плательщика, второй – у Поставщика.
4. К настоящему Договору прилагаются нижеуказанные приложения, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора:
* копия свидетельства о регистрации юридического лица;
* приложение 1 «Виды и условия предоставления стационарной медицинской помощи»;
* приложение 2 «Ежеквартальный план количества пролеченных случаев в общепрофильных отделениях стационара по базовым диагностическим категориям»;
* приложение 3 «Алгоритм работы базы данных «Пролеченный случай»;
* приложение 4 «Оценочная карта для проведения оценки качества медицинских услуг»;
* приложение 5 «Перечень структурных подразделений Поставщика, в том числе коек, штатной численности в разрезе отделений» (в бумажном варианте с подписью директора, печатью ОЗ и в электронном варианте Excel таблице).

**VIII. Изменение и прекращение действия Договора**

1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон.
2. Настоящий Договор вступает в силу с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.
3. Срок действия настоящего Договора до даты перезаключения.
4. Действие настоящего Договора может быть досрочно прекращено в случаях:

- ликвидации, либо реорганизации одной из сторон;

- по соглашению сторон;

- ненадлежащего исполнения сторонами договорных обязательств.

**IX. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Плательщик** |  **Поставщик** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Р/сч: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Подписи сторон:** |  **Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Р/сч: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_**  **БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **М.П.** |  **М.П.** |

**Приложение 10**

**Приложение 1** к типовому договору с **общепрофильными стационарами** в соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной помощью, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 г. №790

 *(в редакции постановлений Правительства КР* *30 декабря 2019 года № 724**)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды медико-санитарной помощи | Условия предоставления медико-санитарной помощи | Объем медико-санитарной помощи |
| - экстренная медицинская помощь в амбулаторных условиях;- экстренная консультативная медицинская помощь (санитарная авиация) - для стационаров третичного уровня- специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях;- стационарная помощь;- лекарственное и вакцинное обеспечение;- иммунопрофилактика. | - необходимо наличие направления на госпитализацию в стационар, выписываемого специалистами ЦСМ, ЦОВП, ГСВ, ведомственной медицинской службы, военно-врачебной комиссии, консультативно-диагностических отделений стационара;- для получения бесплатной и льготной медико-санитарной помощи необходимо наличие документа, удостоверяющего право на льготы (паспорт, свидетельство о рождении для детей в возрасте до 16 лет, справка о рождении ребенка до получения свидетельства о рождении, пенсионное удостоверение, полис обязательного медицинского страхования).При наличии у пациента необходимых анализов из ЦСМ, ЦОВП, ГСВ и направления на стационарное лечение пациент госпитализируется без дублирующего обследования в консультативно-диагностических отделениях стационаров.Плановая стационарная помощь при наличии направления на госпитализацию предоставляется: - бесплатно гражданам, имеющим право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по социальному статусу и по клиническим показаниям основного заболевания;- с условием внесения сооплаты минимального уровня следующим гражданам:пенсионерам в возрасте до 70 лет; лицам, награжденным медалью "Ветеран труда"; лицам, получающим социальные пособия;- с условием внесения сооплаты среднего уровня следующим гражданам: гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе имеющим Полис ОМС, самостоятельно уплачивающим взносы на обязательное медицинское страхование; гражданам, имеющим право на льготы по социальному статусу, поступающим на плановое стационарное лечение третий и более раз в год;- с условием внесения сооплаты максимального уровня остальным гражданам.При стационарном лечении не допускается взимание дополнительной оплаты за проведение необходимых консультаций, лабораторных и диагностических исследований (за исключением дорогостоящих исследований и манипуляций).Госпитализация пациентов, имеющих направление на госпитализацию и прошедших предварительное обследование на догоспитальном этапе, осуществляется без дополнительного обследования в консультативно-диагностическом отделении стационаров.Освобождаются от внесения сооплаты по решению лечебно-контрольной комиссии организации здравоохранения, создаваемой внутренним приказом руководителя данной организации здравоохранения:граждане, относящиеся к категории малообеспеченных, имеющие доход ниже гарантированного минимального дохода, лица без определенного места жительства, лица, поступившие без документов, военнослужащие срочной службы при предоставлении справки, выданной органами социальной защиты или айыл окмоту, командиром воинской части, Больничный список лекарственных средств и изделий медицинского назначения утверждается руководителем организации здравоохранения по согласованию с ТУ Фонда ОМС. Больничный список лекарственных средств и изделий медицинского назначения составляется на основе ПЖВЛС и утверждается руководителем организации здравоохранения по согласованию с ТУ Фонда ОМС. В больничный список дополнительно могут быть включены лекарственные средства, до 20 процентов от числа генерических лекарственных средств, входящих в Перечень жизненно важных лекарственных средств.Закупка лекарственных средств в организациях здравоохранения производится в соответствии с законодательством Кыргызской Республики в области государственных закупок, с учетом потребностей организаций здравоохранения. При этом закупка лекарственных средств по дополнительному списку не должна превышать десяти процентов от общего годового объема средств и перечня жизненно важных лекарств, направленных на закупку лекарственных средств. Организации здравоохранения обеспечивают наглядную информацию о наличии лекарственных средств и изделий медицинского назначения в доступном для пациента месте. В случае, если фактические расходы на лекарственное обеспечение пациента превышают трехкратную среднюю стоимость лечения, утвержденную в установленном порядке Фондом ОМС, лечебно-контрольная комиссия стационара может принять решение об оплате дополнительных расходов на лекарственные средства для дальнейшего лечения за счет средств пациента, независимо от наличия у него прав на льготы. | ***I. Экстренная медицинская помощь*** оказывается всем гражданам бесплатно до выведения из состояния, угрожающего жизни и здоровью пациента, включая обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями.***II. Экстренная консультативная медицинская помощь*** оказывается круглосуточно и предоставляется безотлагательно всем гражданам, находящимся на лечении в организациях здравоохранения. Экстренная консультативная медицинская помощь включает в себя очные и заочные консультации, а также оказание практической помощи в организациях здравоохранения независимо от формы собственности - для третичного уровня***III. В амбулаторно-диагностических и консультативно-диагностических отделениях стационаров лабораторно-диагностические исследования,*** помимо базовых лабораторных и диагностических исследований, проводятся при наличии направления:- бесплатно гражданам, имеющим право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по социальному статусу и по клиническим показаниям основного заболевания;- в размере 50 процентов от стоимости медицинской услуги по Прейскуранту цен гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;- остальным гражданам - по Прейскуранту цен на медицинские услуги.***IV. Плановая стационарная помощь только при наличии направления на госпитализацию предоставляется:***- бесплатно гражданам, имеющим право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по социальному статусу, но не более двух плановых госпитализаций в год (за исключением детей в возрасте до 6 лет) и по клиническим показаниям основного заболевания.***V. Оказание антирабической помощи*** пациенту по эпидемиологическим показаниям при опасности заражения бешенством в стационаре осуществляется бесплатно.***VI. Иммунопрофилактика/вакцинация*** (для родильных домом/отделений) в рамках Национального календаря профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям, утверждаемого МЗКР проводится бесплатно всем гражданам.***VII. Паллиативная помощь оказывается*** инкурабельным больным в терминальной стадии заболевания в следующем объеме: интенсивная симптоматическая терапия, психосоциальная помощь, длительный посторонний уход.***VIII. Лекарственное обеспечение граждан***  в рамках больничного списка лекарственных средств и изделий медицинского назначения, составляемого на основе Перечня жизненно важных лекарственных средств. |

Приложение 5

**Сведения о количестве и наименованиях отделений, коек, штатной численности в 2020 году**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование отделений ОЗ**  | **Кол-во коек**  | **Кол-во штатной численности врачей** | **Кол-во штатной численности мед.сестер** |
| **Всего ставок** | **Занято ставок** | **Физ.лица** | **Всего ставок** | **Занято ставок** | **Физ.лица** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Итого по стационару** |  |  |  |  |  |  |  |

 **Подпись директора ОЗ печать**