

Кыргыз Республикасынын
Өкмөтүнүн
2012-жылдын 12-январындагы
N 28 [ТОКТОМУ](#) менен
бекитилген

**Мамлекеттик кепилдиктер программасы жана Милдеттүү
медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы
боюнча амбулатордук деңгээлде калкты жеңилдетилген
дары-дармек менен камсыздоо жөнүндө
ЖОБО**

(КР Өкмөтүнүн [2017-жылдын 3-мартындагы № 136](#) токтомунун
редакциясына ылайык)

1. Жалпы жоболор

1. Мамлекеттик кепилдиктер программасы жана Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы боюнча амбулатордук деңгээлде калкты жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо жөнүндө жобо "Кыргыз Республикасында жарандарды медициналык камсыздандыруу жөнүндө" Кыргыз Республикасынын [Мыйзамына](#), ошондой эле Кыргыз Республикасынын Өкмөтү бекиткен Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардам менен камсыздоо боюнча мамлекеттик кепилдиктер программасына ылайык иштелип чыккан, Кыргыз Республикасынын жарандарын амбулатордук деңгээлде жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо тартибин аныктайт.

2. Мамлекеттик кепилдиктер Программасы боюнча жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо Кыргыз Республикасынын Өкмөтү бекиткен Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардам камсыздоо боюнча мамлекеттик кепилдиктер программасында аныкталган жеңилдетилген категориядагы оорулууларды дары-дармек менен камсыздоого багытталган.

Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы боюнча жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо калктын камсыздандырылган категориясын жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоого багытталган.

3. Мамлекеттик кепилдиктер программасы жана Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы боюнча (мындан ары - жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программалары) жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо төмөнкү принциптерге негизделген:

- 1) дары каражаттарын рецепт менен кое берүү;
- 2) рецепт боюнча бейтаптын дарыкана мекемелеринен алган дары каражатынын наркынын жарымын төлөөсү;
- 3) Кошумча программаны каржылоо милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан белгилеген өлчөмдө баштапкы деңгээлдеги саламаттыкты сактоо уюмдарын киши башына каржылоо ченеминин негизинде ишке ашырылат;
- 4) жеңилдетилген категориядагы оорулууларды каржылоо мамлекеттик бюджеттин каражаттарынан жылына 1 оорулууга дары каражаттарынын бекитилген ченемине карата жүргүзүлөт.

4. Бул документ менен амбулатордук деңгээлде жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоочу субъекттердин ортосундагы өз ара карым-катнаш жөнгө салынат.

5. Амбулатордук деңгээлде жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларын ишке ашыруунун субъекттери болуп төмөнкүлөр эсептелет:

1) милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган;

2) милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу орган менен келишим түзүшүнө жараша рецепт берүүнү иш жүзүнө ашыруучу үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору, анын ичинде облустук үй-бүлөлүк медициналык борборлору, жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборлору, Бишкек, Ош шаарларынын фельдшердик-акушердик пункттары жана психикалык ден-соолук борборлору (мындан ары - саламаттыкты сактоо уюмдары);

3) менчиктин түрүнө жана кайсы ведомствого таандык экендигине карабастан милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган менен фармацевтикалык тейлөө боюнча келишим түзүшкөн дарыкана мекемелери (мындан ары - дарыкана);

4) Кыргыз Республикасынын камсыздандырылган жарандары;

5) Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардам менен камсыздоо боюнча мамлекеттик кепилдиктер программасы тарабынан бекитилген оорулар менен ооруган учурда жеңилдетилген дары-дармек камсыздалууга укугу бар Кыргыз Республикасынын жарандары.

Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программасын ишке ашырууга катышкан субъекттердин эриш-аркак иши келишим менен жөнгө салынат.

6. Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардам менен камсыздоо боюнча мамлекеттик кепилдиктер программасы тарабынан бекитилген оорусу боюнча саламаттыкты сактоо уюмдарында диспансердик каттоодо турган Кыргыз Республикасынын жарандары Мамлекеттик кепилдиктер программасы боюнча жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздалууга укуктуу.

7. Кыргыз Республикасынын Социалдык фондунун Базасында турган жана саламаттыкты сактоо уюмдарында катталган калктын камсыздандырылган категориясы Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы боюнча жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздалууга укуктуу.

8. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо дарыкана тармагы аркылуу рецепт боюнча кое берүү жолу менен ишке ашырылат.

9. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларынын алкагында сатылган дары каражаттарынын, жазып берилген рецепттердин эсебин алуу атайын иштелип чыккан маалымат-техникалык камсыздоо программасында жүргүзүлөт. Программалык камсыздоо саламаттыкты сактоо уюмдарында жана дарыканаларда коюлат, милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан колдоого алынат.

2. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларын каржылоо

10. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларынын бюджетти республикалык бюджеттин жана милдеттүү медициналык камсыздандыруу каражаттарынан түзүлөт.

(КР Өкмөтүнүн [2017-жылдын 3-мартындагы № 136](#) токтомунун редакциясына ылайык)

11. Каржылоо милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган аркылуу ишке ашырылат.

12. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларын жүзөгө ашырууга пландаштырылган жана отчеттук жыл ичинде колдонулбаган республикалык бюджетти каражаттары кийинки отчеттук жылга өтпөйт.

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу каражаттары Кыргыз Республикасынын Өкмөтү бекиткен Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун каражаттары жөнүндө жобого ылайык кийинки жылга өтөт.

(КР Өкмөтүнүн [2017-жылдын 3-мартындагы № 136](#) токтомунун редакциясына ылайык)

13. Отчеттук жылдын жыйынтыгы боюнча жүргүзүлгөн талдоонун негизинде, милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программаларында каралган, үнөмдөлгөн каражатты облустар жана/же райондор арасында кайра бөлүштүрүүгө укуктуу.

3. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программалары боюнча төлөнгөн дары каражаттары. Төлөнгөн баанын эсеби

14. Дары каражаттары жана медициналык багыттагы буюмдар менен (мындан ары - дары каражаттары) камсыздоо Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы жана Амбулатордук деңгээлде мамлекеттик кепилдиктер программасы боюнча төлөнүүчү дары каражаттарынын маалымдамасында (мындан ары - ДК маалымдамасы) келтирилген дары каражаттарынын тизмесине ылайык ишке ашырылат. ДК маалымдамасы милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу орган тарабынан түзүлөт жана бекитилет.

15. ДК маалымдамасын түзүү үчүн дары каражаттарын тандап алуу төмөнкүлөрдүн негизинде жүргүзүлөт:

1) дары каражаттарын колдонуудагы далилдүүлүккө негизделген саламаттыкты сактоо уюмдарынын жетектөөчү жана тажрыйбадан өткөн адистеринин сунуштары;

2) артыкчылыкка ээ болгон, анын ичинде мониторинг жүргүзүлүүчү ооруларды аныктоо боюнча Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин стратегиясы;

3) Кыргыз Республикасынын Өкмөтү тарабынан бекитилген Кыргыз Республикасынын жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын, вакциналардын жана медициналык багыттагы буюмдардын тизмесинин негизинде түзүлөт;

4) дары каражаттарынын дарылоонун стандарттык схемасында болушу;

5) Кыргыз Республикасында каттоодон өткөн дары каражаттары;

6) баа фактору;

7) соодалык/генерикалык дары каражаттарынын ата-мекендик рынокто болуусу.

Жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмесине кирбеген жана амбулатордук деңгээлде патогенетикалык жана этиотроптук терапияда кеңири колдонулуучу генерикалык аталыштагы дары каражаттары бул тизмедеги дары каражаттарынын жалпы санынын 10% чейин ДК маалымдамасына кошумча киргизилиши мүмкүн.

16. Базистик баанын негизинде төлөмдүн баасы жана түзөтүүчү коэффициенттер Дары каражаттарынын базистик баасын эсептөөнүн методикасына ылайык эсептелет, ал методиканы Кыргыз Республикасынын Өкмөтү бекитет.

17. Эсептелген төлөө баасынын негизинде ДК маалымдамасы түзүлөт анда төмөнкүлөр жазылат:

1) эл аралык патенттелбеген аталыштагы (ЭПА) же генерикалык аталыштагы дары каражаттары;

2) дарылар формасы дозировкасы менен;

3) дары каражаттарынын коду;

4) дары каражаттарынын 1 бирдиги үчүн улуттук валютада төлөө баасы. Ошол эле учурда регионалдык коэффициенттин маанисине жараша төлөө баасы топтор боюнча топтолушу мүмкүн;

5) айрым категориядагы оорулуулар үчүн дары каражаттарынын айрым топторун максаттуу белгилөө.

4. Рецептуралык бланк

18. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программалары боюнча дары каражаттарын берүү дарыгердин рецепти боюнча катуу талаптын негизинде жүргүзүлөт. Рецептуралык бланктар формасы ММК - N 109 жана МКП N 109 отчеттуулугуна катуу талап

коюлган, өзүн-өзү көчүрмөлөөчү 3 нускадан турган, сериясы жана 6 белгидеги номери бар документтер болуп эсептелет (ушул Жобонун [1](#) жана [2](#)-тиркемеси). Региондор боюнча рецепттердин сериясы милдетүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан белгиленет.

19. Саламаттыкты сактоо уюмдарынын жетекчилеринин буйругу менен рецептуралык бланктарды сактоо, берүү жана эсепке алуу үчүн атайын жоопкерчиликтүү адам дайындалат.

20. Рецептуралык бланктар, башкы бухгалтер жана жетекчинин колу бар, саламаттык сактоо уюмдарынын тегерек мөөрү басылган жана боолонгон, номерленген Рецептуралык бланктарды эсепке алуу журналында өзүнчө барактарда эске алынат.

21. Рецептуралык бланктар баштапкы деңгээлдеги медицина мекемелерин киши башына каржылоо ченеми боюнча саламаттыкты сактоо уюмдарын каржылоого каралган каражаттардын эсебинен милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан борборлоштурган тартипте тиражга чыгарылат.

22. Рецептуралык бланктарды тиражга чыгарууга сарпталган чыгымдар жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо каражаттарынын көлөмүнө кирбейт.

23. Саламаттыкты сактоо уюмдарынын дарыгерлери милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган аркылуу рецептуралык бланктар менен камсыздалат.

24. Рецепттерди бөлүштүрүүдө жоопкерчиликтүү адамдар катталган калктын санын жетекчиликке алууга тийиш жана рецептуралык бланктардын текши эмес бөлүштүрүлүшүнө жол бербеш керек.

5. Рецепттерди жазуу эрежелери

25. Дары каражаттарына МКП - N 109 (мындан ары - МКП рецепти) рецептинин формасы үй-бүлөлүк дарыгерлер жана саламаттыкты сактоо уюмдарынын адистери тарабынан Мамлекеттик кепилдиктер программасында көрсөтүлгөн айрым оорулар менен ооруганда, жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздалууга укугу бар жарандарга жазып берилет.

26. ММК - N 109 (мындан ары - ММК рецепти) рецептинин формасы саламаттыкты сактоо уюмдарынын үй-бүлөлүк дарыгерлери тарабынан камсыздандырылган жарандарга гана, алардын камсыздандыруу статусу текшерилгенден кийин жазып берилет.

29. МКП жана ММК рецепттери бланкта каралган бардык графаларды милдеттүү түрдө ачык-айкын толтуруу менен берилет. Рецептте оңдоолорго, сүртүүгө жол берилбейт.

Рецепти жазууда ушул Жобону, ошондой эле Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 2011-жылдын 5-январындагы N 2 "Кыргыз Республикасында дары-дармек каражаттарына рецепт жазуу жана аларды берүү тартибин бекитүү жөнүндө" [ТОКТОМУ](#) менен бекитилген Рецепт жазуу жана фармацевтикалык уюмдардан дары каражаттарын берүү тартибин жетекчиликке алуу керек.

28. Бир рецептте ДК маалымдамасынан бир дары каражатынын аталышы генерикалык аталышы менен латын тилинде, курстук дозасын көрсөтүү менен жазылат. Курстук доза - бул бир дарылоо курсуна керектүү болгон жана миллиграммга (мг) же миллион Бирдиктин Таасирине (млн. БТ) которулган сан.

Дары каражатын соода аталышы менен белгилөөгө көрсөтмө болгондо, бул жөнүндө амбулатордук оорулуунун медициналык картасында негизделген жазуу жүргүзүлөт.

29. Берилген рецептин биринчи нускасы штамп менен жана саламаттыкты сактоо уюмдарынын "Рецепттер үчүн" мөөрү менен күбөлөндүрүлөт, бардык үч нускасына дарыгердин колу коюлуп, анын жеке мөөрү менен күбөлөндүрүлөт.

30. Рецепттер одоно жазылып, дарыгер кемчиликтерди тапканда, медикаменттердин туура берилишине таасирин тийгизбеген учурда, саламаттыкты сактоо уюмунун операторуна берүү үчүн Берилген рецепттер боюнча каталарды оңдоо протоколу таризделет. Берилген рецепттер боюнча каталарды оңдоо протоколунун стандарттуу формасы ушул Жобонун 9-пунктунда көрсөтүлгөн программалык камсыздоодо берилет.

Жараксыз рецепттер аларды берген, жоопкерчиликтүү адамдарга кайтарылып берилет. Рецептуралык бланктарды эсепке алуу журналында тиешелүү белги коюлат. Жараксыз рецепттер акт түзүү менен комиссиялык түрдө жок кылынат. Комиссия саламаттыкты сактоо уюмунун жетекчисинин буйругу менен дайындалат. Актты сактоо мөөнөтү 6 жыл.

31. Наркотикалык дары каражаттары атайын рецептуралык бланктарда Рецепт жазуу жана фармацевтикалык уюмдардан дары каражаттарын берүү эрежесине ылайык атайын рецептуралык бланктарда жазып берилет.

Бул рецептке кошумча МКП рецеби берилет.

32. Берилген рецепттерди эсепке алуу жана аларды кийин компьютерде иштеп чыгуу үчүн саламаттыкты сактоо уюмдарында рецепттердин үчүнчү нускасы калтырылат. Рецепттин биринчи эки нускасы оорулуунун колуна берилет.

Рецепттин 3-нускасындагы маалыматтар отчеттук айдын аягына чейин саламаттыкты сактоо уюмдарында программалык камсыздоонун Маалымат базасына киргизилет.

Маалыматтарды компьютерде иштеп чыккандан кийин, үчүнчү нускасы саламаттыкты сактоо уюмдарынын бухгалтериясында сакталат. Рецепти сактоо мөөнөтү 3 жыл.

Рецептуралык бланктарды эсепке алуу жана сактоо үчүн жооптуу адам берилген рецепттерди контролдоо үчүн, компьютерде иштеп чыгууга берилген рецепттердин 3 нускасынын саны менен дарыгерлер тарабынан берилген рецепттердин санына ай сайын салыштыруу жүргүзөт.

33. Үчүнчү нускасы жоголгон учурда, оорулуунун амбулатордук картасын экспертизалагандан кийин, биринчи даанасынан саламаттыкты сактоо уюмдарынын жетекчилери тарабынан күбөлөндүрүлгөн рецепттин дубликаты калыбына келтирилет.

34. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программалары боюнча дары каражаттарын белгилөө учурунда амбулатордук оорулуунун медициналык картасына, колдонулган рецептуралык бланктардын номери, дары каражаттарын белгилөө жөнүндө маалыматтар көрсөтүлөт.

35. Дарыгерлер рецептти берүүдө төмөнкү принциптерди жетекчиликке алышы керек:

1) рецепттерди берүү ай, квартал, жылга пландаштырылган каражаттын көлөмүнүн чегинде жүргүзүлөт;

2) рецепттерди берүү жана дары каражаттарын белгилөө медициналык көрсөткүчтөрү боюнча гана жүргүзүлөт;

3) накта төлөө суммасы бир жылга 1 оорулууга Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун кошумча программасы боюнча киши башына колдонулуп жаткан ченемдин 100 эсе өлчөмүнөн жогору болбошу керек. Мониторинг жасалуучу оор даражадагы жана оор формадагы оорулар менен ооруган өнөкөт оорулуулар үчүн төлөнүүчү сумма киши башына колдонулуп жаткан ченем боюнча 200 эсе өлчөмдөн жогору болбошу керек;

4) Мамлекеттик кепилдиктер программасы боюнча жазылып берилген дары каражаттарынын саны Кыргыз Республикасынын жарандарын медициналык-санитардык жардам менен камсыздоо боюнча мамлекеттик кепилдиктер программасында 1 оорулууга бекитилген ченемдин чегинде болушу керек;

5) жазылып берилүүчү жаңы дары-дармектерди жазуу мурда жазылып берилген рецепттер боюнча дары-дармектердин санын эске алуу менен жүргүзүлүүгө тийиш;

6) мониторинг жүргүзүлүүчү оорулар менен ооругандар үчүн рецепт жазып берүү артыкчылыгы;

7) калктын камсыздандырылган категориясына рецепт берүү сөзсүз түрдө текшерилгенден кийин жана бейтаптын камсыздандырылган статусу такталгандан кийин ишке ашырылат.

36. Саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси, дарыгер дары каражаттарын белгилөөнүн негиздүүлүгүнө, рецепти жазуу эрежелерин бузгандыгы, оорулуулардын камсыздандырылбаган категориясына жана каттоодо турбаган калктын жеңилдик алууга укугу бар категориясына рецепт жазып бергендиги үчүн, ошондой эле программалык камсыздоонун маалымат базасына рецепттер боюнча маалыматты өз убагында киргизбегендиги үчүн жоопкерчилик тартышат.

6. Дарыканаларга коюлуучу талаптар

37. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо боюнча программаларды ишке ашырууга катышууну каалаган дарыканалар милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган менен келишим түзүшөт.

38. Дарыканалар менен келишим төмөнкү шарттарды сактаган учурда түзүлөт:

1) дары каражаттарын жана медициналык багыттагы буюмдарды өндүрүүгө, даярдоого жана сатууга лицензиянын болушу;

2) (КР Өкмөтүнүн 2017-жылдын 3-мартындагы № 136 [токтомуну](#) ылайык күчүн жоготту)

3) Кыргыз Республикасынын аймагында контролго алынган наркотикалык жана психотроптук дары каражаттары менен иштөөгө уруксаттын болушу. Бул талап наркотикалык жана психотроптук дары каражаттарын сатууга укугу бар дарыканалар үчүн белгиленген;

4) бюджетке жана Кыргыз Республикасынын Социалдык фондуна милдеттүү салык төлөмү боюнча карыздарынын жок болушу;

5) төмөнкү мүнөздөмөгө ээ болгон компьютердин болушу (ижарага алынышы мүмкүн):

- процессор - Pentium 166 Mhz жана андан жогору;

- ОЗУ-32 Mb жана андан жогору;

- HDDда 20 Mb бош жер;

- компьютер 16 bit түстө 800x600 кармап туруу керек;

- компьютерде Access 97 коюлган болушу керек;

6) азыркы иштеп жаткан фармацевтикалык тартипти сактоо;

7) ДК маалымдамасындагы дары каражаттарынын түрлөрүнүн бар болушу.

(КР Өкмөтүнүн [2017-жылдын 3-мартындагы № 136 токтомунун редакциясына ылайык](#))

39. Келишим түзүү үчүн дарыканалар арызга 38-пункттун 1), 2), 3) пунктчаларында саналган документтердин көчүрмөсүн тиркеп, бюджетке жана милдеттүү салык төлөмдөрү боюнча карызынын жоктугун аныктаган маалымкат көрсөтүшү керек.

40. Келишим бир жылга түзүлөт. Тараптардын кандайдыр-бир билдирүүлөрү жок болгон учурда, бюджетке жана Кыргыз Республикасынын Социалдык фондусуна милдеттүү салык төлөмү боюнча карыздардын жоктугун тастыктоочу жаңыртылган маалымкатты көрсөтүү менен кийинки жылга узартылышы мүмкүн.

Милдеттүү медициналык камсыздоо тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан келишим түзүүдөн баш тартуу, дарыканалар арыз берген күндөн тартып 15 күндүн ичинде негизделиши жана жиберилиши керек.

7. Дары каражаттарын берүү эрежелери

41. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программалары боюнча дары каражаттарын берүүнү калкты дары-дармек менен камсыз кылуу боюнча типтүү келишим түзүшкөн дарыканалар жүргүзөт.

42. Дары каражаттарын берүү кайсыл аймакка таандык экендигине ылайык үй-бүлөлүк дарыгерлер жана саламаттыкты сактоо уюмдарынын адистери тарабынан жазып берилген ММК жана МКП рецепттери боюнча жүргүзүлөт.

Башка облустун рецепттери боюнча дары каражаттарын берүү милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы тиешелүү ыйгарым укуктуу орган менен дарыкананын келишими болгондо гана мүмкүн болот.

43. Дарыкананын фармацевти дары каражаттарын берүүдө Дарыкана мекемелеринен дары каражаттарын берүү эрежелерин жана ушул Жобону жетекчиликке алат.

44. Дары каражаттарын берүүдө фармацевт дарыгер толтурган рецепттин реквизиттерин текшерет жана фармацевт толтура турган калган милдеттүү реквизиттерди толтурат.

45. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программалары боюнча ДК маалымдамасында келтирилген гана дары каражаттары кое берилет.

46. Эгерде дарыгер дары каражаттарынын генерикалык аталышын жазып берсе жана алардын генерикалык коду көрсөтүлсө, фармацевт дарыканадагы болгон генерикалык алмаштырууга боло турган варианттары жөнүндө бааларын көрсөтүп маалымат берүүгө милдеттүү. Мындай учурда бейтаптын каалоосун эске алып, генерикалык аталышынын кодунун чегинде ар кыл дары каражаттары кое берилиши мүмкүн.

47. Эгерде дары каражаттарынын соодалык аталышы жазып берилсе, ошол жазып берилген дары каражаттары гана кое берилет жана генерикалык алмаштырууга тыюу салынат.

48. Рецептте көрсөтүлгөн дары каражатынын курстук дозасын эске алып жана дарыканада болгон дары каражаттарына жараша фармацевт дары каражатын берүү үчүн дары каражатынын бирдигинин санын жана бейтап төлөй турган сумманы эсептейт.

Бейтап төлөй турган сумма - бул дарыканадагы дары каражатынын чекене баасы менен ДК Маалымдамасында келтирилген кайтарып берүү суммасынын ортосундагы айырмачылык.

49. Дары каражатын бергенде фармацевт рецептте дары каражаттарынын аталышын, дозаны, берилген бирдиктер санын, дары каражатынын чекене баасын, кайтарып бериле турган сумманы жана бейтап төлөгөн сумманы көрсөтөт. Дары каражаттарын бергенде жана рецепттин милдеттүү жерлерин толтурганда, фармацевт бейтаптан рецептке кол коюшун талап кылат.

Кайтарып берүү суммасы чекене наркынан ашып кетсе да, рецептте дары каражатынын накта наркы көрсөтүлөт.

Дары каражатынын коюлган наркы витринада коюлган препараттын бааларына шайкеш келиши керек. Рецептте жана витринада коюлган баада дары каражатынын наркы ар кандай болгону аныкталса, дарыкананын жетекчиси келишимде белгиленген тартипте жоопкерчилик тартат.

50. Рецепттин биринчи наркынын тышкы жагында дары каражаты кое берилген дарыкананын номери, аталышы, ошондой эле бейтаптын айтуусу боюнча анын телефону көрсөтүлөт.

(КР Өкмөтүнүн [2017-жылдын 3-мартындагы № 136](#) токтомунун редакциясына ылайык)

51. ММК жана МКП рецептери боюнча бейтапка эмес, рецепт жазган медицина кызматкерлерине дары каражатын берүүгө тыюу салынат.

52. Дары каражаттары кое берилгенден кийин рецепттер дарыканада калат. Бейтапка дары менен кошо сигнатура берилиши мүмкүн, анда дары каражатынын аталышы жана дарыны кабыл алуу эрежелери көрсөтүлөт.

53. Рецепттин иштөө мөөнөтү жазып бергенден тартып 30 календардык күн, буга психотроптук жана наркотикалык дары каражаты кирбейт, булардын иштөө мөөнөтү Дарыкана мекемелеринен дары каражаттарды кое берүү эрежелери менен белгиленет.

54. Рецепттерди сактоо мөөнөтү - 3 жыл. Рецепттерди сактоо мөөнөтү аяктагандан кийин алар жетекчинин буйругу менен дайындалган атайын комиссия тарабынан жок кылынат жана жок кылуу акты түзүлөт. Жок кылуу актын сактоо мөөнөтү 6 жыл.

55. Дары каражаттарын бергенде рецепттердеги маалыматтар отчеттук ай аяктаганга чейин, бирок отчеттук жылдын аягынан кечиктирилбестен дарыканадагы программалык камсыздоонун маалымат базасына киргизилиши керек. Отчеттук жыл аяктагандан кийин киргизилген рецепттерге төлөнбөйт, буга отчеттук жылдын акыркы айында жазып берилген жана берилген рецепттер кирбейт, алар төлөнүүгө кийинки жылдын биринчи айында кабыл алынат.

8. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программалары боюнча берилген дары каражаттары үчүн дарыканаларга акчасын кайтарып берүү

56. Берилген дары каражаттары үчүн дарыканага каражаттарды накта кайтарып берүү ай сайын көрсөтүлгөн отчетторго жана жүргүзүлгөн өз ара эсептешүү актыларына ылайык жүргүзүлөт.

57. Рецепттин маалыматтарын иштеп чыгуу жана отчетторду чыгаруу ушул Жобонун 9-пунктунда көрсөтүлгөн программалык камсыздоодо жүргүзүлөт.

58. Дары каражаттарынын наркын кайтарып берүү ДК маалымдамасындагы дары каражатынын бирдигинин саны үчүн кайтарып берүү баасынын аныкталган өлчөмүнө ылайык, жазып берилген курстук дозага шайкеш жүргүзүлөт. Мында төлөп берилген сумма дары каражатынын чекене наркы менен бейтап төлөгөн сумманын айырмасынан ашпоого тийиш.

59. Курстук дозадан ашык берилген дары каражаттары кайтарылып берилбейт. Жазып берилген курстук дозадан азыраак берилген дары каражаттары кайтарып берүү баасы боюнча берилген бирдиктердин накта санына төлөнөт.

60. Төмөнкүдөй учурларда рецепттер төлөөгө алынбайт жана кайтарып берилбейт:

1) оңдоолор, сүртүүлөр болсо;

2) колдонуу мөөнөтү аяктаган болсо;

3) берилген дары-дармек дарыгер жазган дары каражатына шайкеш келбесе;

4) программалык камсыздоонун маалымат базасына отчеттук жыл аяктагандан кийин киргизилсе;

5) бейтаптардын камсыздандырылбаган категориясына жазып берилген болсо.

61. Мыйзам бузулуулар менен толтурулган рецепттер, анын ичинде рецепттерди пландуу жана максаттуу текшерүүнүн жүрүшүндө дары каражаты берилгенден кийин аныкталган дары каражаттарын берүүдөгү фальсификациялар дарыканага көрсөтүлөт. Мындай рецепттер боюнча кайтарым суммасы өз ара эсептешүү жолу менен алынат.

62. Рецепттер боюнча чыр-чатактуу жагдайлар жазуу жүзүндө түшкөн арыздардын негизинде милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан атайын түзүлгөн комиссия тарабынан каралат.

Комиссиянын негизги милдети болуп, сатылган дары каражаттары үчүн төлөмдөр менен байланышкан суроолорду тез арада чечүү болуп саналат. Мындан тышкары комиссия рецепттер боюнча төлөмдөр менен байланышкан чыр-чатактарды, доолорду карайт, ошондой эле сериялык номерлери кайталанган рецепттер пайда болгондо, рецепттерге ички ведомстволук сериялык номерлерди ыйгарат жана бул тууралуу дарыканаларга жана саламаттыкты сактоо уюмдарына билдирет.

63. Комиссия 3 адамдан кем эмес курамда түзүлөт. Комиссиянын чечими протокол менен таризделет.

Комиссиянын протоколу программалык камсыздоонун маалымат базасына өзгөртүү киргизүү үчүн жана кошумча түзүлгөн отчеттор боюнча сатылган дары каражаттарын төлөп берүү үчүн негиз болуп эсептелет. Отчетто рецепт комиссиянын чечими боюнча төлөнгөн деп чагылдырылат.

64. Комиссияда рецепттер төмөнкү учурларда каралбайт:

1) "ДК наркынын суммасы", "кайтарып берүү суммасы", "бейтап төлөгөн сумма", "ДК коду", "рецепт жазып берген күнү", "курстук доза" деген рецепттин реквизиттеринде оңдоолор болгондо;

2) рецепттин колдонуу мөөнөтү аяктаган болсо;

3) рецептте оңдоолор, сүртүүлөр болсо.

65. Рецепттерди карап чыгуу боюнча арыздар милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан отчеттор түзүлгөндөн кийин бир айдын ичинде кабыл алынат.

66. Рецепттер боюнча сатылган дары каражаттары үчүн кайтарып берүү суммасы ушул Жобонун 60-пунктунун 4), 5) пунктчаларында көрсөтүлгөн себептер боюнча төлөмдөргө кабыл алынбаса, комиссиянын чечими боюнча саламаттыкты сактоо уюмунун каражатынын эсебинен дарыканага кайтарып берилиши мүмкүн.

9. Отчеттуулук

67. Отчеттук мезгил аяктагандан кийин дарыканалар жана саламаттыкты сактоо уюмдары милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик органга программалык камсыздоодо түзүлгөн отчетторду көрсөтүшөт.

Отчет көрсөтүү мөөнөтү түзүлгөн келишимде көрсөтүлөт.

68. Саламаттыкты сактоо уюмдары тарабынан ай сайын көрсөтүлө турган отчеттор төмөнкүлөрдү камтыйт:

1) саламаттыкты сактоо уюмдарынын дарыгерлери жазып берген, кагазга басып чыгарылган жана электрондук форматтагы рецепттердин реестри. Реестрге уюмдун жетекчиси жана башкы бухгалтери кол коет;

2) жазып берилген рецепттер боюнча оңдолгон каталардын протоколун;

3) отчеттук мезгилдин аягына рецептуралык бланктардын калдыктары жөнүндө маалыматтарды.

69. Дарыкана тарабынан ай сайын көрсөтүлүүчү отчет: жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программалары боюнча дарыкана тарабынан берилген жана дарыкананын жетекчиси жана башкы бухгалтери кол койгон рецепттердин реестри. Отчет менен бирге рецепттердин биринчи нускалары жана отчеттун электрондук түрлөрү берилет.

70. Милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик органда рецепттер, отчеттор, отчеттордун электрондук түрлөрүнүн жыйындысы текшерилгенден кийин ай сайын жыйынтыктоочу отчеттор түзүлөт, алар саламаттыкты сактоо уюмдарын жана дарыканаларды каржылоо үчүн негиз болуп берет.

Иштелип чыккан отчеттук формалар программалык камсыздоого салынат жана милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган тарабынан бекитилет. Түзүлгөн жыйынтыктоочу отчеттор маалыматтарды иштеп чыккандан кийин электрондук форматта бардык киргизилген рецепттерге түшүндүрмө берүү менен, төлөмгө кабыл алынган жана төлөмгө кабыл алынбагандары себептери көрсөтүлүп, дарыканага жана саламаттыкты сактоо уюмдарына берилет.

10. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программаларын ишке ашырууну контролдоо

71. Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыз кылуу программаларын ишке ашырууну контролдоону милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик орган жүргүзөт.

72. Милдеттүү медициналык камсыздандыруу тармагындагы ыйгарым укуктуу мамлекеттик органдын адистери рецепт жазып берүүнүн негиздүүлүгү, рецепттер боюнча дары каражаттарын берүү жана рецепттерди тариздөө эрежелери, фармацевттик тартипти сактоо жана рецепттерди жазып берүү жана дары каражаттарын берүү тартибине байланыштуу башка суроолор боюнча саламаттыкты сактоо уюмдарын жана дарыканаларды дайыма контролго алууну камсыз кылат.

1-тиркеме

N ММК-109 формасындагы рецептуралык бланк

ММК Рецепти. АА N 000000 сериясы

Мекеменин аталышы (штамп)

Дарыгердин аты-жөнү _____ М.О. _____
Дарыгердин колу, мийрү

Утверждено
постановлением Правительства
Кыргызской Республики
от 12 января 2012 года N 28

ПОЛОЖЕНИЕ
о льготном лекарственном обеспечении населения на
амбулаторном уровне по Программе государственных
гарантий и Дополнительной программе обязательного
медицинского страхования

(В редакции постановления Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)

1. Общие положения

1. Положение о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования разработано в соответствии с Законом Кыргызской Республики "О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике" и Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, утверждаемой Правительством Кыргызской Республики, определяет порядок льготного лекарственного обеспечения граждан в Кыргызской Республике на амбулаторном уровне.

2. Льготное лекарственное обеспечение по Программе государственных гарантий направлено на лекарственное обеспечение льготной категории больных, предусмотренной Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, утверждаемой Правительством Кыргызской Республики.

Льготное лекарственное обеспечение по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования направлено на обеспечение застрахованной категории населения.

3. Льготное лекарственное обеспечение по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования (далее - программы льготного лекарственного обеспечения) основаны на следующих принципах:

- 1) рецептурный отпуск лекарственных средств;
- 2) частичная оплата пациентом стоимости приобретаемых лекарственных средств в аптечных учреждениях по рецептам;
- 3) финансирование Дополнительной программы обязательного медицинского страхования осуществляется на основе подушевого норматива финансирования организаций здравоохранения первичного уровня в размере, устанавливаемом уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования;
- 4) финансирование льготной категории больных осуществляется из средств государственного бюджета исходя из установленного норматива лекарственных средств на 1 больного в год.

4. Настоящим Положением регулируются взаимоотношения между субъектами льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне.

5. Субъектами реализации программ льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне являются:

- 1) уполномоченный государственный орган в области обязательного медицинского страхования;
- 2) группы семейных врачей, центры семейной медицины, в том числе и областные, центры общей врачебной практики, фельдшерско-акушерские пункты и центры психического здоровья в гг.

Бишкек, Ош (далее - организация здравоохранения), осуществляющие выписку рецептов по мере заключения договора с уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования;

3) аптечные учреждения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, заключившие договора на предоставление фармацевтических услуг (далее - аптеки) с уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования;

4) застрахованные граждане Кыргызской Республики;

5) граждане Кыргызской Республики, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение при заболеваниях, предусмотренных Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, утверждаемой Правительством Кыргызской Республики.

Взаимоотношения субъектов, участвующих в реализации программ льготного лекарственного обеспечения регулируются договорами.

6. Право на льготное лекарственное обеспечение по Программе государственных гарантий имеют граждане Кыргызской Республики, состоящие на диспансерном учете в организациях здравоохранения с заболеванием, регламентированным Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью.

7. Право на льготное лекарственное обеспечение по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования имеет застрахованная категория населения, состоящая в базе Социального фонда Кыргызской Республики и приписанная к организации здравоохранения.

8. Льготное лекарственное обеспечение осуществляется путем рецептурного отпуска через аптечную сеть.

9. Учет выписанных рецептов, реализованных лекарственных средств в рамках программ льготного лекарственного обеспечения, ведется с помощью специально разработанного информационно-технического программного обеспечения. Программное обеспечение устанавливается в организациях здравоохранения и аптеках, поддерживается уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

2. Финансирование программ льготного лекарственного обеспечения

10. Бюджет программ льготного лекарственного обеспечения формируется из средств республиканского бюджета и средств обязательного медицинского страхования.

(В редакции постановления Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)

11. Финансирование осуществляется через уполномоченный государственный орган в области обязательного медицинского страхования.

12. Средства республиканского бюджета, запланированные на реализацию программ льготного лекарственного обеспечения и не использованные в отчетном году, не переходят на следующий отчетный год.

Средства обязательного медицинского страхования переходят на следующий год в соответствии с Положением о средствах обязательного медицинского страхования, утверждаемым Правительством Кыргызской Республики.

(В редакции постановления Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)

13. По итогам отчетного года, на основании проведенного анализа уполномоченный государственный орган в области обязательного медицинского страхования вправе произвести перераспределение сэкономленных средств, предусмотренных на программы льготного лекарственного обеспечения между областями и/или районами.

3. Лекарственные средства, возмещаемые по программам льготного лекарственного обеспечения. Расчет цены возмещения

14. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (далее - лекарственные средства) осуществляется в соответствии с перечнем лекарственных средств, приводимых в Справочнике лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования и Программе государственных гарантий на амбулаторном уровне (далее - Справочник ЛС). Справочник ЛС разрабатывается и утверждается уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

15. Отбор лекарственных средств для формирования Справочника ЛС осуществляется на основе:

- 1) предложений ведущих и практикующих специалистов организаций здравоохранения, основанные на доказательности применения лекарственных средств;
- 2) стратегии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по определению приоритетных, в т.ч. мониторируемых заболеваний в стране;
- 3) Перечня жизненно-важных лекарственных средств, вакцин и изделий медицинского назначения Кыргызской Республики, утверждаемого Правительством Кыргызской Республики;
- 4) наличия лекарственных средств в стандартных схемах лечения;
- 5) зарегистрированности лекарственных средств в Кыргызской Республике;
- 6) ценового фактора;
- 7) наличия генерических/торговых лекарственных средств на отечественном рынке.

Дополнительно в Справочник ЛС могут быть включены до 10% генерических наименований лекарственных средств от общего количества лекарственных средств, широко применяемых для этиотропной и патогенетической терапии на амбулаторном уровне и не вошедших в Перечень жизненно-важных лекарственных средств.

16. Цена возмещения на основе базисных цен и поправочных коэффициентов рассчитывается в соответствии с Методикой расчета базисной цены лекарственных средств, утверждаемой Правительством Кыргызской Республики.

17. На основе рассчитанных цен возмещения формируется Справочник ЛС, где приводятся:

- 1) международное непатентованное наименование (МНН) или генерическое наименование лекарственных средств;
- 2) лекарственная форма с дозировками;
- 3) коды лекарственных средств;
- 4) цена возмещения за 1 единицу лекарственной формы в национальной валюте. При этом цена возмещения может быть сгруппирована по группам в зависимости от значения региональных коэффициентов;
- 5) целевое назначение отдельных групп лекарственных средств для отдельных категорий больных.

4. Рецептурный бланк

18. Отпуск лекарственных средств по Программам льготного лекарственного обеспечения производится строго по рецептам врача. Рецептурные бланки формы N 109-ОМС и N 109-ПГГ являются документами строгой отчетности, состоят из 3-х самокопирующихся экземпляров, имеют серию и 6-ти значный номер (приложения 1 и 2 к настоящему положению). Серия рецептов по регионам устанавливается уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

19. Приказом руководителя организации здравоохранения назначается лицо, ответственное за хранение, выдачу и учет рецептурных бланков.

20. Рецептурные бланки учитываются на отдельных страницах Журнала учета рецептурных бланков, который должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен круглой печатью организации здравоохранения и подписями руководителя и главного бухгалтера.

21. Рецептурные бланки тиражируются в централизованном порядке уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования из средств, предусмотренных на финансирование организации здравоохранения по подушевому нормативу финансирования медицинских учреждений первичного уровня.

22. Расходы на тиражирование рецептурных бланков в объем средств льготного лекарственного обеспечения не включаются.

23. Врачи организаций здравоохранения обеспечиваются рецептурными бланками через уполномоченный государственный орган в области обязательного медицинского страхования.

24. При распределении рецептов ответственным лицам необходимо руководствоваться численностью приписанного населения и не допускать неравномерного распределения рецептурных бланков.

5. Правила выписывания рецептов

25. Рецепты формы N 109-ПГГ (далее - рецепт ПГГ) на лекарственные средства выписываются семейными врачами и специалистами организаций здравоохранения гражданам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение при отдельных заболеваниях, указанных в Программе государственных гарантий.

26. Рецепты формы N 109-ОМС (далее - рецепт ОМС) выписываются семейными врачами организаций здравоохранения только застрахованным гражданам, после проверки их статуса на застрахованность.

27. Рецепты ОМС и ПГГ выписываются разборчиво с обязательным заполнением всех предусмотренных в бланке граф. Исправления, подтирки в рецепте не допускаются.

При выписке рецепта необходимо руководствоваться настоящим Положением, а также Правилами выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств из фармацевтических организаций, утвержденными постановлением Правительства Кыргызской Республики "Об утверждении порядка выписывания рецептов на лекарственные средства и об их отпуске в Кыргызской Республике" от 5 января 2011 года N 2.

28. В одном рецепте выписывается одно наименование лекарственного средства из Справочника ЛС под генерическим наименованием на латинском языке, с указанием курсовой дозы. Курсовая доза - это количество, необходимое на курс лечения и переведенное в миллиграммы (мг) или миллион Единиц Действия (млн. ЕД).

При наличии показаний к назначению лекарственного средства под торговым наименованием выписывается торговое наименование, о чем производится обоснованная запись в медицинской карте амбулаторного больного.

29. Первый экземпляр выписанного рецепта заверяется штампом "Для рецептов" и печатью организации здравоохранения, все три экземпляра подписываются врачом и заверяются его личной печатью.

30. В случае некорректно выписанных рецептов, врач при обнаружении дефектов, не влияющих на правильный отпуск медикамента, оформляет Протокол исправленных ошибок по выписанным рецептам для последующей передачи оператору организации здравоохранения. Стандартная форма Протокола исправленных ошибок по выписанным рецептам приводится в программном обеспечении, указанном в пункте 9 настоящего Положения.

Испорченные рецепты возвращаются ответственному лицу, выдававшему их. В журнале учета рецептурных бланков производится соответствующая отметка. Испорченные рецепты комиссионно уничтожаются с составлением акта. Комиссия назначается приказом руководителя организации здравоохранения. Срок хранения акта - 6 лет.

31. Наркотические лекарственные средства выписываются на специальных рецептурных бланках в соответствии с Правилами выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств из фармацевтических организаций.

Дополнительно к этому рецепту выписывается рецепт ПГГ.

32. Для учета выписанных рецептов и последующей их компьютерной обработки в организациях здравоохранения остаются третьи экземпляры рецептов. Первые два экземпляра рецепта выдаются на руки больному.

Данные с 3-го экземпляра рецепта до окончания отчетного месяца в организациях здравоохранения вводятся в базу данных программного обеспечения.

После компьютерной обработки данных, третьи экземпляры рецептов хранятся в бухгалтерии организации. Срок хранения рецепта - 3 года.

Для контроля выписанных рецептов ответственное лицо за учет и хранение рецептурных бланков производит ежемесячную сверку количества выданных врачам рецептов с количеством переданных 3-х экземпляров рецептов для компьютерной обработки.

33. В случае утери третьего экземпляра рецепта восстанавливается дубликат, который заверяется руководителем организации здравоохранения, с первого экземпляра после экспертизы амбулаторной карты больного.

34. В медицинской карте амбулаторного больного при назначении лекарственных средств по программам льготного лекарственного обеспечения указываются сведения о назначении, номера использованных рецептурных бланков.

35. Врач при выписке рецепта должен руководствоваться следующими принципами:

1) выписка рецептов должна производиться в пределах запланированного объема средств на год, квартал, месяц;

2) назначение лекарственных средств и выписка рецептов должны осуществляться строго по медицинским показаниям;

3) фактическая сумма возмещения на 1 больного в год по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования не должна превышать 100-кратный размер действующего подушевого норматива. Для хронических больных с мониторируемыми заболеваниями тяжелой степени и сложными формами сумма возмещения не должна превышать 200-кратный размер подушевого норматива;

4) количество выписываемых лекарственных средств по Программе государственных гарантий должно быть в пределах установленного норматива на 1 больного по Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью;

5) выписка новых медикаментов должна осуществляться с учетом их количества по ранее выписанным рецептам;

6) преимущественная выписка рецептов для больных с мониторируемыми заболеваниями;

7) выписка рецептов застрахованной категории населения должна производиться после обязательной проверки и подтверждения статуса застрахованности пациента.

36. Руководитель организации здравоохранения, врач несут ответственность за обоснованность назначения лекарственного средства, нарушение правил выписки рецептов, выписку рецептов незастрахованной категории больных и льготной категории пациентов, не состоящих на учете, а также за несвоевременный ввод данных рецепта в базу данных программного обеспечения.

6. Требования, предъявляемые к аптекам

37. Аптеки, желающие участвовать в реализации программ льготного лекарственного обеспечения, заключают договора с уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

38. Договора с аптеками заключаются при соблюдении ими следующих условий:

1) наличие лицензии на производство, изготовление и реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

2) *(утратил силу в соответствии с постановлением Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)*

3) наличие разрешения на работу с наркотическими и психотропными лекарственными средствами, подлежащими контролю на территории Кыргызской Республики. Данное требование устанавливается для аптек с правом реализации наркотических и психотропных лекарственных средств;

4) отсутствие задолженности по обязательным налоговым платежам в бюджет и Социальный фонд Кыргызской Республики;

5) наличие компьютера (возможно арендуемого), имеющего следующие характеристики:

- процессор - Pentium 166 Mhz и выше;

- ОЗУ - 32 Mb и выше;

- 20 Mb свободного места на HDD;

- компьютер должен поддерживать разрешения 800x600 при 16-bit цвете;

- на компьютере должен быть установлен Access 97;

6) соблюдение действующего фармацевтического порядка;

7) соблюдение ассортимента лекарственных средств из Справочника ЛС.

(В редакции постановления Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)

39. Для заключения договора аптека должна представить заявление с приложением копии документов, перечисленных в подпунктах 1), 2), 3) пункта 38, и справок, подтверждающих отсутствие задолженности по обязательным налоговым платежам в бюджет и Социальный фонд Кыргызской Республики.

40. Договор заключается на один год. В случае отсутствия каких-либо заявлений сторон, договор может быть продлен на следующий год с предоставлением обновленных справок, подтверждающих отсутствие задолженности по обязательным налоговым платежам в бюджет и Социальный фонд Кыргызской Республики.

Отказ от заключения договора уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования с аптекой должен быть обоснован и направлен в аптеку в течение 15 дней со дня подачи заявления.

7. Правила отпуска лекарственных средств

41. Отпуском лекарственных средств по программам льготного лекарственного обеспечения занимаются аптеки, заключившие типовой договор о лекарственном обеспечении населения.

42. Отпуск лекарственных средств осуществляется по рецептам ОМС и ПГГ, выписанным семейными врачами и специалистами организации здравоохранения согласно территориальной принадлежности.

Отпуск по рецептам в другой области республики возможен при наличии договора аптеки с уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

43. Фармацевт аптеки при отпуске лекарственного средства руководствуется Правилами отпуска лекарственных средств из фармацевтических организаций и настоящим Положением.

44. При отпуске медикамента фармацевт проверяет реквизиты рецепта, заполненные врачом, и заполняет обязательные реквизиты, оставшиеся для заполнения фармацевтом.

45. По программам льготного лекарственного обеспечения отпускаются только лекарственные средства, приведенные в Справочнике ЛС.

46. Если врачом прописано генерическое наименование лекарства и указан код генерического наименования, фармацевт обязан проинформировать пациента обо всех имеющихся в аптеке вариантах генерической замены лекарственных средств с указанием ценовых

параметров. В этом случае может быть отпущено любое лекарство в пределах кода генерического наименования с учетом пожелания пациента.

47. Если прописано торговое наименование лекарства, отпускается прописанное лекарственное средство; производить генерическую замену запрещается.

48. Исходя из указанной в рецепте курсовой дозы лекарственного средства и имеющихся в аптеке лекарств, фармацевтом рассчитывается количество единиц лекарственной формы для отпуска и сумма, подлежащая оплате пациентом.

Сумма, подлежащая оплате пациентом, это разница между розничной ценой лекарственного средства в аптеке и суммой возмещения, приведенной в Справочнике ЛС.

49. При отпуске медикамента фармацевтом в рецепте указывается его наименование, доза, количество отпущенных единиц, розничная стоимость, сумма, подлежащая возмещению, и сумма, оплаченная пациентом. По мере отпуска препарата и заполнения обязательных полей рецепта фармацевт требует подпись пациента в рецепте.

Стоимость лекарственного средства в рецепте указывается фактическая, даже если сумма возмещения превышает розничную стоимость.

Проставляемая стоимость лекарственного средства должна соответствовать ценнику препарата, выставленному на витрине. При установленном расхождении между стоимостью на ценнике и в рецепте руководитель аптеки несет ответственность, определенную договором.

50. На оборотной стороне первого экземпляра рецепта указывается наименование, номер аптеки, а также, со слов пациента, его телефон.

(В редакции постановления Правительства КР от 3 марта 2017 года № 136)

51. Запрещается отпуск лекарственных средств по рецептам ОМС и ПГГ медицинским работникам, выписавшим рецепт, минуя пациента.

52. После отпуска препарата рецепты остаются в аптеке. Пациенту вместе с лекарством может быть выдана сигнатура, где указаны наименование и правила приема лекарственного средства.

53. Срок действия рецепта - 30 календарных дней со дня выписки, за исключением психотропных и наркотических лекарственных средств, срок действия которых устанавливается Правилами отпуска лекарственных средств из фармацевтических организаций.

54. Срок хранения рецептов - 3 года. По истечении срока хранения рецепты уничтожаются специальной комиссией, назначаемой приказом руководителя организации здравоохранения с составлением акта уничтожения. Срок хранения акта уничтожения - 6 лет.

55. По мере отпуска лекарств, данные рецептов до окончания отчетного месяца должны быть в аптеке введены в базу данных программного обеспечения, но не позднее окончания отчетного года. Рецепты, введенные по окончании отчетного года, оплате не подлежат, за исключением рецептов, выписанных и отпущенных в последнем месяце отчетного года, принимаемые к оплате в следующем месяце следующего года.

8. Возмещение аптекам за отпущенные лекарственные средства по программам льготного лекарственного обеспечения

56. Фактическое возмещение средств аптеке за отпущенные медикаменты производится ежемесячно согласно предоставляемым отчетам и актам произведенных взаиморасчетов.

57. Обработка данных рецепта и вывод отчетов производится при помощи программного обеспечения, указанного в пункте 9 настоящего Положения.

58. Возмещение стоимости лекарственного средства производится в размере установленной цены возмещения согласно Справочнику ЛС за количество единиц лекарственного средства, соответствующих прописанной курсовой дозе. При этом оплачиваемая сумма не должна превышать разницу между розничной стоимостью лекарственного средства и суммой, оплаченной пациентом.

59. Количество единиц лекарственной формы, отпущенное сверх курсовой дозы, возмещению не подлежит. Лекарственные средства, отпущенные в количестве меньше прописанной курсовой дозы, оплачиваются по действующей цене возмещения за фактически отпущенное количество единиц.

60. Не принимаются к оплате рецепты и не подлежат возмещению в случаях, если имеют место:

- 1) исправления и подтирки;
- 2) истекший срок действия;
- 3) несоответствие отпущенного лекарства лекарственному средству, прописанному врачом;
- 4) введение в базу данных программного обеспечения по истечении отчетного года;
- 5) выписка рецепта для незастрахованной категории пациентов.

61. Рецепты, выписанные с нарушениями, в т.ч. фальсификацией при отпуске лекарственных средств, выявленные после отпуска медикамента в ходе плановых и целенаправленных проверок рецептов, предъявляются аптеке. Сумма возмещения по таким рецептам взимается путем взаиморасчета.

62. Конфликтные ситуации по рецептам рассматриваются комиссией, созданной уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования, на основании письменных заявлений.

Основной задачей комиссии является оперативное решение вопросов, связанных с оплатой за реализованные лекарственные средства. Кроме того, комиссия рассматривает разногласия, претензии, связанные с оплатой по рецептам, а также присваивает рецептам внутриведомственные серийные номера при возникновении дублирующих серийных номеров и уведомляет об этом аптеки и организации здравоохранения.

63. Комиссия создается в составе не менее 3-х человек. Решение комиссии оформляется протоколом.

Протокол комиссии является основанием для внесения изменений в базу данных программного обеспечения и оплаты за реализованные лекарственные средства по сформированным дополнительным отчетам. В отчете отражается, что рецепт оплачен по решению комиссии.

64. Комиссией не рассматриваются рецепты в случаях:

- 1) наличия исправлений в реквизитах рецепта "сумма стоимости ЛС", "сумма возмещения", "сумма оплаты пациентом", "код ЛС", "дата выписки рецепта", "курсовая доза";
- 2) истечения установленного срока действия рецепта;
- 3) наличия в рецепте исправлений, подтирок.

65. Заявления по пересмотру рецептов принимаются в течение месяца после формирования отчетов уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

66. Сумма возмещения за лекарственные средства, реализованные по рецептам, не прошедшим на оплату по причинам, изложенным в подпунктах 4) и 5) пункта 60 настоящего Положения, по решению комиссии может быть восстановлена аптеке за счет средств организации здравоохранения.

9. Отчетность

67. По истечении отчетного периода аптеки и организации здравоохранения предоставляют отчеты, формируемые при помощи программного обеспечения в уполномоченный государственный орган в области обязательного медицинского страхования.

Сроки предоставления отчетов указываются в заключаемом договоре.

68. Отчеты, предоставляемые ежемесячно организациями здравоохранения, содержат:

1) реестр рецептов, выписанных врачами организации здравоохранения, в распечатанном виде и электронном формате. Реестр подписывается руководителем и главным бухгалтером организации;

2) протокол исправленных ошибок по выписанным рецептам;

3) сведения об остатках рецептурных бланков на конец отчетного периода.

69. Отчет, предоставляемый ежемесячно аптекой, включает реестр рецептов на лекарственные средства, отпущенные аптекой по программам льготного лекарственного обеспечения, подписанный руководителем и главным бухгалтером аптеки. Вместе с отчетами передаются первые экземпляры рецептов и электронная версия отчета.

70. В уполномоченном государственном органе в области обязательного медицинского страхования после проверки рецептов, отчетов и свода электронных версий отчетов ежемесячно формируются сводные отчеты, являющиеся основанием для финансирования организации здравоохранения и аптек.

Разработанные отчетные формы, заложенные в программное обеспечение, утверждаются уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования. Сформированные сводные отчеты после обработки данных передаются в электронном формате аптеке и организациям здравоохранения с раскладкой всех введенных рецептов, как прошедших на оплату, так и не прошедших на оплату с указанием причин.

10. Контроль за реализацией программ льготного лекарственного обеспечения

71. Контроль за реализацией программ льготного лекарственного обеспечения осуществляется уполномоченным государственным органом в области обязательного медицинского страхования.

72. Специалисты уполномоченного государственного органа в области обязательного медицинского страхования обеспечивают постоянный контроль организаций здравоохранения и аптек на предмет обоснованности выписки рецептов, правил отпуска лекарственных средств по рецептам и оформления рецептов, соблюдения фармацевтического порядка и по другим вопросам, связанным с порядком выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств.

Приложение 1

Рецептурный бланк формы N 109-ОМС

Рецепт ОМС. Серия АА N 000000

Наименование (штамп) учреждения

ФИО врача _____ М.П. _____

Подпись и личная печать врача

Код ОЗ Дата выписки "___" _____ 20__ г.

Идентификационный номер, данные паспорта,

Код ГСВ пенсионного удостоверения, свидетельство
о рождении (нужное подчеркнуть)

Код врача _____

Категория пациента _____ Код МКБ-X ,

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (дата рождения)

_____ (пол)

_____ (домашний адрес)

Rp: _____

Курсовая доза _____ Код _____ Код лекарственного
(мг, млн. ЕД) _____ лекформы средства _____, _____

Наименование Код отпущенного ЛС _____, _____ . _____
отпущенного ЛС, Количество ед. _____
доза

Стоимость (сом., тн.)	Сумма возмещения (сом., тн.)	Оплата пациента (сом., тн.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Рецепт действителен в течение 5, 10, 30 дней.

Подпись фармацевта _____ Дата отпуска "___" _____ 20__ г.

Получил: _____
(фамилия, подпись)

Рецептурный бланк состоит из 3-х самокопирующихся экземпляров 3-х цветов: первый - белого цвета, второй - синего и третий - зеленого. Имеет серию, уникальную для каждого региона и 6-значный номер.

Размер рецептурного бланка 105 мм x 145 мм.

На оборотной стороне 3-го экземпляра рецептурного бланка приводится памятка для врача. Текст памятки может меняться с каждым тиражированием бланка, в зависимости от актуальности темы, и в объеме, достаточном для размещения на бланке.

Приложение 2

Рецептурный бланк формы N 109-ПГГ

Рецепт ПГГ. Серия AA N 000000

Наименование (штамп) учреждения

ФИО врача _____ М.П. _____
Подпись и личная печать врача

Код ОЗ _____ Дата выписки "___" _____ 20__ г.

Идентификационный номер, данные паспорта,
Код ГСВ _____ пенсионного удостоверения, свидетельство
о рождении (нужное подчеркнуть)

Код врача _____

Категория _____ Код _____ Код
пациента _____ льготы МКБ-Х _____, _____

(фамилия, имя, отчество)

(дата рождения)

(пол)

(домашний адрес)

Рр: _____

Курсовая доза _____ Код _____ Код лекарственного
(мг, млн. ЕД) _____ лекформы средства _____, _____

Наименование _____ Код отпущенного ЛС _____,
отпущенного ЛС, _____ Количество ед. _____
доза _____

Стоимость (сом., тн.)	Сумма возмещения (сом., тн.)	Оплата пациента (сом., тн.)

Рецепт действителен в течение 5, 10, 30 дней.

Подпись фармацевта _____ Дата отпуска "___" _____ 20__ г.

Получил: _____
(фамилия, подпись)

Рецептурный бланк состоит из 3-х самокопирующихся экземпляров желтого цвета. Имеет серию, уникальную для каждого региона, и 6-значный номер.

Размер рецептурного бланка: 105 мм(*) x 145 мм.

На оборотной стороне 3-го экземпляра рецептурного бланка приводится памятка для врача. Текст памятки может меняться с каждым тиражированием бланка, в зависимости от актуальности темы, и в объеме, достаточном для размещения на бланке.