**Приложение 4**

**Типовой договор**

**на предоставление стационарной медицинской помощи в системе Единого плательщика** (для стационаров, не вошедших в Оценку качества по Оценочной карте)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 Министерстве здравоохранения 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 ***(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 обязательство совместно с Фондом ОМС 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.

**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**

5. 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.

6. 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.

7. Оплата за стационарную медицинскую помощь, оказанную сверх количества, указанного в пункте 4 настоящего Договора, не производится.

8. Не подлежат оплате по Базе данных «Пролеченный случай»:

- 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);

- досуточное пребывание 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;

- случаи введения данных КСФ в БД «Пролеченный случай» позже 5 дней после выписки;

- пролеченный случай, входящий в «Перечень заболеваний, подлежащих лечению на уровне ПМСП»;

- иностранные граждане и лица без гражданства, не имеющие полис обязательного медицинского страхования и в отношении которых не осуществляются взносы на медицинское страхование.

**IV. Права и обязанности сторон**

9. Права и обязанности Поставщика:

а) Поставщик имеет право:

- на своевременное и полное финансирование медицинских услуг в рамках настоящего Договора, за исключением случаев снижения поступления доходов Плательщика, независящем от Плательщика обстоятельств;

- 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;

- соблюдать права пациентов при оказании медико-санитарной помощи в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

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

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

- вести учет и отчетность финансовых средств в автоматизированной системе программного обеспечения “1С Бухгалтерия”;

- 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 о правах пациентов, о видах, объемах и условиях предоставления медицинских услуг согласно Программе государственных гарантий, а также сверх ПГГ, прейскуранте цен, Полисе ОМС, номерах Горячей линии 113, наличие ЛС в лечебных отделениях, на сайте организации, социальных сетях в Интернете и информационных стендах в структурных подразделениях. Информационный стенд должен располагаться на видном и доступном месте для пациентов;

- письменно информировать Плательщика об изменении количества и наименований структурных позразделений Поставщика в течении года ( приложение 5);

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

- 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* обеспечить ввод данных индикаторов исполнения договоров «Индикаторы исполнения договоров качества медицинской помощи» в БД “Индикаторы договоров” согласно приложения 4;
* ежеквартально проводить анализ фактического исполнения плана пролеченных случаев по базовым диагностическим категориям согласно приложения 2;

- 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. При этом оплату исследований производит направившая ОЗ;

- 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 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, за исключением случаев освобождения от сооплаты по решению лечебно-контрольной комиссии;

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

- обеспечить питанием больных в соответствии с утверждеными нормативами;

- 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);

10. 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 экспертизу качества медицинских услуг и мониторинг исполнения индикаторов договоров1 раз в 6 мес.;

- 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;

- при неисполнении условий договора со стороны Поставщика вносить дополнения в договор с уменьшением объемов финансирования в течение года.

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;

- содействовать в получении Поставщиком ведомственных актов, регламентирующих деятельность поставщика в системе Единого плательщика;

- оказывать содействие Поставщику по вопросам планирования и оптимизации деятельности, 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**

11. В случае ненадлежащего исполнения Поставщиком обязательств, установленных настоящим Договором, Плательщик налагает на Поставщика финансовые санкции в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

12. Руководитель организации здравоохранения несет персональную ответственность за эффективное и рациональное использование средств бюджета Фонда ОМС, а также за своевременность и достоверность предоставления отчетов.

13. Плательщик освобождается от ответственности за неисполнение обязательств по финансированию Поставщика в случае форс-мажорных обстоятельств.

**VI. Порядок разрешения споров**

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

**VII. Прочие условия**

15. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть изложены в письменной форме. Уведомления об изменении адресов и реквизитов сторон направляются в течение 10 дней.

16. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Плательщика, второй - у Поставщика.

17. 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 «Индикаторы исполнения договоров качества медицинской помощи»;

- 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)

- приложение 6 “Индикаторы исполнения договора финансовой деятельности”.

**VIII. Внесение дополнений и прекращение действия Договора**

18. Условия настоящего Договора могут быть дополнены по письменному соглашению сторон.

19. Настоящий Договор вступает в силу с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. Срок действия настоящего Договора до даты перезаключения.

20. 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.** |

**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. |

Уровень сооплаты за медицинские услуги в условиях стационара в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, за исключением организаций здравоохранения, оказывающих специализированную онкологическую и гематологическую помощь

*(В редакции постановлений Правительства КР от 30 декабря 2019 года № 724, 30 декабря 2020 года № 636)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Виды сооплаты** | | | **Стационары, за исключением республиканских (в сомах)** | **Республиканские стационары (в сомах)** |
| Сооплата терапевтического профиля | При наличии направления на госпитализацию | Минимальный уровень | 330 | 330 |
| Средний уровень | 840 | 1160 |
| Максимальный уровень | 2650 | 2980 |

**Приложение 5**

**Сведения о количестве и наименованиях отделений, коек, штатной численности в 20\_\_\_\_\_\_\_\_ 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**