**Приложение 6**

**Типовой договор**

**на предоставление стационарной медицинской помощи в системе Единого плательщика для противотуберкулезных стационаров**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 помощью в соответствии с утвержденными нормативными документами, методами доказательной медицины и соблюдение прав 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 (далее – ПГГ);

1. Плательщик берет на себя обязательства:

- совместно обеспечивать оплату Поставщику из средств бюджета Фонда ОМС за предоставление объемов медицинских услуг и в порядке, указанных в разделе II настоящего Договора;

- проводить оценку качества и объема предоставляемой стационарной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и соблюдения прав пациентов.

**II. Объем стационарной медицинской помощи и условия оплаты**

1. Поставщик оказывает стационарную медицинскую помощь населению, в условиях и в порядке определенных ПГГ в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пролеченных случаев.
2. 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.
3. Поставщик представляет ежемесячно к \_\_\_\_\_\_\_ числу заявку на получение средств бюджета Фонда ОМС, согласно Плану распределения доходов и расходов.
4. Оплата за стационарную медицинскую помощь, оказанную сверх количества, указанного в пункте 4 настоящего Договора, не производится.
5. 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 20 дней после выписки;

- пролеченный случай, входящий 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 за исключением случаев, указанных в примечании данного приказа;

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

**III. Права и обязанности сторон**

1. Права и обязанности Поставщика:

а) Поставщик имеет право:

- на своевременную и полную оплату 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;

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 и 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 бюджет организации;

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

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

- 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;

- 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 2- Алгоритм работы базы данных «Пролеченный случай» - БД ПС);

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

- 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;

- проводить экспертизу качества медицинской помощи 1 раз в 6 мес;

- мониторинг исполнения индикаторов договора 1 раз в 6 мес. (приложение3);

- 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.

**IV. 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.

**V. 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.

**VI. 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 «Условия предоставления стационарной медицинской помощи»;

- приложение 2 «Алгоритм работы базы данных «Пролеченный случай»;

- приложение 3 «Индикаторы исполнения договора»;

- приложение 4 «Перечень структурных подразделений, в том числе коек, штатной численности в разрезе отделений» (в бумажном варианте с подписью директора, печатью ОЗ и в электронном варианте Excel таблице).

**VII. 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.

**VIII. Реквизиты сторон**

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

**Приложение 1** к типовому договору с **противотуберкулезными стационарам** 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*](toktom://db/159840)*)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды медико-санитарной помощи | Условия предоставления медико-санитарной помощи | Объем медико-санитарной помощи |
| - экстренная медицинская помощь в амбулаторных условиях;  - специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях;  - стационарная помощь; | - 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 больным туберкулезом бесплатно (ПГГ РазделII Категории граждан, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по клиническим показаниям основного заболевания на амбулаторном и стационарном уровнях)  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.  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, освобождаются от внесения сооплаты по решению лечебно-контрольной комиссии организации здравоохранения, создаваемой внутренним приказом руководителя данной организации здравоохранения.  Больничный список лекарственных средств и медицинских изделий 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 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. Паллиативная помощь оказывается*** инкурабельным больным в терминальной стадии заболевания в следующем объеме: интенсивная симптоматическая терапия, психосоциальная помощь, длительный посторонний уход.  ***VI. Лекарственное обеспечение граждан***  в рамках больничного списка лекарственных средств и изделий медицинского назначения, составляемого на основе Перечня жизненно важных лекарственных средств. |

**Приложение 2** к типовому договору с **противотуберкулезными стационарам**

**Алгоритм работы программного обеспечения Фонда ОМС «Пролеченный случай»**

**Стационар**

**Клинико-статистическая форма выбывшего из стационара форма №066/у (далее КСФ)** является учетным статистическим документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара.

КСФ заполняется на всех пациентов, выбывших из стационара любого типа, независимо от профиля коек стационара (включая койки отделений экстренной медицинской помощи (ОЭМП), краткосрочного пребывания (ОКП) и гемодиализа). Данная форма заполняется также на выбывших из стационара новорожденных (как здоровых, так и родившихся больными или заболевших).

1. КСФ заполняется одновременно с записью эпикриза в медицинской документации **лечащим врачом** на всех выписанных, переведенных в другой стационар и умерших пациентов, независимо от срока их пребывания в стационаре, включая новорожденных. Для больных, получающих лечение в отделениях гемодиализа, «Медицинская карта стационарного больного» (учетная форма 003/у) заполняется 1 раз в год, независимо от кратности получения диализных процедур. При этом оформляется один КСФ в месяц с указанием количества койко-дней, соответствующих количеству процедур в месяц. Номер «Медицинской карты стационарного больного» в КСФ указывается всегда один и тот же в течение года.
2. Достоверность данных КСФ заверяется подписью и печатью **лечащего врача и подписью заведующего отделением**. За качество заполнения и достоверность данных в КСФ несет ответственность лечащий врач и заведующий отделением.
3. КСФ вводится **лечащим врачом** или **оператором**  в базу данных «Пролеченный случай». Ввод данных проводится не позднее 20 дней после выбытия пациента.
4. Формирование Реестра введенных данных **с подписью и печатью директора и главного бухгалтера стационара.**
5. Передача введенных данных **(авторизация)** в ТУ ФОМС, осуществляется **ответственным лицом,** назначенным приказом руководителя стационара (чаще всего оператором).
6. Формирование сводной таблицы данных для анализа КСФ (сводная таблица передается для анализа в медико-информационный отдел, директору, зам. директора, зав.отделениям и врачам стационара).

**ТУ ФОМС**

7. Прием и проверка данных **специалистом сектора информационного обеспечения (далее - СИО) ТУ ФОМС** из стационара для дальнейшей оплаты ТУ ФОМС. При выявлении в БД ПС от данной организации здравоохранения (ОЗ) случаев неправильного заполнения и ввода КСФ (для примера, некорректные койко дни со знаком минус или свыше 70-100 дней в общепрофильных стационарах формируются вследствии неправильного ввода даты госпитализации 02.08.2019. даты выписки 15.07.2018, при этом дата операции тоже введена неправильно 05.10.2019), неправильный ввод пола пациентов при О кодах (беременность и роды) и т.п., специалист СО возвращает БД для исправления ошибок в ОЗ. При выявлении дублирующих КСФ - дублирующий КСФ удаляется из БД ПС и не оплачивается (критерии указаны в приказе Фонда ОМС от 30 декабря 2017 г.) На выявленные случаи составляется акт ТУ ФОМС (подписи, печать ТУ ФОМС) и передается в ОЗ для информации.

8. Принятие решения **специалистом СИО ТУ ФОМС** о формировании пакетов из случаев, попадающих в определенные периоды выписки.

9. Получение отчета **специалистом ОЭАиО ТУ ФОМС** по пролеченным случаям № 5-А для предварительного анализа**.**

10. Решение по финансированию ОЗ: подведение **специалистами ОЭАиО** итогов по периоду финансирования, закрытие месяца и формирование отчета форма №4,6. При необходимости - изменение отчетного периода и пересмотр экономических коэффициентов

11. Получение и передача финансовых отчетов (форма №4 и форма №6): специалисты **СИО ТУ ФОМС** передают финансовые отчеты за отчетный период **«Отчет по пролеченным случаям» №4** и **«Отчет по пролеченным случаям» №6** на Республиканский уровень в Фонд ОМС.

**ФОМС**

12. **Специалисты отдела информационно-технического обеспечения** (ОИТО) **республиканского уровня** занимаются обеспечением

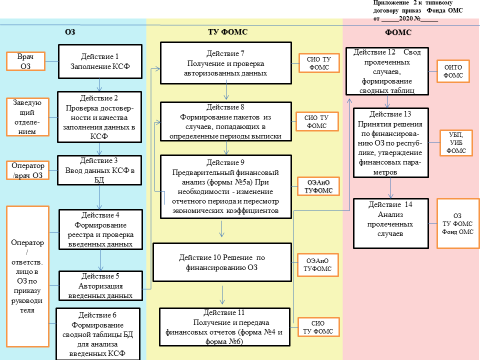
* целостности баз данных,
* изменением справочников программного обеспечения,
* составлением сводных отчетов.

13. **Специалисты УПБ, УИБ Фонда ОМС**

* принимают решения по финансированию ОЗ в целом по республике,
* анализируют финансовые отчеты,
* могут вносить изменения в республиканские финансовые параметры информационной системы.

14. **Специалисты специалисты организаций здравоохранения, ТУ ФОМС, Фонда ОМС**

Совместное обсуждение результатов анализа сводных отчетов БД “Пролеченный случай” (формирование обратной связи).



В приложении 2 отдельный файл с алгоритмом

**Приложение 4** к типовому договору со стационарами

**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** |  |  |  |  |  |  |  |

(в бумажном варианте с подписью директора, печатью ОЗ и в электронном варианте Excel таблице)

**Подпись директора ОЗ печать**