



**Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения**

*Утративший силу*

Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 октября 2006 года N 965. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030.

**Сноска. Утратил силу постановлением Правительства РК от 07.12.2009 № 2030 (вводится в действие с 01.01.2010).**

В соответствии с Законом Республики Казахстан от 4 июня 2003 года "О системе здравоохранения" Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые:

- 1) Правила возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств;
- 2) Правила оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения.

2. Признать утратившими силу некоторые решения Правительства Республики Казахстан согласно приложению.

3. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней после его первого официального опубликования.

*Премьер - Министр*

*Республики Казахстан*

Утверждены

постановлением

Правительства

Республики

Казахстан

от 6 октября 2006 года N 965

**Правила**

**возмещения затрат медицинских организаций  
за счет бюджетных средств**

Настоящие Правила возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств (далее - Правила), разработаны в соответствии с Законом Республики Казахстан от 4 июня 2003 года "О системе здравоохранения" и определяют порядок возмещения затрат медицинских организации за счет бюджетных средств. К 0 9 0 1 9 3

Возмещение затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств осуществляется в сроки, установленные законодательством Республики Казахстан за оказание ими гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Возмещение затрат медицинских организаций, оказывающих гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, осуществляется в следующих формах:

государственные медицинские учреждения по индивидуальному плану финансирования;

организации здравоохранения, за исключением государственных учреждений, на договорной основе с администраторами бюджетных программ по формам финансирования организаций здравоохранения, определенными настоящими Правилами;

организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь и имеющие прикрепленное население, по подушевому нормативу.

Возмещение затрат производится с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи, осуществляемого государственным органом по контролю в сфере оказания медицинских услуг, в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

Медицинским организациям возмещаются все определенные законодательством Республики Казахстан виды затрат, связанные с деятельностью медицинских организаций по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением капитальных.

Капитальные затраты государственных медицинских организации возмещаются в виде капитальных трансфертов по соответствующей специфике экономической классификации расходов бюджета Республики Казахстан.

## **1. Возмещение затрат медицинским организациям, имеющим лицензии на медицинскую деятельность, независимо от форм собственности, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по подушевому нормативу**

1. Подушевой норматив - установленная норма затрат, пересматриваемая ежегодно в расчете на одного человека для обеспечения конкретного объема

медицинских услуг. Подушевой норматив определяется на одного жителя.

Учитывая специфику сельского здравоохранения, географическую протяженность участка обслуживания, низкую плотность населения в сельской местности, администратор бюджетных программ может установить подушевой норматив отдельно для сельских и городских организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП).

2. Объем финансирования ПМСП рассчитывается путем умножения количества населения на подушевой норматив обслуживаемой территории и на половозрастной поправочный коэффициент по формуле:

$$O \text{ фин.} = K \text{ нас.} \times П \text{ норм.} \times П \text{ коэфф.},$$

г д е :

O фин. - объем финансирования организации ПМСП;

K нас. - количество прикрепленного населения;

П норм. - подушевой норматив;

П коэфф. - половозрастной поправочный коэффициент.

Половозрастной поправочный коэффициент - это коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения.

Применение половозрастных поправочных коэффициентов и порядок расчета определяется уполномоченным органом в области здравоохранения.

## **2. Возмещение затрат медицинским организациям, имеющим лицензии на медицинскую деятельность, независимо от форм собственности, оказывающим консультативно-диагностическую помощь по тарификатору**

3. Тарификатор - перечень тарифов на оказываемые медицинские услуги, представляемые без круглосуточного медицинского наблюдения.

Основным экономическим показателем тарификатора является коэффициент затратоемкости услуг, который отражает соотношение стоимости конкретной услуги к средней стоимости всех видов услуг.

4. Коэффициенты затратоемкости услуг устанавливаются уполномоченным органом в области здравоохранения.

5. Объем финансирования за оказание консультативно-диагностической услуги определяется путем умножения коэффициента затратоемкости услуги на базовый тариф тарификатора, по формуле:

$$O \text{ фин.} = K \text{ з} \times Б \text{ т},$$

г д е :

O фин. - объем финансирования за оказание консультативно-диагностической

у с л у г и ;

К з - коэффициент затратно-емкости услуги;

Б т - базовый тариф тарификатора.

6. Базовый тариф за оказанные услуги в организациях, оказывающих консультативно-диагностическую помощь определяется администратором программ на планируемый год, путем деления предусмотренных средств государственного бюджета на консультативно-диагностическую помощь, рассчитанных на основе нормативов расходов на планируемое количество услуг с учетом коэффициентов затратно-емкости услуг или по формуле:

$$Б т = О \text{ средств} / (П к \times К з. ср.),$$

г д е :

О средств - средства государственного бюджета, предусмотренные на консультативно-диагностическую помощь;

П к - планируемое количество услуг в организациях, оказывающих консультативно-диагностическую помощь;

К з ср. - средний коэффициент затратно-емкости по всем планируемым услугам

Средний коэффициент затратно-емкости по всем планируемым услугам определяется в соответствии с методиками уполномоченного органа в области здравоохранения.

### **3. Возмещение затрат медицинским организациям, имеющим лицензии на медицинскую деятельность, независимо от форм собственности, оказывающим стационарную помощь по клинико-затратным группам**

7. Клинико-затратные группы (далее - КЗГ) - клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение.

Основным экономическим параметром КЗГ является коэффициент затратно-емкости, который отражает соотношение затрат данной группы заболеваний к средним затратам по всем группам.

Коэффициент затратно-емкости по группам заболеваний устанавливается уполномоченным органом в области здравоохранения.

8. Объем финансирования за пролеченный случай по клинико-затратным группам определяется путем умножения коэффициента затратно-емкости на базовую ставку финансирования стационарной помощи и на коэффициент уровня стационара, по формуле:

$$О \text{ фин.} = К з. \times Б \text{ стац.} \times К \text{ ур.},$$

г д е :

О фин. - объем финансирования за пролеченный случай по  
клинико - затратным группам:

К з. - коэффициент затратно-емкости;

Б стац. - базовая ставка финансирования стационарной помощи;

К ур. - коэффициент уровня стационара.

Базовая ставка финансирования стационарной помощи определяется администратором программ на бюджетный год путем деления предусмотренных средств государственного бюджета на стационарную помощь, рассчитанных на основе нормативов расходов на планируемое количество пролеченных случаев с учетом коэффициентов затратно-емкости или по формуле:

Б стац. = О средств / (П к х К з. ср.),

г д е :

О средств - средства государственного бюджета предусмотренные на  
стационарную помощь;

П к - планируемое количество пролеченных случаев на год;

К з.ср. - средний коэффициент затратно-емкости планируемых случаев.

Средний коэффициент затратно-емкости планируемых случаев определяется в соответствии с методиками уполномоченного органа в области здравоохранения.

Возмещение затрат за лечение больного и в случаях внутрибольничного перевода больного осуществляется как за один пролеченный случай.

Пролеченный случай - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных условиях с момента обращения до исхода лечения заболевания в соответствии с медицинскими стандартами, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения, с учетом оказания лечебно-профилактической, реабилитационной, консультативной или диагностической помощи.

Возмещение затрат за незаконченное лечение больных, в процессе обследования которых основной диагноз не подтвердился или выявлены другие заболевания, требующие перевода в специализированную медицинскую организацию, осуществляется в соответствии с методиками уполномоченного органа в области здравоохранения.

Возмещение затрат при оказании стационароразменяющих видов медицинской помощи осуществляется за пролеченный случай, с учетом бесплатного лекарственного обеспечения больных, в соответствии с методиками уполномоченного органа в области здравоохранения.

Предельные объемы стационарной помощи определяются уполномоченным органом в области здравоохранения по представлению местных органов государственного управления здравоохранением.

#### 4. Порядок представления отчетности

9. Организации, оказывающие первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую и стационарную помощь для возмещения затрат администратору программ ежемесячно в установленные сроки представляют счета-реестры согласно приложениям 1, 2, 3.

10. Для оплаты счетов-реестров составляется акт приемки работ (услуг) согласно приложению 4.

11. Медицинские организации, финансируемые из государственного бюджета, представляют отчет об использовании бюджетных средств администраторам программ в порядке и по формам, установленным Министерством финансов Республики Казахстан.

П р и л о ж е н и е 1  
к Правилам возмещения затрат  
медицинских организаций  
за счет бюджетных средств

**Ведомственная статистическая отчетность**

Представляется в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственной статистике".

Ф о р м а N 1 С В А

Ежемесячная

Представляют организации здравоохранения администратору программ не позднее пятого числа, следующего за отчетным периодом  
месяца \_\_\_\_\_ Кому \_\_\_\_\_ представляется

\_\_\_\_\_  
(наименование)

\_\_\_\_\_  
(адрес получателя)

Администратор \_\_\_\_\_

Предприятие, учреждение, организация \_\_\_\_\_

А д р е с  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ф о р м а

с о б с т в е н н о с т и

В и д

о с н о в н о й

д е я т е л ь н о с т и

**С ч е т - р е е с т р**

**организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь**

Отчетный период

N	Наименование организации	Подушевой норматив (тенге)	Ч и с л о прикрепленного населения	Предъявлено к оплате
1	2	3	4	5

И т о г о

м.п.

Главный врач (директор) \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество)

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

П р и л о ж е н и е 2  
к Правилам возмещения затрат  
медицинских организаций  
за счет бюджетных средств

**Ведомственная статистическая отчетность**

Представляется в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственной статистике".

Ф о р м а N 1 К Д У

Ежемесячная

Представляют организации здравоохранения администратору программ не позднее пятого числа, следующего за отчетным периодом месяца \_\_\_\_\_ Кому \_\_\_\_\_ представляется

( н а и м е н о в а н и е )

(адрес получателя)

Администратор \_\_\_\_\_

Предприятие, учреждение, организация \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Форма собственности \_\_\_\_\_

Вид основной деятельности \_\_\_\_\_

**Счет-реестр  
организаций, оказывающих**

**консультативно-диагностические услуги**

Отчетный период \_\_\_\_\_

Базовый тариф \_\_\_\_\_

N	Кодировка по тарификатору		Количество услуг	Коэффициент затрато-емкости	Выполнено базовых весовых коэффициентов	Предъявлено к оплате
	Код	Подкод				
1	2	3	4	5	6	7

Итого \_\_\_\_\_

м.п. Главный врач (директор) \_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение 3  
к Правилам возмещения затрат  
медицинских организаций  
за счет бюджетных средств

**Ведомственная статистическая отчетность**



Представляется в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственной статистике".

Ф о р м а № 1 С П

Ежемесячная

Представляют организации здравоохранения администратору программ не позднее пятого числа, следующего за отчетным периодом месяца Кому представляется

(наименование)

(адрес получателя)

Администратор \_\_\_\_\_

Предприятие, учреждение, организация \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Ф о р м а собственности

Вид основной деятельности

Счет - реестр

организаций, оказывающих стационарную помощь

О т ч е т н ы й период

Базовый ставка

N	Наименование отделения	Количество пролеченных (выписана+ умерло) больных - всего	N КЗГ	Весовой коэффициент	Количество базовых ставок	Предъявлено к оплате
1	2	3	4	5	6	7

И т о г о



## **Правила**

### **оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения**

#### **1. Общие положения**

1. Настоящие Правила оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения (далее - Правила), разработаны в соответствии с Законом Республики Казахстан от 4 июня 2003 года "О системе здравоохранения" и определяют порядок оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от их оказания государственными организациями здравоохранения.

К 0 9 0 1 9 3

2. Организация здравоохранения несет ответственность за своевременное и качественное оказание платных услуг гражданам с момента их обращения в порядке, установленном законодательством .

3. Платные услуги оказываются гражданам Республики Казахстан, иностранцам и лицам без гражданства независимо от их места жительства (далее - п а ц и е н т ы ) .

4. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) - единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан, определяемый Правительством Республики Казахстан;

платные услуги - услуги, не входящие в перечень ГОБМП и оплачиваемые за счет собственных средств населения, средств работодателя, системы добровольного медицинского страхования, других источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан;

список основных (жизненно-важных) лекарственных средств - список, утверждаемый уполномоченным органом в области здравоохранения лекарственных средств, имеющих преимущества перед существующими аналогами по безопасности и эффективности, наиболее часто применяемые при

лечении болезней и предназначенные для оказания бесплатной лекарственной помощи в рамках ГОБМП;

платные отделения (палаты) - отделения (палаты) в организациях здравоохранения, предназначенные для оказания медицинских услуг, не входящих в перечень ГОБМП, на платной основе;

организация здравоохранения - юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения.

## **2. Порядок оказания платных услуг в организациях здравоохранения**

5. Организации здравоохранения утверждают Положение об оказании ими платных услуг (далее - Положение). Государственные организации здравоохранения утверждают Положение по согласованию с администратором бюджетных программ. Положение должно содержать:

ссылки на нормативные правовые акты, регламентирующие право организации здравоохранения на оказание платных услуг;

перечень видов платных услуг с указанием стоимости, оказываемых организацией здравоохранения;

перечень видов медицинских услуг, оказываемых организацией здравоохранения в рамках ГОБМП за счет бюджетных средств;

сведения о квалификации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги;

условия оказания платных услуг, в том числе стационарной медицинской помощи и сервисных услуг;

сведения о льготах для отдельных категорий граждан;

процедуру расчетов за оказание платных услуг;

порядок ведения учета и отчетности по оказанию платных услуг;

условия оплаты труда медицинских работников, участвующих в оказании платных услуг.

Положение размещается в местах наглядной информации в регистратурах, приемных отделениях (покоях) и во всех других отделениях организаций здравоохранения.

6. Для оказания платных услуг в организациях здравоохранения выделяются отдельные штатные единицы врачей и средних медицинских работников, содержание которых осуществляется за счет средств, полученных от оказания платных услуг. Медицинские работники, оказывающие медицинские услуги в рамках ГОБМП, могут также участвовать в оказании платных услуг.

Оплата труда медицинских работников, участвующих в оказании платных

услуг, определяется на договорной основе.

По требованию пациентов им должны быть представлены документы, подтверждающие квалификацию медицинских работников, участвующих в оказании платных услуг.

7. Платные услуги в стационарах оказываются пациентам, госпитализированным на платной основе, а также получающим лечение в рамках ГОБМП за оказание медицинских услуг, не входящих в перечень ГОБМП.

8. Каждый случай оказания платной услуги пациентам, находящимся на лечении в рамках ГОБМП, в том числе обеспечение лекарственными средствами, не включенными в список основных (жизненно-важных) лекарственных средств, утвержденный уполномоченным органом в области здравоохранения, должен быть отражен и обоснован в медицинской документации (медицинская карта стационарного больного по форме 003/у, история родов по форме 096/у, медицинская карта амбулаторного больного по форме 025/у, индивидуальная карта беременных и родильниц по форме 111/у, лист врачебных назначений по форме 004/1 у, утвержденные приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года N 332).

Обеспечение пациентов лекарственными средствами, не включенными в список основных (жизненно-важных) лекарственных средств, осуществляется на платной основе с письменного согласия пациента.

9. Госпитализация пациентов на платной основе осуществляется в платные отделения (палаты) организаций здравоохранения. Число коек платного отделения (палаты) в государственных организациях здравоохранения определяется по согласованию с администратором бюджетных программ.

При госпитализации на платной основе заключается договор с пациентом, где указываются правила и условия пребывания в стационаре, стоимость и порядок оплаты лечения, права, обязанности и ответственность сторон в соответствии с законодательством Республики Казахстан, по форме согласно приложению к настоящим Правилам.

10. Медицинское оборудование, приобретенное за счет бюджетных средств, может использоваться для оказания платных услуг в определенное время по графику, установленному первым руководителем государственной организации здравоохранения по согласованию с администратором бюджетных программ.

11. Статистический учет и ведение учетно-отчетной медицинской документации при оказании платных услуг осуществляются по формам, установленным уполномоченным органом в области здравоохранения.

12. Организациями здравоохранения, оказывающими платные услуги, за исключением государственных учреждений, ведутся бухгалтерский учет и отчетность раздельно по оказанию ГОБМП и платным услугам, в соответствии с

учетной политикой, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения.

13. Цены на платные услуги определяются в соответствии с законодательством Республики Казахстан, с учетом всех видов затрат, связанных с оказанием медицинских, сервисных услуг и иных дополнительных расходов и могут пересматриваться не чаще одного раза в полугодие.

Цены на платные услуги устанавливаются не ниже тарифа аналогичной медицинской услуги, устанавливаемого администратором бюджетных программ для Г О Б М П .

14. Расчеты с пациентами, осуществляемые посредством наличных денег, производятся через кассу организации здравоохранения с обязательным применением контрольно-кассовых машин с фискальной памятью и выдачей контрольного чека пациенту, по безналичному расчету путем перечисления на текущий счет организации здравоохранения "Средства от платных услуг".

15. Пациентам, получившим медицинскую помощь на платной основе, организации здравоохранения предоставляет:

заключение соответствующих медицинских работников при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;

выписку из истории болезни при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;

информацию о расходах за оказанную медицинскую помощь.

### **3. Условия оказания платных услуг организациями здравоохранения**

16. Платные услуги оказываются организациями здравоохранения при соответствии профиля заболевания и лицензии на медицинскую и врачебную деятельность.

17. Оказание платных услуг организациями здравоохранения осуществляется при следующих условиях, при:

оказании диагностических и лечебных услуг по инициативе пациентов, в том числе без направления специалистов первичной медико-санитарной помощи и организаций здравоохранения;

лечении лекарственными средствами, не включенными в список основных (жизненно-важных) лекарственных средств;

проведении дорогостоящих медицинских исследований, не входящих в перечень Г О Б М П ;

оказании медицинской помощи иностранцам и лицам без гражданства сверх Г О Б М П ;

санаторном лечении без соответствующего направления;  
медико-генетических исследованиях без медицинских показаний;  
медицинском обследовании граждан для поступления на работу и учебу;  
оказании медицинской помощи по договору с предприятием, в том числе по  
добровольному медицинскому страхованию;  
предоставлении дополнительных сервисных услуг сверх медицинских  
стандартов, устанавливаемых уполномоченным органом в области  
здравоохранения .

#### **4. Порядок использования средств от оказания платных услуг государственными организациями здравоохранения**

18. Для расходования средств от оказания платных медицинских услуг государственными организациями здравоохранения составляются сметы расходов, которые утверждаются администратором бюджетных программ, в порядке, устанавливаемом законодательством Республики Казахстан.

19. Средства, полученные от оказанных платных медицинских услуг, направляются на возмещение затрат в следующем порядке, на:

оплату труда работников с учетом социального налога и отчислений в Государственный фонд социального страхования, непосредственно участвующих в оказании платных медицинских услуг, также на дополнительные денежные выплаты ;

денежные выплаты компенсационного характера;

оплату налогов и других обязательных платежей в бюджет;

оплату командировочных расходов;

приобретение медикаментов, расходных материалов и прочих средств  
медицинского назначения ;

приобретение продуктов питания;

приобретение прочих товаров;

содержание, обслуживание, текущий ремонт зданий, помещений,  
оборудования и других основных средств;

оплату коммунальных услуг;

повышение квалификации и переподготовку кадров (не менее 5 (пяти) % от общего объема средств, получаемых от оказания платных услуг);

оплату услуг физических и юридических лиц;

затраты капитального характера (не более 15 (пятнадцати) % от общего объема средств, получаемых от оказания платных услуг).

20. Первый руководитель государственной организации здравоохранения

несет ответственность за использование средств от оказания платных услуг строго по целевому назначению.

П р и л о ж е н и е  
к Правилам оказания платных  
услуг в организациях  
здравоохранения и порядку  
использования средств от  
платных услуг, осуществляемых  
государственными организациями  
здравоохранения

**Типовой договор  
на оказание платных услуг в организациях  
государственной системы здравоохранения**

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
( М е с т о н а х о ж д е н и е )

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество, данные документов, удостоверяющих  
личность пациента)  
\_\_\_\_\_ именуемый(ое)(ая) в дальнейшем Заказчик, с одной  
с т о р о н ы и

\_\_\_\_\_  
(полное наименование государственной медицинской организации)  
\_\_\_\_\_ именуемый(ое)(ая) в дальнейшем  
П о с т а в щ и к , в л и ц е

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)  
действующего на основании

\_\_\_\_\_  
(Устава, Положения и т.п.)  
с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о  
нижеследующем:

## 1. Предмет Договора

1. Поставщик оказывает платные услуги согласно приложению \_\_ к Договору .
2. Заказчик осуществляет возмещение затрат Поставщику по тарифам согласно приложению \_\_ к Договору.



## 2. Процедура взаиморасчетов за оказание платных услуг

3. Сумма Договора составляет \_\_\_\_\_ тенге.

4. Заказчик осуществляет оплату услуг Поставщика по фактически оказанному объему медицинской помощи, согласно счету, представленному П о с т а в щ и к о м .

5. Допускается авансирование Поставщика в размере не более 80 процентов от общей суммы Договора в момент заключения Договора, выплата оставшейся суммы - по предоставлению счета, в момент выписки из стационара.

6. При необходимости допускается корректировка суммы договора в процессе лечения с учетом фактически оказанного объема медицинской помощи, дополнительная сумма и способ ее оплаты согласовываются с пациентом и оформляются в виде дополнительного соглашения к договору.

7. Поставщик выдает Заказчику документ (фискальный чек, приходно-кассовый ордер), подтверждающий прием наличных денег.

8. В случае досрочного прекращения курса лечения Поставщик выплачивает Заказчику разницу между оплаченной суммой и фактической стоимостью оказанной медицинской помощи, за исключением случаев досрочной выписки ввиду нарушения больным установленного режима пребывания в стационаре .

## 3. Обязанности сторон

9 . П о с т а в щ и к о б я з а н :

обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с периодическими протоколами диагностики и лечения заболеваний, при отсутствии протоколов по медицинским показаниям в соответствии с общепринятыми подходами;

принять все меры для обеспечения максимального уровня удовлетворенности пациентов результатами лечения;

в случае отсутствия условий для оказания той или иной услуги в рамках проводимого лечения, организовать и оплатить оказание этой услуги в другой медицинской организации;

предоставлять Заказчику счет, с указанием видов оказанных медицинских и сервисных услуг, в установленные сроки;

предоставлять Заказчику всю необходимую медицинскую и финансовую документацию, необходимую для проведения проверки исполнения настоящего Д о г о в о р а .

10 . З а к а з ч и к о б я з а н :

выполнять врачебные предписания, соблюдать больничный режим; своевременно производить оплату за оказанную медицинскую помощь.

#### **4. Права сторон**

11. Заказчик имеет право:  
выбора лечащего врача из числа работающих в платном отделении (палате);  
на осуществление экспертизы качества проведенного лечения и  
обоснованности врачебных назначений.

12. Поставщик имеет право:  
на досрочное прекращение лечения в случае нарушения Заказчиком  
больничного режима и невыполнения врачебных предписаний.

#### **5. Ответственность сторон**

13. Поставщик несет ответственность:  
за допущенные случаи нарушения по оказанию платных услуг (оказание  
медицинских услуг ненадлежащего объема и качества, взимание платы с граждан  
за услуги, входящие в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи,  
взимание двойной платы за оказание одной и той же медицинской услуги: с  
пациента и бюджетных средств).

14. Заказчик несет ответственность за несвоевременное возмещение затрат  
Поставщику за фактически оказанный объем медицинской помощи.

15. Нарушение условий Договора по оказанию медицинской помощи со  
стороны Поставщика может привести к аннулированию Договора и выплате  
Поставщиком неустойки в размере \_\_\_\_\_ от суммы Договора.

16. Нарушение условий Договора по оказанию медицинской помощи со  
стороны Заказчика может привести к аннулированию Договора и выплате  
Заказчиком неустойки в размере \_\_\_\_\_ от суммы Договора.

#### **6. Изменение и расторжение Договора**

17. Условия настоящего Договора могут быть изменены и дополнены по  
письменному соглашению сторон.

18. О намерении досрочного расторжения Договора стороны обязаны  
заблаговременно уведомить друг друга.

#### **7. Заключительные положения**

19. Ни одна из сторон не имеет право передавать свои обязательства по  
настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны

20. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Заказчика, другой - у П о с т а в щ и к а .

21. Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует до момента исполнения всех обязательств сторон по настоящему Договору.

## 8. Адреса и реквизиты Сторон:

П о с т а в щ и к :

З а к а з ч и к :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

П р и л о ж е н и е

к постановлению

Правительства

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

от 6 октября 2006 года N 965

### **Перечень утративших силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2000 года N 806 "Об утверждении Правил возмещения затрат на медицинскую помощь" (САПП Республики Казахстан, 2000 г., N 24. ст. 285).

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 января 2003 года N 96 "О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2000 года N 806" (САПП Республики Казахстан, 2003 г., N 4, ст. 48).

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 марта 2004 года N 370 "О внесении дополнений и изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2000 года N 806" (САПП Республики Казахстан, 2004 г., N 15, ст. 194).

4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 июня 2002 года N 828 "Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения и порядка использования средств от их оказания" (САПП Республики Казахстан, 2002 г., N 22, ст. 255).

5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 января 2006 года N 14 "О внесении дополнений и изменений в постановление Правительства

Республики Казахстан от 25 июля 2002 года N 828" (САПП Республики Казахстан, 2006 г., N 1, ст. 7).

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»  
Министерства юстиции Республики Казахстан