

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және  
әлеуметтік даму министрінің  
2015 жылғы 27 сәуірдегі  
№ 272 бұйрығына  
20 - қосымша

**«Санаторийлік-курорттық емдеу қажеттілігі туралы қорытынды беру»  
мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты**

*Ескерту. Бұйрық 20-қосымшамен толықтырылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 24.05.2019 № ҚР ДСМ-86 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.*

**1-тарау. Жалпы ережелер**

1. «Санаторийлік-курорттық емдеу қажеттілігі туралы қорытынды беру» мемлекеттік көрсетілетін қызметі (бұдан әрі – мемлекеттік көрсетілетін қызмет).

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі (бұдан әрі – Министрлік) әзірледі.

3. Мемлекеттік көрсетілетін қызметті облыстардың, Нұр - Сұлтан, Алматы және Шымкент қалаларының жергілікті атқару органдары (ЖАО) (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті беруші) көрсетеді.

Мемлекеттік қызметті көрсетуге өтініштерді қабылдау және нәтижелерін беру көрсетілетін қызметті беруші арқылы жүзеге асырылады.

**2-тарау. Мемлекеттік қызметті көрсету тәртібі**

4. Мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі:

көрсетілетін қызметті алушы көрсетілетін қызметті берушіге құжаттарды берген сәттен бастап – 1 жұмыс күні ішінде;

көрсетілетін қызметті алушы көрсетілетін қызметті берушіге мәліметтерді тапсырудың ең жоғары рұқсат етілген уақыты – 30 минут;

қызмет көрсетудің ең жоғары рұқсат етілген уақыты – 1 жұмыс күні ішінде.

5. Мемлекеттік қызметті көрсету нысаны: қағаз.

6. Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі: осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына 1-қосымшаға сәйкес «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) бекітілген № 072/е нысаны бойынша берілген санаторийлік - курорттық картасы.

7. Мемлекеттік қызмет тегін көрсетіледі.

8. Көрсетілетін қызметті берушінің жұмыс кестесі - 2015 жылғы 23 қарашадағы Қазақстан Республикасының еңбек заңнамасына сәйкес демалыс және мереке күндерінен басқа, дүйсенбі – жұма аралығында сағат 13.00-ден 14.30-ге дейін түскі үзіліспен сағат 9.00-ден 18.30-ға дейін.

9. Көрсетілетін қызметті алушы жүгінген кезде мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті құжат:

еркін нысандағы өтініш;

тікелей жүгінген кезде сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжат;

клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер нәтижесі.

10. Мемлекеттік көрсетілетін қызметті алу үшін көрсетілетін қызметті алушының ұсынған құжаттарының және (немесе) олардағы деректердің (мәліметтердің) нақты еместігін белгілеуі мемлекеттік қызметті көрсетуден бас тарту үшін негіз болып табылады.

### **3-тарау. Көрсетілетін қызметті берушінің және (немесе) оның лауазымды адамдарының мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері бойынша шешімдеріне, әрекетіне (әрекетсіздігіне) шағымдану тәртібі**

11. Мемлекеттік қызметті көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушінің және (немесе) оның лауазымды адамдарының шешімдеріне, әрекетіне (әрекетсіздігіне) мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының 12-тармағында көрсетілген мекенжай не 010000, Нұр-Сұлтан қаласы, Мәңгілік Ел даңғылы, 8-үй, Министрліктер үйі, № 5 кіреберіс мекенжайы бойынша

көрсетілетін қызметті берушінің немесе Министрлік басшысының атына шағым беру арқылы шағымданады.

Шағымды қабылдаған адамның тегі мен аты-жөні, берілген шағымға жауап алу мерзімі мен орны (мөртаңба, кіріс нөмірі мен күні) көрсетіле отырып, шағымның тіркелуі, көрсетілетін қызметті берушінің немесе Министрліктің кеңесінде оның қабылданғанын растау болып табылады. Шағым тіркелгеннен кейін жауапты орындаушыны айқындау және тиісті шаралар қабылдау үшін көрсетілетін қызметті берушінің немесе Министрліктің басшысына жіберіледі.

Көрсетілетін қызметті берушінің атына келіп түскен көрсетілетін қызметті алушының шағымы тіркелген күнінен бастап бес жұмыс күні ішінде қаралуға жатады. Көрсетілетін қызметті берушіге шағымды қарау нәтижелері туралы дәлелді жауап почта арқылы жіберіледі не көрсетілетін қызметті берушінің кеңсесіне қолма-қол беріледі.

Көрсетілген мемлекеттік қызметтің нәтижелерімен келіспеген жағдайда көрсетілген қызметті алушы мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органға шағымымен жүгіне алады.

Мемлекеттік қызметтер көрсетудің сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның атына келіп түскен көрсетілген қызметті алушының шағымы тіркелген күнінен бастап он бес жұмыс күні ішінде қаралады.

12. Көрсетілген мемлекеттік қызметтің нәтижелерімен келіспеген жағдайда, көрсетілген қызметті алушы Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа жүгінеді.

#### **4-тарау. Мемлекеттік, оның ішінде электрондық нысанда көрсетілетін қызметті көрсету ерекшеліктерін ескере отырып, өзге де талаптар**

13. Мемлекеттік қызмет көрсету орындарының мекенжайлары Министрліктің [dsm.gov.kz](http://dsm.gov.kz) интернет-ресурсында «Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер» бөлімінде орналастырылған.

14. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі анықтамалық қызметтің байланыс телефондары Министрліктің [dsm.gov.kz](http://dsm.gov.kz) интернет-ресурсында көрсетілген, Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс-орталығы: 8-800-080-7777, 1414.

Приложение 1  
к стандарту государственной  
услуги «Выдача заключения  
о нуждаемости в санаторно-  
курортном лечении»

Форма

**САНАТОРИЙЛІК - КУРОРТТЫҚ КАРТА**  
**САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау қағазын көрсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне енбейді/Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы/Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту:

Код КАТО

Облыс/область

Аудан/район

Қала/город

Көше/улица

Емдеуші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты/Фамилия, имя, отчество лечащего  
врача) \_\_\_\_\_

---

1. Науқастың ТАӘ (ФИО больного (полностью))

---

---

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз), туған жылы/Пол: муж., жен.,  
(подчеркнуть), дата рождения

---

Үйінің мекенжайы мен телефоны/Домашний адрес и телефон

---

---

2. Оқу (жұмыс) орны (Место учебы (работы))

---

---

3. Лауазымы/Занимаемая должность

---

БАЛАЛАР БЛОГІ (0-17 жасты қоса алғанда)

ДЕТСКИЙ БЛОК (0-17 лет включительно)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны/Место работы родителей и телефон

---

---

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері, қандай аурулармен ауырды (неше жасында)/Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания (в каком возрасте)

---

---

---

---

## 2. Тұқым қуалаушылығы/Наследственность

---

---

## 3. Профилактикалық екепелері (уақытын көрсетіңіз)/Профилактические прививки (указать даты)

---

---

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы), санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және қашан/Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное) указать пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда)

---

---

---

---

## 5. Қазіргі уақыттағы шағымдар/Жалобы в настоящее время

---

---

## 6. Объективті қарау деректері/Данные объективного осмотра

---

---

---

## 7. Зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер деректері (күні) /Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты)

---

Негізгі диагнозы/Диагноз основной

Қосалқы сырқаттары/Сопутствующие заболевания

Мөр орны Место печати	Емдеуші дәрігердің қолы/Подпись лечащего врача
	Бөлімше меңгерушісінің қолы/Подпись заведующей отделением

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы/ Заключение санаторно-отборочной комиссии)

Негізгі диагнозы/Диагноз основной

Қосалқы сырқаттары/Сопутствующие заболевания

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу/Рекомендуемое санаторно-курортное лечение

Мөр орны Место печати	Төраға/Председатель
	Комиссия мүшелері/Члены комиссии

	Күні/Дата _____ күні, айы, жылы/число, месяц, год
--	------------------------------------------------------

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық, мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде күшінде /Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты 2 месяца.

*Нысанының міндетті қосалқы парағы /Обязательное приложение к форме*

Баланың мекенжайындағы аудандық емханаға қайтарылуы тиіс/Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка

Баланың тегі, аты/Фамилия, имя ребенка

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Санаторийде болды/Находился в санатории

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(с) \_\_\_\_\_ бастап, (по) \_\_\_\_\_ дейін

Санаторий диагнозы/Диагноз санатория:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қосалқы сырқаттары/Сопутствующие заболевания

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)/Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур))

\_\_\_\_\_



Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер, функциялық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі және т.б., емдеу нәтижелерінің жалпы бағасы)/Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и др., общая оценка результатов лечения)

Былайғы емделуі туралы ұсыныстар/Рекомендации по дальнейшему лечению

Инфекциялық аурулармен түйісуі/Контакты с инфекционными заболеваниями

Бастан өткерген интеркурентті аурулары, негізгі және қосалқы сырқаттарының асқынуы/ Перенесенные интеркурентные заболевания, обострение основного и сопутствующих заболеваний

---

Ординатордың қолы/ Подпись ординатора

---

Бас дәрігердің қолы/ Подпись главного врача)

---

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

ЕРЕСЕКТЕРДІҢ БЛОГІ (18 жас және жасы үлкен)

БЛОК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (18 лет и старше)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық/Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное

---

---

---

---

2. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулердің қысқаша деректері (күндері)/ Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Диагноз: а) негізгі/основной \_\_\_\_\_

---

б) қосалқы сырқаттары/сопутствующие заболевания

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Курорттық емдеу/Курортное лечение \_\_\_\_\_

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз/указать рекомендуемые курорты

а) санаторийде /в санатории

бейінін көрсетіңіз/указать профиль

б) амбулаториялық – курстық/амбулаторно-курсовое

Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады (курорттан тыс)/Рекомендуется  
лечение в местном санатории (вне курорта)

санаторий бейінін көрсетіңіз/указать профиль санатория

Жыл мезгілі/Время года \_\_\_\_\_

М.О	Емдеуші дәрігер/ Лечащий врач
М.П	Бөлімше меңгерушісі/Заведующий отделением