

**О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 апреля 2022 года № ҚР ДСМ -38. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 мая 2022 года № 27857

      ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21831) следующие изменения и дополнения:

      пункт 3 изложить в следующей редакции:

      "3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.";

      в правилах оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных указанным приказом:

      подпункты 35) и 37) пункта 2 исключить;

      пункт 47 изложить в следующей редакции:

      "47. Оплата услуг поставщиков – субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – услуги АПП) прикрепленному населению осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг за:

      1) оказание услуг АПП прикрепленному населению;

      2) оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;

      3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина;

      4) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности.";

      пункты 50-1 и 78 исключить;

      пункт 84 изложить в следующей редакции:

      "84. При экстренной госпитализации ребенка в возрасте до пяти лет, а также тяжело больных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, оплата бактериологического обследования на сальмонеллез, экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностического исследования на выявление РНК вируса COVID-19 матери (отца), непосредственно осуществляющего уход за ребенком, из числа получателей адресной социальной помощи, многодетных матерей, награжденных подвесками "Алтын алқа", "Күміс алқа", неработающих лиц, осуществляющих уход за ребенком-инвалидом; неработающих лиц, осуществляющих уход за инвалидом первой группы, производится дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

      пункт 91 изложить в следующей редакции:

      "91. Линейная шкала не применяется:

      1) к областным и городским организациям родовспоможения;

      2) к многопрофильным стационарам, оказывающим услуги родовспоможения с долей родовспоможения 45 (сорок пять) процентов и выше от пролеченных случаев;

      3) к стационарам, в том числе республиканским организациям здравоохранения, оказывающим услуги детям до 1 (одного) года с долей детей до 1 (одного) года 45 (сорок пять) процентов и более от пролеченных случаев;

      4) к стационарам, в том числе республиканским организациям здравоохранения, оказывающим услуги детям до 1 (одного) года и услуги родовспоможения с совокупной долей детей до 1 (одного) года и услуг родовспоможения 45 (сорок пять) процентов и более от пролеченных случаев;

      5) на услуги гемодиализа и перитонеального диализа, оказанные в стационарозамещающих и стационарных условиях;

      6) на услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно параграфу 4 настоящей главы;

      7) на услуги, предоставляемые республиканскими организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь больным туберкулезом;

      8) на услуги, предоставляемые организациями здравоохранения и Корпоративным фондом "University Medical Center", оказывающие медицинскую помощь больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра согласно приложению 28 к настоящим Правилам;

      9) на высокотехнологичные медицинские услуги;

      10) на услуги, оказанные больным инфекционными заболеваниями на койках инфекционного профиля на уровне круглосуточного стационара.";

      дополнить пунктом 99-2 следующего содержания:

      "99-2. Оплата за оказание услуг по проведению селективного скрининга на наследственные болезни обмена методом тандемной масс-спектрометрии при лечении новорожденных с подозрением на наследственные болезни обмена осуществляется дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

      пункты 100 и 101 изложить в следующей редакции:

      "100. Оплата за оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в период действия чрезвычайного положения, а также на период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 на всей территории Республики Казахстан осуществляется:

      1) за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости;

      2) за пролеченный случай по тарифу за 1 (один) койко-день при изоляции в карантинном стационаре при подозрении на коронавирусную инфекцию COVID-19;

      3) за оказание экстракорпоральной мембранной оксигенации – за фактически понесенные расходы на ЛС, МИ и медицинские услуги;

      4) за применение монооксида азота в лечении легочной гипертензии (с учетом стоимости газовой смеси) – по тарифу;

      5) за обеспечение противовирусными препаратами, за исключением препаратов, полученных на безвозмездной основе за счет резервов Правительства Республики Казахстан, местных исполнительных органов и других источников – по фактической (закупочной) стоимости препаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 95) и 96) статьи 7 Кодекса;

      6) за проведение ультра гемофильтрации при тяжелых случаях лечения – по тарифу.

      101. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому при оказании услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется по тарифу 1/6 (одной шестой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ легкой или средней степени с учетом коэффициента затратоемкости медицинской помощи в стационарных условиях.";

      дополнить пунктами 108-1 и 108-2 следующего содержания:

      "108-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.

      108-2. Оплата за оказанные услуги в рамках ГОБМП в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор закупа услуг, до даты окончания срока действия договора закупа услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.

      При этом, сумма за услуги в рамках ГОБМП, оказанные в декабре предыдущего года, не превышает сумму среднемесячного фактического исполнения по принятой к оплате сумме за 11 месяцев предыдущего финансового года.";

      дополнить пунктами 129-1 и 129-2 следующего содержания:

      "129-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.

      129-2. Оплата за оказанные услуги в рамках ГОБМП в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор закупа услуг, до даты окончания срока действия договора закупа услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.

      При этом, сумма за услуги в рамках ГОБМП, оказанные в декабре предыдущего года, не превышает сумму среднемесячного фактического исполнения по принятой к оплате сумме за 11 месяцев предыдущего финансового года.";

      пункт 147 изложить в следующей редакции:

      "147. Оплата за оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в период действия чрезвычайного положения, а также в период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19 при экстренной госпитализации пациентов и новорожденных от матери с подтвержденной коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на коронавирусную инфекцию COVID-19.";

      дополнить пунктом 148-1 следующего содержания:

      "148-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.";

      пункт 220 изложить в следующей редакции:

      "220. Оплата поставщикам за оказание услуг патологоанатомического вскрытия и патологоанатомической диагностики (далее – ПАБ) на основании договора закупа услуг на оказание патологоанатомической диагностики (далее – договор ПАБ) осуществляется забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования, в том числе проводимые прижизненно, за исключением услуг, которые оплачиваются в стоимости пролеченного случая по медико-экономическим тарифам и клинико-затратным группам (за исключением пролеченных случаев по кодам МКБ-10: C00-C80, С97, D00-D09, D37-D44, D48).";

      приложения 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 53, 54, 55, 60, 61 и 78 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 и 13 к настоящему приказу.

      2. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

      3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2022 года.

|  |  |
| --- | --- |
| *Министр здравоохранения*  *Республики Казахстан* | *А. Ғиният* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 апреля 2022 года № ҚР ДСМ -38 |
|  | Приложение 3 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре доходов при оказании скорой медицинской помощи период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс. тенге | | |
| Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1 | Оказание скорой медицинской помощи 1-3 категории срочности вызовов |  |  |  |
| 1.2 | Проведение тромболитической терапии |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу |
|  | Приложение 4 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре расходов при оказании скорой медицинской помощи период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге) | План бюджетных средств на отчетный год | Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге) | | Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге) | | Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | | Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | |
| всего | в т.ч. аванс | всего | в т.ч. аванс | |  | |  | |  | |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 |
| 0А | Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X | | Х | |  | |  | |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X | | Х | |  | |  | |  |
| 0Б | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  | | X | |  | | X | |  |
| 0В | Поступление средств, всего: |  | Х |  |  |  |  | | X | |  | | X | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| 1. | Оказание скорой медицинской помощи всего: |  | Х |  |  |  |  | | Х | |  | | Х | |  |
| 1.1. | Скорой медицинской помощи |  | Х |  |  |  |  | | Х | |  | | Х | |  |
| 1.2. | Проведение тромболитической терапии |  | Х |  |  |  |  | | Х | |  | | Х | |  |
| 2. | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя |  | Х |  |  |  |  | | Х | |  | | Х | |  |
| 0Г | Всего расходов |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| I. | ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. | Заработная плата всего: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 1.1. | Оплата труда |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет всего: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2.1. | Социальный налог |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 3. | Приобретение товаров всего: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 3.1. | Приобретение продуктов питания |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 3.2. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 4. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| а) | мягкий инвентарь |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 5. | Коммунальные и прочие услуги, всего: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 5.1. | Оплата коммунальных услуг |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| а) | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| б) | за газ, электроэнергию |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| в) | за теплоэнергию |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| г) | оплата услуг связи |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 5.2. | Прочие услуги и работы |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | Х | | Х | | Х | | Х |
| а) | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| б) | на услуги по обеспечению питания |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| в) | на оплату услуг по договору соисполнения |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| г) | расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| д) | на аренду |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 6. | Другие текущие затраты, всего: |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 6.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 6.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 6.3. | Прочие текущие затраты |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 7. | Лизинговые платежи |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| II | ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу |
|  | Приложение 9 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Счет-реестр за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи**  
**и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**  
**по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек

в том числе сельское население \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек\*

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН\*\*:

Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия\_\_\_\_\_\_\_;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КПН\*\*:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия\_\_\_\_\_\_\_;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении

аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США):\_\_\_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих

медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе

Байконыр, поселках Торетам и Акай:\_\_\_\_\_\_\_.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической

помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН",

в месяц: \_\_\_ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП,

в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале

"РПН" к субъекту ПМСП, в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

Комплексный подушевой норматив на оказание первичной медико-санитарной

помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека,

зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): \_\_\_ тенге\*, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту села,

в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале

"РПН" к субъекту ПМСП, в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

Базовый подушевой норматив на на оказание неотложной помощи (далее – НП)

на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту

ПМСП \_\_\_\_ тенге;

Подушевой норматив на оказание неотложной помощи (далее – НП) на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП \_\_\_\_ тенге;

Подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц \_\_\_\_ тенге

Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек

Базовый подушевой норматив на расчетную численность городского населения,

прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению\_\_\_\_ тенге

Подушевой норматив на расчетную численность городского населения,

прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению\_\_\_\_ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, предъявляемой к оплате за оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе: |  |
| 1.1. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |
| 1.6 | за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |
| 1.7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |
| 1.7.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |
| 1.7.2. | услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов |  |
| 1.7.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |
| 1.7.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |
| 1.7.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |
| 1.7.6. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) |  |
| 1.7.7. | услуги в травматологических пунктах |  |
| 1.7.8. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |
| 1.7.9 | услуги в республиканских организациях здравоохранения |  |
| 1.7.10 | услуги молодежных центров здоровья |  |
| 1.8. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |
| 1.9. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |
| 1.10. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |
| 1.11. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ) |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг патологоанатомического вскрытия.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Количество услуг | Стоимость услуги | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого к оплате | |  |  |  |

**Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики (Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Количество услуг | Стоимость услуги | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого к оплате | |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

3) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

4) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание комплекса первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

5) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

6) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

7) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету- реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Примечание:

\* - данные вводятся поставщиками, имеющими прикрепленное население, проживающее в сельской местности;

\*\* - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

**Таблица № 1. Динамика численности прикрепленного населения человек**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода | Количество прикрепленного населения | | Количество открепленного населения | | | | Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода |
| Итого | в т.ч. по свободному выбору | Итого | в т.ч. по причинам | | |
| отказ по свободному выбору | смерть | выезд |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода человек**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Возраст | Итого прикрепленное население | в том числе: | |
| Мужчины | Женщины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | 0-12 месяцев |  |  |  |
| 2. | 12 месяцев - 4 года |  |  |  |
| 3. | 5-9 лет |  |  |  |
| 4. | 10-14 лет |  |  |  |
| 5. | 15-19 лет |  |  |  |
| 6. | 20-29 лет |  |  |  |
| 7. | 30-39 лет |  |  |  |
| 8. | 40-49 лет |  |  |  |
| 9. | 50-59 лет |  |  |  |
| 10. | 60-69 лет |  |  |  |
| 11. | 70 и старше |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

      Подтверждаем, что 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период

соответствует: по новорожденным: количеству медицинских свидетельств

о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств

о рождении, зарегистрированных в органах юстиции; по свободному выбору:

количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность;

по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует: по смерти: количеству справок

о смерти или перинатальной смерти; по выезду за пределы страны: количеству

заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность.

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые**  
**индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения,**  
**оказывающего первичную медико-санитарную помощь период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

**Таблица № 1. Данные о субъекте здравоохранения, оказывающем первичную медико-санитарную помощь**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Плановый показатель | Предъявлено к оплате (фактический показатель\*) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Численность прикрепленного населения, человек |  |  |
| 2. | Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч. |  |  |
| 2.1. | на терапевтическом участке |  |  |
| 2.2. | на педиатрическом участке |  |  |
| 2.3 | на участке семейного врача или ВОП |  |  |
| 3. | Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения |  |  |
| 4. | Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения |  |  |
| 5. | Коэффициент медицинской организации |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Плановый показатель\*\* | | | Предъявлено к оплате\*\*\* | | | |
| Целевой показатель | Количество баллов | Сумма, тенге | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Итого | | Х |  |  | Х |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "Регистр прикрепленного населения"

\*\* - значение целевого показателя соответствует данным портала "ДКПН";

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом согласно пункта 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье населения и системе здравоохранения", сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание ГОБМП;

сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание ГОБМП;

\*\*\* - значения соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия отчетного периода в портале "ДКПН" Фондом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 2.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных**  
**в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов | | |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |
| 2. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта | | |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |
| 3. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта | | |  |  |
| 3.1. |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |
| 4. | Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ в рамках онкоплана) | | |  |  |
| 4.1 |  |  |  |  |  |
| 4.2. |  |  |  |  |  |
| 5. | Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ в рамках онкоплана) | | |  |  |
| 5.1. |  |  |  |  |  |
| 5.2. |  |  |  |  |  |
| 6. | Услуги в травматологических пунктах | | |  |  |
| 6.1. |  |  |  |  |  |
| 6.2. |  |  |  |  |  |
| 7. | Услуги в кожно-венерологических диспансерах и, или отделениях при многопрофильных больницах | | |  |  |
| 7.1. |  |  |  |  |  |
| 7.2. |  |  |  |  |  |
| 8. | Услуги в республиканских организациях здравоохранения | | |  |  |
| 8.1. |  |  |  |  |  |
| 8.2. |  |  |  |  |  |
| 9. | Медицинское обслуживание школьников в организациях образования | | |  |  |
| 9.1. |  |  |  |  |  |
| 9.2. |  |  |  |  |  |
| 10. | Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне | | |  |  |
| 10.1 |  |  |  |  |  |
| 10.2 |  |  |  |  |  |
| 11. | Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) | | |  |  |
| 11.1. |  |  |  |  |  |
| 11.2. |  |  |  |  |  |
| 12. | Оказание услуг молодежными центрами здоровья | | |  |  |
| 12.1. |  |  |  |  |  |
| 12.2. |  |  |  |  |  |
| 13. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 13.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13.3 | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (по договору соисполнения от №\_\_\_ ) | | |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате

соисполнителям в порядке и сроки, определенные настоящими Правилами

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | Полный код услуги | Наименование услуги | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности \* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | Наименование услуги | Количество |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Итого | Х |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами**  
**с низким содержанием фенилаланина период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Количество | Стоимость | Сумма, тыс. тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
|  | Итого |  | Х |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к приказу |
|  | Приложение 10 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре доходов при оказании комплекса услуг первичной**  
**медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи**  
**в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную**  
**медико-санитарную помощь период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

(Наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс. тенге | | |
| всего | за счет бюджетных средств (ГОБМП, активы ОСМС) | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |
| 1.6. | за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |  |  |
| 1.7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |
| 1.8. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |
| 1.9. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |
| 1.10 | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |
| 1.11 | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ) |  |  |  |
| 1.12 | Другие услуги (указать) |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к приказу |
|  | Приложение 11 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и(или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре расходов при оказании комплекса услуг первичной**  
**медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи**  
**в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную**  
**медико-санитарную помощь период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге) | План бюджетных средств на отчетный год | Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге) | | Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге) | Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге) |
| всего | в т.ч. аванс | всего | в т.ч. аванс |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0А | Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X |  |  |  |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X |  |  |  |  |
| 0Б | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0В | Поступление средств, всего: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | в том числе: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 1. | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи всего: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 6. | за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 8 | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 9. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 10. | услуги мобильной бригады ПМСП | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 11. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Другие | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 13. | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 0Г | Всего расходов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| I. | ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Заработная плата всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Оплата труда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1. | Дифференцированная оплата |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | Прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2. | Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3. | Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. | Социальный налог |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Приобретение товаров всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. | Приобретение продуктов питания |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. | Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3. | Приобретение прочих товаров |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | мягкий инвентарь |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Приобретение адаптированных заменителей грудного молока |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Коммунальные и прочие услуги, всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1. | Оплата коммунальных услуг |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | за горячую, холодную воду, канализацию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | за газ, электроэнергию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | за теплоэнергию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | оплата услуг связи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2. | Прочие услуги и работы |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | на услуги по обеспечению питания |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | на оплата услуг по договору соисполнения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д) | на аренду |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Другие текущие затраты, всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.3. | Прочие текущие затраты |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Лизинговые платежи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к приказу |
|  | Приложение 16 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и(или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию комплекса услуг первичной**  
**медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи**  
**в амбулаторных условиях №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**  
**по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| численность населения, человек | сумма, тенге | количество случаев | сумма, тенге | численность населения, человек | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | ВСЕГО за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.7. | За расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |  |  |  |  |  |
| 1.8. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.2. | услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.6. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.7. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.8. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.9 | услуги в республиканских организациях здравоохранения |  |  |  |  |  |  |
| 1.8.10 | услуги молодежных центров здоровья |  |  |  |  |  |  |
| 1.9. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |  |  |  |
| 1.10. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |  |  |  |
| 1.11. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 1.12. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ) |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема по оказанию комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | Код наименование перечня | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
| Количество услуг или численность | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Реестр услуг, прошедших текущий мониторинг |  |  |
| 1.1. | за отчетный период |  |  |
| 1.2. | за прошедший период |  |  |
| 2. | Реестр услуг, прошедших целевой мониторинг |  |  |
| 2.1. | за отчетный период |  |  |
| 2.2. | за прошедший период |  |  |
| 3. | Реестр услуг, прошедших проактивный мониторинг |  |  |
| 3.1. | за отчетный период |  |  |
| 3.2. | за прошедший период |  |  |
| 4. | Реестр услуг, прошедших внеплановый мониторинг |  |  |
| 4.1. | за отчетный период |  |  |
| 4.2. | за прошедший период |  |  |
| 5. | Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи |  |  |

      Примечание:

\*- В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, финансируемых через информационную систему "Единая платежная система", тогда таблица № 2 формируется отдельно для каждого вида помощи

**Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы конечного результата | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | сумма, тенге | Количество услуг | сумма, тенге | Количество услуг | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Патологоанатомическое вскрытие |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 5. Расчет иных выплат и вычетов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника  при внесении Иных вычетов и выплат) | Выплаты | | Вычеты | |
| количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

      Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к приказу |
|  | Приложение 17 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и(или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Акт оказанных услуг комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи**  
**и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| численность населения или кол-во услуг | сумма, тенге | численность населения или кол-во услуг | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению |  |  |  |  |
| 1.1. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |  |
| 1.6. | за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |  |  |  |
| 1.7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.7.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |  |  |  |
| 1.7.2. | услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов |  |  |  |  |
| 1.7.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |
| 1.7.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |
| 1.7.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |
| 1.7.6. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) |  |  |  |  |
| 1.7.7. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |
| 1.7.8. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |
| 1.7.9 | услуги в республиканских организациях здравоохранения |  |  |  |  |
| 1.7.10 | услуги молодежных центров здоровья |  |  |  |  |
| 1.8. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |
| 1.9. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |  |
| 1.10. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |  |
| 1.11. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| количество | Сумма, тенге | количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1. | Патологоанатомическое вскрытие |  |  |  |  |
| 1.2. | Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования |  |  |  |  |
|  | Итого к оплате: |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат) | Выплаты | | Вычеты | |
| количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1 по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.2 по услугам вне договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1 выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,

2.2 вычеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию

в следующий период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

      Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование заказчика)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование бенефициара)  КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  подпись) (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |  | Поставщик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование поставщика)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование банка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБЕ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  подпись) (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к приказу |
|  | Приложение 53 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Счет-реестр за оказание медицинской помощи сельскому населению**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**  
**по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество прикрепленного сельского населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек;

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения",

в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН\*\*:

Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия\_\_\_\_\_\_\_;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КПН\*\*:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия\_\_\_\_\_\_\_;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении

аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США) \_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих

медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе

Байконыр, поселках Торетам и Акай\_\_\_\_\_.

Сумма на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

на 1-го жителя в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Комплексный подушевой норматив на сельское население в расчете на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного

населения", в месяц: \_\_\_ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного

населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц \_\_\_\_\_\_\_ тенге;

сумма стимулирующий компонент подушевого норматива на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения"

к субъекту в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

Подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц \_\_\_\_ тенге

Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Всего за оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе: |  |
| 1.1. | за оказание медицинской помощи: |  |
| 1.1.1. | за оказание специализированной медицинской помощи |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |
| 1.2 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |
| 1.6. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |
| 1.6.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |
| 1.6.2. | услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов |  |
| 1.6.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |
| 1.6.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |
| 1.6.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |
| 1.6.6. | услуги в травматологических пунктах |  |
| 1.6.7. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |
| 1.6.8. | услуги молодежных центров здоровья |  |
| 1.7. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |
| 1.8. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |
| 1.9. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

3) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

4) реестр оказанных клинико-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

5) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

6) реестр клинико-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

7) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание медицинской помощи сельскому населению;

9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

10) персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

11) реестр оказанных клинико-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 11 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

Примечание: - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

**Таблица № 1. Динамика численности прикрепленного населения человек**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода | Количество прикрепленного населения | | Количество открепленного населения | | | | Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода |
| Итого | в т.ч. по свободному выбору | Итого | в т.ч. по причинам | | |
| отказ по свободному выбору | смерть | выезд |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода человек**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Возраст | Итого количество прикрепленного населения | в том числе: | |
| Мужчины | Женщины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | 0-12 месяцев |  |  |  |
| 2. | 12 месяцев - 4 года |  |  |  |
| 3. | 5-9 лет |  |  |  |
| 4. | 10-14 лет |  |  |  |
| 5. | 15-19 лет |  |  |  |
| 6. | 20-29 лет |  |  |  |
| 7. | 30-39 лет |  |  |  |
| 8. | 40-49 лет |  |  |  |
| 9. | 50-59 лет |  |  |  |
| 10. | 60-69 лет |  |  |  |
| 11. | 70 и старше |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

      Подтверждаем, что

      1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:

      - по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах юстиции;

      - по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность;

      - по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения);

      2) количеству открепленного населения соответствует:

      - по смерти: количеству справок о смерти или перинатальной смерти

      - по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность

      Руководитель поставщика

      (уполномоченное должностное лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Подпись) (для документа на бумажном носителе)

      Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Подпись) (для документа на бумажном носителе)

      Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

      Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

      Примечание: \* - данные таблицы представляются в качестве информации о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" и не влияют на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи сельскому населению |
|  | Форма |

**Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

**Таблица № 1: Данные о субъекте здравоохранения, оказывающем первичную медико-санитарную помощь**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Плановый показатель | Предъявлено к оплате (фактический показатель\*) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Численность прикрепленного населения, человек |  |  |
| 2. | Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч: |  |  |
| 2.1. | на терапевтическом участке |  |  |
| 2.2. | на педиатрическом участке |  |  |
| 2.3. | на участке семейного врача или ВОП |  |  |
| 3. | Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения |  |  |
| 4. | Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения |  |  |
| 5. | Коэффициент медицинской организации |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Плановый показатель\*\* | | | Предъявлено к оплате\*\*\* | | | |
| Целевой показатель | Количество баллов | Сумма, тенге | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Итого | | Х |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки.  Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

      Примечание:

\* - расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "Регистр прикрепленного населения";

\*\* - значение целевого показателя установлено в соответствии с Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий финансовый год, заключенным между Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН"; - количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом согласно пункта 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье населения и системе здравоохранения", сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание ГОБМП;

\*\*\* - значения соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия отчетного периода в портале "ДКПН" Фондом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 3.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3.3. | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи \* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов | | |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |
| 2. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта | | |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |
| 3. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта | | |  |  |
| 3.1. |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |
| 4. | Услуги в травматологических пунктах | | |  |  |
| 5.1. |  |  |  |  |  |
| 5.2. |  |  |  |  |  |
| 5. | Услуги в кожно-венерологических диспансерах и, или отделениях при многопрофильных больницах | | |  |  |
| 6.1. |  |  |  |  |  |
| 6.2. |  |  |  |  |  |
| 6. | Медицинское обслуживание школьников в организациях образования | | |  |  |
| 7.1. |  |  |  |  |  |
| 7.2. |  |  |  |  |  |
| 7. | Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне | | |  |  |
| 8.1 |  |  |  |  |  |
| 8.2 |  |  |  |  |  |
| 9. | Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) | | |  |  |
| 9.1. |  |  |  |  |  |
| 9.2. |  |  |  |  |  |
| 10 | Оказание услуг молодежных центров здоровья | | |  |  |
| 10.1 |  |  |  |  |  |
| 10.2 |  |  |  |  |  |
| 10. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 10.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 10.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 10.3 | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание: \* - данные формируются на основании введенных данных, внесенных поставщиком в МИС.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнения от №\_\_\_ ) | | |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате соисполнителем в порядке и сроки, определенные настоящими Правилами.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | Полный код услуги | Наименование услуги | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

\*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | Форма |

**Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | Наименование услуги | Количество |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами**  
**с низким содержанием фенилаланина период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Количество | Стоимость | Сумма, тыс.тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

**Персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана**  
**специализированная медицинская помощи в форме стационарной и (или)**  
**стационарозамещающей медицинской помощи \* период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

**Таблица № 1: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпита лизации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз Код МКБ-10 | Основная операция Наименование | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код МКБ-10 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Всего случаев по специализированной медицинской помощи \_\_\_\_\_\_, в том числе: | | | | | | | |  | | |
| 1.1. | итого стационарная помощь \_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | итого стационарозамещающая помощь \_\_\_\_\_, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | итого стационар на дому\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись) (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

\* - данные формируются на основе данных, введенных поставщиком в ИС "ЭРСБ".

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к приказу |
|  | Приложение 54 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом села**  
**период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(Наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс.тенге | | |
| всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | за оказание медицинской помощи: |  |  |  |
| 1.1.1. | за оказание специализированной медицинской помощи |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |  |  |
| 1.2 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |
| 1.6. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |
| 1.7. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |
| 1.8. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |
| 1.9. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |
| 1.10. | Другие услуги (указать) |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10 к приказу |
|  | Приложение 55 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Информация о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом села**  
**период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге) | План бюджетных средств на отчетный год | Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге) | | Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге) | Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) |
| всего | в т.ч. аванс | всего | в т.ч. аванс |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0А | Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0Б | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0В | Поступление средств, всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Оказание медицинской помощи: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Оказание специализированной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.8. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.9. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.10. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.11. | Другие (указать) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0Г | Всего расходов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I. | ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Заработная плата всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Оплата труда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1. | Дифференцированная оплата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | Прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2. | Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3. | Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. | Социальный налог |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Приобретение товаров всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. | Приобретение продуктов питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. | Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | мягкий инвентарь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Приобретение адаптированных заменителей грудного молока |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Коммунальные и прочие услуги, всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1. | Оплата коммунальных услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | за газ, электроэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | за теплоэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | оплата услуг связи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2. | Прочие услуги и работы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | на услуги по обеспечению питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | на оплата услуг по договору соисполнения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д) | на аренду |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Другие текущие затраты, всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.3. | Прочие текущие затраты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Лизинговые платежи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 11 к приказу |
|  | Приложение 60 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи**  
**сельскому населению №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_**  
**20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи прикрепленному населению**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| численность населения | сумма, тенге | количество случаев | сумма, тенге | численность населения | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | за оказание медицинской помощи: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.1. | за оказание специализированной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |  |  |  |
| 1.6. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.2. | услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.6. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.7. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.8. | услуги молодежных центров здоровья |  |  |  |  |  |  |
| 1.7. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |  |  |  |
| 1.8. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |  |  |  |
| 1.9 | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема медицинской помощи сельскому населению**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п п | Код или наименование перечня | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
| Количество услуг численность | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Реестр услуг, прошедших текущий мониторинг |  |  |
| 1.1. | за отчетный период |  |  |
| 1.2. | за прошедший период |  |  |
| 2. | Реестр услуг, прошедших целевой мониторинг |  |  |
| 2.1. | за отчетный период |  |  |
| 2.2. | за прошедший период |  |  |
| 3. | Реестр услуг, прошедших проактивный мониторинг |  |  |
| 3.1. | за отчетный период |  |  |
| 3.2. | за прошедший период |  |  |
| 4. | Реестр услуг, прошедших внеплановый мониторинг |  |  |
| 4.1. | за отчетный период |  |  |
| 4.2. | за прошедший период |  |  |
| 5. | Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи |  |  |

      Примечание:

\*- В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, финансируемых через информационную систему "Единая платежная система", тогда таблица №2 формируется отдельно для каждого вида помощи

**Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы конечного результата | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат) | Выплаты | | Вычеты | |
| количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

      Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге.

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика:

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Подпись)

(для протокола на бумажном носителе)

Место печати (при наличии) ( для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 12 к приказу |
|  | Приложение 61 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |

**Акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи прикрепленному населению**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| численность населения или кол-во услуг | сумма, тенге | численность населения или кол-во услуг | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1. | за оказание медицинской помощи: |  |  |  |  |
| 1.1.1. | за оказание специализированной медицинской помощи |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению: |  |  |  |  |
| 1.2 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |
| 1.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |
| 1.4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи |  |  |  |  |
| 1.5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний |  |  |  |  |
| 1.6. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.6.1. | за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) |  |  |  |  |
| 1.6.2. | услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением |  |  |  |  |
| 1.6.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |
| 1.6.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |
| 1.6.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |
| 1.6.6. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |
| 1.6.7. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |
| 1.6.8. | услуги молодежных центров здоровья |  |  |  |  |
| 1.7. | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне |  |  |  |  |
| 1.8. | оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции |  |  |  |  |
| 1.9. | услуги мобильной бригады ПМСП |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате для стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 3. Сумма иных выплат и вычетов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат) | Выплаты | | Вычеты | |
| количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.2. услуги вне Договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие

мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.4. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным

исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,

2.2 вычеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию

в следующий период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование заказчика)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование бенефициара)  КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество  (при его наличии) подпись)  (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |  | Поставщик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование поставщика)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование банка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБЕ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  подпись) (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 13 к приказу |
|  | Приложение 78 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и(или) в системе обязательного социального медицинского страхования |

**Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи зараженным**  
**ВИЧ-инфекцией №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

      Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | | Принято к оплате, тенге | |
|  |  | количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1. | по тарифу на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией; |  |  |  |  |
| 1.2. | по тарифу на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет |  |  |  |  |
| 1.3. | по тарифу на обследование населения по поводу ВИЧ |  |  |  |  |
| 1.4. | за обеспечение антиретровирусными препаратами |  |  |  |  |

**Таблица № 2. Сумма иных выплат и вычетов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника  при внесении Иных вычетов и выплат) | Выплаты | | Вычеты | |
| количество | сумма | количество | сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом,

не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным

исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,

2.2. вычеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в следующий

период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование заказчика)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование бенефициара)  КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество  (при его наличии) подпись)  (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |  | Поставщик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование поставщика)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование банка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБЕ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Руководитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  подпись) (для акта на бумажном носителе)  Место печати (при наличии)  (для акта на бумажном носителе) |

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