**Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № 138 от 29 марта 2018 года**

*Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 марта 2018 года № 16685*

**Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники**

      В соответствии c пунктами 3 и 4 статьи 25 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ**:

      1. Утвердить:

      1) Правила оплаты услуг субъектов здравоохранения согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) Правила оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники согласно приложению 2 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) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

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

      4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридический службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

      4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2018 года.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан*** | ***Л. Ақтаева*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 |

**Правила оплаты услуг субъектов здравоохранения**

**Раздел 1. Общие положения**

      1. Настоящие Правила оплаты услуг субъектов здравоохранения (далее - Правила) разработаны в соответствии с [пунктом 3](http://pharmnews.kz/load/zakonodatelstvo/raznoe/kodeks-respubliki-kazahstan-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravoohraneniya_416/8-1-0-434) статьи 25 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс о здоровье) и определяют порядок оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), закуп которых осуществляется в соответствии с [Правилами](http://pharmnews.kz/ru/legislation/prikaz-mz-rk--591-ot-7-avgusta-2017-goda_1996) закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604) (далее - Правила закупа).

      2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

      1) мониторинг договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг (далее – мониторинг качества и объема) – систематическая оценка оказанных медицинских услуг на соответствие требованиям законодательства в области здравоохранения и условиям договора закупа услуг у субъектов здравоохранения путем применения индикаторов оценки качества и определения дефектов оказания медицинской помощи для принятия мер по обеспечению исполнения договорных обязательств;

      2) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – гарантированный компонент КПН АПП) - расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг, оказанных в форме первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностическая помощь (далее – КДП) с учетом поправочных коэффициентов;

      3) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – КПН АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в информационной системе "Регистр прикрепленного населения" (далее – РПН) к субъекту ПМСП, состоящая из гарантированного компонента КПН АПП и стимулирующего компонента КПН;

      4) субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц: город районного значения, район, сельский округ, село, поселок, и предоставляющий комплекс услуг населению, зарегистрированному в РПН;

      5) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг, оказываемых сельскому населению, с учетом поправочных коэффициентов;

      6) комплексный подушевой норматив на оказание услуг сельскому населению (далее - комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в РПН, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и СКПН;

      7) базовая ставка – расчетная стоимость комплекса услуг, взятых за единицу измерения;

      8) субъекты информатизации в области здравоохранения (далее – СИ) – государственные органы, физические и юридические лица, осуществляющие деятельность или вступающие в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения;

      9) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

      10) пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;

      11) половозрастной поправочный коэффициент – коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения;

      12) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) - составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке, определенном [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011526#z12) исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 "Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11526) (далее – приказ № 429);

      13) комплексный тариф на одного онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных" (далее – ИС "ЭРОБ"), за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и медицинской помощи детям в возрасте до восемнадцати лет, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      14) клинико-затратные группы (далее - КЗГ) – клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;

      15) соисполнитель - субъект здравоохранения, включенный в базу данных, с которым поставщик заключил гражданско-правовой договор для исполнения части обязательств поставщика по договору закупа медицинских услуг;

      16) ретроспективный анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, получивших медицинскую помощь на момент проведения экспертизы;

      17) дефект оказания медицинской помощи (далее – дефект) – нарушение порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в невыполнении стандартов в области здравоохранения и несоблюдении клинических протоколов;

      18) текущий мониторинг – вид проведения мониторинга качества и объема, представляющего собой оценку качества и объемов медицинских услуг в текущем отчетном периоде, проводимого на регулярной основе в информационных системах и (или) путем посещения субъекта здравоохранения;

      19) целевой мониторинг – вид проведения мониторинга качества и объема, представляющего собой оценку качества и объема медицинских услуг по результатам текущего мониторинга и (или) по определенным фондом тематическим направлениям, проводимого в соответствующих информационных системах и (или) путем посещения субъекта здравоохранения для профилактики и предотвращения нарушений;

      20) поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд заключил договор закупа медицинских услуг в соответствии с Правилами закупа;

      21) субъект ПМСП – субъект здравоохранения, оказывающий ПМСП и комплекс амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению, зарегистрированному в портале РПН;

      22) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированного в подсистеме "Электронный регистр психических больных" (далее - ИС "ЭРПБ") информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – ИС "ЭРДБ"), утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      23) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ - стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, зарегистрированного в подсистеме "Электронный регистр наркологических больных" (далее – ИС "ЭРНБ") ИС "ЭРДБ", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      24) комплексный тариф на одного больного туберкулезом – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным туберкулезом в расчете на одного больного туберкулезом, зарегистрированного в подсистеме "Национальный регистр больных туберкулезом" (далее – ИС "НРБТ") ИС "ЭРДБ", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      25) комплексный тариф на одного инфицированного вирусом иммунодефицита человека и (или) больного синдромом приобретенного иммунодефицита - стоимость комплекса медико-социальных услуг инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) в расчете на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      26) медицинские услуги (далее – услуги) – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;

      27) республиканские организации здравоохранения – организации здравоохранения, находящиеся в ведении уполномоченного органа, организации здравоохранения автономной организации образования, организаций медицинского образования;

      28) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) –некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

      29) договор закупа услуг у субъектов здравоохранения (далее - договор закупа услуг) – соглашение в письменной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг;

      30) тариф – расчетная стоимость единицы услуги или комплекса медицинских услуг;

      31) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые уполномоченным органом с целью корректировки тарифа в соответствии с [Методикой](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z2467) формирования тарифов на медицинские услуги, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946) (далее – Методика формирования тарифов);

      32) линейная шкала оценки исполнения договора (далее – Линейная шкала) – механизм расчета суммы оплаты в случаях превышения месячной суммы договора закупа услуг без учета результатов мониторинга качества и объема;

      33) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень затратности КЗГ к стоимости базовой ставки.

Раздел 2. Порядок оплаты услуг по видам медицинской деятельности

Подраздел 1. Порядок оплаты услуг субъектов здравоохранения

Параграф 1. Общие положения

      3. Оплата услуг субъектов здравоохранения осуществляется фондом за счет трансфертов из республиканского бюджета на основании договоров закупа услуг в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год, и (или) за счет активов фонда.

      4. Оплата услуг субъектов здравоохранения производится с учетом результатов мониторинга качества и объема услуг.

      5. Отчетным периодом оплаты по договору закупа услуг является календарный месяц.

      6. Оплата услуг осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, на основании актов оказанных услуг.

      7. В случае превышения суммы, подлежащей к оплате за оказанные услуги, над суммой, предусмотренной по договору закупа услуг с поставщиком, созданным в организационно-правовой форме государственного предприятия, оплата суммы превышения (увеличение расходов на коммунальные услуги, текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования) осуществляется по решению местного представительного органа из средств местного бюджета областей, города республиканского значения и столицы.

      8. Фонд по согласованию с поставщиком осуществляет авансовую (предварительную) оплату в размере не более тридцати процентов от суммы договора закупа услуг, с последующим удержанием суммы, выплаченной авансовой (предварительной) оплаты, согласно графику ее удержания.

      9. График удержания авансовой (предварительной) оплаты устанавливается равномерно с месяца, следующего за месяцем ее выплаты, на количество периодов, составляющих не более семидесяти пяти процентов от общего количества периодов оказания услуги.

      10. В случае, когда сумма авансовой (предварительной) оплаты, подлежащая удержанию в текущем периоде, превышает или равна сумме, принятой к оплате по актам оказанных услуг за отчетный период, удерживается сумма, равная принятой к оплате, остаток суммы, подлежащей удержанию в текущем периоде, удерживается в следующем периоде совокупно с суммой авансовой (предварительной) оплаты, подлежащей удержанию в следующем периоде.

      11. Авансовая (предварительная) оплата по договору закупа услуг не осуществляется поставщику, который заключил договор закупа услуг на период шесть и менее месяцев текущего финансового года, а также ранее не заключал договора закупа услуг, за исключением поставщиков, оказывающих медицинскую помощь, по следующим направлениям:

      1) оказание стационарной помощи детскому населению и при родовспоможении;

      2) оказание стационарной помощи больным с социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (туберкулез, онкология, психиатрия, наркология, инфекционные заболевания);

      3) оказание скорой медицинской помощи.

      12. Виды мониторинга качества и объема:

      1) текущий мониторинг по видам и формам медицинской помощи, видам медицинской деятельности;

      2) целевой мониторинг по видам и формам медицинской помощи, видам медицинской деятельности;

      3) мониторинг исполнения условий договора закупа услуг, не вошедших в предмет мониторинга, указанных в подпунктах 1) и 2) настоящего пункта.

      13. Мониторинг качества и объема осуществляется путем:

      1) автоматизированной и (или) ручной выборки оказанных услуг в объеме не менее десяти процентов на основе данных, введенных поставщиком в информационные системы здравоохранения, при наличии технической возможности информационных систем здравоохранения. При этом, в случае отсутствия информационных систем, адаптированных для проведения мониторинга качества и объема, выборка может осуществляться в иных объемах;

      2) посещения субъектов здравоохранения для изучения первичной медицинской документации на бумажных носителях, осуществления сверки данных, внесенных в информационные системы, с первичной медицинской документацией и иных мероприятий в целях обеспечения мер по исполнению условий договора закупа услуг.

      Для проведения мониторинга качества и объема фонд, при необходимости, привлекает независимых экспертов - профильных специалистов.

      В рамках мониторинга качества и объема услуг фонд запрашивает от субъектов здравоохранения медицинскую документацию на бумажных и (или) электронных носителях либо их копии, заверенные первым руководителем поставщика и иную информацию, необходимую для его проведения.

      14. Поставщик в течение 3 (трех) рабочих дней, с момента запроса фондом медицинской документации, предоставляет в адрес фонда запрашиваемые документы на бумажном носителе или электронную сканированную копию документов. Запрос фондом осуществляется официальным письмом.

      Медицинская документация, направленная поставщиком в фонд, подлежит возврату в адрес поставщика в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения медицинской документации. Копии документов на бумажном носителе или электронная сканированная копия документов не подлежат возврату в адрес поставщика.

      15. СИ осуществляет в соответствующей информационной системе предварительную оценку оказанных услуг для проведения мониторинга договорных обязательств фондом.

      16. Мониторинг качества и объема путем посещения поставщика осуществляется в плановом и внеплановом порядке.

      17. Мониторинг качества и объема путем посещения поставщика в плановом порядке осуществляется в соответствии с планами посещения, утверждаемыми фондом на финансовый год.

      При мониторинге качества и объема в плановом порядке фондом осуществляется ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг всех прошедших периодов текущего года, результаты которого учитываются при оплате в текущем периоде.

      18. Внеплановый мониторинг поставщика проводится в случаях:

      1) получения фондом информации о возможных нарушениях поставщиком условий договора закупа услуг или требований нормативных правовых актов Республики Казахстан в области здравоохранения;

      2) выявления возможных случаев нарушения требований нормативных правовых актов в области здравоохранения поставщиком по результатам проведения мониторинга качества и объема другого поставщика;

      3) выявления фактов предоставления или ввода поставщиком в информационные системы недостоверных, неполных, некачественно исполненных документов или некорректных данных по формам и отчетам, предусмотренных настоящими Правилами и Правилам закупа, в том числе содержащихся в представленных платежных документах;

      4) поступления от поставщика обращения о несогласии с результатами мониторинга качества и объема, когда объективное рассмотрение обращения невозможно без посещения поставщика;

      5) поступления жалоб, обращений от потребителей медицинских услуг на деятельность поставщика или качество оказанных им медицинских услуг в рамках договора закупа услуг.

      19. По результатам мониторинга качества и объема с посещением поставщика формируется заключение по мониторингу качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

      20. При мониторинге качества и объема учитываются результаты внешней экспертизы качества медицинских услуг, проводимой ТД КООЗ и (или) независимыми экспертами, с формированием:

      1) экспертного заключения на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам;

      2) акта о результатах проверки, сформированного в соответствии со [статьей 152](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000375#z152) Предпринимательского кодекса Республики Казахстан от 29 октября 2015 года;

      3) перечня пролеченных случаев за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

      21. На каждый случай с выявленными дефектами оказания медицинских услуг ТД КООЗ формирует лист экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам. СИ на ежедневной основе осуществляет в соответствующей информационной системе первичную оценку всех случаев автоматизированной выборки, подлежащих внешней экспертизе качества медицинских услуг ТД КООЗ, за исключением случаев с летальными исходами, с предварительным подтверждением и (или) отклонением дефектов оказания медицинской помощи.

      22. ТД КООЗ по случаям, направленным на судебно-медицинскую экспертизу, представляют фонду результаты экспертизы качества после ее завершения в срок не более 2 (двух) месяцев от даты летального исхода.

      23. Акт (сводный акт) мониторинга качества и объема и внешней экспертизы по видам и формам медицинской помощи за текущий отчетный период формируется фондом не позднее 5 (пяти) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода.

      24. По результатам мониторинга качества и объема услуг выявляются дефекты их оказания, оценивается достижение индикаторов, на основании которых фондом применяются штрафные санкции в соответствии с настоящими Правилами.

      25. Результаты мониторинга качества и объема отражаются в реестрах услуг, прошедших мониторинг качества и объема и (или) внешнюю экспертизу качества медицинских услуг по каждой форме и (или) профилю медицинской помощи, на основании которых формируется сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг.

      По результатам текущего мониторинга фондом ежеквартально осуществляется оценка деятельности поставщиков для выработки мероприятий по дальнейшему мониторингу качества и объема.

      26. Оплата услуг производится на основании следующих платежных документов: счет-реестр за оказанные услуги, протокол исполнения договора закупа услуг, акт оказанных услуг.

      27. Поставщик в срок не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем завершения отчетного периода, формирует в ручном или в автоматизированном режиме и передает фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом на бумажном носителе и заверенный печатью поставщика (при ее наличии) или в виде электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) счет-реестр за оказанные услуги отдельно на каждый договор закупа услуг.

      Субъекты ПМСП и субъекты села формируют в автоматизированном режиме и передают фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом на бумажном носителе и заверенный печатью поставщика (при ее наличии) или в виде электронного документа, подписанного ЭЦП, счет-реестр за оказанные услуги не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

      В случае некорректного формирования поставщиком счета-реестра в ручном режиме и (или) предоставлении счет-реестра на бумажном носителе с некорректными данными, фонд в течение 1 (одного) рабочего дня после его получения возвращает поставщику счет-реестр для его повторного формирования и представления.

      В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, указанных в договоре закупа услуг и (или) обстоятельств, связанных с обновлениями в информационных системах, подтвержденных письмом уполномоченного органа, фонд принимает счет-реестр за оказанные услуги позднее установленного срока.

      28. В счете-реестре за оказанные услуги отражается количество услуг, оказание которых завершилось в течение текущего отчетного периода, а также сумма, предъявляемая поставщиком к оплате.

      29. На основании представленного счета-реестра за оказанные услуги, результатов мониторинга качества и объема фонд формирует в ручном или автоматизированном режиме протокол исполнения договора закупа услуг.

      30. Протокол исполнения договора закупа услуг формируется в зависимости от формы оказываемой медицинской помощи, отдельно на каждый договор закупа услуг, подписывается уполномоченным должностным лицом фонда и предоставляется поставщику для ознакомления.

      В протоколе исполнения договора закупа услуг отражаются иные выплаты (вычеты) в случаях наличия решения судебных органов, превышения годовой суммы договора закупа услуг, предусмотренной договором закупа услуг, результатов ежеквартальной сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, применения штрафных санкций по результатам целевого мониторинга или внепланового мониторинга после закрытия отчетного периода, перерасчета сумм, подлежащей оплате ввиду изменения законодательства Республики Казахстан либо по иным основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан.

      31. Фонд на основании протокола исполнения договора закупа услуг составляет акт оказанных услуг (далее - акт оказанных услуг).

      Акт оказанных услуг формируется в ручном или автоматизированном режиме отдельно на каждый договор закупа услуг и подписывается руководителем или уполномоченным должностным лицом фонда и поставщика на бумажном носителе и заверяется печатями фонда и поставщика (при ее наличии) или формируется в виде электронного документа, подписанного их ЭЦП.

      32. Платежные документы на бумажном носителе формируются в трех экземплярах, по одному экземпляру для поставщика, по два экземпляра для фонда.

      33. Оказанные услуги, в том числе случаи с летальными исходами, по которым не завершен мониторинг качества и объема и внешняя экспертиза качества медицинских услуг в текущем отчетном периоде, не отражаются в акте оказанных услуг, и оплата по ним осуществляется после завершения мониторинга качества и объема в последующих отчетных периодах.

      34. Оплата за оказанные услуги в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также за услуги, оказанные в декабре текущего года, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг, на основании дополнительного соглашения к договору закупа услуг, заключенного до окончания срока действия договора на текущий год.

      35. Обмен платежными документами между фондом и поставщиком осуществляется путем ведения официальной переписки.

      36. Оплата по подписанным актам оказанных услуг осуществляется фондом не позднее 20 (двадцати) календарных дней после завершения отчетного периода, путем перечисления денежных средств на расчетный счет поставщика в банке второго уровня, открытый для проведения банковских операций по зачислению и расходованию средств, полученных за оказание услуг.

      В случае предоставления повторного скорректированного счета-реестра и при возникновении обстоятельств непреодолимой силы, по основаниям, предусмотренным пунктами 27 настоящих Правил, оплата осуществляется не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня предоставления скорректированного счета-реестра.

      37. Оплата услуг производится в пределах суммы, не превышающей годовую сумму договора закупа услуг.

      38. Поставщик в случае несогласия с актом оказанных услуг не позднее трех рабочих дней со дня его получения информирует фонд об отказе от подписания акта оказанных услуг с обоснованием причин отказа и приложением расчетов и документов, подтверждающих причину отказа.

      Фонд не позднее 2 (двух) рабочих дней со дня получения отказа от подписания акта оказанных услуг сообщает поставщику о принятом решении (корректировка акта оказанных работ или повторное направление акта оказанных услуг на подписание с приложением расчетов и документов, подтверждающих правильность решения или повторное направление акта оказанных услуг без внесения в него изменений с обоснованием такого решения).

      Срок оплаты по подписанным актам оказанных услуг продлевается на период времени, затраченный фондом и поставщиком на достижение согласия по подписанию акта оказанных услуг.

      39. По результатам оплаты фонд ежеквартально осуществляет сверку исполнения объемов медицинских услуг и финансовых обязательств по договорам закупа услуг с формированием соответствующего акта сверки. В актах сверки по итогам полугодия в июле текущего года и в январе следующего года отражаются суммы уменьшения договора закупа услуг по результатам мониторинга качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев.

      40. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема услуг, неустойки, уплаченные поставщиками в соответствии с условиями договора закупа услуг, подлежат использованию для оплаты услуг по оказанию медицинской помощи.

      41. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема услуг, неустойки, уплаченные поставщиками в соответствии с условиями договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, подлежат использованию для оплаты услуг по тем же формам предоставления медицинской помощи.

      42. Оплата услуг, оказываемых федеральными медицинскими организациями Российской Федерации гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконыр, поселках Торетам и Акай, осуществляется в соответствии с Соглашением между Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома "Байконур", жителей города Байконыр, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса "Байконур", ратифицированным [Законом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z100000285_#z1) Республики Казахстан от 31 мая 2010 года, на основании договоров между федеральными медицинскими организациями и фондом. Оплата осуществляется ежемесячно на основании платежных документов, оформляемых на бумажных носителях.

      43. Положения настоящего параграфа применяются с учетом особенностей оплаты услуг по отдельным видам медицинской помощи согласно настоящим Правилам.

Параграф 2. Порядок оплаты услуг соисполнителя

      44. Поставщик при необходимости привлекает в соответствии с Правилами закупа соисполнителя и заключает с ним договор соисполнения в пределах сумм договора закупа услуг.

      45. Оплата за оказанные услуги соисполнителя осуществляется по тарифам, не превышающим размеры, утвержденные уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      46. Формирование платежных документов по оплате услуг соисполнителя осуществляется в соответствующих информационных системах или на бумажных носителях.

      47. Соисполнитель обеспечивает введение (представление), подтверждение и формирование данных, форм и отчетов аналогично требованиям, предъявляемым поставщику согласно настоящим Правилам и Правилам закупа.

Подраздел 2. Порядок оплата услуг по формам медицинской помощи

Глава 1. Порядок оплаты за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

Параграф 1. Порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу

      48. Оплата за оказание АПП прикрепленному населению осуществляется по тарифу КПН АПП, который включает:

      1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению в формах ПМСП и КДП, включая оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, обеспечение специализированными лечебными продуктами по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу, согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

      2) стимулирование работников поставщика, оказывающего услуги ПМСП, за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъектов ПМСП в порядке, определенном [приказом № 429](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011526#z12) и [Методикой](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z2467) формирования тарифов (далее – стимулирование работников ПМСП).

      49. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по КПН АПП за отчетный период определяется путем умножения КПН АПП для субъектов ПМСП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН на последнюю дату отчетного месяца.

      Для субъектов ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

      Сумма оплаты за оказание АПП субъекта ПМСП по КПН АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

      50. При оплате услуг за оказание АПП для субъектов ПМСП предусматриваются:

      затраты на обеспечение адаптированными заменителями грудного молока для субъектов ПМСП, обслуживающих прикрепленное детское население в возрасте до 1 (одного) года;

      затраты на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов ПМСП, обслуживающих прикрепленное население с заболеванием фенилкетонурия.

      По решению местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее – УЗ) допускается определение субъектов ПМСП для централизованного обеспечения лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина.

      В целях оплаты отпуск адаптированных заменителей грудного молока и лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина регистрируется в информационной системе "Лекарственное обеспечение" (далее – ИС "ЛО").

      51. Фонд на основании акта сверки, указанного в пункте 39 настоящих Правил, осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением количества лиц с заболеванием фенилкетонурия, прикрепленных к субъекту ПМСП.

      52. Автоматизированный учет договоров закупа услуг АПП, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в информационной системе "Единая платежная система" (далее – ИС "ЕПС").

      53. Фонд вводит данные во вкладке "Основные условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг на оказание ПМСП и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      54. При осуществлении процесса оплаты СИ в ИС "ЕПС" вводит и подтверждает данные по соисполнителям и оказываемым ими КДУ в соответствии с заключенными договорами соисполнения.

      55. Для проведения оплаты при автоматизированном формировании счета-реестра за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр АПП) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает:

      1) ежедневный ввод сведений по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений в модуле "Регистратура" автоматизированной информационной системы "Амбулаторно-поликлиническая помощь" (далее - АИС "АПП");

      2) ежедневную персонифицированную регистрацию в автоматизированной информационной системе "Поликлиника" (далее - АИС "Поликлиника"), оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП по формам № 025/у, № 025-5/у, № 025-8/у и № 025-7/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907);

      3) ежедневный ввод внешних направлений на консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ) в АИС "Поликлиника" по форме № 001-4/у первичной медицинской документации, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      4) ввод и подтверждение данных по заключенным договорам соисполнения в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС" в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

      5) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг КДП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

      6) ввод данных, необходимых для выплаты СКПН, расчет и распределение которого осуществляется в соответствии с настоящим параграфом;

      7) на основании первичных бухгалтерских документов за отчетный период формирование в ИС "ЕПС" информации о:

      структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

      структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

      дифференцированной оплате труда работников при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса при оказании амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

      8) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 7) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

      В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 7) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание АПП за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанной информации.

      Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 7) настоящего пункта.

      56. По результатам ввода в ИС данные становятся доступными фонду, Комитету охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КООЗ) и ТД КООЗ, СИ в пределах функций и полномочий, определенных настоящими Правилами для ежедневного мониторинга, анализа и оценки с целью принятия управленческих решений фондом в рамках его компетенции.

      57. Поставщик формирует и передает в фонд счет-реестр за оказание АПП в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 27 настоящих Правил.

      58. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи формируется фондом по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП) в ИС "ЕПС" в ручном или автоматизированном режиме, в котором учитываются результаты достижения поставщиком индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в информационной системе "Дополнительный компонент подушевого норматива" (далее – ИС "ДКПН").

      59. По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг фондом в отношении поставщиков применяются штрафные санкции по перечню дефектов амбулаторно-поликлинической помощи согласно приложению 13 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестры услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам.

      По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг фондом в отношении поставщиков применяются штрафные санкции за оказанные услуги круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов по перечню дефектов скорой медицинской помощи согласно приложению 53 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам.

      60. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется акт оказанных услуг по амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг по АПП).

      61. Оплата по акту оказанных услуг по АПП осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      62. При обслуживании вызовов 4 категории срочности, при состоянии пациента, вызванного острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной угрозы жизни и здоровью пациента, субъект ПМСП при необходимости привлекает для соисполнения организации здравоохранения, имеющие разрешительные документы в соответствии с [Законом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1400000202#z1) Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях", путем передачи им своих обязательств (или части обязательств) по оказанию скорой медицинской помощи.

      63. Оплата услуг соисполнителей осуществляется по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи, утвержденному уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      64. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора закупа услуг по факту численности прикрепленного населения на последнюю дату отчетного периода, а также результатов достижения поставщиком индикаторов конечного результата СКПН.

      65. Размер СКПН рассчитывается в соответствии с [Методикой](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z2467) формирования тарифов.

      66. Оплата суммы СКПН до уровня субъектов и территориальных участков ПМСП осуществляется в автоматизированном режиме в информационной системе "Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи" (далее – ДКПН) ежемесячно до 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным.

      67. Оплата суммы СКПН, подлежащей оплате фондом субъекту ПМСП и субъекту села, осуществляется в ИС "ДКПН" в соответствии с [Методикой](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z2467) формирования тарифов.

      68. Для качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села КООЗ и ТД КООЗ обеспечивает:

      1) в информационной системе "Системе управления качеством медицинских услуг" (далее - ИС "СУКМУ"):

      в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода, ввод данных по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность субъекта ПМСП и субъекта села с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села;

      формирование отчета по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта ПМСП и субъекта села по области, столице и городу республиканского значения, по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам и предоставление его в фонд в срок не позднее 4 (четырех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода;

      2) в ИС "ДКПН":

      в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода, регистрацию всех случаев материнской и детской (от 7 (семи) дней до 5 (пяти) лет смертности, произошедших в течение отчетного периода (за исключением несчастных случаев) и предотвратимых на уровне ПМСП, а также сведения об участии указанных случаев в расчете суммы СКПН по результатам мониторинга качества и объема;

      сведения о случаях, не участвующих в расчете суммы СКПН в отчетном периоде в связи с незавершенным государственным контролем в сфере оказания медицинских услуг;

      формирование отчета по случаям материнской смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по области, столице и городу республиканского значения по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам и предоставление его в фонд в срок не позднее 4 (четырех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода;

      формирования отчета по случаям детской (от 7 (семи) дней до 5 (пяти) лет) смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по области, столице и городу республиканского значения по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам и предоставление его в фонд в срок не позднее 4 (четырех) рабочих дней после отчетного периода.

      69. Для качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" фонд обеспечивает:

      1) ввод и подтверждение данных по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждой области, столице, городу республиканского значения;

      2) ввод и подтверждение данных помесячного распределения годовой суммы СКПН на уровне региона;

      3) ввод и подтверждение установленного целевого значения по каждому индикатору конечного результата, представленного уполномоченным органом по согласованию с УЗ каждой области, столице, городу республиканского значения;

      4) ежемесячное (в начале отчетного периода) установление критерия распределения суммы СКПН свыше 150 (ста пятидесяти) тенге в расчете на 1 (одного) прикрепленного жителя:

      по населению;

      по населению и баллам;

      по населению, баллам и коэффициенту соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП;

      5) проведение предварительного (до закрытия отчетного периода) автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН за отчетный период по каждому региону, в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села;

      6) подтверждение закрытия отчетного периода в срок не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода. Закрытие отчетного периода приостанавливается при наличии нераспределенных случаев по субъектам ПМСП в разрезе участков, к которым прикреплено население. Изменения внесенных данных за исключением фонда, со дня подтверждения закрытия отчетного периода не допускаются;

      7) снятие подтверждения о закрытии отчетного периода до закрытия отчетного периода субъектами ПМСП, в случае выявления несоответствий или некорректных действий участников, влияющих на расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН;

      8) принятие к оплате оказанных услуг в текущем отчетном месяце при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на одного прикрепленного жителя свыше 150 (ста пятидесяти) тенге по субъекту ПМСП и субъекту села. При этом данный алгоритм применяется в течение 1 (одного) квартала;

      9) выгрузку данных автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН на оплату в ИС "АПП";

      10) перечисление суммы СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период;

      11) формирование итогов оценки достигнутых конечных результатов деятельности в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села и направление в УЗ для сведения.

      70. Для качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" СИ обеспечивают:

      1) ежедневную корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме из баз данных РПН, ИС "СУКМУ", ИС "ЭРОБ" по случаям оказания медицинской помощи, влияющих на значения индикаторов конечного результата, по каждому субъекту ПМСП и в разрезе его территориальных участков;

      2) ежемесячную корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных ИС "НРБТ" не позднее 3 (третьего) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

      3) формирование отчета по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов конечного результата и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по области, столице и городу республиканского значения по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам для предоставления в фонд в срок не позднее 5 (пятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода.

      71. Субъект ПМСП для обеспечения качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" обеспечивает:

      1) в срок не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем завершения отчетного периода фондом, введение данных о суммах расходов, планируемых для направления на повышение квалификации работников ПМСП в размере не менее 5 (пяти) процентов от общей суммы СКПН, полученной по результатам расчетов за отчетный период;

      2) подтверждение закрытия отчетного периода в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней за днем завершения отчетного периода фондом, после чего любые изменения внесенных данных невозможны, и осуществление автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН работникам ПМСП в разрезе территориальных участков;

      3) ввод данных в РПН, в случае отсутствия информации об участке прикрепления по конкретному случаю, влияющему на значение индикаторов конечного результата;

      4) ввод сводных данных за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011526#z12) № 429 и формирование отчета по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам в срок до 25 (двадцать пятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода.

      72. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, указанных в договоре закупа услуг и (или) обстоятельств, связанных с обновлениями в информационных системах, подтвержденных письмом уполномоченного органа, фонд принимает счет-реестр за оказанные услуги без СКПН с последующим расчетом и оплатой в следующих отчетных периодах посредством иных выплат.

Параграф 2. Порядок оплаты за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

      73. Оплата поставщикам за оказание услуг АПП осуществляется фондом по перечню услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному подушевому нормативу на оказание амбулаторно-поликлинической помощи согласно приложению 22 к настоящим Правилам.

      74. Сумма оплаты за оказание услуг АПП определяется путем умножения тарифов на медицинские услуги на количество фактически оказанных услуг АПП с учетом поправочных коэффициентов.

      75. Для оплаты услуг автоматизированный учет заключенных договоров закупа услуг АПП, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЕПС".

      Фонд вводит данные во вкладке "Основные условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг на оказание АПП и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      76. Для автоматизированного формирования счета-реестра за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание услуг АПП) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате поставщик в ИС "ЕПС" обеспечивает ввод и подтверждение данных по форме № 025/у первичной медицинской документации, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907.

      77. Поставщик формирует и передает в фонд счет-реестр за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 27 настоящих Правил.

      78. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи формируется фондом в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП).

      79. По результатам мониторинга качества и объема услуг АПП фондом в отношении поставщиков применяются штрафные санкции по перечню дефектов услуг АПП, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи согласно приложению 23 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам.

      80. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется акт оказанных услуг амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг АПП).

      81. Оплата по акту оказанных услуг АПП осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      82. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Глава 2. Порядок оплаты за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи

Параграф 1. Общие положения

      83. Оплата поставщикам за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется фондом на основании договоров закупа услуг с учетом результатов мониторинга качества и объема.

      84. Оплата поставщикам за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье:

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

      2) за один пролеченный случай по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций.

      3) за один койко-день;

      4) за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

      5) за один пролеченный случай по медико-экономическим тарифам.

      85. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара осуществляется по тарифу 1/4 (одной четвертой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости стационарной помощи, кроме пролеченных случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 106, 107 и 124 настоящих Правил.

      86. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому осуществляется по тарифу 1/6 (одной шестой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости стационарной помощи.

      87. Автоматизированный учет договоров закупа услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "СУКМУ".

      88. Фонд вводит данные во вкладке "Введение договоров" в модуле "Единый плательщик" ИС "СУКМУ", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      89. Для автоматизированного формирования фондом в ИС "СУКМУ" счет-реестра за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает в ИС, в том числе в информационной системе "Электронный регистр стационарных больных" (далее - ИС "ЭРСБ"):

      1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 003/у, № 096/у и № 097/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907.

      После подтверждения правильности ввода данные в ИС "ЭРСБ" не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

      2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из стационара по формам № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      3) ввод данных, необходимых для формирования следующих отчетов, в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом информации о:

      структуре расходов за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам;

      дифференцированной оплате труда работников за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 28 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса на оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по форме согласно приложению 29 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 30 к настоящим Правилам.

      В случае отсутствия в ИС "ЭРСБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанной информации.

      Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых сформирована информация, указанная в подпункте 3) настоящего пункта.

      90. Поставщик формирует и передает в фонд счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 27 настоящих Правил.

      91. В счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом.

      92. Фондом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "СУКМУ" формируется протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по форме согласно приложению 31 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию стационарной и стационарозамещающей помощи).

      93. В случае превышения суммы, предъявленной поставщиком над месячной суммой, предусмотренной договором закупа услуг, применяется Линейная шкала оценки исполнения договора закупа услуг без учета мониторинга качества и объема.

      94. Расчет суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь с применением Линейной шкалы осуществляется на основании расчета суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь с применением Линейной шкалы согласно приложению 32 к настоящим Правилам.

      95. 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 по форме стационарозамещающей медицинской помощи;

      6) на услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно параграфу 3 настоящей главы;

      7) на услуги, предоставляемые республиканскими организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь онкологическим больным и 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 - 10 (далее – МКБ-10) согласно приложению 33 к настоящим Правилам;

      9) на высокотехнологичные медицинские услуги;

      10) к перечню медицинских услуг по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем – 9, согласно приложению 34 к настоящим Правилам.

      96. По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи фондом в отношении поставщика применяются штрафные санкции по перечню дефектов стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, согласно приложению 35 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате по форме согласно приложению 36 к настоящим Правилам;

      2) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг по форме согласно приложению 39 к настоящим Правилам;

      5) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

      6) реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

      7) реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам;

      8) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

      9) реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам;

      10) сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

      11) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам;

      12) экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      97. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию стационарной и стационарозамещающей помощи в ручном или автоматизированном режиме в ИС "СУКМУ" формируется акт оказанных услуг по специализированной медицинской помощи и высокотехнологичным медицинским услугам по форме согласно приложению 47 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг стационарной и стационарозамещающей помощи).

      98. Оплата по акту оказанных услуг по стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      99. В случаях перевода пациента между отделениями (подразделениями) обособленного стационара, зарегистрированного в информационной системе "Система управления ресурсами" (далее – ИС "СУР") оплата за лечение пациента осуществляется как за один пролеченный случай по заключительному диагнозу.

      100. Оплата не осуществляется по перечню диагнозов, которые согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 не являются основным диагнозом и исключены из Перечня КЗГ по статистической и проблем, связанных со здоровьем, согласно приложению 48 к настоящим Правилам.

      101. Кратковременное (до 3 (трех) суток включительно) пребывание пациента в круглосуточном стационаре, связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

      Оплата в случае непредотвратимых летальных исходов при кратковременном пребывании (до трех суток включительно) производится по пятидесятипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции.

      В случае сокращения сроков пребывания пролеченных случаев с применением усовершенствованных технологий диагностики и лечения, оплата осуществляется по полному тарифу КЗГ основного диагноза или операции.

      102. В случаях применения биологической терапии при лечении болезни Крона и неспецифического язвенного колита первичная госпитализация в круглосуточных стационарах оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции, последующие госпитализации по данному диагнозу оплачиваются по пятидесяти процентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции.

      103. При первичном установлении диагноза онкологического заболевания, туберкулеза в непрофильных стационарах, оплата за пролеченный случай осуществляется по стоимости соответствующих КЗГ основного диагноза или операции.

      104. Оплата за специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи осуществляется по тарифам за 1 (один) койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и медико-экономическим тарифам в отношении поставщиков, тарифы для которых определены согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      Поставщикам, оплата которым за пролеченные случаи осуществляется по расчетной средней стоимости, в случаях обоснованного сокращения длительности лечения, оплата производится по тарифу за один пролеченный случай, расчет которого осуществляется за фактические койко-дни по средней стоимости одного койко-дня, при этом стоимость одного койко-дня исчисляется путем деления стоимости тарифа за один пролеченный случай на определенное плановое количество койко-дней.

      105. Оплата по операциям по исправлению рефракционных свойств роговицы глаза в случаях проведения при астигматизмах 4,0 и более диоптрий, анизометропии 5,0 и более диоптрий, осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости.

      106. В случае проведения услуги "Коронарная артериография" в условиях дневного стационара оплата производится по пятидесятипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции.

      107. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы пациентам, зарегистрированным в информационной системе "Хроническая почечная недостаточность" (далее – ИС "ХПН"), по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      108. Все сеансы одного пациента за отчетный период считаются как один пролеченный случай, при этом тариф основного диагноза считается по нулевой ставке.

      109. Регистрация пациента, нуждающегося в услугах гемодиализа, в ИС "ХПН" осуществляется поставщиком услуг гемодиализа, на основании свободного выбора пациента и его личного заявления, написанного в произвольной форме.

      110. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Параграф 2. Порядок оплаты случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы или подлежащих оплате по клинико-затратным группам, с оплатой дополнительных расходов

      111. Оплата за операции по перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, согласно приложению 49 к настоящим Правилам, производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов: заработная плата, социальный налог, отчисления на обязательное социальное страхование, отчисления на обязательное социальное медицинское страхование, питание, лекарственные средства, ИМН, медицинские услуги и коммунальные расходы. Исчисление коммунальных расходов осуществляется по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы поставщика в предыдущем месяце в пересчете на одного пациента.

      При оплате за фактически понесенные расходы лекарственные средства и ИМН оплачиваются по их фактической (закупочной) стоимости, не превышающей предельных цен, устанавливаемых уполномоченным органом в соответствии с подпунктом 20) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье, поставщик вводит в информационные системы фактическую (закупочную) стоимость лекарственных средств и ИМН с предоставлением подтверждающих документов на указанную стоимость.

      112. По перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов, согласно приложению 50 к настоящим Правилам, оплата осуществляется путем суммирования:

      1) стоимости пролеченного случая, которая оплачивается по КЗГ основного диагноза или операции по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      2) стоимости лекарственных средств и ИМН, которая оплачивается по фактической (закупочной) стоимости, не превышающей предельных цен, устанавливаемых уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      113. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии производится по КЗГ основного диагноза или операции и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье. При этом, диагноз хронической почечной недостаточности в терминальной стадии является основным или сопутствующим диагнозом.

      114. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара при тяжелых случаях заболеваний, осложненных острой почечной недостаточностью, которая не купировалась медикаментозной терапией, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      115. При выписке из круглосуточного стационара родильницы с живым новорожденным, оплата поставщику осуществляется по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с оплатой стоимости комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) по фактической (закупочной) стоимости с предоставлением подтверждающих документов на указанную стоимость в срок не позднее 5 (пятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода.

      Поставщик обеспечивает регистрацию отпуска комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) в ИС "ЛО".

      116. Оплата за осложненное течение беременности и родов в условиях круглосуточного стационара по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов, согласно приложению 50 к настоящим Правилам осуществляется с учетом принципов регионализации по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с оплатой дополнительных расходов на лекарственные средства и ИМН.

      Оплата за услуги альбуминового и перитонеального диализов в условиях круглосуточного стационара производится по КЗГ основного диагноза или операций и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      Организациям здравоохранения оплачиваются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, прикрепленной в сканированном виде в ИС "ЭРСБ".

      117. Оплата за тяжелые болезни новорожденных в условиях круглосуточного стационара по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов, согласно приложению 50 к настоящим Правилам осуществляется по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с оплатой дополнительных расходов на лекарственные средства и ИМН.

      118. Фонд, в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного предоставления больному по жизненным показаниям, лекарственных средств и ИМН, не входящих в условия настоящих Правил, оплачивает данные дополнительные затраты за пролеченный случай и отражает в протоколе исполнения договора закупа услуг по оказанию стационарной и стационарозамещающей помощи в порядке, предусмотренном пунктом 30 настоящих Правил.

      Оплата дополнительных затрат осуществляется в срок не позднее 1 (одного) месяца со дня завершения мониторинга качества и объема данного случая, на основании:

      1) письменного обращения поставщика с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за предоставление больному дополнительных лекарственных средств, ИМН, не входящих в условия настоящих Правил, которое направляется в фонд не позднее 15 (пятнадцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

      2) акта сверки, подписанного должностными лицами фонда и поставщика;

      3) результатов мониторинга качества и объема об обоснованности предоставления пациенту дополнительных лекарственных средств и ИМН, не входящих в условия настоящих Правил;

      4) положительного заключения комиссии об обоснованности дополнительных затрат на лекарственные средства и ИМН, создаваемой фондом. В состав комиссии включаются представители уполномоченного органа, КООЗ, фонда, независимые эксперты-профильные специалисты.

      119. Оплата медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, которым в условиях круглосуточного стационара проведена химиотерапия, осуществляется по КЗГ основного диагноза или операций и с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      120. При лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани и депрессии кроветворения, первичная госпитализация круглосуточного стационара оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам, оплата последующих госпитализаций производится по тридцатипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      121. Поставщикам, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани и депрессии кроветворения, при последующих госпитализациях круглосуточного стационара оплачивается по семидесятипятипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье, кроме случаев проведения операции по трансплантации костного мозга. Лечение пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани с проведением операции по трансплантации костного мозга, оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      122. В условиях круглосуточного стационара республиканской организации здравоохранения, оказывающей медицинские услуги онкологическим больным, оплата за пролеченных больных производится по КЗГ основного диагноза или операций и с оплатой стоимости химиотерапии, лучевой терапии, иммуногистохимического исследования.

      123. При лечении цирроза и фиброза печени оплата производится по соответствующим КЗГ основного диагноза или операции и с оплатой расходов в республиканских организациях здравоохранения.

      124. В условиях дневного стационара поставщикам, оказывающим медицинские услуги онкологическим больным и больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани оплата производится:

      1) за сеансы химиотерапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай согласно пункту 85 настоящих Правил и с оплатой стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;

      2) при оказании лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай согласно пункту 85 настоящих Правил и с оплатой стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии;

      3) за сеансы химио- и лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай согласно пункту 85 настоящих Правил и с оплатой возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам и стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии.

      Все сеансы химиотерапии и лучевой терапии на 1 (одного) больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай.

      125. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Параграф 3. Порядок оплаты случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи детям с онкологическими заболеваниями по медико-экономическим тарифам

      126. Оплата за оказание медицинских услуг детям с онкологическими заболеваниями на уровне круглосуточного стационара осуществляется по медико-экономическим тарифам, рассчитываемым в соответствии с Методикой формирования тарифов.

      127. Медико-экономические тарифы включают стоимость лечения по блокам (схемам), длительность лечения и стоимость полного курса лечения конкретной нозологии, включая стационарозамещающую помощь.

      128. Сумма оплаты за лечение конкретной нозологии не превышает стоимость полного курса лечения. Оплата по медико-экономическим тарифам осуществляется поэтапно по блокам (схемам) курса лечения.

      Если количество проведенных койко-дней составляет пятьдесят процентов и менее установленных сроком лечения одного блока (схемы) лечения, оплата производится с удержанием 30 (тридцати) процентов от стоимости блока (схемы) лечения.

      129. При необходимости наблюдения за детьми с онкологическими заболеваниями в перерыве лечения между блоками (схемами) лечения, оплата осуществляется на уровне стационарозамещающей помощи.

      При оказании реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями поставщик по согласованию с фондом привлекает соисполнителей путем передачи им части своих обязательств по оказанию услуг. Оплата оказанных услуг соисполнителей осуществляется по тарифам, не превышающим размеры тарифов, утвержденных уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      130. Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения, лекарственные средства выдаются по завершению курса стационарного лечения, при этом, оплата стоимости выданных пациенту лекарственных средства осуществляется на основании прикрепленной в сканированном виде в ИС "ЭРСБ" накладной, за исключением лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне, утвержденный [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015724#z4) Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15724).

      131. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Глава 3. Порядок оплаты за оказание скорой медицинской помощи

      132. Оплата поставщику за оказание скорой медицинской помощи осуществляется:

      1) по подушевому нормативу на оказание скорой медицинской помощи;

      2) за проведение тромболитической терапии - по фактической (закупочной) стоимости препарата, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      133. Сумма оплаты за оказание скорой медицинской помощи поставщику за отчетный период определяется путем умножения подушевого норматива скорой помощи в месяц на численность населения, обслуживаемого поставщиком согласно договору закупа услуг.

      Сумма оплаты за оказание скорой медицинской помощи поставщику по подушевому нормативу скорой помощи за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

      134. Поставщик на основании форм № 110/у и № 114/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907, формирует и передает в фонд счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи, медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом).

      135. Фонд формирует протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 52 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи).

      136. По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг фондом в отношении поставщиков применяются штрафные санкции за оказанные услуги скорой медицинской помощи по перечню дефектов скорой медицинской помощи согласно приложению 53 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам.

      137. Поставщик на основании первичных документов бухгалтерского учета в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет за предыдущий отчетный период информацию о:

      1) структуре доходов при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 56 к настоящим Правилам;

      2) структуре расходов при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 57 к настоящим Правилам;

      3) дифференцированной оплате труда работников при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 58 к настоящим Правилам;

      4) повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 59 к настоящим Правилам;

      5) распределении плановой суммы аванса при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 60 к настоящим Правилам;

      В случае непредоставления информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование акта оказанных услуг за текущий отчетный период поставщику не производится до предоставления указанной информации.

      Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      138. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи формируется акт оказанных услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 61 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг скорой медицинской помощи).

      139. Оплата по акту оказанных услуг скорой медицинской помощи осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      140. Оплата поставщику за оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом осуществляется по тарифу за один вызов медицинской помощи.

      141. Сумма оплаты поставщику за оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, за отчетный период определяется путем умножения тарифа за один вызов на фактическое количество вызовов за отчетный период.

      142. Поставщик, на основании формы № 110-2/у первичной медицинской документации, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907, формирует и передает в фонд счет-реестр за оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание скорой помощи, медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом) в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 27 настоящих Правил.

      143. Фонд формирует протокол исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 52 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи).

      144. По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг фондом в отношении поставщиков применяются штрафные санкции за оказанные услуги медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по перечню индикаторов по медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом согласно приложению 62 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр исполнения индикаторов по медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 63 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга исполнения индикаторов медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 64 к настоящим Правилам.

      145. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи формируется акт оказанных услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 61 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг скорой медицинской помощи).

      146. Оплата по акту оказанных услуг скорой медицинской помощи осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      147. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг скорой медицинской помощи, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из численности обслуживаемого населения. Сумма за проведение тромболитической терапии не превышает среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

      Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, оказанных в декабре текущего года, не превышает среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Глава 4. Порядок оплаты за оказание комплекса форм медицинской помощи

Параграф 1. Порядок оплаты за оказание медицинской помощи сельскому населению

      148. Оплата услуг, оказанных субъектами села осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население (далее – КПН на сельское население), который включает в себя:

      1) обеспечение комплекса услуг сельскому населению в формах ПМСП, КДП, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, включая оказание медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, обеспечение специализированными лечебными продуктами, по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

      2) стимулирование работников ПМСП.

      149. КПН на сельское население за отчетный период определяется для субъектов села:

      1) оказывающих ПМСП по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН - на последнюю дату отчетного месяца;

      2) не оказывающим ПМСП - по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН по данному району согласно договору закупа услуг.

      150. Сумма оплаты за оказание услуг сельскому населению за отчетный период определяется путем умножения КПН на сельское население на количество прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН на последнюю дату отчетного месяца.

      151. Сумма оплаты за оказание услуг сельскому населению по КПН на сельское население за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

      152. При оплате услуг сельскому населению для субъектов села предусматриваются:

      затраты на обеспечение адаптированными заменителями грудного молока для субъектов села, обслуживающих прикрепленное детское население в возрасте до 1 (одного) года;

      затраты на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов села, обслуживающих прикрепленное население с заболеванием фенилкетонурия;

      затраты на обеспечение при выписке из круглосуточного стационара родильницы с живым новорожденным стоимости комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного).

      Отпуск адаптированных заменителей грудного молока и лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина, комплектов по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) регистрируется в ИС "ЛО".

      Фонд на основании акта сверки осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением количества лиц, получивших комплект по уходу за младенцем (аптечку новорожденного) и лиц с заболеванием фенилкетонурия, прикрепленных к субъекту села.

      153. Автоматизированный учет договоров закупа услуг за оказание услуг сельскому населению, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЕПС".

      Фонд вводит данные во вкладке "Основные условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копии договоров закупа услуг и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      154. Для оплаты и автоматизированного формирования в ИС "ЕПС" счета-реестра за оказание медицинской помощи сельскому населению по форме согласно приложению 65 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание услуг сельскому населению) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, субъект села обеспечивает:

      1) ежедневный ввод сведений по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом в модуле "Регистратура" автоматизированной информационной системы "Амбулаторно-поликлиническая помощь" (далее - АИС "АПП");

      2) ежедневную персонифицированную регистрацию в автоматизированной информационной системе "Поликлиника" (далее - АИС "Поликлиника"), оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП по формам № 025/у, № 025-7/у и № 025-8/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      3) ежедневный ввод внешних направлений на консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ) в АИС "Поликлиника" по форме № 001-4/у, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      4) ввод и подтверждение в модуле "Платежная система" АИС "ЕПС" данных по договорам соисполнения в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

      5) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг АПП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

      6) ввод данных, необходимых для выплаты СКПН, расчет и распределение которого осуществляется в порядке, определенном параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

      7) формирование в ИС "ЕПС" информации за отчетный период на основании первичных бухгалтерских документов о:

      структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 66 к настоящим Правилам;

      структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 67 к настоящим Правилам;

      структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 68 настоящим Правилам

      дифференцированной оплате труда работников при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 70 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 71 к настоящим Правилам;

      8) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 7) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

      9) ввод данных в АИС "ДКПН" в соответствии с параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

      10) ежедневный ввод и подтверждение данных в ИС "ЭРСБ" по формам № 003/у, № 096/у, № 097/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907. Введенные данные после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ИС "ЭРСБ" результатов гистологических и патоморфологических исследований;

      11) формирование выписного эпикриза в ИС "ЭРСБ", в срок не позднее дня следующего за днем выбытия пациента из стационара;

      12) формирование по результатам ввода данных в ИС "ЭРСБ" из медицинских карт статистическую карту выбывшего из стационара (формы № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденные [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907).

      В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 7) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание услуг сельскому населению за текущий отчетный период субъекту села не производится до введения указанной информации.

      Субъект села по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов на основании которой осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 7) настоящего пункта.

      155. ТД КООЗ по субъектам села в ИС "СУКМУ":

      1) В ИС "СУКМУ" вводит результаты экспертизы качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

      2) В ИС "ЕПС" прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных.

      156. Фондом в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи сельскому населению (далее – протокол исполнения договора закупа услуг сельскому населению) по форме согласно приложению 72 к настоящим Правилам, в котором учитываются результаты достижения субъектом села индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ИС "ДКПН".

      157. По результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг фондом применяются штрафные санкции по перечню дефектов амбулаторно-поликлинической помощи, согласно приложению 13 и по перечню дефектов стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи для субъектов села, согласно приложению 73 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 74 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев с летальным исходом по результатам контроля ТД КООЗ за отчетный и предыдущие периоды по форме согласно приложению 75 к настоящим Правилам;

      5) реестр случаев по результатам внешней экспертизы качества медицинских услуг ТД КООЗ при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 76 к настоящим Правилам;

      6) реестр случаев по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 77 к настоящим Правилам;

      7) сводный акт случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи по результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно приложению 78 к настоящим Правилам;

      158. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг сельскому населению в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению по форме согласно приложению 79 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг сельскому населению).

      159. Оплата по акту оказанных услуг сельскому населению осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      160. При обслуживании вызовов 4 категории срочности, при состоянии пациента, вызванного острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной угрозы жизни и здоровью пациента, субъект ПМСП при необходимости привлекает для соисполнения организации здравоохранения, имеющие разрешительные документы в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях", путем передачи им своих обязательств (или части обязательств) по оказанию скорой медицинской помощи.

      161. Оплата услуг соисполнителей осуществляется по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи, утвержденному уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      162. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора по факту численности прикрепленного населения на последнюю дату отчетного периода, а также результатов достижения поставщиком индикаторов конечного результата СКПН.

Параграф 2. Порядок оплаты за оказание медицинской помощи онкологическим больным

      163. Оплата услуг поставщиков - областных, региональных, городских онкологических организаций и онкологических отделений многопрофильных клиник (далее – онкодиспансер) осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг:

      1) по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание комплекса медицинских услуг в соответствии с [Методикой](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z2467) формирования тарифов, онкологическим больным в возрасте 18 лет и старше, страдающим злокачественными новообразованиями (по кодам МКБ-10 С00-С80, С97, С81-С85), за исключением услуг, предусмотренных подпунктами 2) - 4) настоящего пункта;

      2) за обеспечение химиопрепаратами онкологических больных - по фактической (закупочной) стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      3) за оказание сеансов лучевой терапии онкологическим больным, за исключением высокотехнологичных медицинских услуг - по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      4) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) в рамках реализации их права на свободный выбор, не состоящим на учете в данном онкодиспансере (далее – иногородний больной) - по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости (по кодам МКБ-10 С00-С80, С97, С81-С85).

      164. Автоматизированный учет договоров закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЭРОБ".

      Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг на оказание медицинской помощи онкологическим больным и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      165. Сумма оплаты онкодиспансерам за оказание медицинской помощи онкологическим больным по комплексному тарифу на одного онкологического больного за отчетный период определяется путем умножения комплексного тарифа на одного онкологического больного на среднесписочную численность онкологических больных за отчетный период, за исключением детей до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями и больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ".

      Среднесписочная численность онкологических больных за отчетный период определяется путем суммирования численности онкологических больных, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.

      166. Формирование счета-реестра за оказание медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно приложению 80 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медицинской помощи онкологическим больным) осуществляется онкодиспансером в ИС "ЭРОБ" в ручном или автоматизированном режиме и передается в фонд в порядке и сроки согласно пункту 27 настоящих Правил.

      167. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой онкодиспансером к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медицинской помощи онкологическим больным, обеспечивается на основании регистрации (перерегистрации) в течение отчетного периода в информационных системах здравоохранения:

      1) постановки на учет онкологических больных;

      2) снятия с учета онкологических больных;

      3) случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным.

      168. При оплате услуг, оказываемых онкологическим больным, осуществляется регистрация (перерегистрации) постановки на учет онкологических больных онкодиспансером ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" на основании:

      1) форм № 090/у, № 025/у или № 003/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) личного заявления онкологического больного (оформленного в произвольной форме) о перерегистрации в другой онкодиспансер;

      3) запроса онкодиспансера на регистрацию (дислокацию) онкологического больного в другой онкодиспансер, на основании личного заявления (оформленного в произвольной форме) онкологического больного поданного в данный онкодиспансер, которое прикрепляется в сканированном виде.

      169. Онкодиспансер в случае отказа в дислокации онкологического больного в другой онкодиспансер указывает мотивированную причину отказа и прикрепляет в ИС "ЭРОБ" в сканированном виде решение об отказе, подписанное руководителем онкодиспансера.

      170. По результатам регистрации (перерегистрация) постановки на учет онкологических больных в ИС "ЭРОБ" в автоматизированном режиме формируются списки онкологических больных:

      1) дислоцированных из одного онкологического диспансера в другой;

      2) прикрепившихся в организацию ПМСП, и не состоящих на учете в онкодиспансере данного региона;

      3) состоящих на учете в онкодиспансере данного региона, и прикрепившихся в организацию ПМСП другого региона.

      171. Регистрация снятия с учета онкологических больных осуществляется онкодиспансером в автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" на основании:

      1) заключения диспансерного отделения онкодиспансера о выздоровлении онкологического больного;

      2) сведений о смерти, поступающих из отделов регистрации актов гражданского состояния областей, городов республиканского значения (далее – органы ОРАГС);

      3) свидетельства о смерти онкологического больного, зарегистрированного в РПН.

      4) официальных данных органов внутренних дел Республики Казахстан о гражданах Республики Казахстан, выехавших за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства.

      В целях оплаты услуг онкодиспансер уточняет в ИС "ЭРОБ" причины смерти онкологических больных, за исключением умерших, снятых с учета автоматически, не позднее десяти календарных дней со дня регистрации смерти онкологического больного органом ОРАГС. По результатам регистрации снятия с учета онкологических больных в ИС "ЭРОБ" в автоматизированном режиме формируются списки онкологических больных, снятых с учета автоматически и умерших онкологических больных, не снятых с учета.

      172. Регистрация случаев оказания медицинской помощи онкологическим больным осуществляется в ИС "ЭРОБ" путем ввода:

      1) ежедневного подтверждения данных об оказании стационарной, стационарозамещающей и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по формам № 066-2/у, № 003/у и 025/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) подтверждения выписного эпикриза в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за выбытием пациента из стационара или завершением амбулаторного лечения;

      подтверждения данных об использованных в отчетном периоде химиопрепаратах онкологическим больным, включая таргетные препараты, на всех этапах лечения.

      173. Ввод в ИС "ЭРОБ" данных по фактическому использованию химиопрепаратов онкологическим больным осуществляется врачом химиотерапевтом онкодиспансера в соответствии со схемой применения химиопрепаратов с учетом фактической (закупочной) стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      174. Онкодиспансер в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ИС "ЭРОБ" следующие отчеты за предыдущий отчетный период, содержащие информацию о:

      1) структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

      2) структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

      3) дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

      4) повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

      5) распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам.

      В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование счет-реестра за оказание медицинской помощи онкологическим больным за текущий отчетный период онкодиспансеру не производится до введения указанных данных.

      По запросу фонда онкодиспансер предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которой осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      175. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно приложению 86 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным), формируется фондом в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ.

      176. По результатам мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества фондом в отношении онкодиспансера применяются штрафные санкции по перечню дефектов специализированной медицинской помощи, согласно приложению 87 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

      2) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа по форме согласно приложению 39 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

      5) реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

      6) реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам;

      7) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

      8) реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам;

      9) сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

      10) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам;

      11) экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      177. ТД КООЗ экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) онкологических больных прикрепляет в ИС "ЭРОБ" в сканированном варианте и представляет в оригинале в фонд в срок не позднее трех рабочих дней со дня завершения отчетного периода.

      178. В случае снятия с учета в ИС "ЭРОБ" онкологических больных по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения онкологического больного на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу на одного онкологического больного в день и штрафных санкций, по перечню дефектов специализированной медицинской помощи, согласно приложению 87 к настоящим Правилам.

      179. При оплате штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти онкологического больного в ИС "ЭРОБ" не применяются в отношении больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, посмертно зарегистрированных онкологических больных, а также онокологических больных умерших до 1 января 2012 года.

      180. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" формируется акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно приложению 88 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи онкологическим больным).

      181. Оплата по акту оказанных услуг за оказание медицинской помощи онкологическим больным осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      182. Онкодиспансер с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) привлекает соисполнителя для оказания медицинской помощи онкологическим больным. Оплата за оказанные услуги соисполнителя осуществляется по заключенному с соисполнителем договору в соответствии с гражданским законодательством, в пределах суммы договора закупа услуг:

      за оказанные КДУ - по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

      за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) - по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости (по кодам МКБ-10 С00-С80, С97, С81-С85).

      183. Сумма для заключения дополнительного соглашения по оплате услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из среднесписочной численности онкологических больных по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора по факту среднесписочной численности онкологических больных за отчетный период. Сумма за фактические расходы согласно подпунктов 2) - 4) пункта 168 настоящих Правил не превышает среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

      184. Оплата за оказание высокотехнологичных медицинских услуг осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      Оплата за проведение лучевой терапии на амбулаторном уровне осуществляется за фактически оказанные сеансы лучевой терапии по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье. При этом, поставщик обеспечивает пациентов проживанием в пансионате за счет стоимости лучевой терапии.

      185. Оплата за оказание паллиативной помощи и сестринского ухода онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение, осуществляется по тарифу за один койко-день, утвержденному уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

Параграф 3. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

      186. Оплата поставщикам - противотуберкулезным диспансерам за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг:

      1) по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом;

      2) за обеспечение противотуберкулезными препаратами по фактической (закупочной) стоимости противотуберкулезных препаратов, не превышающей их предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом, который предусматривает затраты на:

      1) осуществление лечебно-диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза у лиц с подозрением на наличие данного заболевания;

      2) обеспечение лечебно-диагностическими мероприятиями больных туберкулезом (активный туберкулез) и диспансерное наблюдение за лицами, состоящими на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах;

      3) оказание социально-психологической и паллиативной помощи больным туберкулезом.

      Оплата за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом в республиканской организации осуществляется за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по тарифу за один койко-день.

      187. При отсутствии в противотуберкулезных диспансерах диспансерных отделений с организацией амбулаторного лечения и диспансерного наблюдения лиц, состоящих на диспансерном учете, к оказанию данных медицинских услуг, по согласованию с фондом, привлекаются в качестве соисполнителя субъекты ПМСП за счет средств, предусмотренных по договору закупа услуг.

      188. Сумма оплаты за оказание медико-социальной помощи по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом противотуберкулезным диспансерам за отчетный период определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного туберкулезом на среднесписочную численность активных больных туберкулезом за отчетный период.

      Среднесписочная численность активных больных туберкулезом за отчетный период определяется путем суммирования численности больных туберкулезом, зарегистрированных в ИС "НРБТ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.

      189. Автоматизированный учет договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЭРОБ". Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      190. Формирование счета-реестра за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом по форме согласно приложению 89 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом) осуществляется противотуберкулезным диспансером в ИС "ЭРОБ" в ручном или автоматизированном режиме.

      191. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой противотуберкулезным диспансером к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, осуществляется на основании:

      регистрации (перерегистрации), постановки на учет и снятия с учета лиц с активным туберкулезом в ИС "НРБТ";

      регистрации расхода (приход, списание) противотуберкулезных препаратов в ИС "ЛО".

      192. В целях оплаты услуг регистрация (перерегистрация) постановки на учет больных туберкулезом, осуществляется противотуберкулезным диспансером ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "НРБТ" на основании медицинской карты больного туберкулезом формы № ТБ 01/у или формы ТБ 01/у – категория IV. Регистрация снятия с учета активного больного туберкулезом осуществляется противотуберкулезным диспансером в автоматизированном режиме в ИС "НРБТ" на основании:

      1) форм первичной медицинской документации: формы № ТБ 01/у или формы № ТБ 01/у – категория IV об окончании лечения, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) сведений о смерти, поступающих из ОРАГС;

      3) свидетельства о смерти больного туберкулезом, зарегистрированного в РПН;

      4) факта регистрации случая смерти больного туберкулезом в ИС "НРБТ";

      5) подтверждения выбытия больного туберкулезом в другой регион, установленного по форме ТБ 01/у, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      6) выезда за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства;

      7) данных медицинской карты формы № ТБ 01/у или формы ТБ 01/у – категория IV об отрыве от лечения (отсутствие лечения в течение 2 (двух) месяцев).

      По результатам регистрации снятия с учета активных больных туберкулезом в ИС "НРБТ" в автоматизированном режиме формируются списки больных туберкулезом, снятых с учета активных больных.

      193. Для оплаты услуг противотуберкулезный диспансер при регистрации услуг по оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в ИС "ЭРСБ" и АИС "Поликлиника" обеспечивает:

      1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 003/у, 025/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907. После подтверждения правильности ввода, данные в ИС "ЭРСБ" не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

      2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара - форм № 027/у, № ТБ 01/у или № ТБ 01-категория IV первичной медицинской документации, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      3) ввод данных в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, необходимых для формирования следующих отчетов, содержащих информацию о:

      структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

      структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

      дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам.

      В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание медико-социальной помощи больным за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанных данных.

      Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      194. В случае снятия с учета как активный больной туберкулезом в ИС "НРБТ" больных туберкулезом по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения больного туберкулезом на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом в день и штрафных санкций, согласно приложению 87 к настоящим Правилам.

      195. Штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета активного больного туберкулезом и несвоевременную регистрацию сведений о смерти больного туберкулезом в ИС "НРБТ" не применяются в отношении посмертно зарегистрированных туберкулезных больных.

      196. Регистрация расхода противотуберкулезных препаратов в ИС "ЛО" осуществляется противотуберкулезным диспансером.

      Для регистрации выдачи противотуберкулезных препаратов другими организациями здравоохранения в соответствии с [Инструкцией](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700016381#z33) по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 16381) противотуберкулезный диспансер заключает с ними безвозмездный договор на лекарственное обеспечение. Организации здравоохранения, осуществляющие отпуск противотуберкулезных препаратов по безвозмездному гражданско-правовому договору, вносят и подтверждают в ИС "ЛО" расход противотуберкулезных препаратов.

      197. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом, по форме согласно приложению 90 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом), формируется фондом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ".

      198. По результатам мониторинга качества и объема фондом в отношении противотуберкулезного диспансера налагаются штрафные санкции по перечню дефектов по специализированной медицинской помощи согласно приложению 87 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

      2) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг по форме согласно приложению 39 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

      5) реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

      6) реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам;

      7) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

      8) реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема всеми участниками по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам;

      9) сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

      10) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично подлежащих оплате по результатам мониторинга и внешней экспертизы качества медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам;

      11) экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      199. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" формируется акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, по форме согласно приложению 91 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом).

      200. Оплата по акту оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      201. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из среднесписочной численности больных туберкулезом по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора по факту среднесписочной численности больных туберкулезом за отчетный период. Сумма фактических затрат на противотуберкулезные препараты не превышает среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Параграф 4. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита

      202. Оплата услуг поставщиков - областных, городских центров по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – центры по профилактике и борьбе со СПИД) осуществляется по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД.

      Оплата республиканской организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи, осуществляется по тарифу за оказание одной медицинской услуги, утвержденному уполномоченным органом, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      203. Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, который включает:

      1) обеспечение квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, в том числе осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду и ребенку раннего детского возраста;

      2) обеспечение конфиденциального медицинского обследования, предоставление психосоциальных, юридических консультаций, функционирования пунктов доверия, дружественных кабинетов, реализации мероприятии по профилактике ВИЧ-инфекции среди населения;

      3) проведение лечебно-профилактических мероприятий среди лиц, относящихся к уязвимым группам населения по повышенному риску инфицирования ВИЧ, утвержденных уполномоченным органом;

      4) проведение лабораторных исследований на ВИЧ-инфекции для пациентов субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощи и первичную медико-санитарную помощь.

      204. Сумма оплаты центрам по профилактике и борьбе со СПИД за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД определяется путем умножения комплексного тарифа на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД на среднесписочную численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД за отчетный период.

      205. Среднесписочная численность ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

      206. Сумма оплаты за оказание услуг республиканской организацией здравоохранения определяется путем умножения тарифов на медицинские услуги на количество фактически оказанных услуг.

      207. Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по форме согласно приложению 92 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД) формируется и передается в фонд в порядке и сроки согласно пункту 27 настоящих Правил.

      Республиканская организация здравоохранения формирует счет-реестр за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения по форме согласно приложению 93 к настоящим Правилам.

      208. Расчет суммы, предъявляемой центром по профилактике и борьбе со СПИД к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД, обеспечивается на основании регистрации (перерегистрации) постановки на учет и снятия с учета ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД.

      209. При оплате осуществляется регистрация (перерегистрация) постановки на учет ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД осуществляется центром по профилактике и борьбе со СПИД в соответствии с Правилами регистрации, ведения учета случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений, и правил ведения отчетности по ним, утвержденными [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500012083#z1) Министра национальной экономики Республики Казахстан от 24 июня 2015 года № 451 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12083), ежедневно в автоматизированном и ручном режиме на основании:

      1) подтвержденного результата о наличия ВИЧ-инфекции, выданного Республиканским государственным предприятием на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД" Министерства здравоохранения Республики Казахстан на основании проведенных исследований по алгоритму лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и направленного в территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИД;

      2) прибытия ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД из иной административно-территориальной единицы Республики Казахстан установленного на основании уведомления другого центра по профилактике и борьбе со СПИД о переводе пациента, в связи со сменой места жительства, а также прибывших из зарубежных стран граждан Республики Казахстан, оралманов, иностранцев и лиц без гражданства на постоянное проживание на территории Республики Казахстан, с ранее установленным диагнозом ВИЧ/СПИД.

      210. Для оплаты производится регистрация снятия с учета ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, которая осуществляется центром по профилактике и борьбе со СПИД на основании:

      1) выбытия ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД за пределы обслуживаемой центром по профилактике и борьбе со СПИД административно-территориальной единицы Республики Казахстан, с направлением уведомления о переводе пациента в связи со сменой места жительства для постановки на учет и диспансерного наблюдения в другой центр по профилактике и борьбе со СПИД;

      2) официальных данных органов внутренних дел Республики Казахстан о гражданах Республики Казахстан, выехавших за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства;

      3) сведений о смерти, поступающих из ОРАГС;

      4) свидетельства о смерти ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, зарегистрированного в РПН;

      5) факта регистрации случая смерти больного ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД в ИС "ЭРСБ".

      211. В процессе оплаты центр по профилактике и борьбе со СПИД, республиканская организация здравоохранения на основании первичных документов бухгалтерского учета в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляют следующие отчеты за предыдущий отчетный период, содержащие информацию о:

      1) структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

      2) структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

      3) дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

      4) повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

      5) распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам;

      В случае непредоставления информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование акта оказанных услуг за текущий отчетный период центру по профилактике и борьбе со СПИД, республиканской организации здравоохранения не производится до предоставления указанной информации.

      Центр по профилактике и борьбе со СПИД, республиканская организация здравоохранения по запросу фонда предоставляют копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      212. Для оплаты услуг Фондом формируются:

      1) протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по форме согласно приложению 94 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД);

      2) протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения по форме согласно приложению 95 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД республиканской организацией).

      213. По результатам мониторинга качества и объема фондом в отношении центров по профилактике и борьбе со СПИД, республиканской организации здравоохранения применяются штрафные санкции по перечню дефектов медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД согласно приложению 96 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД, прошедших мониторинг качества и объема, по форме согласно приложению 97 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД по форме согласно приложению 98 к настоящим Правилам.

      По результатам мониторинга качества и объема фондом в отношении республиканской организации здравоохранения применяются штрафные санкции по перечню дефектов услуг АПП, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, согласно приложению 23 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема, по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам.

      В случае снятия с учета в текущем отчетном периоде ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется со снятием суммы за несвоевременную регистрацию смерти пациента. Сумма снятия с оплаты за несвоевременную регистрацию рассчитывается за каждый календарный день нахождения на учете ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных санкций, согласно приложению 87 к настоящим Правилам.

      214. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД и протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД республиканской организацией формируются акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по форме согласно приложению 99 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи при ВИЧ/СПИД) и акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения по форме согласно приложению 100 к настоящим Правилам (акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи при ВИЧ/СПИД республиканской организацией).

      215. Оплата по акту оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД и акту оказанных услуг за оказание медицинской помощи при ВИЧ/СПИД республиканской организацией осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      216. Формирование, хранение и использование документов, предоставляемых в фонд центром по профилактике и борьбе со СПИД, республиканской организацией здравоохранения осуществляется с обеспечением конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

      Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из среднесписочной численности ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора закупа услуг по факту среднесписочной численности ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД за отчетный период.

Параграф 5. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями)

      217. Оплата услуг поставщикам – организациям здравоохранения, оказывающим психиатрическую помощь (далее - психиатрические организации), оказывающим медико-социальную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами (далее – комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами).

      218. Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, который включает затраты на:

      1) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья, диагностику психических нарушений, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

      2) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья граждан, не состоящих на диспансерном учете;

      3) оказание лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения.

      219. Оплата за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) в республиканской организации, осуществляется за оказание стационарной медицинской помощи по тарифу за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и за один койко-день согласно главе 2 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил.

      220. Ежемесячная сумма оплаты психиатрическим организациям за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами на среднесписочную численность больных с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) за отчетный период.

      Среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в ИС "ЭРПБ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

      221. Автоматизированный учет договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЭРОБ". Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      222. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой психиатрической организацией к оплате за отчетный период, и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), обеспечивается на основании регистрации (перерегистрации) в информационных системах здравоохранения:

      1) постановки на учет лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

      2) снятия с учета лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

      3) случаев оказания медицинской помощи лицам, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

      223. При оплате услуг регистрация (перерегистрация) постановки на учет лиц, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) осуществляется психиатрическими организациями ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "ЭРПБ" на основании:

      1) форм № 030-2/у, № 25/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) письменного согласия пациента (или его законного представителя) на медицинское обследование;

      3) прибытия лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) из иной административно-территориальной единицы Республики Казахстан, установленного на основании уведомления другой психиатрической организации о переводе пациента в связи со сменой места жительства, а также прибывших из зарубежных стран граждан Республики Казахстан, оралманов, иностранцев и лиц без гражданства на постоянное место жительства в Республики Казахстан с ранее установленными психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями).

      224. Регистрация снятия с учета лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) осуществляется психиатрической организацией в автоматизированном режиме в ИС "ЭРПБ" на основании:

      1) заключения комиссией врачей-психиатров о выздоровлении лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями);

      2) свидетельства о смерти лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), зарегистрированного в РПН;

      3) изменения постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой психиатрической организацией территории;

      4) официальных данных органов внутренних дел Республики Казахстан о гражданах Республики Казахстан, выехавших за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства;

      5) сведений о смерти, поступающих из ОРАГС;

      6) отсутствия каких-либо достоверных сведений о местонахождении лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями) в течение 12 (двенадцати) месяцев;

      7) подтвержденного факта осуждения, связанного с лишением свободы (снятие производится в течение 3 (трех) месяцев после получения ответа на запрос с Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан);

      8) признания безвестно отсутствующим или объявления умершим.

      225. Регистрация случаев оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) в форме стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется в ИС "ЭРСБ" путем ежедневного ввода и подтверждения данных об оказании стационарной, стационарозамещающей, медико-социальной помощи по форме № 066-3/у, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907.

      226. Для автоматизированного формирования ИС "ЭРОБ" счета-реестра за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме, согласно приложению 101 к настоящим Правилам (далее - счет-реестр за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает в информационных системах:

      1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 025/у, № 030-2/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907. После подтверждения правильности ввода данные в ИС "ЭРСБ" не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

      2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из психиатрического стационара по формам № 066-3/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденным [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      3) ввод данных в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, необходимых для формирования следующих отчетов, содержащих информацию о:

      структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

      структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

      дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам.

      Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) настоящего пункта, формирование счета-реестра за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах за текущий отчетный период не производится до введения указанных данных.

      227. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме согласно приложению 102 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при психических расстройствах) формируется фондом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ".

      228. По результатам мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества, фондом в отношении психиатрического центра применяются штрафные санкции по перечню дефектов специализированной медицинской помощи согласно приложению 87 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

      2) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг по форме согласно приложению 39 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

      5) реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

      6) реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам;

      7) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

      8) реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема всеми участниками по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам;

      9) сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

      10) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга и внешней экспертизы качества медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам;

      11) экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      В случае снятия с учета лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями) в текущем отчетном периоде по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется со снятием суммы за несвоевременную регистрацию смерти пациента.

      Сумма снятия с оплаты за несвоевременную регистрацию рассчитывается за каждый календарный день нахождения на учете лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных санкций согласно приложению 87 к настоящим Правилам.

      229. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при психических расстройствах в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" формируется акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме согласно приложению 103 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах).

      230. Оплата по акту оказанных услуг за медико-социальной помощи при психических расстройствах осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      231. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из среднесписочной численности больных с психическими и поведенческими расстройствами по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора по факту среднесписочной численности больных с психическими и поведенческими расстройствами за отчетный период.

Параграф 6. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

      232. Оплата услуг поставщикам - медицинским организациям, оказывающим наркологическую помощь (далее – наркологическая организация) осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ (далее – комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ).

      233. Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, который включает затраты на:

      1) оказание услуг, направленных на оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, диагностику алкоголизма, наркомании и токсикомании, вызванных употреблением ПАВ, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией вызванных употреблением ПАВ, медицинское освидетельствование для установления факта употребления ПАВ, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения, содержание в центрах временной адаптации и детоксикации;

      2) предусматривает оказание лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в следующих формах: скорой медицинской помощи, консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи.

      234. Оплата за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в республиканской организации осуществляется за оказание стационарной медицинской помощи по тарифу за один койко-день согласно главе 2 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил.

      235. Сумма ежемесячной оплаты наркологическим организациям за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ на среднесписочную численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период.

      Среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в ИС "РНБ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.

      236. Автоматизированный учет договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЭРОБ".

      Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      237. Формирование счета-реестра за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по форме, согласно приложению 104 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах) осуществляется наркологической организацией в ИС "ЭРОБ" в ручном или автоматизированном режиме.

      238. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой наркологической организацией к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах, обеспечивается на основании регистрации (перерегистрации) в информационных системах здравоохранения:

      1) постановки на учет больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

      2) снятия с учета больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

      3) случаев оказания медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

      239. При оплате наркологическими организациями ежедневно осуществляется регистрация (перерегистрация) постановки на учет больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в автоматизированном режиме в ИС "ЭРНБ" на основании:

      1) форм № 025/у и № 030/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) письменного согласия пациента (или его законного представителя) на медицинское обследование;

      3) медицинского освидетельствования о признании лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и (или) судебно-наркологического заключения.

      240. При оплате наркологическими организациями осуществляется регистрация снятия с учета больного алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в автоматизированном режиме в ИС "ЭРНБ" на основании:

      1) заключения лечащего врача-нарколога, подписанного председателем ВКК или заместителем первого руководителя о снятии с учета;

      2) изменения постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологической организацией территории с передачей на наркологический учет и на диспансерное/профилактическое наблюдение в другую наркологическую организацию путем направления документов пациента в региональную наркологическую организацию по новому месту жительства;

      3) официальных данных органов внутренних дел Республики Казахстан о гражданах Республики Казахстан, выехавших за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства;

      4) решения ВКК наркологической организации о снятии с наблюдения больного, когда наркологическая организация не может в течение 1 (одного) года обеспечить осмотр больного, несмотря на все принятые меры (в том числе обращения в органы внутренних дел и в органы юстиции 1 (один) раз в квартал, при отсутствии объективных сведений о его месте нахождения;

      5) осуждения, связанные с лишением свободы на срок свыше 3 (трех) лет; (снятие производится в течение 3 (трех) месяцев после получения ответа на запрос с Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан);

      6) свидетельства о смерти больного алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, зарегистрированного в РПН.

      7) сведений о смерти, поступающих из ОРАГС;

      8) изменения или уточнения диагноза по данной нозологии с взятием на учет по уточненной нозологии.

      241. Для оплаты регистрация случаев оказания медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в форме стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется в ИС "ЭРСБ" путем ежедневного ввода и подтверждения данных об оказании стационарной, стационарозамещающей, медико-социальной помощи по форме № 066-1/у, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907.

      242. Наркологическая организация на основании первичных бухгалтерских документов в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ИС "ЭРОБ" следующие отчеты за предыдущий отчетный период, содержащие информацию о:

      структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

      структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

      дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

      повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

      распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам.

      Наркологическая организация по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

      В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование счета-реестра за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах за текущий отчетный период наркологической организации не производится до введения указанных данных.

      243. Протокол исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией (далее – протокол исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах) формируется фондом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" по форме согласно приложению 105 к настоящим Правилам.

      244. По результатам мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества, фондом в отношении наркологической организации применяются штрафные санкции по перечню дефектов специализированной медицинской помощи, согласно приложению 87 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

      2) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

      3) реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг по форме согласно приложению 39 к настоящим Правилам;

      4) реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

      5) реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

      6) реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам;

      7) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

      8) реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема всеми участниками по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам;

      9) сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

      10) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга и внешней экспертизы качества медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам;

      11) экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      245. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" формируется акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по форме согласно приложению 106 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах).

      246. Оплата по акту оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи при наркологических расстройствах осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      247. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, не принятых в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, внешней экспертизы качества медицинских услуг, а также услуг, оказанных в декабре текущего года, рассчитывается исходя из среднесписочной численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, по состоянию на 20 декабря текущего года с последующей корректировкой суммы договора по факту среднесписочной численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период.

Подраздел 3. Порядок оплаты лабораторной диагностики

      248. Оплата услуг лабораторной диагностики осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, за исключением:

      услуг, оплачиваемых в соответствии с параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

      услуг, оплачиваемых в соответствии с главой 2 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил кроме случаев, указанных в пункте 111 и в перечне случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы согласно приложению 49 к настоящим Правилам.

      249. Сумма оплаты за оказание услуг определяется путем умножения тарифов на медицинские услуги на количество фактически оказанных услуг.

Подраздел 4. Порядок оплаты патологоанатомической диагностики

      250. Оплата поставщикам за оказание услуг патологоанатомического вскрытия и патологоанатомической диагностики: 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 клинико-затратным группам и медико-экономическим тарифам, осуществляется на основании договора закупа услуг на оказание патологоанатомической диагностики.

      251. Сумма оплаты за оказание услуг патологоанатомической диагностики определяется путем умножения тарифов на количество фактически оказанных услуг патологоанатомической диагностики с учетом поправочных коэффициентов.

      252. Автоматизированный учет договоров закупа услуг патологоанатомической диагностике, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЕПС".

      Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг на оказание патологоанатомической диагностики и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

      253. Поставщик услуг патологоанатомической диагностики в порядке и сроки согласно пункту 27 настоящих Правил формирует в ручном или автоматизированном режиме счет-реестр за оказание услуг патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 107 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание услуг патологоанатомической диагностики) и передает в фонд.

      254. Для автоматизированного формирования счета-реестр за оказание услуг патологоанатомической диагностики и корректного расчета суммы, предъявленной к оплате поставщик в информационной системе обеспечивает:

      1) ежедневный ввод и подтверждение данных по форме № 003/у первичной медицинской документации, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907;

      2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из стационара по форме № 066/у, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907.

      255. Фонд формирует в ручном или автоматизированном режиме протокол исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 108 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики).

      256. По результатам мониторинга качества и объема фондом в отношении поставщиков, оказывающих услуги патологоанатомической диагностики, применяются штрафные санкции по перечню дефектов патологоанатомической диагностики согласно приложению 109 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 110 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 111 к настоящим Правилам.

      257. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики в ручном или автоматизированном режиме формируется акт оказанных услуг патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 112 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг патологоанатомической диагностики).

      258. Оплата по акту оказанных услуг патологоанатомической диагностики осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      259. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

Подраздел 5. Порядок оплаты услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови

      260. Оплата поставщикам услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови (далее – центр крови) осуществляется за выданные субъектам здравоохранения компоненты и препараты крови по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      Оплата услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей в соответствии с Положением об организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 931 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7404) осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

      261. Сумма оплаты центрам крови за услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови определяется путем умножения размера тарифов на количество компонентов и препаратов крови, выданных субъектам здравоохранения в рамках ГОБМП.

      Сумма оплаты центрам крови за лабораторное сопровождение трансплантации органов и тканей определяется путем умножения размера тарифов на количество лабораторных услуг.

      262. Центры крови на основании форм № 422/у, № 422-2/у, № 422-3/у, № 422-4/у, № 422-5/у первичной медицинской документации, утвержденных [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006697#z1) № 907, формируют в ручном режиме счет-реестр оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению 113 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр оказанных услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами).

      263. Фонд формирует в ручном режиме протокол исполнения договора закупа услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению 114 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами).

      264. По результатам мониторинга качества и объема фондом в отношении поставщиков услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови применяются штрафные санкции по перечню дефектов по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови согласно приложению 115 к настоящим Правилам и формируются:

      1) реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших мониторинг качества и объема по форме согласно приложению 116 к настоящим Правилам;

      2) акт мониторинга качества и объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению 117 к настоящим Правилам.

      265. Акт оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению 118 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами) формируется фондом в ручном режиме на основании протокола исполнения договора закупа услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами.

      266. Оплата по акту оказанных услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами осуществляется фондом в порядке и сроки, предусмотренные пунктом 36 настоящих Правил, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса.

      267. Сумма дополнительного соглашения, заключенного в соответствии с пунктом 34 настоящих Правил, для оплаты услуг, оказанных в декабре текущего года, не превышает сумму среднемесячной фактической оплаты в текущем финансовом году.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

                  Заключение по мониторингу качества и объема медицинских услуг  
                  №\_\_\_\_/\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года  
1. Наименование заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              *(полное наименование филиала НАО "ФСМС*")  
2. Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                     *(полное наименование поставщика*)  
3. Форма/вид медицинской помощи/вид деятельности:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4. Основание для мониторинга:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /должность специалиста НАО "ФСМС":  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
6. Сроки проведения мониторинга: с "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_года.  
7. Документы, представленные для мониторинга

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документа | Номер документа |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

      8. Результаты мониторинга:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | № медицинской карты/ код услуги по тарификатору | Наименование услуги | Сумма по коду дефекта по перечню\* | | | | | Сумма снятия (в тенге) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО, сумма снятия | | |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО, количество дефектов | | |  |  |  |  |  |  |

      \**перечисляется соответствующие перечни дефектов в зависимости от формы/медицинской помощи или вида деятельности*  
9. Предложения, рекомендации:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Специалист НАО "Фонд социального  медицинского страхования": | Поставщик:  Первый руководитель: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Фамилия, имя, отчество ( при его  наличии)/подпись)  ( для отчета на бумажном носителе) | (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/  подпись)  (для отчета на бумажном носителе)  Руководитель Службы поддержки пациента  и внутреннего контроля: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Фамилия, имя, отчество)/подпись)  (для отчета на бумажном носителе) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Фамилия, имя, отчество(при его наличии)/подпись)  (для отчета на бумажном носителе)) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода)

      1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица, проводившего экспертизу, в том числе независимого эксперта, с указанием специальности, квалификационной категории, ученой степени, № свидетельства об аккредитации.       2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения, в котором проводилась экспертиза.

      3. Основание проведения экспертизы, либо сведения о заказчике.

      4. Сроки проведения экспертизы.

      5. Период проведения экспертизы.

      6. Предмет экспертизы.

      7. Сведения о результатах экспертизы, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере.

      8. Выводы.

      9. Рекомендации.

      10. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего экспертизу

      11. Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень  
      пролеченных случаев за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества  
            медицинских услуг ТД КООЗ, за исключением случаев с летальными исходами   
                  период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года  
            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
           (Наименование поставщика)

      Таблица №1: Оплата по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам внешней экспертизы \*\*\* | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | | | | | | Количество случаев | | | | Предъявленная сумма | Сумма к снятию (в тенге) |
| 1. 1. | 1. 2. | 1. 3. | 1. 4. | 1. 5. | 1. 6. | 1. 7. | 1. 8. | 1. 9. | 2. 4. | 2. 5. | 2. 6. | 2. 7. | В с е г о | Подлежит оплате | не подлежит оплате | подлежит оплате частично |  |  |
| 1 2 | 1 3 | 1 4 | 1 5 | 1 6 | 1 7 | 1 8 | 1 9 | 2 0 | 2 1 | 2 2 | 2 3 | 2 4 | 2 5 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| х | х | х | х | х | х | х |  | х |  |  |  |  | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Примечания:

      \*в случае предоставления субъектом здравоохранения услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа;

      при оплате по комплексному тарифу столбцы 12,13,14,15,16,23,25,26,27,28,29 не формируются и не отражаются при формировании реестра       при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра       \*\*в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;

      \*\*\* - указывается в итоговых строках акта мониторинга, сводного акта и протокола исполнения договора. в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым субъекты здравоохранения финансируется.

      Примечание: по вызовам с подтвержденными дефектами ставится стоимость снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

      по услугам с подтвержденными дефектами ставится стоимость снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель (уполномоченное должностное лицо)ТД КООЗ | Должностное лицо ТД КООЗ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество(при его наличии)/  подпись)  (для отчета на бумажном носителе)  Место печати (при его наличии)(для отчета на бумажном носителе)  "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения Форма |

      Лист экспертной оценки медицинских услуг

      1. Государственный орган, осуществляющий оценку.

      2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения.  
      3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя поставщика.  
      4. Дата начала и окончания оценки.  
      5. Период подлежащий оценке.  
      6. Предмет оценки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (выявление дефектов оказания медицинских услуг, в том числе выполнение  
                  договорных обязательств по оказанию ГОБМП и другое)  
      I. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне первичной  
медико-санитарной, консультативно -диагностической помощи:  
      1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.  
      2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики  
Казахстан).

      3. Дата рождения, возраст (полных лет).  
      4. Национальность.  
      5. Место жительства.  
      6. Номер медицинской карты, период лечения.  
      7. Источник финансирования пролеченного случая.  
      8. Диагноз направившей организации.  
      9. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).  
      10. Дефекты на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-  
диагностической (выявлены, не выявлены, пациент не наблюдался, неизвестно).  
      11. Динамическое наблюдение (описание):  
      1) отсутствие динамического наблюдения;  
      2) несоблюдение стандартов диспансеризации;  
      3) отсутствие патронажа новорожденного в первые трое суток после выписки из  
родильного дома;  
      4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и в послеродовом периоде;  
      5) несвоевременное взятие детей на диспансерный учет;  
      6) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока  
беременности);  
      7) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;  
      13. Недостатки обследования (не соответствие стандартам в области  
здравоохранения), повлекшие ухудшение состояния или летальный исход.  
      14. Недооценка тяжести состояния (описание).  
      15. Дефекты госпитализации (описание):  
      1) не госпитализирован при имеющихся показаниях;  
      2) необоснованное направление на госпитализацию;  
      3) запоздалая госпитализация;  
      4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;  
      16. Результаты лечения:  
      1) летальный исход (предотвратим на уровне первичной медико-санитарной,  
консультативно-диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи),  
заполняются факторы:  
      отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев,  
      предусмотренных законодательством;  
      отсутствие гистологического исследования;  
      своевременность госпитализации пациента;  
      социальное благополучие пациента;  
      ранняя диагностика патологического состояния;  
      назначение дополнительных методов исследования;  
      правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований,  
заключений консультантов;  
      своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;  
квалификация специалистов;  
      иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;  
      2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и  
(или) диагностических мероприятий).  
      17. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).  
      18. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:  
      1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам,  
изделиям медицинского назначения и медицинской технике;  
      2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и  
внутреннего контроля (аудита);  
      3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского  
назначения и медицинской техники;  
      4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).  
      19. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании  
медицинской помощи, входящей в ГОБМП.  
      20. В случае смерти на дому, указать его предотвратимость, основываясь на  
выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических,  
лечебных и организационно-тактических).  
      21. Несоблюдение кодекса чести медицинских и фармацевтических  
работников (согласно [статье 184](http://pharmnews.kz/load/zakonodatelstvo/raznoe/kodeks-respubliki-kazahstan-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravoohraneniya_416/8-1-0-434) Кодекса Республики Казахстан "О здоровье  
народа и системе здравоохранения") (описание).  
      II. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне  
скорой медицинской помощи:  
      1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.  
      2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина  
Республики Казахстан).  
      3. Дата рождения, возраст (полных лет).  
      4. Национальность.  
      5. Место жительства  
      6. Источник финансирования вызова.  
      7. Описание жалоб (неполные, не соответствуют диагнозу и т.д.).  
      8. Описание анамнеза (не указан, не раскрыт полностью, не соответствуют диагнозу  
и т.д.).  
      9. Недооценка тяжести состояния (описание).  
      10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).  
      11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к  
госпитализации (описание).  
      12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента  
первого вызова (описание).  
      13. Ошибки в диагнозе (описание):  
      1) диагноз неполный;  
      2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;  
      3) диагноз не установлен;  
      4) иное (ошибка по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).  
      14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:  
      1) несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение  
утвержденного регламента времени);  
      2) непредоставление активов в организацию, оказывающую первичную медико-  
санитарную помощь;  
      3) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).  
      15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании  
медицинской помощи, входящей в ГОБМП.  
      16. В случае смертельного исхода указать его предотвратимость, основываясь на  
выявленных дефектах качества и объема (диагностических, лечебных и организационно-  
тактических).  
      17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками  
(согласно [статье 184](http://pharmnews.kz/load/zakonodatelstvo/raznoe/kodeks-respubliki-kazahstan-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravoohraneniya_416/8-1-0-434) Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе  
здравоохранения") (описание).  
      III. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне  
стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:  
      1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.  
      2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина  
Республики Казахстан).  
      3. Дата рождения, возраст (полных лет).  
      4. Национальность.  
      5. Место жительства.  
      6. Номер медицинской карты, период лечения.  
      7. Источник финансирования пролеченного случая.  
      8. Диагноз направившей организации.  
      9. Диагноз предварительный клинический.  
      10. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий,  
осложнения).  
      11. Результаты лечения:  
      летальный исход (не предотвратим, предотвратим на уровне стационарной и  
стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:  
      отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев,  
предусмотренных законодательством;  
      отсутствие гистологического исследования;  
      своевременность госпитализации пациента;  
      социальное благополучие пациента;  
      ранняя диагностика патологического состояния;  
      назначение дополнительных методов исследования;  
      правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований,  
заключений консультантов;  
      своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;  
квалификация специалистов;  
      иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;  
      2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и  
(или) диагностических мероприятий);  
      3) исход "без перемен" (необоснованное отклонение от основных лечебных и  
(или) диагностических мероприятий);  
      4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на  
амбулаторно - поликлиническом уровне;  
      5) случаи осложнений, возникших в результате лечения (необоснованное  
отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);  
      6) иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне.  
      12. Наличие согласования выписки с пациентом.  
      13. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).  
      14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:  
      1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям  
медицинского назначения и медицинской технике;  
      2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и  
внутреннего контроля (аудита);  
      3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского  
назначения и медицинской техники;  
      4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне)  
      15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании  
медицинской помощи, входящей в ГОБМП.  
      16. В случае летального исхода указать его предотвратимость, основываясь на  
выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных  
и организационно-тактических).  
      17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками  
(согласно [статье 184](http://pharmnews.kz/load/zakonodatelstvo/raznoe/kodeks-respubliki-kazahstan-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravoohraneniya_416/8-1-0-434) Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).  
      IV. Нарушения со стороны пациента  
      1. Нет замечаний.  
      2. Позднее обращение за медицинской помощью.  
      3. Нерегулярное наблюдение у врача.  
      4. Невыполнение или нерегулярное выполнение рекомендаций врача.  
      5. Отказ от предложенного лечения  
      6. Самостоятельное лечение.  
      7. Отказ от госпитализации.  
      8. Нарушение режима пребывания в стационаре.  
      9. Самовольный уход из стационара.  
      10. Нарушение этики по отношению к медицинским работникам поставщика.  
      11. иное (нарушение по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).  
      V. Выводы  
      Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинских услуг.  
      В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество  
оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы  
(обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Руководитель ТД КООЗ  
(уполномоченное должностное лицо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                               (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |

Перечень услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу

      Комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) и комплексный подушевой норматив на сельское население включают услуги АПП в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным [постановлением](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090002136_#z1) Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 (далее – Перечень ГОБМП), в том числе услуги:

      на медицинское обслуживание обучающихся в организациях среднего образования, не относящихся к интернатным организациям;

      на оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;

      по обеспечению специализированными лечебными продуктами, в соответствие с [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015724#z4) Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного cоциального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 15724) (далее – Приказ № 666);

      по проведению профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, направленных на раннее выявление и предупреждение:

      заболеваний у детей до 18 лет;

      основных болезней системы кровообращения (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца);

      сахарного диабета;

      глаукомы.

      Комплексный подушевой норматив на сельское население включает:

      стационарную помощь сельскому населению, включая обеспечение детей комплектом по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) в соответствии с [Приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015724#z4) № 666;

      стационарозамещающую помощь сельскому населению, за исключением амбулаторного гемодиализа.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

                              Счет-реестр  
            за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

                        №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

            Период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

                  по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
      в том числе сельское население \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек\*  
      Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
      Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*  
      Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_;  
      Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_;  
      Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;  
      Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;  
      Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
      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 АПП 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 амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): \_\_\_ тенге\*, в том числе:   
      гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП 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.  
      Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек   
      Подушевой норматив на 1 школьника в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге   
      Базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
      Поправочные коэффициенты: (указать)\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № 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: |  |
| 1.1.1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |
| 1.1.2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |
| 1.1.3 | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |
| 1.1.4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |
| 1.3. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |
| 3. | 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 его наличии) /для  
      документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 амбулаторно-поликлинической помощи;  
      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 амбулаторно-поликлинической помощи;  
      3) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;  
      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 амбулаторно-поликлинической помощи;  
      5) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;  
      6) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи ;  
      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 амбулаторно-поликлинической помощи;  
      8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;  
      9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина и адаптированными заменителями грудного молока по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.;  
      10) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.  
      Примечание: \**данные вводятся поставщиками, имеющими прикрепленное население, проживающее в сельской местности.*  
      \*\* Указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения, оказывающему КДУ.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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 /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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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/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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной [приказом](http://pharmnews.kz/ru/legislation/prikaz-mz-rk--52-ot-7-fevralya-2018-goda_2147) Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2018 года № 52 (зарегистрирован с Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № \_\_\_\_\_\_;  
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 амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | Форма |

            Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи\*

                  Период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)

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

      Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                     (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС"АИС Поликлиника";  
      \*\* итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3. | услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | |  |  |  |
| 3.1. |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* *данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника".*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  | 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";  
      \*\* итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнения от №\_\_\_ ) | | | | | |
| 1. | услуги по договору соисполнения, итого | | |  |  |
| 1.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по экстренным показаниям, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | услуги, не включенные в договор соисполнения, итого | |  |  |  |
| 2.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | по экстренным показаниям, итого: | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС  
"АИС Поликлиника";  
      \*\* 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 амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                              "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС  
      "АИС Поликлиника";  
      \*\* 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС  
"АИС Поликлиника";

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | Форма |

Реестр  
по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким  
содержанием фенилаланина и адаптированными заменителями грудного молока период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество | Стоимость | Сумма, тыс.тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Лечебные низкобелковые продукты и продукты с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 2. | Адаптированные заменители грудного молока |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
|  | Форма |

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской  
техники, приобретенной на условиях финансового лизинга период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, предъявленная к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация  
о структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи  
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 | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1 | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |
|  | в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи |  |  |  |
| 1.2. | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи по договору соисполнителя |  |  |  |
| 1.3. | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения |  |  |  |
|  | 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о структуре расходов  
при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь  
период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс. тенге | | |
| Всего, в том числе: | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Кредиторская задолженность на начало периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 1.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 1.3. | по договору соисполнителя |  |  |  |
| 2. | Кредиторская задолженность на конец периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 2.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 2.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 2.3. | по договору соисполнения |  |  |  |
| 3. | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |
| 4. | Всего доход |  |  |  |
| 5. | Всего расход |  |  |  |
| 5.1. | Заработная плата |  |  |  |
| 5.1.1 | Оплата труда |  |  |  |
|  | в т.ч. |  |  |  |
| 5.1.1.1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
| 5.1.1.2. | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
| 5.1.1.3. | Младший медицинский персонал |  |  |  |
| 5.1.1.4. | Прочий персонал |  |  |  |
| 5.1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь): |  |  |  |
| 5.1.2.1. | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
| 5.1.2.2. | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
| 5.1.2.3. | Младший медицинский персонал |  |  |  |
| 5.1.2.4. | Прочий персонал |  |  |  |
|  | в.т.ч. дифференцированная оплата |  |  |  |
|  | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
|  | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
|  | Младший медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал |  |  |  |
|  | из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи |  |  |  |
|  | Врачебный персонал |  |  |  |
|  | Средний медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал (социальные работники и психологи) |  |  |  |
| 5.1.3. | Компенсационные выплаты |  |  |  |
| 5.1.4. | Налоги и другие обязательства в бюджет |  |  |  |
| 5.1.4.1. | Социальный налог |  |  |  |
| 5.1.4.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |
| 5.1.4.3. | Взносы на обязательное страхование |  |  |  |
| 5.1.4.4. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |
| 5.1.5. | Приобретение товаров |  |  |  |
| 5.1.5.1 | в том числе приобретение адаптированных заменителей грудного молока |  |  |  |
| 5.1.6. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |
| 5.1.6.1. | в том числе приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 5.1.7. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |
|  | в т.ч. мягкого инвентаря |  |  |  |
| 5.1.8. | Коммунальные и прочие услуги |  |  |  |
| 5.1.8.1. | Оплата коммунальных услуг, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 5.1.8.1.1. | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |
| 5.1.8.1.2. | за газ, электроэнергию |  |  |  |
| 5.1.8.1.3. | за теплоэнергию |  |  |  |
| 5.1.8.1.4. | Прочие |  |  |  |
| 5.1.8.2. | Оплата услуг связи |  |  |  |
| 5.1.8.3. | Прочие услуги и работы, всего |  |  |  |
| 5.1.8.3.1. | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |
| 5.1.8.3.2. | на оплата услуг по договору соисполнителя |  |  |  |
| 5.1.8.3.3. | расходы на текущий ремонт здания, сооружений и оборудования |  |  |  |
| 5.1.8.3.4. | за аренду |  |  |  |
| 5.1.9. | Другие текущие затраты |  |  |  |
| 5.1.9.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
| 5.1.9.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |
|  | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
| 5.1.9.3. | другие налоги и обязательные платежи в бюджет |  |  |  |
| 5.1.10 | Прочие текущие затраты |  |  |  |
| 5.1.11. | Лизинговые платежи |  |  |  |
| 5.1.12. | Обновление 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация   
о дифференцированной оплате труда работников   
при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
| всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | ВСЕГО, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: врачебный персонал ПМСП |  |  |  |  |  |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: средний медицинский персонал ПМСП |  |  |  |  |  |
| 3 | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |
| 4 | Прочий персонал |  |  |  |  |  |

      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 его наличии) (для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация   
о повышении квалификации и переподготовке кадров  
при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Всего работников, человек | в том числе | | | | | | | Всего сумма, тыс. тенге | в том числе за счет бюджетных средств |
| Врачей | из них врачей ПМСП | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | Средних медицинских работников | из них средних медицинских работников ПМСП | Средних фармацевтических работников | Специалистов с немедицинским образованием |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Всего специалистов, из них: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | повысили квалификацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | прошли переподготовку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе)  
      "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 11 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о распределении плановой суммы аванса  
при оказании амбулаторно-поликлинической помощи  
по договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование бюджетной программы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Всего |  |  |
| 1 | Оплата труда работников |  |  |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата |  |  |
| 2 | Приобретение продуктов питания |  |  |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН |  |  |
| 4 | Коммунальные расходы |  |  |
| 5 | Прочие расходы |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 12 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
исполнения договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлиническую помощи

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание амбулаторно-поликлинической 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, 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: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. 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 сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 4. Расчет иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 13 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень дефектов амбулаторно-поликлинической помощи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) на 1 жителя в месяц |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 3.1. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 2 | 3.2. | Несоблюдение правил проведения профилактических прививок | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 3 | 3.3. | Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 4 | 3.4. | Длительность ожидания услуги КДУ более 7 календарных дней | 1 случай | 4 кратный размер КПН |
| 5 | 3.5. | Длительность ожидания услуги КДУ более 14 календарных дней | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 6 | 3.6. | Необеспечение бесплатными ЛС и ИМН на амбулаторном уровне отдельных категорий граждан | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 7 | 3.7. | Необоснованное направление больных на госпитализацию | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 8 | 3.8. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 9 | 3.9. | Некорректный ввод данных в информационные системы | 1 случай | 2 кратный размер КПН |
| 10 | 3.10. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации | 1 случай | 4 кратный размер КПН |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 14 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № амбулаторной карты | Код дефекта по перечню\* | | | | | | | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| 3.1. | 3.2. | 3.3. | 3.4. | 3.5. | 3.6. | 3.7. | 3.8. | 3.9. | 3.10. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО, всего дефектов | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Х |
| ИТОГО, сумма снятия, в тенге | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      \*Примечание: по услугам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) / для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 15 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга  
качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг  
амбулаторно – поликлинической помощи №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит к снятию и не подлежит оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | I. Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |
| 3 | 3.1. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 4 | 3.2. | Несоблюдение правил проведения профилактических прививок |  |  |
| 5 | 3.3. | Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |  |
| 6 | 3.4. | Длительность ожидания услуги КДУ более 7 календарных дней |  |  |
| 7 | 3.5. | Длительность ожидания услуги КДУ более 14 календарных дней |  |  |
| 8 | 3.6. | Необеспечение бесплатными ЛС и ИМН на амбулаторном уровне отдельных категорий граждан |  |  |
| 9 | 3.7. | Необоснованное направление больных на госпитализацию |  |  |
| 10 | 3.8. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи |  |  |
| 11 | 3.9. | Некорректный ввод данных в информационные системы |  |  |
| 12 | 3.10. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации |  |  |
| 13 | ИТОГО по результатам мониторинга | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 16 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

            Акт оказанных услуг по амбулаторно-поликлинической помощи  
                        №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

                  Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

                        по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года   
Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
в том числе сельское население \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек\*  
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека,  
зарегистрированного в портале "РПН", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека,  
зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*  
Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;  
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц:\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
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 АПП 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 амбулаторно-поликлинической помощи  
сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале  
"РПН", в месяц: \_\_\_ тенге\*, в том числе:  
      гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного  
прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП,  
в месяц (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*;  
      сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале  
"РПН" к субъекту ПМСП, в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.  
      Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
      Подушевой норматив на 1 школьника в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      Базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека,  
зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

            Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| численность населения /кол-во услуг | сумма, тенге | численность населения/ 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 |  |  |  |  |
| 1.1.1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |  |  |  |
| 1.1.3 | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |
| 1.1.4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |
| 1.3. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |  |  |
| 3. | Итого |  |  |  |  |

            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. Сумма лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 4. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      сумма на оплату лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
            по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
            выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
            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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 17 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Отчет  
по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб)  
на деятельность субъекта ПМСП и субъекта села  
по области, столице и городу республиканского значения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Данные поставщика, оказывающего ПМСП | | | Ф.И.О. физического лица, подавшего жалобу | Данные физического лица, прикрепленного к поставщику, оказывающему ПМСП | | | | Дата регистрации жалобы (чч.мм.гг.) | Дата завершения проверки (чч.мм.гг.) |
| Наименование поставщика | Наименование участка | Ф.И.О. и должность врача | ИНН | Ф.И.О. | Дата рождения (чч.мм.гг.) | Адрес проживания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Всего обоснованных жалоб за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев  
Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для отчета на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 18 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Отчет  
по случаям материнской смертности на уровне первичной медико-санитарной  
помощи по области, столице и городу республиканского  
значения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Данные поставщика, оказывающего ПМСП | | | Данные физического лица, прикрепленного к поставщику, оказывающему ПМСП | | | | | | | Дата регистрации смерти (чч. мм .гг.) | Сведения о предотвратимости смерти\* | Участие в расчете суммы СК ПН (да/ нет) |
| Наименование поставщика | Наименование участка | Ф. И. О. и должность врача | И Н Н | Ф. И. О. | Дата рождения (чч. мм .гг.) | Адрес проживания | Место "Д" наблюдения | Место смерти | Диагноз по МКБ-10 (с указанием причины смерти) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Примечание:  
      \*указываются сведения о предотвратимости смерти по каждому случаю:  
предотвратимая, непредотвратимая или экспертиза не завершена  
      Всего случаев материнской смертности за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев, из них:  
      предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев;  
      не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы СКПН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_  
случаев;  
      экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев  
Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для отчета на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 19 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Отчет  
по случаям детской (от 7 (семи) дней до 5 (пяти)) смертности  
на уровне первичной медико-санитарной помощи по области, столице и городу  
республиканского значения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Данные поставщика, оказывающего ПМСП | | | Данные физического лица, прикрепленного поставщика, оказывающему ПМСП | | | | | | | Дата регистрации смерти (чч. мм .гг.) | Сведения о предотвратимости смерти | Участие в расчете суммы СКПН (да/ нет) |
| Наименование поставщика | Наименование участка | Ф. И .О. и должность врача | И И Н | Ф. И. О. | Дата рождения (чч. мм .гг.) | Адрес проживания | Место "Д" наблюдения | Место смерти | Диагноз по МКБ 10 (с указанием причины смерти) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Всего случаев детской смертности за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев, из них:  
      предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев;  
      не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы СКПН):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев;  
      экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев  
      Примечание: \*указываются сведения о предотвратимости смерти по каждому случаю:  
предотвратимая, непредотвратимая или экспертиза не завершена.  
Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                  (для отчета на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 20 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Отчет  
по корректности и достоверности загрузки данных из информационных  
систем для расчета значений индикаторов конечного результата и сумм стимулирующего  
компонента комплексного подушевого норматива по области, столице и городу  
республиканского значения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование индикатора | Источник данных | Период загруженных данных | Дата загрузки данных | Качество загрузки | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для отчета на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* корректность и полнота загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего  
      компонента комплексного подушевого норматива в соответствии с Методикой формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной [приказом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005946_#z1) Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 21 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Отчет  
            по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного  
      подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего  
                        первичную медико-санитарную помощь

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Население прикрепленное в Регистре прикрепленного населения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек  
Уровень достижения индикаторов конечного результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%  
Плановая сумма стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
(стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива на 1 жителя в месяц\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Фактическая сумма стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
(стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива на 1 жителя в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Дополнительно из фонда за результат 80% и более\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Потери за не достижение результата (до 80%)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Направлено на повышение квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
доля от общей суммы стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива\_\_\_\_\_\_ %  
Направлено на налоги и другие обязательные платежи в бюджет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
доля от общей суммы стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %  
      Сумма стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива для распределения работникам\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование специальностей | Всего | | | Отделение ВОП | | Терапевтическое отделение | | | | Педиатрическое отделение | | |
| Количество работников | Сумма СК ПН, тыс. тенге | Средняя сумма выплат СК ПН на 1 работника, тенге | Количество работников | Сумма СК ПН, тыс. тенге | Средняя сумма выплат СК ПН на 1 работника, тенге | Количество работников | Сумма СК ПН, тыс. тенге | Средняя сумма выплат СК ПН на 1 работника, тенге | Количество работников | Сумма СК ПН, тыс. тенге | Средняя сумма выплат СК ПН на 1 работника, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | Итого по работникам участковой службы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врачи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | СМР |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Социальные работники |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Психологи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Акушеры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого по работникам вне участка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Первый руководитель самостоятельного или врачебной амбулатории |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Заведующий отделением |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Старшая медицинская сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врачи отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | СМР отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*• СКПН – стимулирующий компонент подушевого норматива*  
      *• ЦСЗ - Центр семейного здоровья*  
      *• СМР – средние медицинские работники*  
Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для отчета на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для отчета на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 22 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |

      Перечень услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному подушевому нормативу на оказание амбулаторно-поликлинической помощи

      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;

      услуги детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области с использованием аппарата для устранения зубочелюстных аномалий (ортодонтическая пластинка) при оказании ортодонтической помощи;

      плановая стоматологическая помощь детям и беременным женщинам (кроме ортодонтической и ортопедической) по направлению специалиста, включая экстракцию зубов с использованием обезболивания, препарирование и наложение пломбы из композитных материалов химического отверждения;

      экстренная стоматологическая помощь (острая боль) для социально-уязвимой категории населения: обезболивание, препарирование и наложение пломбы из композитных материалов химического отверждения, экстракция зуба с обезболиванием, периостотомия, вскрытие абсцессов;

      услуги передвижных медицинских комплексов;

      дорогостоящие виды диагностических исследований для социально-уязвимой категории населения по направлению специалиста: полимеразная цепная реакция, иммунофенотипирование, компьютерная томография, магниторезонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография;

      медико-генетические исследования беременных (ультразвуковой скрининг оценка анатомии плода, инвазивные пренатальные процедуры, биохимический скрининг цитогенетическое исследование)

      услуги в травматологических пунктах;

      услуги в реабилитационных в специализированных центрах;

      услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах);

      услуги в республиканских организациях здравоохранения;

      профилактические медицинские осмотры целевых групп населения: диагностика рака шейки матки, диагностика рака молочной железы, диагностика колоректального рака (1-2 этап).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 23 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень  
дефектов услуг АПП, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций от стоимости услуги |
| 1 | 4.1. | Случаи необоснованного проведения медицинских услуг, осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 100% |
| 2 | 4.2. | Случаи необоснованного удорожания стоимости консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 50% |
| 3 | 4.3. | Не подтвержденные случаи оказания консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 100% |
| 4 | 4.4. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 услуга | 50% |
| 5 | 4.5. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи | 1 услуга | 50% |
| 6 | 4.6. | Некорректный ввод данных в информационные системы | 1 услуга | 10% |
| 7 | 4.7. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации | 1 услуга | 20% |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 24 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр  
оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической  
помощи, прошедших мониторинг качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | Дата оказания услуги | Услуга | | Код по перечню\* | | | | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| Код услуги по тарификатору | Наименование | 4.1. | 4.2. | 4.3. | 4.4. | 4.5. | 4.6. | 4.7. |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

            \*Примечание: по услугам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 25 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт  
мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной  
поликлинической помощи №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит к снятию | |
| Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | I. Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2. | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |
| 3. | 4.1. | Случаи необоснованного проведения медицинских услуг, осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи |  |  |
| 4. | 4.2. | Случаи необоснованного удорожания стоимости консультативно-диагностической помощи |  |  |
| 5. | 4.3. | Не подтвержденные случаи оказания консультативно-диагностической помощи |  |  |
| 6. | 4.4. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 7. | 4.5. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи |  |  |
| 8. | 4.6. | Некорректный ввод данных в информационные системы |  |  |
| 9. | 4.7. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации |  |  |
| 10. | ИТОГО по результатам мониторинга | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 26 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

                              Счет-реестр  
            за оказание специализированной медицинской помощи  
                  и высокотехнологичных медицинских услуг

                  Период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год  
      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам  
за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг  
      Стоимость базового тарифа (ставки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      Поправочные коэффициенты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза/ операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Количество базовых тарифов (ставок) | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Всего, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | всего стационарная помощь, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.1 | услуги по профилю: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2 | услуги по Перечню № 1: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 | услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | всего стационарозамещающая помощь, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1 | дневной стационар по профилю: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2 | услуги по Перечню № 2: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3 | услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.4 | стационар на дому |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по фактическим затратам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза/операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных/ сеансов | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Всего, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1.1 | всего стационарная помощь, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1.1.1 | услуги по профилю: |  |  |  |  |  |
| 1.1.2 | услуги по Перечню № 1: |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 | услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |  |
| 1.1.4. | за обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) |  |  |  |  |  |
| 1.2 | всего стационарозамещающая помощь, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1.2.1 | дневной стационар по профилю: |  |  |  |  |  |
| 1.2.2 | услуги по Перечню № 2: |  |  |  |  |  |
| 1.2.3 | услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |  |

            Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости и койко-дням за оказание специализированной медицинской помощи\*

      Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      Стоимость 1 койко-дня: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

            Таблица № 4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам лечения) за оказание специализированной медицинской помощи для детей с онкологическими заболеваниями

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Индивидуальный идентификационный номер пациента | Наименование курса лечения | Наименование блока/схемы лечения | Проведено койко-дней | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |

            Таблица № 5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по койко-дням за оказание за оказание реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями

      Стоимость 1 койко-дня:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование тарифа | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | Х |  |  |

            Таблица № 6. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество пролеченных больных | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование: | | | |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |
| 2. | Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование: | | | |
| 2.1. |  | | | |
| 2.2. |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

            Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
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 его наличии) (для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \*- при оказание медицинской помощи по нескольким профилям по тарифу за один  
пролеченный случай по расчетной средней стоимости и (или) койко-дням за оказание  
специализированной медицинской помощи, таблица № 3 может повторяться;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 27 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация  
о структуре расходов за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги № \_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | 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 | 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 | X | X | X | X | X | X | X |  |  |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс.тенге | X | X | X | X | X | X | X |  |  |  |
| ОБ | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  | X |  | X |  |
| ОВ | Поступление средств, всего в т.ч. |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 1 | стационарной медицинской помощи |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 2 | стационарной медицинской помощи с применением высокотехнологичных медицинских услуг |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 3 | стационарозамещающей медицинской помощи |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 4 | стационарозамещающей медицинской помощи с применением высокотехнологичных медицинских услуг |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 5 | клинико-диагностические услуги |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 6 | лизинг |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 7 | амортизационные отчисления |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | прочие поступления по данной БП |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 0Г   Всего расходов (тыс. тенге) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I | Текущие расходы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Заработная плата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| А | Оплата труда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в т.ч. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | Врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | Прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Б | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д) | Врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| е) | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| е) | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ж) | Прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| В | в.т.ч. дифференцированная оплата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| з) | Врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| и) | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| й) | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| к) | Прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| л) | Социальный налог |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| м) | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| н) | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Приобретение товаров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| о) | Приобретение продуктов питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| п) | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| р) | Приобретение прочих товаров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в т.ч. мягкого инвентаря |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Коммунальные и прочие услуги |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| с) | Оплата коммунальных услуг, всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| т) | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| у) | за газ, электроэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ф) | за теплоэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х) | Оплата услуг связи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| щ) | Прочие услуги и работы, всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ц) | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ш) | в т.ч. на услуги по обеспечению питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Другие текущие затраты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| А.1 | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Б.1 | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | Прочие текущие затраты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Лизинговые платежи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | Приобретение основных средств, всего |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Учет движения материальных ценностей

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Остаток на начало отчетного года | Поступило по нарастанию за отчетный период | Израсходовано по нарастанию за отчетный период | Поступило за отчетный период | Израсходовано за отчетный период | Остаток на конец года |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=(гр.2+гр.3-гр.4) |
| Лекарственные средства и изделия медицинского назначения |  |  |  |  |  |  |
| Продукты питания |  |  |  |  |  |  |
| Топливо, ГСМ |  |  |  |  |  |  |
| Прочие товары |  |  |  |  |  |  |
| Всего запасов |  |  |  |  |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 28 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация  
о дифференцированной оплате труда работников за оказанную специализированную  
медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги № \_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге | |
| всего | в т.ч. получившие дифференцированную оплату | всего | в т.ч. на дифференцированную оплату труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | ВСЕГО |  |  |  |  |
|  | в том числе: | х | х | х | х |
| 1 | Врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |
| 3 | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |
| 4 | Прочий персонал |  |  |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 29 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о распределении плановой суммы аванса на  
оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Всего |  |  |
| 1 | Оплата труда работников |  |  |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата |  |  |
| 2 | Приобретение продуктов питания |  |  |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН |  |  |
| 4 | Коммунальные расходы |  |  |
| 5 | Прочие расходы |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 30 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года По Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора, тенге: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Всего, человек | в том числе | | | | |  |
| Врачей (человек) | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров (человек) | Средних медицинских работников (человек) | Средних фармацевтических работников (человек) | Специалистов с немедицинским образованием (человек) | Всего сумма (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Всего специалистов, из них: |  |  |  |  |  |  | х |
| 1.1 | повысили квалификацию |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | прошли переподготовку |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 31 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
исполнения договора закупа услуг по оказанию специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате с применением Линейной шкалы оценки исполнения договора за превышение помесячной суммы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено по счету-реестру | Плановая сумма договора за отчетный период | Применение линейной шкалы | | | | | | | | | | Принято к оплате с учетом применения Линейной шкалы |
| Превышение плановой суммы договора | | Применение расчета поправочных коэффициентов = 1,0 за превышение плановой суммы договора | | Превышение плановой суммы договора после применения расчета поправочных коэффициентов = 1,0 для расчета суммы оплаты с применением линейной шкалы | | | Расчет суммы оплаты и удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы | | |
| Сумма | % | Сумма к удержанию | Сумма после применения расчета поправочных коэффициентов | Сумма | % превышения | интервал процента превышения по линейной шкале | % возмещения | Сумма для оплаты | Сумма к удержанию |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1. | Сумма с применением ЛШ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Сумма без применения ЛШ\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            \*Данная строка заполняется по видам медицинской помощи, по которым не применяется линейная шкала

      Таблица №2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по клинико-затратным группам с учетом мониторинга качества и объема

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код/наименование перечня | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | | | | | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | |
| Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | | Количество случаев | | | |
| СМП | ВТ МУ КС | СЗТ | ВТ МУ ДС | СМП | ВТ МУ КС | СЗТ | ВТ МУ ДС | СМП | ВТ МУ КС | СЗТ | ВТ МУ ДС |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1. | I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате |  |  |  |  |  |  |  |  | Х | Х | Х | Х |
| 2. | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 4. | IV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 5.5. | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | VI. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | VII. Реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 8. | VIII. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | IX. Сумма за отчетный и прошедшие периоды, оказанным вне Договора ВТМУ и по Переченю медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | Принято к оплате | | | | | | | |
| Сумма, тенге | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| СМП | ВТМУ КС | СЗТ | ВТМУ ДС | СМП | ВТМУ КС | СЗТ | ВТМУ ДС | СМП | ВТМУ КС | СЗТ | ВТМУ ДС |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| х | х | х | х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате по фактическим затратам с учетом мониторинга качества и объема

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код/наименование перечня | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | | | | | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | |
| Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | | Количество случаев | | | |
| СМП | ВТМУ К С | С З Т | В Т М У Д С | С М П | ВТ МУ КС | С З Т | ВТ МУ ДС | С М П | ВТ МУ КС | С З Т | ВТ МУ ДС |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1. | I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате |  |  |  |  |  |  |  |  | Х | Х | Х | Х |
| 2. | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 4. | IV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 5. | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | VI. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | VII. Реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
| 8. | VIII. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | IX. Сумма за отчетный и прошедшие периоды, оказанным вне Договора ВТМУ и по Переченю медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | Принято к оплате | | | | | | | |
| Сумма, тенге | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| СМП | ВТ МУКС | СЗТ | ВТ МУДС | СМП | ВТ МУКС | СЗТ | ВТ МУДС | СМП | ВТ МУКС | СЗТ | ВТ МУДС |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| х | х | х | х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости и койко-дням с учетом мониторинга качества и объема\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код/наименование перечня | Предъявлено к оплате | | | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | Принято к оплате | | | |
| Количество случаев | | Сумма, тенге | | Количество случаев | | Сумма, тенге | | Количество случаев | | Сумма, тенге | |
| СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1. | I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | IV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | VI. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | VII. Реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | VIII. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 5. Расчет суммы, принимаемой к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам курса лечения) с учетом мониторинга качества и объема

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование блока/схемы лечения | Стоимость блока (схемы) курса лечения | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 6. Расчет суммы, принимаемой к оплате по тарифу за один пролеченный случай по средней расчетной стоимости и койко-дням за реабилитацию для детей с онкозаболеваниями с учетом мониторинга качества и объема

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование тарифа | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | Х |  | Х |  | Х |  |

            Таблица № 7. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| № п/п | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 8. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |

            Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
      Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                               (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                               (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
      Примечание:  
      \*- при оказание медицинской помощи по нескольким профилям по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости и (или) койко-дням за оказание специализированной медицинской помощи, таблица №4 может повторяться;

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 32 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Расчет суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь, с применением Линейной шкалы

      1. Расчет суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь, с применением Линейной шкалы (далее – сумма оплаты) осуществляется в автоматизированном режиме в ИС "СУКМУ", без учета результатов мониторинга качества и объема, в следующей последовательности:

      1) исчисление суммы превышения;

      2) определение процента превышения исчисленной суммы превышения к плановой сумме;

      3) определение процента возмещения;

      4) корректировка суммы превышения;

      5) исчисление суммы оплаты.

      2. Сумма превышения исчисляется как разница между суммой, предъявленной по счету-реестру за оказанные медицинские услуги в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи (далее – предъявленная сумма), от месячной суммы, предусмотренной договором закупа услуг (далее – плановая сумма).

      При этом:

      1) предъявленная сумма исчисляется путем последовательного суммирования стоимости пролеченных случаев по дате регистрации их подтверждения в ИС "ЭРСБ";

      2) образование суммы превышения признается с момента регистрации подтверждения в ИС "ЭРСБ" пролеченного случая, стоимость которого привела к превышению плановой суммы;

      3) с момента образования суммы превышения, исчисление стоимости пролеченных случаев осуществляется с применением поправочного коэффициента равного 1,0;

      4) в случае, если сумма, образовавшаяся в момент превышения плановой суммы, составляет 51% и более от стоимости пролеченного случая, с которого начинается превышение плановой суммы, то стоимость данного пролеченного случая формируется с применением поправочного коэффициента равного 1,0.

      3. Определение процента превышения исчисленной суммы превышения к плановой сумме осуществляется по следующей формуле:

      %превыш=Спревыш/ Сплан. х 100+100, где

      %превыш – процента превышения;

      Спревыш – сумма превышения;

      Сплан. – плановая сумма.

      4. Определение процента возмещения осуществляется в соответствии с интервалом согласно следующей таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № интервала (i) | Процент превышения (%превыш) | Процент возмещения (%возм.i) |
| 1 | от 100 % до 105 % | 50 % |
| 2 | свыше 105 % | 0 % |

      5. Корректировка суммы превышения осуществляется в следующей порядке:

      1) в случае, если процент превышения составляет 105% и ниже, то скорректированная сумма превышения рассчитывается путем умножения суммы превышения на 50%;

      2) в случае, если сумма превышения выше 105%, то скорректированная сумма превышения исчисляется путем суммирования:

      суммы превышения до 105% умноженной на 50%;

      суммы превышения свыше 105%, умноженной на 0%.

      5. Исчисление суммы оплаты осуществляется путем суммирования плановой суммы и скорректированной суммы превышения.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 33 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Перечень злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем – 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Код МКБ-10 | Наименование гематологических болезней |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | C81.0 | Болезнь Ходжкина - лимфоидное преобладание |
| 2 | C81.1 | Болезнь Ходжкина - нодулярный склероз |
| 3 | C81.2 | Болезнь Ходжкина - смешанно-клеточный вариант |
| 4 | C81.3 | Болезнь Ходжкина - лимфоидное истощение |
| 5 | C81.7 | Другие формы болезни Ходжкина |
| 6 | C81.9 | Болезнь Ходжкина неуточненная |
| 7 | C82.0 | Фолликулярная неходжкинская лимфома мелкоклеточная с расщепленными ядрами |
| 8 | C82.1 | Фолликулярная неходжкинская лимфома смешанная мелкоклеточная с расщепленными ядрами и крупноклеточная |
| 9 | C82.2 | Фолликулярная неходжкинская лимфома крупноклеточная |
| 10 | C82.7 | Другие типы фолликулярной неходжкинской лимфомы |
| 11 | C82.9 | Фолликулярная неходжкинская лимфома неуточненная |
| 12 | C83.0 | Мелкоклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 13 | C83.1 | Мелкоклеточная с расщепленными ядрами (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 14 | C83.2 | Смешанная мелко- и крупноклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома; |
| 15 | C83.3 | Крупноклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 16 | C83.4 | Иммунобластная (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 17 | C83.5 | Лимфобластная (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 18 | C83.6 | Недифференцированная (диффузная) неходжкинская лимфома |
| 19 | C83.7 | Опухоль Беркитта |
| 20 | C83.8 | Другие типы диффузных неходжкинских лимфом |
| 21 | C83.9 | Диффузная неходжкинская лимфома неуточненная |
| 22 | С84.0 | Грибовидный микоз |
| 23 | С84.1 | Болезнь Сезари |
| 24 | С84.2 | Лимфома Т-зоны |
| 25 | C84.4 | Периферическая Т-клеточная лимфома |
| 26 | С84.5 | Другие и неуточненные Т-клеточные лимфомы |
| 27 | С85.0 | Лимфосаркома |
| 28 | С85.1 | В-клеточная лимфома неуточненная |
| 29 | С85.7 | Другие уточненные типы неходжкиинской лимфомы |
| 30 | С88.0 | Макроглобулинемия Вальденстрема |
| 31 | С88.7 | Другие злокачественные иммунопролиферативные болезни |
| 32 | С90.0 | Множественная миелома |
| 33 | С90.1 | Плазмоклеточный лейкоз |
| 34 | С90.2 | Плазмацитома экстрамедуллярная |
| 35 | C91.0 | Острый лимфобластный лейкоз |
| 36 | С91.1 | Хронический лимфоцитарный лейкоз |
| 37 | C91.3 | Пролимфоцитарный лейкоз |
| 38 | С91.4 | Волосатоклеточный лейкоз |
| 39 | C91.5 | T-клеточный лейкоз взрослых |
| 40 | C91.7 | Другой уточненный лимфоидный лейкоз |
| 41 | C92.0 | Острый миелоидный лейкоз |
| 42 | C92.1 | Хронический миелоидный лейкоз |
| 43 | C92.3 | Миелоидная саркома |
| 44 | С92.4 | Острый промиелоцитарный лейкоз |
| 45 | C92.5 | Острый миеломоноцитарный лейкоз |
| 46 | C92.7 | Другой миелоидный лейкоз |
| 47 | C93.0 | Моноцитарный лейкоз |
| 48 | C94.0 | Острая эритремия и эритролейкоз |
| 49 | C94.1 | Хроническая эритремия |
| 50 | C94.2 | Острый мегакариобластный лейкоз |
| 51 | C95.1 | Хронический лейкоз неуточненного клеточного типа |
| 52 | D45 | Полицитемия истинная |
| 53 | D46.0 | Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия без сидеробластов, так обозначенная |
| 54 | D46.1 | Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с сидеробластами |
| 55 | D46.2 | Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с избытком бластов |
| 56 | D46.3 | Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с избытком бластов с трансформацией |
| 57 | D46.4 | Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия неуточненная |
| 58 | D46.7 | Другие миелодиспластические синдромы |
| 59 | D46.9 | Миелодиспластический синдром неуточненный |
| 60 | D47.1 | Хроническая миелопролиферативная болезнь |
| 61 | D47.3 | Эссенциальная тромбоцитемия |
| 62 | D59.5 | Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) |
| 63 | D60.0 | Приобретенная чистая красноклеточная аплазия (эритробластопения) |
| 64 | D61.0 | Конституциональная апластическая анемия |
| 65 | D61.3 | Идиопатическая апластическая анемия |
| 66 | D61.8 | Другие уточненные апластические анемии |
| 67 | D64.4 | Врожденная дизэритропоэтическая анемия |
| 68 | D76.0 | Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, не классифицированный в других рубриках |
| 69 | С96.1 | Злокачественный гистиоцитоз |
| 70 | С95.0 | Острый лейкоз неуточненного клеточного типа |
| 71 | D80.8 | Другие иммунодефициты с преимущественной недостаточностью антител |
| 72 | D81.1 | Тяжелый комбинированный иммунодефицит с низким содержанием T- и B-клеток |
| 73 | D84.9 | Иммунодефицит неуточненный |
| 74 | D70 | Агранулоцитоз |
| 75 | D69.3 | Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура |

            Примечание:  
      МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 34 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Перечень  
медицинских услуг по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем – 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Код | Название видов |
| 1 | 00.0990. | Ультразвуковая абляция |
| 2 | 00.62. | Чрескожная ангиопластика или атерэктомия интракраниальных сосудов |
| 3 | 00.64. | Чрезкожная установка других стентов для экстракраниальных артерий |
| 4 | 01.32. | Лоботомия и пересечение проводящих путей |
| 5 | 04.21. | Почечная денервация при резистентной артериальной гипертензии |
| 6 | 04.41. | Декомпрессия корешка тройничного нерва |
| 7 | 04.42. | Декомпрессия другого черепномозгового нерва |
| 8 | 07.53. | Частичное иссечение шишковидного тела |
| 9 | 07.54. | Полное иссечение шишковидного тела |
| 10 | 07.61. | Частичное рассечение гипофиза через трансфронтальный доступ |
| 11 | 07.64. | Полное иссечение гипофиза через трансфронтальный доступ |
| 12 | 16.42. | Энуклеация глазного яблока с синхронным введением другого имплантата |
| 13 | 21.3214. | Удаление опухоли полости носа и придаточных пазух с пластикой |
| 14 | 29.33. | Частичная резекция глотки |
| 15 | 30.1. | Гемиларингоэктомия |
| 16 | 30.2213. | Установка голосового протеза после ларингэктомии |
| 17 | 30.3. | Полная ларингэктомия |
| 18 | 34.3010. | Удаление опухоли средостения с шунтированием сосудов |
| 19 | 35.01. | Закрытая сердечная вальвулотомия, аортальный клапан |
| 20 | 35.02. | Закрытая сердечная вальвулотомия, митральный клапан |
| 21 | 35.03. | Закрытая сердечная вальвулотомия, клапан легочного ствола |
| 22 | 35.04. | Закрытая сердечная вальвулотомия, трехстворчатый клапан |
| 23 | 35.42. | Создание дефекта перегородки сердца |
| 24 | 35.50. | Устранение неуточненного дефекта перегородки сердца путем протезирования |
| 25 | 35.54. | Устранение дефекта формирования перегородки атриовентрикулярного канала путем протезирования |
| 26 | 37.61. | Имплантация пульсационного баллона |
| 27 | 37.86. | Замена электрокардиостимулятора любого типа однокамерным устройством, с уточненной частотой сокращений |
| 28 | 37.98. | Замена только генератора импульсов автоматического кардиовертера/дефибриллятора автоматического |
| 29 | 38.11. | Эндартериоэктомия интракраниальных сосудов |
| 30 | 38.31. | Резекция интракраниальных сосудов с анастомозом |
| 31 | 38.32. | Резекция других сосудов головы и шеи с анастомозом |
| 32 | 38.41. | Резекция интракраниальных сосудов с замещением |
| 33 | 39.561. | Восстановление с помощью трансплантата ткани кровеносного сосуда головного мозга |
| 34 | 39.571. | Восстановление кровеносного сосуда головного мозга с помощью имплантата синтетического лоскута |
| 35 | 39.764. | Стентирование почечных, подвздошных, бедренных артерий |
| 36 | 39.7946. | Эндоваскулярная химиоэмболизация опухолей печени, поджелудочной железы, матки |
| 37 | 39.7949. | Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме |
| 38 | 41.11. | Трансплантация медиаторов фетальных клеток |
| 39 | 41.94. | Трансплантация селезенки |
| 40 | 42.53. | Интраторакальный анастомоз пищевода с интерпозицией тонкой кишки |
| 41 | 44.95. | Лапароскопическая рестриктивная процедура на желудке |
| 42 | 50.51. | Вспомогательная трансплантация печени |
| 43 | 51.87. | Эндоскопическое введение стента (трубки) в желчный проток |
| 44 | 52.01. | Дренаж кисты поджелудочной железы при помощи катетера |
| 45 | 52.3. | Марсупиализация кисты поджелудочной железы |
| 46 | 52.4. | Внутренний дренаж кисты поджелудочной железы |
| 47 | 55.0169. | Ретроперитонеальная диссекция (лапароскопическая резекция) стенки кисты почки |
| 48 | 55.7002. | Нефропексия (лапароскопическая, ретроперитонеальная) |
| 49 | 56.8910. | Замещение мочеточника сегментом тонкой кишки |
| 50 | 60.0019. | Радикальная брюшинная простатэктомия |
| 51 | 60.2020. | Биполярная трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы |
| 52 | 60.3122. | Позадилонная или чреспузырная аденомэктомия у больных с осложненным течением доброкачественной гиперплазии предстательной железы |
| 53 | 60.5015. | Радикальная нервосберегающая простатэктомия |
| 54 | 63.0019. | Хирургические вмешательства при инфравезикальной обструкции |
| 55 | 68.51. | Лапароскопическая вагинальная гистерэктомия |
| 56 | 69.925. | Незавершенное экстракорпоральное оплодотворение на этапе индукции |
| 57 | 76.3914. | Удаление опухолей костей лицевого черепа с пластикой дефекта |
| 58 | 76.6413. | Протезирование нижней челюсти |
| 59 | 78.03. | Трансплантация лучевой и локтевой костей |
| 60 | 78.05. | Трансплантация бедренной кости |
| 61 | 78.07. | Трансплантация большеберцовой и малоберцовой костей |
| 62 | 78.19. | Применение внешнего фиксирующего устройства на прочие кости при заболеваниях, требующих этапной коррекции |
| 63 | 79.112. | Закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедулярным имплантом |
| 64 | 79.121. | Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным имплантом |
| 65 | 79.122. | Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедуллярным имплантом |
| 66 | 79.152. | Закрытая репозиция костных отломков бедренной кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедуллярным имплантом |
| 67 | 79.162. | Закрытая репозиция костных отломков большеберцовой и малоберцовой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедуллярным имплантом |
| 68 | 80.207. | Артроскопическая холодноплазменная коблация структур сустава |
| 69 | 80.208. | Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки сустава |
| 70 | 80.209. | Артроскопическая вапоризация капсульно-связочных структур сустава |
| 71 | 80.217. | Артроскопическая холодноплазменная коблация структур плечевого сустава |
| 72 | 80.218. | Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки плечевого сустава |
| 73 | 80.227. | Артроскопическая холодноплазменная коблация структур локтевого сустава |
| 74 | 80.228. | Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки локтевого сустава |
| 75 | 80.229. | Артроскопическая вапоризация капсульно-связочных структур локтевого сустава |
| 76 | 80.264. | Артроскопическое восстановление связок коленного сустава |
| 77 | 80.268. | Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки коленного сустава |
| 78 | 80.277. | Артроскопическая холодноплазменная коблация структур голеностопного сустава |
| 79 | 80.278. | Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки голеностопного сустава |
| 80 | 81.04. | Спондиллодез грудного и поясничного позвонков, передний доступ |
| 81 | 81.07. | Поясничный и пояснично-крестцовый спондилодез заднего столба, задний доступ |
| 82 | 81.516. | Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 83 | 81.526. | Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 84 | 81.591. | Ревизионное эндопротезирование с применением цементного спейсера с антибиотиком при гнойных осложнениях после эндопротезирования крупных суставов |
| 85 | 84.22. | Реимплантация пальца руки |
| 86 | 84.23. | Реимплантация предплечья, запястья или кисти |
| 87 | 84.24. | Реимплантация плеча |
| 88 | 84.25. | Реимплантация пальца ноги |
| 89 | 84.26. | Реимплантация стопы |
| 90 | 84.28. | Реимплантация бедра |
| 91 | 84.63. | Имплантация протеза межпозвонкового диска на грудном уровне |
| 92 | 84.66. | Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на шейном уровне |
| 93 | 84.67. | Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на грудном уровне |
| 94 | 84.68. | Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на пояснично-крестцовом уровне |
| 95 | 85.4514. | Радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией |
| 96 | 92.242. | Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом |
| 97 | 92.243. | ЛТМИ - лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенся) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы |
| 98 | 92.244. | ЛТМИ - лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенся) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи |
| 99 | 92.245. | Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 35 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Перечень дефектов стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций, от стоимости случая |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | 1 пролеченный случай | 100% |
| 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" | 1 пролеченный случай | 10% |
| 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ | 1 пролеченный случай | 50% |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) \* | 1 пролеченный случай | 100% |
| 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | 1 пролеченный случай | 100% |
| 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* | 1 пролеченный случай | 100% |
| 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2.1. | Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг |  |  |
| 2.1.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2.1.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2.1.3. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2.1.4. | Нарушение этики медицинскими работниками | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2.2. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | На сумму затрат, подтвержденных документально |
| 2.3. | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 случай летальности | 100% |
| 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |
| 2.4.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 2.4.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 2.5. | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" |  |  |
| 2.5.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 2.5.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 2.6. | Случаи с исходом заболевания "без перемен" |  |  |
| 2.6.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 20% |
| 2.6.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 20% |
| 2.7. | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов | 1 случай расхождения | 50% |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 36 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр  
            случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате

            Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Наименование поставщика)  
      Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один  
пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | | ИИН | | № медицинской карты | | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок\*\* | Количество случаев | Сумма оплаты, тенге |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | |  |  |  |

            Примечание:  
      \*включаются случаи, подлежащие оплате после результатов экспертизы объема и качества  
      реестр не формируется при оплате по комплексному тарифу  
      при оплате по тарифу за один пролеченный случай, по койко - дням столбцы 10,11 не  
формируются, и не отражаются при формировании реестра  
      В Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым поставщик финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 37 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг  
качества и объема по случаям автоматизированной выборки Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга\*\*\* | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | Количество случаев | | | | Предъявленная сумма | Сумма к снятию (в тенге) |
| 1.1. | 1.2. | 1.3. | 1.4. | 1.5. | 1.6. | 1.7. | 1.8. | Всего | Подлежит оплате | не подлежит оплате | подлежит оплате частично |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х |  | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечания:  
      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа  
      при оплате по комплексному тарифу столбцы 13,14,16,19,20,21,22,23,24 не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      \*\*в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;   
      \*\*\* - указывается в итоговых строках акта мониторинга, сводного акта и протокола исполнения договора.  
      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 38 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг  
качества и объема по случаям ручной выборки Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга\*\*\* | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | Количество случаев | | | | Предъявленная сумма | Сумма к снятию (в тенге) |
| 1.1. | 1.2. | 1.3. | 1.4. | 1.5. | 1.6. | 1.7. | 1.8. | Всего | Подлежит оплате | не подлежит оплате | подлежит оплате частично |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечания:  
      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа   
      при оплате по комплексному тарифу столбцы 12,13,14,15,16,20,21,22,23,24 не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      \*\*в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;  
      \*\*\* - указывается в итоговых строках сводного акта и протокола исполнения договора.  
      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 39 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр  
случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга\*\*\* | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | Количество случаев | Предъявленная / ранее принятая сумма, тенге | Сумма к снятию оплаты, тенге |
| 1.1. | 1.2. | 1.3. | 1.4. | 1.5. | 1.6. | 1.7. | 1.8. |  |  |  |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 21 | 22 | 23 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х |  | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга\*\*\* | | | | | | | |  |  |  |

            Примечания:  
      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа  
      при оплате по комплексному тарифу столбцы 13,14,16,19, 22 не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      \*\*в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;  
      \*\*\* - указывается в итоговых строках акта мониторинга, сводного акта и протокола исполнения договора.  
      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 40 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу  
качества медицинских услуг, ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации  
в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | И И Н | № М К | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № К З Г | Количество базовых ставок | Код по перечню\*\* | | | |
| Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 |
| Маркировка ТД КООЗ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка ТД КООЗ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Всего случаев по результатам мониторинга и контроля всеми участниками\*\*\* | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | | | |
| 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 2.4 | 2.5 | | 2.6 | | 2.7 | |
| Маркировка ТД КООЗ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка СИ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка СИ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка СИ | Маркировка ТД КООЗ | Маркировка СИ | Маркировка ТД КООЗ |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество случаев | | | | Предъявленная стоимость случая, тенге | Сумма к снятию с оплаты, тенге |
| всего | подлежит оплате | не подлежит оплате | подлежит оплате частично |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
| Случаи СМП | | | | | |
| х | х | х | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | |
| х | х | х | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | |
| х | х | х | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | |
| х | х | х | х |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа       \*\*при оплате по комплексному тарифу столбцы 13,14,16,19, 23,24, 27,28,29, 30, 31 не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      \*\* при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра  
      \*\*\*в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;  
      \*\*\*\* - указывается в итоговых строках акта мониторинга, сводного акта и протокола исполнения договора.  
      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 41 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика) Направляем результаты проверки на предмет контроля качества медицинских услуг за период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" 20\_\_\_года и предыдущие периоды.

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата смерти | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС: | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | |
| в том числе за прошедшие периоды | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа

      при оплате по комплексному тарифу столбцы 13,14,16, 24, 26,27 не формируются и не отражаются при формировании реестра

      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра

      \*\*в столбце "Код по перечню"" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;

      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 42 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля,  
не подлежащих оплате, в том числе частично период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_года. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок |
| Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС: | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС: | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | |
| в том числе за прошедшие периоды | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга и контроля всеми участниками\*\*\* | | | | | | | | | | |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню\*\* | | | | | | | | | | | | | | Количество случаев | Предъявленная/ранее принятая сумма, тенге | Сумма к снятию |
| 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | х |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего случаев за отчетный период по результатам мониторинга и контроля всеми участниками\*\*\* | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа

      при оплате по комплексному тарифу столбцы 13,14, 16, 24, 26,27 не формируются и не отражаются при формировании реестра

      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра

      \*\*в столбце "Код по перечню"" по подтвержденным дефектам ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" граф "Код по перечню\*" указываются сумма случаев с подтвержденными дефектами;

      \*\*\* - указывается в итоговых строках акта мониторинга, сводного акта и протокола исполнения договора.

      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 43 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Код по Перечню | Наименование случая | Предъявлено к оплате | | | | | | | | | | | |
| Количество базовых ставок | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | I. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, подлежащих оплате | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | всего дефектов, из них по видам нарушений | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами/изделиями медицинского назначения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 1.8 | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | III. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно -диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 1.8 | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | ІV. Реестр случаев госпитализаций за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 23 | за отчетный период | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | за прошедший период | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 25 | всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | 1.8 | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | ВСЕГО | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | | | | |
| Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс |
|  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 1 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Принято к оплате | | | | | | | | | | | |
| Количество базовых ставок | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втмудс | смп | втму кс | сзт | втмудс | смп | втму кс | сзт | втмудс |
|  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа при оплате по комплексному тарифу столбцы 3-14, 23-34 не формируются и не отражаются при формировании акта мониторинга при

            оплате по комплексному тарифу строки 1,5,6,8,11,15,16,18,21,27,28,30,33 не формируются и не отражаются при формировании акта мониторинга

      В акте мониторинга указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 44 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате,  
в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских  
услуг всеми участниками

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | И И Н | № медицинской карта | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № К З Г | Количество базовых ставок | Строка акта мониторинга | | | Предъявленная стоимость случая, тенге | Сумма к снятию оплаты, тенге |
| Код МКБ -10 | Наименование | К о д | Наименование | II | III | IV |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа

      при оплате по комплексному тарифу столбец 15 не формируется и не отражается при формировании реестра

      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра

      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

      В Реестре указываются случаи, которые прошли мониторинг качества и объема и отражены в нескольких строках акта мониторинга.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 45 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Сводный акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества  
медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Код по Перечню | Наименование случая | Предъявлено к оплате | | | | | | | | | | | |
| Количество базовых ставок | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1 | I. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, подлежащих оплате | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | II Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 2.5. | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 2.6. | Случаи с исходом заболевания "без перемен" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 2.7. | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | 2.1. | Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 2.2. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 2.3. | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 2.5. | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 2.6. | Случаи с исходом заболевания "без перемен" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | 2.7. | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | ІV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 34 | за отчетный период | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | за прошедший период | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 36 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | 2.1. | Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | 2.2. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | 2.3. | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | 2.5. | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | 2.6. | Случаи с исходом заболевания "без перемен" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | 2.7. | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно– диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 61 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | VI. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | VII. Реестр случаев госпитализаций за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг | | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 73 | за отчетный период | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | за прошедший период | | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 75 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ИС "ЭРСБ" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 81 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | 1.8. | Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала, не включенные в договор |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | ВСЕГО | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | ИТОГО по результатам текущего мониторинга и внешней экспертизы | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | | | | |
| Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втму дс | смп | втму кс | сзт | втму дс |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 1 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | х | х | х | х |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 73 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | х | х | х | х |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Принято к оплате | | | | | | | | | | | |
| Количество базовых ставок | | | | Количество случаев | | | | Сумма, тенге | | | |
| смп | втму кс | сзт | втмудс | смп | втму кс | сзт | втмудс | смп | втму кс | сзт | втмудс |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | х | х | х | х | х | х | х | х |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 73 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | х | х | х | х | х | х | х | х |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа при оплате по комплексному тарифу столбцы 3-14, 23-34 не формируются и не отражаются при формировании сводного акта

      при оплате по комплексному тарифу строки 1,5,6,8,11,14,19,20,22,25,31,38,39,41,44,50,55,56,58,61,65,66,68,71,77,78,80,83 не формируются и не отражаются при формировании сводного акта

      В сводном акте указываются соответствующие тарифы, по которым поставщик финансируется.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 46 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе  
частично по результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы  
качества медицинских услуг всеми участниками Период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|  
(наименование поставщика)

            Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | И И Н | № медицинской ка рты | Дата госпитализации | Д а т а в ы п и с к и | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № К З Г | Количество базовых ставок | Строка сводного акта (протокола исполнения договора) | | | | | | Предъявленная стоимость случая, тенге | Сумма к снятию |
|  | К о д М К Б- 1 0 | Наименование | К о д | Наименование | II | III | IV | V | V I | V II |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 0 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 1 9 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ КС | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ КС | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Случаи ВТМУ ДС | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по ВТМУ ДС | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в том числе за прошедшие периоды | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечания:

      \*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа

      при оплате по комплексному тарифу столбец 18 не формируются и не отражаются при формировании реестра

      при оплате по комплексному тарифу строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра

      в Реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

      В Перечне указываются случаи, которые прошли мониторинг и внешнюю экспертизу и отражены в нескольких строках сводного акта или протокола исполнения договоров.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 47 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг по специализированной медицинской помощи и  
высокотехнологичным медицинским услугам №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
      Таблица № 1. Сумма, принятая к оплате по клинико-затратным группам за оказание  
специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги  
      Стоимость базового тарифа (ставки): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы | |
| Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Всего, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1 | всего стационарная помощь, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1.1 | услуги по профилю: |  |  |  |  |
| 1.1.2 | услуги по Перечню № 1\*: |  |  |  |  |
| 1.1.3 | услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |
| 1.2 | всего стационарозамещающая помощь, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.2.1 | дневной стационар по профилю: |  |  |  |  |
| 1.2.2 | услуги по Перечню № 2\*: |  |  |  |  |
| 1.2.3 | услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |
| 1.2.4 | стационар на дому: |  |  |  |  |

            Примечание:

      \* Перечень 1 и Перечень 2 – Перечень медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала.

      Перечень № 1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

      Перечень № 2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

      Таблица № 2. Сумма, принятая к оплате по фактическим затратам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы | |
| Число пролеченных больных (человек)/сеансов | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) /сеансов | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Всего, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1 | всего стационарная помощь, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1.1 | услуги по профилю: |  |  |  |  |
| 1.1.2 | услуги по Перечню № 1\*: |  |  |  |  |
| 1.1.3 | услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |
| 1.1.4 | за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) |  |  |  |  |
| 1.2 | всего стационарозамещающая помощь, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.2.1 | дневной стационар по профилю: |  |  |  |  |
| 1.2.2 | услуги по Перечню № 2\*: |  |  |  |  |
| 1.2.3 | услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ: |  |  |  |  |

            Примечание:

      \* Перечень 1 и Перечень 2 - Перечень медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала

      Таблица № 3. Сумма, принятая к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости и койко-дням за оказание специализированной медицинской помощи \*

      Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      Стоимость 1 койко-дня: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы | | |
| Число пролеченных больных (человек) | Количество койко-дней | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Количество койко-дней | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | специализированная стационарная медицинская помощь |  |  |  |  |  |  |

            Примечание:

      \*- при оказание медицинской помощи по нескольким профилям по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости и (или) койко-дням за оказание специализированной медицинской помощи, таблица № 3 может повторяться;

            Таблица № 4. Сумма, принятая к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам (схемам) курса лечения) за оказание специализированной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование блока/схемы лечения | Стоимость блока (схемы) курса лечения | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате | |
| Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

            Таблица № 5. Сумма, принятая к оплате по койко-дням за оказание реабилитации для детей с онкозаболеваниями

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование тарифа | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате | |
| Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | Итого | Х |  | Х |  |

            Таблица № 6. Принятая сумма лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | Принято к оплате с учетом экспертизы | | |
| Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |

            Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      сумма для оплаты лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода, оказанные вне условий Договора, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      по линейной шкале за превышение плановой суммы договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      принятая сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода, оказанные вне условий Договора, прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 48 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень диагнозов, которые согласно Международной статистической классификации  
болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 не являются основным  
диагнозом и исключены из Перечня КЗГ по статистической и проблем, связанных  
со здоровьем

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | МКБ 10 | Диагноз по МКБ 10 |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | B95 | Стрептококки и стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 2 | B95.0 | Стрептококки группы А как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 3 | B95.1 | Стрептококки группы В как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 4 | B95.2 | Стрептококки группы D как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 5 | B95.3 | Streptococcus pneumonia как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 6 | B95.4 | Другие стрептококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 7 | B95.5 | Неуточненные стрептококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 8 | B95.6 | Staphylococcus aureus как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 9 | B95.7 | Другие стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 10 | B95.8 | Неуточненные стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 11 | B96 | Другие бактерии как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 12 | B96.0 | Mycoplasma pneumoniae [M.pneumoniae] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 13 | B96.1 | Klebsiella pneumoniae [K.pneumoniae] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 14 | B96.2 | Echerichia coli [E.coli] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 15 | B96.3 | Haemophilus influenzae [H.influenzae] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 16 | B96.4 | Proteus (mirabilis) (morganii) как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 17 | B96.5 | Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei) как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 18 | B96.6 | Bacillus fragilis [B.fragilis] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 19 | B96.7 | Clostridium perfringens [C.perfringens] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 20 | B96.8 | Другие уточненные бактериальные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 21 | B97 | Вирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 22 | B97.0 | Аденовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 23 | B97.1 | Энтеровирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 24 | B97.2 | Коронавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 25 | B97.3 | Ретровирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 26 | B97.4 | Респираторно-синтициальный вирус как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 27 | B97.5 | Реовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 28 | B97.6 | Парвовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 29 | B97.7 | Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 30 | B97.8 | Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 31 | D63\* | Анемия при хронических болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 32 | D63.0\* | Анемия при новообразованиях (С00-D48) |
| 33 | D63.8\* | Анемия при других хронических болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 34 | D77\* | Другие нарушения крови и кроветворных органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 35 | E35\* | Нарушения эндокринных желез при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 36 | E35.0\* | Нарушения щитовидной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 37 | E35.1\* | Нарушения надпочечников при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 38 | E35.8\* | Нарушения других эндокринных желез при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 39 | E90\* | Расстройства питания и нарушения обмена веществ при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 40 | F00\* | Деменция при болезни Альцгеймера |
| 41 | F00.0\* | Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (G30.0) |
| 42 | F00.1\* | Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом ( G30.1) |
| 43 | F00.2\* | Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (G30.8) |
| 44 | F00.9\* | Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная (G30.9) |
| 45 | F02\* | Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 46 | F02.0\* | Деменция при болезни Пика (G31.0) |
| 47 | F02.1\* | Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (А81.0) |
| 48 | F02.2\* | Деменция при болезни Гентингтона (G10) |
| 49 | F02.3\* | Деменция при болезни Паркинсона (G20) |
| 50 | F02.4\* | Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (В22.0) |
| 51 | F02.8\* | Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 52 | G01\* | Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 53 | G02\* | Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 54 | G02.0\* | Менингит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 55 | G02.1\* | Менингит при микозах |
| 56 | G02.8\* | Менингит при других уточненных инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 57 | G05\* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях классифицированных в других рубриках |
| 58 | G05.0\* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 59 | G05.1\* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 60 | G05.2\* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других в других рубриках |
| 61 | G05.8\* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 62 | G07\* | Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 63 | G13\* | Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 64 | G13.0\* | Паранеопластическая невромиопатия и невропатия |
| 65 | G13.1\* | Другие системные атрофии, влияющие преимущественно на центральную нервную систему, при опухолевых заболеваниях |
| 66 | G13.2\* | Системная атрофия при микседеме, влияющая преимущественно на центральную нервную систему (Е00.1, Е03.-) |
| 67 | G13.8\* | Системная атрофия, влияющая преимущественно на центральную нервную систему, при прочих заболеваниях, классифицированных в других рубриках |
| 68 | G22\* | Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 69 | G26\* | Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 70 | G32\* | Другие дегенеративные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 71 | G32.0\* | Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 72 | G32.8\* | Другие уточненные дегенеративные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 73 | G46\* | Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60-I67) |
| 74 | G46.0\* | Синдром средней мозговой артерии (I66.0) |
| 75 | G46.1\* | Синдром передней мозговой артерии (I66.1) |
| 76 | G46.2\* | Синдром задней мозговой артерии (I66.2) |
| 77 | G46.3\* | Синдром инсульта в стволе головного мозга (I60-I67) |
| 78 | G46.4\* | Синдром мозжечкового инсульта (I60-I67) |
| 79 | G46.5\* | Чисто двигательный лакунарный синдром (I60-I67) |
| 80 | G46.6\* | Чисто чувствительный лакунарный синдром (I60-I67) |
| 81 | G46.7\* | Другие лакунарные синдромы (I60-I67) |
| 82 | G46.8\* | Другие сосудистые синдромы головного мозга при цереброваскулярных болезнях (I60-I67) |
| 83 | G53\* | Поражения черепных нервов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 84 | G53.0\* | Невралгия после опоясывающего лишая (В02.2) |
| 85 | G53.1\* | Множественные поражения черепных нервов при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (А00-В99) |
| 86 | G53.2\* | Множественные поражения черепных нервов при саркоидозе (D86.8) |
| 87 | G53.3\* | Множественные поражения черепных нервов при новообразованиях (С00-D48) |
| 88 | G53.8\* | Другие поражения черепных нервов при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 89 | G55\* | Сдавления нервных корешков и сплетений при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 90 | G55.0\* | Сдавление нервных корешков и сплетений при новообразованиях (С00-D48) |
| 91 | G55.1\* | Сдавления нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвоночных дисков (М50-М51) |
| 92 | G55.2\* | Сдавления нервных корешков и сплетений при спондилезе (М47.-) |
| 93 | G55.3\* | Сдавления нервных корешков и сплетений при других дорсопатиях (М45-М46, М48.-, М53-М54) |
| 94 | G55.8\* | Сдавления нервных корешков и сплетений при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 95 | G59\* | Мононевропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 96 | G59.0\* | Диабетическая мононевропатия (Е10-Е14 с общим четвертым знаком .4) |
| 97 | G59.8\* | Другие мононевропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 98 | G63\* | Полиневропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 99 | G63.0\* | Полиневропатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 100 | G63.1\* | Полиневропатия при новообразованиях (С00-D48) |
| 101 | G63.2\* | Диабетическая полиневропатия при болезнях (Е10-Е14 с общим четвертым знаком .4) |
| 102 | G63.3\* | Полиневропатия при других эндокринных болезнях и нарушениях обмена веществ (Е00-Е07, Е15-Е16, Е20-Е34, Е70-Е89) |
| 103 | G63.4\* | Полиневропатия при недостаточности питания (Е40-Е64) |
| 104 | G63.5\* | Полиневропатия при системных поражениях соединительной ткани (М30-М35) |
| 105 | G63.6\* | Полиневропатия при других костно-мышечных поражениях (М00-М25, М40-М96) |
| 106 | G63.8\* | Полиневропатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 107 | G73\* | Поражения нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 108 | G73.0\* | Миастенические синдромы при эндокринных болезнях |
| 109 | G73.1\* | Синдром Итона-Ламберта (С80) |
| 110 | G73.2\* | Другие миастенические синдромы при опухолевом поражении С00-D48 |
| 111 | G73.3\* | Миастенические синдромы при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 112 | G73.4\* | Миопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 113 | G73.5\* | Миопатия при эндокринных болезнях |
| 114 | G73.6\* | Миопатия при нарушениях обмена веществ |
| 115 | G73.7\* | Миопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 116 | G94\* | Другие поражения головного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 117 | G94.0\* | Гидроцефалия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (А00-В99) |
| 118 | G94.1\* | Гидроцефалия при опухолевых болезнях (С00-D48) |
| 119 | G94.2\* | Гидроцефалия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 120 | G94.8\* | Другие уточненные поражения головного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 121 | G99\* | Другие поражения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 122 | G99.0\* | Вегетативная невропатия при эндокринных и метаболических болезнях |
| 123 | G99.1\* | Другие нарушения вегетативной [автономной] нервной системы при прочих болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 124 | G99.2\* | Миелопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 125 | G99.8\* | Другие уточненные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 126 | H03\* | Поражения века при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 127 | H03.0\* | Паразитарные болезни века при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 128 | H03.1\* | Поражения века при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 129 | H03.8\* | Поражения века при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 130 | H06\* | Поражения слезного аппарата и глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 131 | H06.0\* | Поражения слезного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 132 | H06.1\* | Паразитарная инвазия глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 133 | H06.2\* | Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы (Е05.-) |
| 134 | H06.3\* | Другие поражения глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 135 | H13\* | Поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 136 | H13.0\* | Филярийная инвазия конъюнктивы (В74.-) |
| 137 | H13.1\* | Острый конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 138 | H13.2\* | Конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 139 | H13.3\* | Глазной пемфигоид (L12.-) |
| 140 | H13.8\* | Другие поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 141 | H19\* | Поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 142 | H19.0\* | Склерит и эписклерит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 143 | H19.1\* | Кератит, обусловленный вирусом простого герпеса, и кератоконъюнктивит (В00.5) |
| 144 | H19.2\* | Кератит и кератоконъюнктивит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 145 | H19.3\* | Кератит и кератоконъюнктивит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 146 | H19.8\* | Другие поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 147 | H22\* | Поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 148 | H22.0\* | Иридоциклит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 149 | H22.1\* | Иридоциклит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 150 | H22.8\* | Другие поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 151 | H28\* | Катаракта и другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 152 | H28.0\* | Диабетическая катаракта (Е10-Е14 с общим четвертым знаком .3) |
| 153 | H28.1\* | Катаракта при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, классифицированных в других рубриках |
| 154 | H28.2\* | Катаракта при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 155 | H28.8\* | Другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 156 | H32\* | Хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 157 | H32.0\* | Хориоретинальное воспаление при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 158 | H32.8\* | Другие хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 159 | H36\* | Поражения сетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 160 | H36.0\* | Диабетическая ретинопатия (Е10-Е14) с общим четвертым знаком .3) |
| 161 | H36.8\* | Другие ретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 162 | H42\* | Глаукома при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 163 | H42.0\* | Глаукома при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 164 | H42.8\* | Глаукома при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 165 | H45\* | Поражения стекловидного тела и глазного яблока при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 166 | H45.0\* | Кровоизлияние в стекловидное тело при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 167 | H45.1\* | Эндофтальмит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 168 | H45.8\* | Другие поражения стекловидного тела и глазного яблока при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 169 | H48\* | Поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 170 | H48.0\* | Атрофия зрительного нерва при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 171 | H48.1\* | Ретробульбарный неврит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 172 | H48.8\* | Другие поражения зрительного нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 173 | H58\* | Другие поражения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 174 | H58.0\* | Аномалии зрачковой функции при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 175 | H58.1\* | Нарушения зрения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 176 | H58.8\* | Другие нарушения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 177 | H62\* | Поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 178 | H62.0\* | Наружный отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 179 | H62.1\* | Наружный отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 180 | H62.2\* | Наружный отит при микозах |
| 181 | H62.3\* | Наружный отит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 182 | H62.4\* | Наружный отит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 183 | H62.8\* | Другие поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 184 | H67\* | Средний отит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 185 | H67.0\* | Средний отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 186 | H67.1\* | Средний отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 187 | H67.8\* | Средний отит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 188 | H75\* | Другие поражения среднего уха и сосцевидного отростка при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 189 | H75.0\* | Мастоидит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 190 | H75.8\* | Другие уточненные болезни среднего уха и сосцевидного отростка при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 191 | H82\* | Вестибулярные синдромы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 192 | H94\* | Другие поражения уха при болезнях, класифицированных в других рубриках |
| 193 | H94.0\* | Кохлеарный неврит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 194 | H94.8\* | Другие уточненные поражения уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 195 | I32\* | Перикардит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 196 | I32.0\* | Перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 197 | I32.1\* | Перикардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 198 | I32.8\* | Перикардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 199 | I39\* | Эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 200 | I39.0\* | Поражения митрального клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 201 | I39.1\* | Поражения аортального клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 202 | I39.2\* | Поражения трехстворчатого клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 203 | I39.3\* | Поражения клапана легочной артерии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 204 | I39.4\* | Множественные поражения клапанов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 205 | I39.8\* | Эндокардит, клапан не уточнен, при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 206 | I41\* | Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 207 | I41.0\* | Миокардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 208 | I41.1\* | Миокардит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 209 | I41.2\* | Миокардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 210 | I41.8\* | Миокардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 211 | I43\* | Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 212 | I43.0\* | Кардиомиопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 213 | I43.1\* | Кардиомиопатия при метаболических нарушениях |
| 214 | I43.2\* | Кардиомиопатия при расстройствах питания |
| 215 | I43.8\* | Кардиомиопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 216 | I52\* | Другие поражения сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 217 | I52.0\* | Другие поражения сердца при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 218 | I52.1\* | Другие поражения сердца при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 219 | I52.8\* | Другие поражения сердца при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 220 | I68\* | Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 221 | I68.0\* | Церебральная амилоидная ангиопатия (Е85.-) |
| 222 | I68.1\* | Церебральный артериит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 223 | I68.2\* | Церебральный артериит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 224 | I68.8\* | Другие поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 225 | I79\* | Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 226 | I79.0\* | Аневризма аорты при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 227 | I79.1\* | Аортит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 228 | I79.2\* | Периферическая ангиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 229 | I79.8\* | Другие поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 230 | I98\* | Другие нарушения системы кровообращения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 231 | I98.0\* | Сифилис сердечно-сосудистой системы |
| 232 | I98.1\* | Поражение сердечно-сосудистой системы при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 233 | I98.2\* | Варикозное расширение вен пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 234 | I98.8\* | Другие уточненные нарушения системы кровообращения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 235 | J17\* | Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 236 | J17.0\* | Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 237 | J17.1\* | Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 238 | J17.2\* | Пневмония при микозах |
| 239 | J17.3\* | Пневмония при паразитарных болезнях |
| 240 | J17.8\* | Пневмония при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 241 | J91\* | Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках |
| 242 | J99\* | Респираторные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 243 | J99.0\* | Ревматоидная болезнь легкого (М05.1) |
| 244 | J99.1\* | Респираторные нарушения при других диффузных нарушениях соединительной ткани |
| 245 | J99.8\* | Респираторные нарушения при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 246 | K23\* | Поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 247 | K23.0\* | Туберкулезный эзофагит (А18.8) |
| 248 | K23.1\* | Расширение пищевода при болезни Шагаса (В57.3) |
| 249 | K23.8\* | Поражения пищевода при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 250 | K67\* | Поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 251 | K67.0\* | Хламидийный перитонит (А74.8) |
| 252 | K67.1\* | Гонококковый перитонит (А54.8) |
| 253 | K67.2\* | Сифилитический перитонит (А52.7) |
| 254 | K67.3\* | Туберкулезный перитонит (А18.3) |
| 255 | K67.8\* | Другие поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 256 | K77\* | Поражения печени при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 257 | K77.0\* | Поражения печени при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 258 | K77.8\* | Поражение печени при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 259 | K87\* | Поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 260 | K87.0\* | Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 261 | K87.1\* | Поражение поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 262 | K93\* | Поражения других органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 263 | K93.0\* | Туберкулезное поражение кишечника, брюшины и лимфатических узлов брыжейки (А18.3) |
| 264 | K93.1\* | Мегаколон при болезни Шагаса (В57.3) |
| 265 | K93.8\* | Поражение других уточненных органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 266 | L14\* | Буллезные нарушения кожи при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 267 | L45\* | Папулосквамозные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 268 | L54\* | Эритема при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 269 | L54.0\* | Эритема маргинальная при остром суставном ревматизме (I00) |
| 270 | L54.8\* | Эритема при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 271 | L62\* | Изменения ногтей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 272 | L62.0\* | Булавовидный ноготь при пахидермопериостозе (М89.4) |
| 273 | L62.8\* | Изменения ногтей при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 274 | L86\* | Кератодермии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 275 | L99\* | Другие поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 276 | L99.0\* | Амилоидоз кожи (Е85.-) |
| 277 | L99.8\* | Другие уточненные поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 278 | M01\* | Прямое инфицирование сустава при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 279 | M01.0\* | Менингококковый артрит (А39.8) |
| 280 | M01.1\* | Туберкулезный артрит (А18.0) |
| 281 | M01.2\* | Артрит при болезни Лайма (А69.2) |
| 282 | M01.3\* | Артрит при других бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 283 | M01.4\* | Артрит при краснухе (В06.8) |
| 284 | M01.5\* | Артрит при других вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 285 | M01.6\* | Артрит при микозах (В35-В49) |
| 286 | M01.8\* | Артрит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 287 | M03\* | Постинфекционные и реактивные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 288 | M03.0\* | Артрит после перенесенной менингококковой инфекции (А39.8) |
| 289 | M03.1\* | Постинфекционная артропатия при сифилисе |
| 290 | M03.2\* | Другие постинфекционные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 291 | M03.6\* | Реактивная артропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 292 | M07\* | Псориатические и энтеропатические артропатии |
| 293 | M07.0\* | Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (L40.5) |
| 294 | M07.1\* | Мутилирующий артрит (L40.5) |
| 295 | M07.2\* | Псориатический спондилит (L40.5) |
| 296 | M07.3\* | Другие псориатические артропатии (L40.5) |
| 297 | M07.4\* | Артропатия при болезни Крона [регионарном энтерите] (K50.-) |
| 298 | M07.5\* | Артропатия при язвенном колите (К51.-) |
| 299 | M07.6\* | Другие энтеропатические артропатии |
| 300 | M09\* | Юношеский [ювенильный] артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 301 | M09.0\* | Юношеский артрит при псориазе (L40.5) |
| 302 | M09.1\* | Юношеский артрит при болезни Крона регионарном энтерите (К50.-) |
| 303 | M09.2\* | Юношеский артрит при язвенном колите (К51.-) |
| 304 | M09.8\* | Юношеский артрит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 305 | M14\* | Артропатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 306 | M14.0\* | Подагрическая артропатия вследствие ферментных дефектов и других наследственных нарушений |
| 307 | M14.1\* | Кристаллическая артропатия при других обменных болезнях |
| 308 | M14.2\* | Диабетическая артропатия (Е10-Е14) с общим четвертым знаком .6) |
| 309 | M14.3\* | Липоидный дерматоартрит (Е78.8) |
| 310 | M14.4\* | Артропатия при амилоидозе (Е85.-) |
| 311 | M14.5\* | Артропатия при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 312 | M14.6\* | Невропатическая артропатия |
| 313 | M14.8\* | Артропатия при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 314 | M36\* | Системные поражения соединительной ткани при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 315 | M36.0\* | Дермато(поли) миозит при новообразованиях (С00-D48) |
| 316 | M36.1\* | Артропатия при новообразованиях (С00-D48) |
| 317 | M36.2\* | Артропатия при гемофилии (D66-D68) |
| 318 | M36.3\* | Артропатия при других болезнях крови (D50-D76) |
| 319 | M36.4\* | Артропатия при реакциях гиперчувствительности, классифицированных в других рубриках |
| 320 | M36.8\* | Системные поражения соединительной ткани при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 321 | M49\* | Спондилопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 322 | M49.0\* | Туберкулез позвоночника (А18.0) |
| 323 | M49.1\* | Бруцеллезный спондилит (А23.-) |
| 324 | M49.2\* | Энтеробактериальный спондилит (А01-А04) |
| 325 | M49.3\* | Спондилопатии при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 326 | M49.4\* | Нейропатическая спондилопатия |
| 327 | M49.5\* | Разрушение позвоночника при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 328 | M49.8\* | Спондилопатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 329 | M63\* | Поражения мышцы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 330 | M63.0\* | Миозиты при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 331 | M63.1\* | Миозиты при протозойной и паразитарной инфекциях, классифицированных в других рубриках |
| 332 | M63.2\* | Миозит при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 333 | M63.3\* | Миозит при саркоидозе (D86.8) |
| 334 | M63.8\* | Другие мышечные расстройства при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 335 | M68\* | Поражения синовиальных оболочек и сухожилий при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 336 | M68.0\* | Синовит и теносиновит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 337 | M68.8\* | Другие поражения синовиальных оболочек и сухожилий при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 338 | M73\* | Поражения мягких тканей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 339 | M73.0\* | Гонококковый бурсит (А54.4) |
| 340 | M73.1\* | Сифилитический бурсит (А52.7) |
| 341 | M73.8\* | Другие поражения мягких тканей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 342 | M82\* | Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 343 | M82.0\* | Остеопороз при множественном миеломатозе (С90.0) |
| 344 | M82.1\* | Остеопороз при эндокринных нарушениях (Е00-Е34) |
| 345 | M82.8\* | Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 346 | M90\* | Остеопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 347 | M90.0\* | Туберкулез костей (А18.0) |
| 348 | M90.1\* | Периостит при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 349 | M90.2\* | Остеопатия при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 350 | M90.3\* | Остеонекроз при кессонной болезни (Т70.3) |
| 351 | M90.4\* | Остеонекроз вследствие гемоглобинопатии (D50-D64) |
| 352 | M90.5\* | Остеонекроз при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 353 | M90.6\* | Деформирующий остеит при новообразованиях (С00-D48) |
| 354 | M90.7\* | Переломы костей при новообразованиях (С00-D48) |
| 355 | M90.8\* | Остеопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 356 | N08\* | Гломерулярные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 357 | N08.0\* | Гломерулярные поражения при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 358 | N08.1\* | Гломерулярные поражения при новообразованиях |
| 359 | N08.2\* | Гломерулярные поражения при болезнях крови и иммунных нарушениях |
| 360 | N08.3\* | Гломерулярные поражения при сахарном диабете (Е10-Е14) с общим четвертым знаком .2) |
| 361 | N08.4\* | Гломерулярные поражения при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 362 | N08.5\* | Гломерулярные поражения при системных болезнях соединительной ткани |
| 363 | N08.8\* | Гломерулярные поражения при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 364 | N16\* | Тубулоинтерстициальные поражения почек при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 365 | N16.0\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 366 | N16.1\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при новообразованиях |
| 367 | N16.2\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при болезнях крови и нарушениях, вовлекающих иммунный механизм |
| 368 | N16.3\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при нарушениях обмена веществ |
| 369 | N16.4\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при системных болезнях соединительной ткани |
| 370 | N16.5\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при отторжении трансплантанта (Т86.-) |
| 371 | N16.8\* | Тубулоинтерстициальное поражение почек при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 372 | N22\* | Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 373 | N22.0\* | Мочевые камни при шистосомозе [бильгарциозе] (В65.-) |
| 374 | N22.8\* | Камни мочевых путей при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 375 | N29\* | Другие поражения почки и мочеточника при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 376 | N29.0\* | Поздний сифилис почки (А52.7) |
| 377 | N29.1\* | Другие поражения почки и мочеточника при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 378 | N29.8\* | Другие поражения почки и мочеточника при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 379 | N33\* | Поражения мочевого пузыря при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 380 | N33.0\* | Туберкулезный цистит (А18.1) |
| 381 | N33.8\* | Поражения мочевого пузыря при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 382 | N37\* | Поражения уретры при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 383 | N37.0\* | Уретрит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 384 | N37.8\* | Другие поражения уретры при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 385 | N51\* | Поражения мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 386 | N51.0\* | Поражения предстательной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 387 | N51.1\* | Поражения яичка и его придатков при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 388 | N51.2\* | Баланит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 389 | N51.8\* | Другие поражения мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 390 | N74\* | Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 391 | N74.0\* | Туберкулезная инфекция шейки матки (А18.1) |
| 392 | N74.1\* | Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (А18.1) |
| 393 | N74.2\* | Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (А51.4, А52.7) |
| 394 | N74.3\* | Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов (А54.2) |
| 395 | N74.4\* | Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (А56.1) |
| 396 | N74.8\* | Воспалительные болезни женских тазовых органов при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 397 | N77\* | Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 398 | N77.0\* | Изъязвление вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 399 | N77.1\* | Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 400 | N77.8\* | Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 401 | P00 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, которые могут быть связаны с настоящей беременностью |
| 402 | P00.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные гипертензивными расстройствами матери |
| 403 | P00.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнями почек и мочевых путей у матери |
| 404 | P00.2 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные инфекционными и паразитарными болезнями у матери |
| 405 | P00.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери |
| 406 | P00.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими состояниями матери |
| 407 | P01 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями беременности у матери |
| 408 | P01.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмико-цервикальной недостаточностью |
| 409 | P01.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек |
| 410 | P01.2 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные олигогидрамнионом |
| 411 | P01.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные полигидрамнионом |
| 412 | P01.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные многоплодной беременностью |
| 413 | P01.7 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные неправильным предлежанием плода перед родами |
| 414 | P01.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими болезнями матери, осложняющими беременность |
| 415 | P02 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек |
| 416 | P02.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты |
| 417 | P02.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями, связанными с отделением плаценты и кровотечением |
| 418 | P02.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные синдромом плацентарной трансфузии |
| 419 | P02.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные выпадением пуповины |
| 420 | P02.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими видами сдавления пуповины |
| 421 | P02.7 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные хорионамнионитом |
| 422 | P02.9 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные неуточненными аномалиями хориона и амниона |
| 423 | P03 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями родов и родоразрешения |
| 424 | P03.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные родоразрешением в тазовом предлежании и с экстракцией плода |
| 425 | P03.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные родоразрешением с помощью кесарева сечения |
| 426 | P03.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные стремительными родами |
| 427 | P03.6 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные нарушениями сократительной деятельности матки |
| 428 | P03.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями родов и родоразрешения |
| 429 | P03.9 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями родов и родоразрешения, неуточненные |
| 430 | P04 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные воздействием вредных веществ, проникающих через плаценту и грудное молоко |
| 431 | P04.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные применением анестезии и аналгезирующих средств у матери во время беременности, родов и родоразрешения |
| 432 | P04.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные потреблением алкоголя матерью |
| 433 | P04.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные использованием матерью пищевых химических веществ |
| 434 | P04.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими вредными воздействиями на мать |
| 435 | P75\* | Мекониевый илеус (Е84.1) |
| 436 | P95 | Смерть плода по неуточненной причине |
| 437 | R00 | Отклонения от нормы сердечного ритма |
| 438 | R01 | Сердечные шумы и другие сердечные звуки |
| 439 | R02 | Гангрена, не классифицированная в других рубриках |
| 440 | R03 | Анормальные показатели кровяного давления при отсутствии диагноза |
| 441 | R04 | Кровотечение из дыхательных путей |
| 442 | R04.1 | Кровотечение из горла |
| 443 | R04.2 | Кровохарканье |
| 444 | R04.8 | Кровотечение из других отделов дыхательных путей |
| 445 | R04.9 | Кровотечение из дыхательных путей неуточненное |
| 446 | R05 | Кашель |
| 447 | R06 | Анормальное дыхание |
| 448 | R07 | Боль в горле и груди |
| 449 | R07.1 | Боль в груди при дыхании |
| 450 | R07.2 | Боль в области сердца |
| 451 | R07.3 | Другие боли в груди |
| 452 | R07.4 | Боль в груди неуточненная |
| 453 | R09 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к системам кровообращения и дыхания |
| 454 | R09.1 | Плеврит |
| 455 | R09.2 | Задержка дыхания |
| 456 | R09.3 | Мокрота |
| 457 | R09.8 | Другие уточненные симптомы и признаки, относящиеся к системам кровообращения и дыхания |
| 458 | R10 | Боли в области живота и таза |
| 459 | R11 | Тошнота и рвота |
| 460 | R12 | Изжога |
| 461 | R13 | Дисфагия |
| 462 | R14 | Метеоризм и родственные состояния |
| 463 | R15 | Недержание кала |
| 464 | R16 | Гепатомегалия и спленомегалия, не классифицированные в других рубриках |
| 465 | R16.1 | Спленомегалия, не классифицированная в других рубриках |
| 466 | R16.2 | Гепатомегалия со спленомегалией, не классифицированные в других рубриках |
| 467 | R17 | Неуточненная желтуха |
| 468 | R18 | Асцит |
| 469 | R19 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости |
| 470 | R20 | Нарушение кожной чувствительности |
| 471 | R21 | Сыпь и другие неспецифические кожные высыпания |
| 472 | R22 | Локализованное выбухание, уплотнение или припухлость кожи и подкожной клетчатки |
| 473 | R23 | Другие кожные изменения |
| 474 | R25 | Анормальные непроизвольные движения |
| 475 | R26 | Нарушения походки и подвижности |
| 476 | R26.1 | Паралитическая походка |
| 477 | R26.2 | Затруднение при ходьбе, не классифицированное в других рубриках |
| 478 | R26.8 | Другие и неуточненные нарушения походки и подвижности |
| 479 | R27 | Другое нарушение координации |
| 480 | R29 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам |
| 481 | R29.1 | Менингизм |
| 482 | R29.2 | Анормальный рефлекс |
| 483 | R29.3 | Анормальное положение тела |
| 484 | R29.4 | Щелкающее бедро |
| 485 | R29.8 | Другие и неуточненные симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам |
| 486 | R30 | Боль, связанная с мочеиспусканием |
| 487 | R31 | Неспецифическая гематурия |
| 488 | R32 | Недержание мочи неуточненное |
| 489 | R33 | Задержка мочи |
| 490 | R34 | Анурия и олигурия |
| 491 | R35 | Полиурия |
| 492 | R36 | Выделения из уретры |
| 493 | R39 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к мочевыделительной системе |
| 494 | R40 | Сомнолентность, ступор и кома |
| 495 | R41 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности и осознанию |
| 496 | R42 | Головокружение и нарушение устойчивости |
| 497 | R43 | Нарушения обоняния и вкусовой чувствительности |
| 498 | R44 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к общим ощущениям и восприятиям |
| 499 | R45 | Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию |
| 500 | R46 | Симптомы и признаки, относящиеся к внешнему виду и поведению |
| 501 | R47 | Нарушения речи, не классифицированные в других рубриках |
| 502 | R48 | Дислексия и другие нарушения узнавания и понимания символов и знаков, не классифицированные в других рубриках |
| 503 | R49 | Нарушения голоса |
| 504 | R50 | Лихорадка неясного происхождения |
| 505 | R51 | Головная боль |
| 506 | R52 | Боль, не классифицированная в других рубриках |
| 507 | R53 | Недомогание и утомляемость |
| 508 | R54 | Старость |
| 509 | R55 | Обморок (синкопе) и коллапс |
| 510 | R56 | Судороги, не классифицированные в других рубриках |
| 511 | R57 | Шок, не классифицированный в других рубриках |
| 512 | R58 | Кровотечение, не классифицированное в других рубриках |
| 513 | R59 | Увеличение лимфатических узлов |
| 514 | R60 | Отек, не классифицированный в других рубриках |
| 515 | R61 | Гипергидроз |
| 516 | R62 | Отсутствие ожидаемого нормального физиологического развития |
| 517 | R63 | Симптомы и признаки, связанные с приемом пищи и жидкости |
| 518 | R64 | Кахексия |
| 519 | R68 | Другие общие симптомы и признаки |
| 520 | R68.1 | Неспецифические симптомы, характерные для младенцев |
| 521 | R68.2 | Сухой рот неуточненный |
| 522 | R68.3 | Пальцы в виде барабанных палочек |
| 523 | R68.8 | Другие и неуточненные симптомы и признаки |
| 524 | R69 | Неизвестные и неуточненные причины заболевания |
| 525 | R70 | Ускоренное оседание эритроцитов и аномалии вязкости плазмы (крови) |
| 526 | R71 | Аномалия эритроцитов |
| 527 | R72 | Аномалия лейкоцитов, не классифицированная в других рубриках |
| 528 | R73 | Повышенное содержание глюкозы в крови |
| 529 | R74 | Отклонения от нормы содержания ферментов в сыворотке |
| 530 | R75 | Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 531 | R76 | Другие отклонения от нормы, выявленные при иммунологическом исследовании сыворотки |
| 532 | R77 | Другие отклонения от нормы белков плазмы |
| 533 | R78 | Обнаружение лекарственных средств и других веществ, в норме не присутствующих в крови |
| 534 | R79 | Другие отклонения от нормы химического состава крови |
| 535 | R80 | Изолированная протеинурия |
| 536 | R81 | Гликозурия |
| 537 | R82 | Другие отклонения от нормы, выявленные при исследовании мочи |
| 538 | R83 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании спинномозговой жидкости |
| 539 | R84 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из органов грудной клетки |
| 540 | R85 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из органов пищеварения и брюшной полости |
| 541 | R86 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из мужских половых органов |
| 542 | R87 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из женских половых органов |
| 543 | R89 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из других органов, систем и тканей |
| 544 | R90 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования центральной нервной системы |
| 545 | R91 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования легких |
| 546 | R92 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования молочной железы |
| 547 | R93 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других органов и областей тела |
| 548 | R93.1 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования сердца и коронарного кровообращения |
| 549 | R93.2 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования печени и желчных протоков |
| 550 | R93.3 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других отделов пищеварительного тракта |
| 551 | R93.4 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования мочевых органов |
| 552 | R93.5 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других областей живота, включая забрюшинное пространство |
| 553 | R93.6 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования конечностей |
| 554 | R93.7 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других отделов костно-мышечной системы |
| 555 | R93.8 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других уточненных структур |
| 556 | R94 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований |
| 557 | R94.1 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований периферической нервной системы и органов чувств |
| 558 | R94.2 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований легких |
| 559 | R94.3 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований сердечно-сосудистой системы |
| 560 | R94.4 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции почек |
| 561 | R94.5 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции печени |
| 562 | R94.6 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции щитовидной железы |
| 563 | R94.7 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции других эндокринных желез |
| 564 | R94.8 | Отклонения от нормы, выявленные при функциональных исследованиях других органов и систем |
| 565 | R95 | Везапная смерть грудного ребенка |
| 566 | R96 | Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине |
| 567 | R98 | Смерть без свидетелей |
| 568 | R99 | Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти |
| 569 | W50 | Удар, толчок, пинок, выкручивание, укус или оцарапывание другим лицом |
| 570 | W50.8 | Удар, толчок, пинок, выкручивание, укус или оцарапывание другим лицом, другие уточненные места |
| 571 | W53 | Укус крысы |
| 572 | W53.0 | Укус крысы, дом |
| 573 | W54 | Укус или удар, нанесенный собакой |
| 574 | W54.0 | Укус или удар, нанесенный собакой, дом |
| 575 | W55 | Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими |
| 576 | W55.0 | Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими, дом |
| 577 | W57 | Укус или ужаливание неядовитым насекомым и другими неядовитыми членистоногими |
| 578 | W57.0 | Укус или ужаливание неядовитым насекомым и другими неядовитыми членистоногими, дом |
| 579 | W73 | Другие уточненные случаи утопления и погружения в воду |
| 580 | W73.8 | Другие уточненные случаи утопления и погружения в воду, другие уточненные места |
| 581 | W75 | Случайное удушение и удавление в кровати |
| 582 | W75.0 | Случайное удушение и удавление в кровати, дом |
| 583 | W76 | Другие случайные повешения и удавления |
| 584 | W76.0 | Другие случайные повешения и удавления, дом |
| 585 | W76.1 | Другие случайные повешения и удавления в специальном учреждении |
| 586 | W83 | Другая уточненная угроза дыханию |
| 587 | W83.0 | Другая уточненная угроза дыханию, дом |
| 588 | X70.0 | Преднамеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения дома |
| 589 | Y12.0 | Отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированное в других рубриках, с неопределенными намерениями, дом |
| 590 | Y20.0 | Повешение, удушение и удавление с неопределенными намерениями, дом |
| 591 | Z00 | Общий осмотр и обследование лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза |
| 592 | Z00.0 | Общий медицинский осмотр |
| 593 | Z00.1 | Рутинное обследование состояния здоровья ребенка |
| 594 | Z00.3 | Обследование с целью оценки состояния развития подростка |
| 595 | Z00.8 | Другие общие осмотры |
| 596 | Z01 | Другие специальные осмотры и обследования лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза |
| 597 | Z01.8 | Другое уточненное специальное обследование |
| 598 | Z02 | Обследование и обращение в административных целях |
| 599 | Z03 | Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние |
| 600 | Z03.4 | Наблюдение при подозрении на инфаркт миокарда |
| 601 | Z03.5 | Наблюдение при подозрении на другую болезнь сердечно-сосудистой системы |
| 602 | Z03.8 | Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния |
| 603 | Z03.9 | Наблюдение при подозрении на заболевание или состояние неуточненное |
| 604 | Z04 | Обследование и наблюдение с другими целями |
| 605 | Z04.8 | Обследование и наблюдение по другим уточненным поводам |
| 606 | Z08 | Последующее обследование после лечения злокачественного новообразования |
| 607 | Z09 | Последующее обследование после лечения состояний, не относящихся к злокачественным новообразованиям |
| 608 | Z10 | Рутинная общая проверка здоровья определенных подгрупп населения |
| 609 | Z10.2 | Рутинная общая проверка здоровья персонала вооруженных сил |
| 610 | Z11 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления инфекционных и паразитарных болезней |
| 611 | Z12 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления злокачественных новообразований |
| 612 | Z13 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления других болезней и нарушений |
| 613 | Z13.4 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления отклонений от нормального развития в детстве |
| 614 | Z20 | Контакт с больным и возможность заражения инфекционными болезнями |
| 615 | Z20.2 | Контакт с больным и возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой преимущественно половым путем |
| 616 | Z20.6 | Контакт с больным или возможность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 617 | Z21 | Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 618 | Z22 | Носительство возбудителя инфекционной болезни |
| 619 | Z23 | Необходимость иммунизации против одной бактериальной болезни |
| 620 | Z24 | Необходимость иммунизации против одной определенной вирусной болезни |
| 621 | Z24.2 | Необходимость иммунизации против бешенства |
| 622 | Z25 | Необходимость иммунизации против одной из других вирусных болезней |
| 623 | Z26 | Необходимость иммунизации против одной из других инфекционных болезней |
| 624 | Z27 | Необходимость иммунизации против комбинации инфекционных болезней |
| 625 | Z28 | Непроведенная иммунизация |
| 626 | Z29 | Необходимость других профилактических мер |
| 627 | Z29.1 | Профилактическая иммунотерапия |
| 628 | Z29.8 | Другие уточненные профилактические меры |
| 629 | Z30 | Наблюдение за применением противозачаточных средств |
| 630 | Z30.3 | Вызывание менструаций |
| 631 | Z30.8 | Другой вид наблюдения за применением контрацепции |
| 632 | Z31 | Восстановление и сохранение детородной функции |
| 633 | Z31.3 | Другие методы, способствующие оплодотворению |
| 634 | Z31.6 | Общее консультирование и советы по восстановлению и сохранению детородной функции |
| 635 | Z31.8 | Другие меры по восстановлению и сохранению детородной функции |
| 636 | Z32 | Обследование и тесты для установления беременности |
| 637 | Z32.0 | Беременность, (еще) не подтвержденная |
| 638 | Z33 | Состояние, свойственное беременности |
| 639 | Z34 | Наблюдение за течением нормальной беременности |
| 640 | Z34.0 | Наблюдение за течением нормальной первой беременности |
| 641 | Z35 | Наблюдение за течением беременности у женщины, подвергающейся высокому риску |
| 642 | Z35.1 | Наблюдение за течением беременности у женщины с абортивными выкидышами в анамнезе |
| 643 | Z35.2 | Наблюдение за течением беременности у женщины с другим отягощенным анамнезом, касающимся деторождения или акушерских проблем |
| 644 | Z35.3 | Наблюдение за течением беременности у женщины с недостаточной предродовой помощью в анамнезе |
| 645 | Z35.4 | Наблюдение за течением беременности у многорожавшей женщины |
| 646 | Z35.5 | Наблюдение за старой первородящей |
| 647 | Z36 | Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг] |
| 648 | Z37 | Исход родов |
| 649 | Z37.1 | Один мертворожденный |
| 650 | Z38 | Живорожденные младенцы, согласно месту рождения |
| 651 | Z38.1 | Один ребенок, рожденный вне стационара |
| 652 | Z39 | Послеродовая помощь и обследование |
| 653 | Z39.0 | Помощь и обследование непосредственно после родов |
| 654 | Z39.1 | Помощь и обследование кормящей матери |
| 655 | Z40 | Профилактическое хирургическое вмешательство |
| 656 | Z41 | Процедуры, проводимые не с лечебными целями |
| 657 | Z42 | Последующая помощь с применением восстановительного хирургического вмешательства |
| 658 | Z43 | Уход за искусственным отверстием |
| 659 | Z44 | Примерка и подгонка наружного протезного устройства |
| 660 | Z45 | Установка и регулировка имплантированного устройства |
| 661 | Z46 | Примерка и подгонка других устройств |
| 662 | Z46.8 | Примерка и подгонка другого уточненного ортопедического устройства |
| 663 | Z47 | Другие виды последующей ортопедической помощи |
| 664 | Z47.0 | Удаление пластинки после сращения перелома и другого внутреннего фиксирующего устройства |
| 665 | Z47.9 | Последующая ортопедическая помощь неуточненная |
| 666 | Z48 | Другие виды последующей хирургической помощи |
| 667 | Z49 | Помощь, включающая диализ |
| 668 | Z50 | Помощь, включающая использование реабилитационных процедур |
| 669 | Z50.0 | Реабилитация при болезни сердца |
| 670 | Z51 | Другие виды медицинской помощи |
| 671 | Z52 | Доноры органов и тканей |
| 672 | Z53 | Обращения в учреждения здравоохранения в связи с невыполненными специфическими процедурами |
| 673 | Z54 | Состояние выздоровления |
| 674 | Z54.4 | Состояние выздоровления после лечения перелома |
| 675 | Z54.8 | Состояние выздоровления после другого лечения |
| 676 | Z55 | Проблемы, связанные с обучением и грамотностью |
| 677 | Z56 | Проблемы, связанные с работой и безработицей |
| 678 | Z57 | Воздействие производственных факторов риска |
| 679 | Z58 | Проблемы, связанные с физическими факторами окружающей среды |
| 680 | Z58.4 | Воздействие радиационного загрязнения |
| 681 | Z59 | Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера |
| 682 | Z60 | Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни |
| 683 | Z61 | Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве |
| 684 | Z62 | Другие проблемы, связанные с воспитанием ребенка |
| 685 | Z63 | Другие проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства |
| 686 | Z64 | Проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами |
| 687 | Z65 | Проблемы, связанные с другими психосоциальными обстоятельствами |
| 688 | Z70 | Консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации |
| 689 | Z71 | Обращение в учреждения здравоохранения для получения других консультаций и медицинских советов, не классифицированные в других рубриках |
| 690 | Z72 | Проблемы, связанные с образом жизни |
| 691 | Z73 | Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни |
| 692 | Z74 | Проблемы, связанные с зависимостью от лица, обеспечивающего помощь и уход |
| 693 | Z75 | Проблемы, связанные с медицинским обеспечением и другой медицинской помощью |
| 694 | Z75.2 | Другой период ожидания обследования и назначения лечения |
| 695 | Z76 | Обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами |
| 696 | Z76.8 | Лицa, обращающиеся в службы здравоохранения в других уточненных обстоятельствах |
| 697 | Z80 | В семейном анамнезе злокачественное новообразования |
| 698 | Z80.7 | В семейном анамнезе другие новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей |
| 699 | Z81 | В семейном анамнезе психические расстройства и расстройства поведения |
| 700 | Z81.1 | В семейном анамнезе алкогольная зависимость |
| 701 | Z82 | В семейном анамнезе некоторые болезни, снижающие трудоспособность, хронические болезни, ведущие к инвалидности |
| 702 | Z82.3 | В семейном анамнезе инсульт |
| 703 | Z83 | В семейном анамнезе другие специфические нарушения |
| 704 | Z84 | В семейном анамнезе другие патологические состояния |
| 705 | Z85 | В личном анамнезе злокачественное новообразование |
| 706 | Z86 | В личном анамнезе некоторые другие болезни |
| 707 | Z86.0 | В личном анамнезе другие новообразования |
| 708 | Z86.1 | В личном анамнезе инфекционные и паразитарные болезни |
| 709 | Z86.2 | В личном анамнезе болезни крови и кроветворных органов и некоторые нарушения, вовлекающие иммунный механизм |
| 710 | Z86.3 | В личном анамнезе болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ |
| 711 | Z86.6 | В личном анамнезе болезни нервной системы и органов чувств |
| 712 | Z87 | В личном анамнезе другие болезни и патологические состояния |
| 713 | Z87.0 | В личном анамнезе болезни органов дыхания |
| 714 | Z87.1 | В личном анамнезе болезни органов пищеварения |
| 715 | Z87.3 | В личном анамнезе болезни костно-мышечной и соединительной ткани |
| 716 | Z87.5 | В личном анамнезе осложнения беременности, родов и послеродового периода |
| 717 | Z87.6 | В личном анамнезе некоторые состояния, возникшие в перинатальный период |
| 718 | Z87.7 | В личном анамнезе врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения |
| 719 | Z87.8 | В личном aнaмнезе другие уточненные состояния |
| 720 | Z88 | В личном анамнезе аллергия к лекарственным средствам, медикаментам и биологическим веществам |
| 721 | Z88.8 | В личном анамнезе аллергия к другим лекарственным средствам, медикаментам и биологическим веществам |
| 722 | Z89 | Приобретенное отсутствие конечности |
| 723 | Z90 | Приобретенное отсутствие органов, не классифицированное в других рубриках |
| 724 | Z91 | В личном анамнезе наличие факторов риска, не классифицированных в других рубриках |
| 725 | Z92 | В личном анамнезе лечение |
| 726 | Z92.2 | В личном aнaмнезе длительное (текущее) применение других медикaментозных средств |
| 727 | Z93 | Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия |
| 728 | Z93.2 | Наличие илеостомы |
| 729 | Z94 | Наличие трансплантированных органов и тканей |
| 730 | Z95 | Наличие сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов |
| 731 | Z95.0 | Наличие искусственного водителя сердечного ритма |
| 732 | Z95.1 | Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата |
| 733 | Z95.2 | Наличие протеза сердечного клапана |
| 734 | Z95.3 | Наличие ксеногенного сердечного клапана |
| 735 | Z95.4 | Наличие другого заменителя сердечного клапана |
| 736 | Z95.5 | Наличие коронарного ангиопластичного имплантата и трансплантата |
| 737 | Z95.8 | Наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов |
| 738 | Z95.9 | Наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных |
| 739 | Z96 | Наличие других функциональных имплантатов |
| 740 | Z96.6 | Наличие ортопедических имплантатов суставов |
| 741 | Z96.7 | Наличие имплантатов других костей и сухожил |
| 742 | Z96.8 | Наличие другого уточненного функционального имплантата |
| 743 | Z97 | Наличие других устройств |
| 744 | Z97.5 | Наличие (внутриматочного) контрацептивного средства |
| 745 | Z97.8 | Наличие другого уточненного устройства |
| 746 | Z98 | Другие послехирургические состояния |
| 747 | Z99 | Зависимость от поддерживающих жизнедеятельность механизмов и устройств, не классифицированных в других рубриках |
| 748 | Z99.1 | Зависимость от респиратора |

            Примечание:

      МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, /связанных со здоровьем 10 пересмотра.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 49 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Перечень случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Код | Наименование |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  | Лечение (ВТМУ) |
| 1 | 35.991 | Клипирование митрального отверстия |
| 2 | 37.941 | Замена автоматического кардиовертера/дефибриллятора, системы в целом |
| 3 | 78.191 | Применение внешнего фиксирующего устройства на кости таза, требующих этапной коррекции |
| 4 | 92.291 | Радио-йод терапия заболеваний щитовидной железы |
|  |  | Лечение (СМП) |
| 5 | 41.94 | Трансплантация селезенки |
| 6 | 78.05 | Трансплантация бедренной кости |
| 7 | 78.07 | Трансплантация большеберцовой и малоберцовой кости |

      Примечание:

      ВТМУ – высокотехнологичные медицинские услуги

      СМП – специализированная медицинская помощь

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 50 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Перечень случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Код | Наименование |
| 1 | 2 | 3 |
| Перечень операций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ, с дополнительным возмещением затрат | | |
| 1 | 03.7993 | Имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы |
| 2 | 35.05 | Эндоваскулярная замена аортального клапана |
| 3 | 36.11 | Аортокоронарное шунтирование одной коронарной артерии\* |
| 4 | 36.12 | Аортокоронарное шунтирование двух коронарных артерий\* |
| 5 | 36.13 | Аортокоронарное шунтирование трех коронарных артерий\* |
| 6 | 36.14 | Аортокоронарное шунтирование четырех или более коронарных артерий\* |
| 7 | 81.9610 | Замена сустава и/или кости при опухоли костей |
| 8 | 80.267 | Артроскопические операции при гемофилии |
| 9 | 80.865 | Прочее местное иссечение деструкции и повреждения сустава при гемофилии |
| 10 | 81.515 | Полная замена бедренной кости при гемофилии |
| 11 | 81.516 | Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 12 | 81.526 | Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 13 | 81.545 | Полная замена колена при гемофилии |
| 14 | 83.755 | Перемещение или трансплантация сухожилия при гемофилии |
| Перечень услуг/манипуляций подлежащих оплате по стоимости КЗГ основного диагноза с дополнительным возмещением затрат | | |
| 15 | 39.65 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| 16 | 39.7916 | Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций |
| 17 | 39.7949 | Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме |
| 18 | 92.231 | Конформная лучевая терапия |
| 19 | 92.241 | Интенсивно-модулированная лучевая терапия опухолей различных локализаций |
| 20 | 92.242 | Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом |
| 21 | 92.243 | ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением)интенсивности (флюенся) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы |
| 22 | 92.244 | ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенся) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи |
| 23 | 92.245 | Интенсивности-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий |
| 24 | 92.246 | Лучевая терапия, управляемая по изображениям для опухолей отдельных локализаций |
| 25 | 92.202 | Интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) локализованного рака предстательной железы |
| 26 | 92.201 | Высокодозная брахитерапия рака предстательной железы |
| 27 | 99.25 | Полихимиотерапия (онкология) |
| 28 | 99.2900 | Лечение рефрактерных форм идиопатической тромбоцитопенической пурпуры иммуноглобулинами и моноклональными антителами |
| 29 | 99.2901 | Комбинированная иммуно-супрессивная терапия апластической анемии у детей |
| 30 | 99.2902 | Высокодозная химиотерапия гистиоцитоза из клеток Лангерганса (LCH-III) |
| 31 | 99.2903 | Высокодозная химиотерапия заболеваний кроветворной системы |
| 32 | 99.0601 | Введение наследственного фактора VIII при его дефиците |
| 33 | 99.0602 | Введение наследственного фактора IX при его дефиците |
| 34 | B06.573.008 | Иммунофенотипирование "панель для миеломной болезни" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 35 | B06.574.008 | Иммунофенотипирование "панель для острых лейкозов" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 36 | B06.576.008 | Иммунофенотипирование "панель для хронических лейкозов/ лимфопролиферативных заболеваний" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 37 | B09.766.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) клеток костного мозга (1 зонд) |
| 38 | B09.767.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) лимфоцитов периферической крови (1 зонд) |
| 39 | B09.769.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) цитологических препаратов, гистологических срезов (1 зонд) |
| 40 | B09.800.017 | Проведение HLA-типирования крови 2 класса молекулярно-генетический методом |
| 41 | B09.799.017 | Проведение HLA-типирования крови 1 класса молекулярно-генетический методом |
| 42 | D92.320.024 | Дистанционная лучевая терапия |
| 43 | D92.320.025 | Дистанционная лучевая терапия, РОД Гр |
| 44 | D92.201.029 | Внутриполостная гамматерапия (при раке шейки матки и прямой кишки), РОД 5Гр |
| 45 | D92.060.023 | Предлучевая топометрическая подготовка - центрация |
| 46 | B06.660.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 1-4 маркеров |
| 47 | B06.670.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 5-10 маркеров |
| 48 | B06.671.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием более 10 маркеров |
| 49 | B06.667.011 | Исследование чувствительности опухолевых клеток к заместительной терапии иммуногистохимическим методом |
| 50 | B06.668.011 | Исследование чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам иммуногистохимическим методом |
| 51 | B06.669.011 | Исследование на лимфопролиферативные заболевания иммуногистохимическим методом (стандарт-панель) |
| 52 | B06.673.011 | Исследование лимфопролиферативных заболеваний иммуногистохимическим методом (расширенная панель) |
| 53 | C04.010.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная статическая головного мозга (3 проекции) |
| 54 | C04.011.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная динамическая головного мозга |
| 55 | C04.001.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая миокарда (3 проекции) |
| 56 | C04.002.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета (1 проекция) |
| 57 | C04.003.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография динамическая скелета (1 проекция) |
| 58 | C04.004.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета - каждая последующая проекция |
| 59 | C04.013.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая гепатобилиарной системы) |
| 60 | C04.014.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая почек) |
| 61 | C04.006.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая щитовидной железы |
| 62 | C04.012.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая сердца) |
| 63 | C04.001.010 | Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография одной анатомической зоны |
| 64 | C04.002.010 | Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела |
| 65 | B08.851.021 | Исследование биопсийного материала методом иммунофлюоресцентной микроскопии |
| 66 | B08.851.022 | Исследование гистологического/цитологического материала методом электронной микроскопии |
| 67 | B09.801.019 | Диагностика орфанных заболеваний в крови методом масс-спектрометрии |
| 68 | B09.802.019 | Лекарственный мониторинг орфанных заболеваний методом масс-спектрометрии |
| 69 | D39.955.703 | Гемодиализ в условиях круглосуточного стационара |
| 70 | D50.920.035 | Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие) |
| 71 | D54.980.704 | Имплантация перитонеального катетера у взрослых |
| 72 | D54.980.705 | Имплантация перитонеального катетера у детей |
| 73 | D54.981.705 | Перитонеальный диализ с ДИАНИЛ ПД4 ручной |
| 74 | D54.982.706 | Перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40 ручной |
| 75 | D54.983.707 | Перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40 +ЭКСТРАНИЛ 7,5%-2л ручной |
| 76 | D54.984.708 | Перитонеальный диализ с ДИАНИЛ ПД4 + ЭКСТРАНИЛ 7,5%-2л ручной |
| 77 | D54.985.709 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40-2л+ДИАНИЛ-5л для стационара |
| 78 | D54.986.710 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 7л для стационара |
| 79 | D54.987.711 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 12 л для стационара |
| 80 | D54.988.712 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 15л для стационара |
| Перечень основных кодов заболеваний по МКБ -10, при которых проводится оплата по стоимость КЗГ с дополнительным возмещением затрат | | |
|  | Ишемические инсульты с применением тромболитических препаратов | |
| 81 | I63.0 | мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий |
| 82 | I63.1 | Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий |
| 83 | I63.2 | Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий |
| 84 | I63.3 | Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий |
| 85 | I63.4 | Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий |
| 86 | I63.5 | Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий |
| 87 | I63.6 | Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный |
| 88 | I63.8 | Другой инфаркт мозга |
| 89 | I63.9 | Инфаркт мозга неуточненный |
|  | Острый инфаркт миокарда с подъемом ST с применением тромболитических препаратов | |
| 90 | I21.0 | Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда |
| 91 | I21.1 | Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда |
| 92 | I21.2 | Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций |
| 93 | I21.3 | Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации |
| 94 | I21.9 | Острый инфаркт миокарда неуточненный |
| 95 | I22.0 | Повторный инфаркт передней стенки миокарда |
| 96 | I22.1 | Повторный инфаркт нижней стенки миокарда |
| 97 | I22.8 | Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации |
| 98 | I22.9 | Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации |
|  | Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с применением тромболитических препаратов | |
| 99 | I26.0 | Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце |
| 100 | I26.9 | Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце |
|  | Болезни новорожденных | |
| 101 | P10.0 | Субдуральное кровоизлияние при родовой травме |
| 102 | P10.1 | Кровоизлияние в мозг при родовой травме |
| 103 | P10.2 | Кровоизлияние в желудочек мозга при родовой травме |
| 104 | P10.3 | Субарахноидальное кровоизлияние при родовой травме |
| 105 | P10.4 | Разрыв мозжечкового налета при родовой травме |
| 106 | P10.8 | Другие внутричерепные разрывы и кровоизлияния при родовой травме |
| 107 | P10.9 | Внутричерепные разрывы и кровоизлияние при родовой травме неуточненные |
| 108 | P11.0 | Отек мозга при родовой травме |
| 109 | P11.5 | Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме |
| 110 | P11.9 | Поражение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное |
| 111 | P13.1 | Другие повреждения черепа при родовой травме |
| 112 | P14.2 | Паралич диафрагмального нерва при родовой травме |
| 113 | P15.0 | Повреждение печени при родовой травме |
| 114 | P15.1 | Повреждение селезенки при родовой травме |
| 115 | P21.0 | Тяжелая асфиксия при рождении |
| 116 | P22.0 | Синдром дыхательного расстройства у новорожденного |
| 117 | P22.8 | Другие дыхательные расстройства у новорожденного |
| 118 | P23.0 | Вирусная врожденная пневмония |
| 119 | P23.1 | Врожденная пневмония, вызванная хламидиями |
| 120 | P23.2 | Врожденная пневмония, вызванная стафилококком |
| 121 | P23.3 | Врожденная пневмония, стрептококком группы В |
| 122 | P23.4 | Врожденная пневмония, вызванная кишечной палочкой [Escherihia coli] |
| 123 | P23.5 | Врожденная пневмония, вызванная Pseudomonas |
| 124 | P23.6 | Врожденная пневмония, вызванная другими бактериальными агентами |
| 125 | P23.8 | Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями |
| 126 | P23.9 | Врожденная пневмония неуточненная |
| 127 | P24.0 | Неонатальная аспирация мекония |
| 128 | P25.0 | Интерстициальная эмфизема, возникшая в перинатальном периоде |
| 129 | P25.1 | Пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде |
| 130 | P25.2 | Пневмомедиастинум, возникший в перинатальном периоде |
| 131 | P25.3 | Пневмоперикард, возникший в перинатальном периоде |
| 132 | P26.0 | Трахеобронхиальное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 133 | P26.1 | Массивное легочное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 134 | P26.8 | Другие легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде |
| 135 | P26.9 | Легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде неуточненные |
| 136 | P27.1 | Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде |
| 137 | P28.0 | Первичный ателектаз у новорожденного |
| 138 | P28.4 | Другие типы апноэ у новорожденного |
| 139 | P28.5 | Дыхательная недостаточность у новорожденного |
| 140 | P35.0 | Синдром врожденной краснухи |
| 141 | P35.1 | Врожденная цитомегаловирусная инфекция |
| 142 | P35.2 | Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [herpes simplex] |
| 143 | P36.0 | Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В |
| 144 | P36.1 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стрептококками |
| 145 | P36.2 | Сепсис новорожденного, обусловленный золотистым стафилококком [Staphylococcus aureus] |
| 146 | P36.3 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стафилококками |
| 147 | P36.4 | Сепсис новорожденного, обусловленный кишечной палочкой [Escherichia coli] |
| 148 | P36.5 | Сепсис новорожденного, обусловленный анаэробными микроорганизмами |
| 149 | P36.8 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими бактериальными агентами |
| 150 | P36.9 | Бактериальный сепсис новорожденного неуточненный |
| 151 | P37.2 | Неонатальный (диссеминированный) листериоз |
| 152 | P52.2 | Внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние 3-й степени у плода и новорожденного |
| 153 | P52.3 | Неуточненное внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 154 | P52.4 | Кровоизлияние в мозг (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 155 | P52.5 | Субарахноидальное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 156 | P52.6 | Кровоизлияние в мозжечок и заднюю черепную ямку (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 157 | P52.8 | Другие внутричерепные (нетравматические) кровоизлияния у плода и новорожденного |
| 158 | P52.9 | Внутричерепное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного неуточненное |
| 159 | P57.0 | Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией |
| 160 | P57.8 | Другие уточненные формы ядерной желтухи |
| 161 | P57.9 | Ядерная желтуха неуточненная |
| 162 | P60 | Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови у плода и новорожденного |
| 163 | P77 | Некротизирующий энтероколит у плода и новорожденного |
| 164 | P78.0 | Перфорация кишечника в перинатальном периоде |
| 165 | P78.1 | Другие формы неонатального перитонита |
| 166 | P90 | Судороги новорожденного |
| 167 | P91.0 | Ишемия мозга |
| 168 | P91.2 | Церебральная лейкомаляция у новорожденного |
| 169 | P91.3 | Церебральная возбудимость новорожденного |
| 170 | P91.4 | Церебральная депрессия у новорожденного |
| 171 | P91.5 | Неонатальная кома |
| 172 | P91.8 | Другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного |
| 173 | P91.9 | Нарушение со стороны мозга у новорожденного неуточненное |
| 174 | P94.0 | Преходящая тяжелая миастения новорожденного |
|  | Болезни, связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом | |
| 175 | O14.1 | Тяжелая преэклампсия |
| 176 | O15.0 | Эклампсия во время беременности |
| 177 | O15.2 | Эклампсия в послеродовом периоде |
| 178 | O26.6 | Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 179 | O44.1 | Предлежание плаценты с кровотечением |
| 180 | O45.0 | Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови |
| 181 | O46.0 | Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости |
| 182 | O67.0 | Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови |
| 183 | O71.0 | Разрыв матки до начала родов |
| 184 | O72.0 | Кровотечение в третьем периоде родов |
| 185 | O72.1 | Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде |
| 186 | O72.2 | Позднее или вторичное послеродовое кровотечение |
| 187 | O85 | Послеродовой сепсис |
| 188 | O88.0 | Акушерская воздушная эмболия |
| 189 | O88.1 | Эмболия амниотической жидкостью |
| 190 | O88.2 | Акушерская эмболия сгустками крови |
| 191 | O88.8 | Другая акушерская эмболия |
| 192 | O98.4 | Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период |
|  | Циррозы и фиброзы печени | |
| 193 | K70.2 | Алкогольный фиброз и склероз печени |
| 194 | K70.3 | Алкогольный цирроз печени |
| 195 | K71.7 | Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени |
| 196 | K74.0 | Фиброз печени |
| 197 | K74.1 | Склероз печени |
| 198 | K74.2 | Фиброз печени в сочетании со склерозом печени |
| 199 | K74.3 | Первичный билиарный цирроз |
| 200 | K74.4 | Вторичный билиарный цирроз |
| 201 | K74.5 | Билиарный цирроз неуточненный |
| 202 | K74.6 | Другой и неуточненный цирроз печени |

            \*Примечание: для случаев с одновременным проведением операций аортокоронарного шунтирования и протезирования сердечных клапанов

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 51 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр  
            за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи,  
            связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов  
                  и (или) больного санитарным транспортом

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;  
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_;  
Поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Подушевой норматив на СП на одного жителя для субъекта здравоохранения,  
оказывающего СП, в месяц:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
Стоимость тарифа на оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом:\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество вызовов | Численность населения, человек/Количество больных | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Скорая медицинская помощь 1-3 категории срочности вызовов |  |  |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии | Х |  |  |
| 3. | Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом |  | Х |  |

      Итого к оплате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
      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 его наличии) (при его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                   "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
Примечание:  
      1) К данному счету-реестру прилагается реестр по применению тромболитических препаратов больным при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом |
|  | Форма |

Реестр по применению тромболитических препаратов больным при  
оказании скорой медицинской помощи период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ИИН пациента | Наименование диагноза | Расход на тромболитические препараты | | | | | | |
| Форма выпуска | Доза 1 единицы, мг | Стоимость 1 единицы, тенге | Назначенная доза, в мг | | Количество препарата | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 |
| 1 | Всего применено тромболитических препаратов, в том числе: |  |  |  |  | |  |  |  |
| 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 его наличии) (при его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 52 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
      исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой       медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и  
                  (или) больного санитарным транспортом

                  №\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
| численность населения, человек/количество больных | сумма, тенге | численность населения, человек/количество больных | сумма, тенге | численность населения, человек/количество больных | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Скорая медицинская помощь 1-3 категории срочности вызовов | | | | | | |
| 1.1. | Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших мониторинг качества и объема |  |  | Х |  |  |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом | | | | | | |
| 3.1. | Реестр исполнения индикаторов по медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом |  |  | Х |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лица Фонда):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии))  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии.)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)   
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                                    (для протокола на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (при его наличии)  
(для протокола на бумажном носителе)                   "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 53 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |

Перечень дефектов скорой медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций от подушевого норматива скорой медицинской помощи | |
| СМП (I-III категория) | НМП (IV категория) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | | | | | |
| 1 | 5.1. | Несвоевременное прибытие бригады скорой медицинской помощи по категориям срочности | 1 вызов | 15 кратный размер ПН | 7 кратный размер ПН |
| 2 | 5.2. | Случаи повторных вызовов по тому же поводу в течение суток с момента первого вызова вследствие неполного объема оказанных услуг | 1 вызов | 15 кратный размер ПН | 7 кратный размер ПН |
| 3 | 5.3. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 вызов | 25 кратный размер ПН | 10 кратный размер ПН |
| 4 | 5.4. | Доставка больного на госпитализацию | 1 вызов | 25 кратный размер ПН | 10 кратный размер ПН |
| 6 | 5.5. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации | 1 вызов | 8 кратный размер ПН | 4 кратный размер ПН |
| 7 | 5.6. | Некорректный ввод данных в информационные системы | 1 вызов | 4 кратный размер ПН | 2 кратный размер ПН |
| 8 | 5.7. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи | 1 вызов | 30 кратный размер ПН | 15 кратный размер ПН |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 54 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр  
услуг скорой медицинской помощи, прошедших мониторинг качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № талона вызова | Дата вызова | Категория и повод вызова | | Код дефекта по перечню\* | | | | | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| Категория | Повод вызова | 5.1 | 5.2. | 5.3. | 5.4. | 5.5. | 5.6. | 5.7. | 5.8. |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего, вызовы с дефектами | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | Х |
| Всего, вызовы без дефекта | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | Х |
| ИТОГО, сумма снятия, в тенге | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Примечание: по вызовам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (при его наличии)  (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 55 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских  
услуг скорой медицинской помощи  
№\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование | Подлежит к снятию и не подлежит оплате | |
| Количество вызовов | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | I. Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2. | всего дефектов: | |  |  |
| 3. | 5.1. | Несвоевременное прибытие бригады скорой медицинской помощи по категориям срочности |  |  |
| 4. | 5.2. | Случаи повторных вызовов по тому же поводу в течение суток с момента первого вызова вследствие неполного объема оказанных услуг |  |  |
| 5. | 5.3. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 6. | 5.4. | Доставка больного на госпитализацию без показаний |  |  |
| 7. | 5.5. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации |  |  |
| 8. | 5.6. | Некорректный ввод данных в информационные системы |  |  |
| 9. | 5.7. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи |  |  |
|  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 56 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | 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. | Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом |  |  |  |

      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 его наличии) (при его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 57 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс. тенге | | |
| Всего, в том числе: | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Кредиторская задолженность на начало периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 1.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 1.3. | по договору соисполнения |  |  |  |
| 2. | Кредиторская задолженность на конец периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 2.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 2.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 2.3. | по договору соисполнения |  |  |  |
| 3. | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |
| 4. | Всего доход |  |  |  |
| 5. | Всего расход |  |  |  |
| 5.1. | Заработная плата |  |  |  |
| 5.1.1 | Оплата труда |  |  |  |
|  | в т.ч. |  |  |  |
| 5.1.1.1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
| 5.1.1.2. | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
| 5.1.1.3. | Младший медицинский персонал |  |  |  |
| 5.1.1.4. | Прочий персонал |  |  |  |
| 5.1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь): |  |  |  |
| 5.1.2.1. | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
| 5.1.2.2. | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
| 5.1.2.3. | Младший медицинский персонал |  |  |  |
| 5.1.2.4. | Прочий персонал |  |  |  |
|  | в.т.ч. дифференцированная оплата |  |  |  |
|  | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
|  | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
|  | Младший медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал |  |  |  |
| 5.1.3. | Компенсационные выплаты |  |  |  |
| 5.1.4. | Налоги и другие обязательства в бюджет |  |  |  |
| 5.1.4.1. | Социальный налог |  |  |  |
| 5.1.4.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |
| 5.1.4.3. | Взносы на обязательное страхование |  |  |  |
| 5.1.4.4. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |
| 5.1.5. | Приобретение товаров |  |  |  |
| 5.1.6. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |
| 5.1.7. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |
|  | в т.ч. мягкого инвентаря |  |  |  |
| 5.1.8. | Коммунальные и прочие услуги |  |  |  |
| 5.1.8.1. | Оплата коммунальных услуг, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 5.1.8.1.1. | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |
| 5.1.8.1.2. | за газ, электроэнергию |  |  |  |
| 5.1.8.1.3. | за теплоэнергию |  |  |  |
| 5.1.8.1.4. | Прочие |  |  |  |
| 5.1.8.2. | Оплата услуг связи |  |  |  |
| 5.1.8.3. | Прочие услуги и работы, всего |  |  |  |
| 5.1.8.3.1. | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |
| 5.1.8.3.2. | на оплата услуг по договору соисполнителя |  |  |  |
| 5.1.8.3.3. | расходы на текущий ремонт здания, сооружений и оборудования |  |  |  |
| 5.1.8.3.4. | за аренду |  |  |  |
| 5.1.9. | Другие текущие затраты |  |  |  |
| 5.1.9.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
| 5.1.9.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |
|  | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
| 5.1.9.3. | другие налоги и обязательные платежи в бюджет |  |  |  |
| 5.1.10 | Прочие текущие затраты |  |  |  |
| 5.1.11. | Лизинговые платежи |  |  |  |
| 5.1.12. | Обновление 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 его наличии) (при его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 58 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о дифференцированной оплате труда работников при оказании скорой  
медицинской помощи  
период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
| всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | ВСЕГО, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: врачебный персонал |  |  |  |  |  |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: средний медицинский персонал |  |  |  |  |  |
| 3 | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |
| 4 | Прочий персонал |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 59 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация  
о повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании  
скорой медицинской помощи  
период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Всего работников, человек | в том числе | | Всего сумма, тыс. тенге | в том числе за счет бюджетных средств |
| Врачей | фельдшер |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Всего специалистов, из них: |  |  |  |  |  |
| 1.1 | повысили квалификацию |  |  |  |  |  |
| 1.2 | прошли переподготовку |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 60 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о распределении плановой суммы аванса при оказании скорой  
медицинской помощи  
по договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование бюджетной программы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Всего |  |  |
| 1 | Оплата труда работников |  |  |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата |  |  |
| 2 | Приобретение продуктов питания |  |  |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН |  |  |
| 4 | Коммунальные расходы |  |  |
| 5 | Прочие расходы |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 61 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи,  
      связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или)  
                  больного санитарным транспортом

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

                  по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая сумма выплаченного аванса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

            Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Скорая медицинская помощь 1-3 категории срочности вызовов |  |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии |  |  |
| 3. | Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом |  |  |

            Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего принято к оплате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в следующий период  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Итого к перечислению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 62 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень индикаторов по медицинской помощи, связанной с транспортировкой  
квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Единица измерения | Методы расчета | Пороговое значение | Размер штрафных санкций |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Доля исполненных заявок и заданий на вызов санитарной авиации (наземный) | % | Количество исполненных заявок/на общее число поступивших заявок\*100 | 100% | 100% стоимости за каждую не подтвержденную заявку |
| 2 | Количество случаев не оказания медицинской помощи согласно заявки (задания) службой санитарной авиации | абсолютное число | - | 0 | 100% стоимости всех случаев |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 63 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |

Реестр исполнения индикаторов по медицинской помощи, связанной с транспортировкой  
квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Количество выездов | № заявки на выезд | Дата выезда | Фактическое исполнение заявки/случаи оказания помощи | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| Абс. число | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Доля исполненных заявок и заданий на вызов санитарной авиации (наземный) | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Всего: |  |  |  |  |  |  |
| Количество случаев не оказания медицинской помощи согласно заявки (задания) | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Всего: |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 64 к Правилам оплаты услуг  субъектов здравоохранения |

Акт мониторинга исполнения индикаторов медицинской помощи, связанной  
с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным  
транспортом №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование индикаторов | Подлежит снятию и не подлежит оплате | |
| Количество выездов | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Доля исполненных заявок и заданий на вызов санитарной авиации (наземный) |  |  |
| 2 | Количество случаев не оказания медицинской помощи согласно заявки (задания) |  |  |
| Всего: | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 65 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр  
            за оказание медицинской помощи сельскому населению

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

            Период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

                  по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Количество прикрепленного сельского населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
Базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
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.  
Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
Подушевой норматив на 1 школьника в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Поправочные коэффициенты: (указать)\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № 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 |  |
| 1.1.1.1. | в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению: |  |
| 1.1.2.1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |
| 1.1.2.2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |
| 1.1.2.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |
| 1.1.2.4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |
| 1.3. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |

      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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 и адаптированными заменителями грудного молока 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, оказывающему КДУ

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 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 | 10 |
| 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 /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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      \*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/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 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_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. |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";  
      \*\* 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. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. | услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | |  |  |  |
| 3.1. |  | |  |  |  |
| 3.2. |  | |  |  |  |
| 4. | 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании введенных данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП".

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 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. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 3. | 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 его наличии)   
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";  
      \*\*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 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | |
| 1. | услуги по договору соисполнения, итого: | | |  |  |
| 1.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по экстренным показаниям, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | услуги, не включенные в договор соисполнения, итого: | |  |  |  |
| 2.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | по экстренным показаниям, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | |  |  |  |
| 3. | 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";  
      \*\* 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 его наличии) /для  
документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника";  
      \*\*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 его наличии) /  
для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника";

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 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 и адаптированными заменителями грудного молока период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество | Стоимость | Сумма, тыс.тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Лечебные низкобелковые продукты и продукты с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 2. | Адаптированные заменители грудного молока |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии) /  
для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 специализированная медицинская помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | 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: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 2: Обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН матери | Количество живорожденных детей | Количество выписанных комплектов по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) | Стоимость | Сумма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии) (для документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
Примечание:  
\* данные формируются на основе данных, введенных поставщиком в ИС "ЭРСБ"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 11 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению |
|  | Форма |

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием  
медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 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 его наличии) (для документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 66 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом села Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год По договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Источники дохода, тыс.тенге | | |
| Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
|  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Всего | |  |  |  |
| 1 | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1 | Оказание медицинской помощи |  |  |  |
|  | в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП\*\* |  |  |  |
| 1.2. | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя |  |  |  |
| 1.3. | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения |  |  |  |
|  | … другие услуги (указать) |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                  (для отчета бумажном носителе)  
Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                  (для отчета на бумажном носителе)

      Место печати (при его наличии)  
(для отчета на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 67 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация  
о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом села

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс.тенге | | |
| Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Кредиторская задолженность на начало периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 1.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 1.3. | по договору соисполнителя: |  |  |  |
| 1.3.1. | - на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП |  |  |  |
| 1.3.2. | - на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП |  |  |  |
| 1.3.3. | - на оказание комплекса медицинских услуг |  |  |  |
| 2. | Кредиторская задолженность на конец периода, итого |  |  |  |
|  | в том числе |  |  |  |
| 2.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 2.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 2.3. | по договору соисполнителя: |  |  |  |
| 2.3.1. | - на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП |  |  |  |
| 2.3.2. | - на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП |  |  |  |
| 2.3.3. | - на оказание комплекса медицинских услуг |  |  |  |
| 3. | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |
| 4. | Всего доход |  |  |  |
| 5. | Всего расход |  |  |  |
| 5.1. | Заработная плата |  |  |  |
| 5.1.1 | Оплата труда |  |  |  |
|  | в т.ч. |  |  |  |
|  | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
|  | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
|  | Младший медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал |  |  |  |
| 5.1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь) |  |  |  |
|  | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
|  | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
|  | Младший медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал |  |  |  |
|  | в.т.ч. дифференцированная оплата |  |  |  |
|  | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |
|  | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |
|  | Младший медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал |  |  |  |
|  | из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП\*\* |  |  |  |
|  | Врачебный персонал |  |  |  |
|  | Средний медицинский персонал |  |  |  |
|  | Прочий персонал (социальные работники и психологи) |  |  |  |
| 5.1.3. | Компенсационные выплаты |  |  |  |
| 5.2. | Налоги и другие обязательства в бюджет |  |  |  |
| 5.2.1. | Социальный налог |  |  |  |
| 5.2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |
| 5.2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |
| 5.2.4. | Взносы на обязательное страхование |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5.2. | Приобретение товаров |  |  |  |
| 5.2.1. | в том числе приобретение адаптированных заменителей грудного молока |  |  |  |
| 5.2.1. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |
| 5.​2.​1.​1. | в том числе приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |
| 5.​2.​1.​2. | в том числе приобретение комплект по уходу за младенцем (аптечка новорожденного |  |  |  |
| 5.2.2. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |
|  | в т.ч. мягкого инвентаря |  |  |  |
| 5.3. | Коммунальные и прочие услуги |  |  |  |
| 5.3.1. | Оплата коммунальных услуг, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
|  | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |
|  | за газ, электроэнергию |  |  |  |
|  | за теплоэнергию |  |  |  |
| 5.3.2. | Оплата услуг связи |  |  |  |
| 5.3.3. | Прочие услуги и работы, всего |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |
|  | на оплата услуг по договору соисполнения |  |  |  |
|  | расходы на текущий ремонт здания, сооружений и оборудования |  |  |  |
|  | за аренду |  |  |  |
| 5.4. | Другие текущие затраты |  |  |  |
| 5.4.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
| 5.4.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |
|  | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения |  |  |  |
|  | другие налоги и обязательные платежи в бюджет |  |  |  |
| 5.4.3. | Прочие текущие затраты |  |  |  |
| 5.5. | Лизинговые платежи |  |  |  |
| 5.6. | Обновление 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 68 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Структура доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом села

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование структурного подразделения | Население | Всего доходы в месяц, тыс.тенге | в т.ч. за счет бюджетных средств | Всего расходы в месяц, тыс.тенге | в т.ч. за счет бюджетных средств |
| 1. | Всего расход |  |  |  |  |  |
|  | из них по: |  |  |  |  |  |
|  | Медицинский пункт |  |  |  |  |  |
|  | … |  |  |  |  |  |
|  | Врачебная амбулатория |  |  |  |  |  |
|  | … |  |  |  |  |  |
|  | Фельдшерско-акушерский пункт |  |  |  |  |  |
|  | ... |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 69 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о дифференцированной оплате труда работников при оказании  
медицинской помощи субъектом села период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
| всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | ВСЕГО, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: врачебный персонал ПМСП |  |  |  |  |  |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: средний медицинский персонал ПМСП |  |  |  |  |  |
| 3 | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |
| 4 | Прочий персонал |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
(для документах на бумажном носителе)             "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 70 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании  
медицинской помощи субъектом села период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Всего работников, человек | в том числе | | | | | | | Всего сумма, тыс. тенге | в т.ч. за счет бюджетных средств |
| Врачей | из них врачей ПМСП | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | Средних медицинских работников | в т.ч. средних медицинских работников ПМСП | Средних фармацевтических работников | Специалистов с немедицинским образованием |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Всего специалистов, из них: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | повысили квалификацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | прошли переподготовку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                   "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 71 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о распределении плановой суммы аванса при оказании медицинской помощи  
субъектом села по договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года (наименование поставщика)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование бюджетной программы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Всего: |  |  |
| 1 | Оплата труда работников |  |  |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата |  |  |
| 2 | Приобретение продуктов питания |  |  |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН |  |  |
| 4 | Коммунальные расходы |  |  |
| 5 | Прочие расходы |  |  |

      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)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 72 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской  
                        помощи сельскому населению

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

                        по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
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 |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.1.1. | в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2.1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2.2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2.3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2.4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества медицинских услуг медицинских услуг по стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код/наименование перечня | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | |
| Количество случаев | | Сумма, тенге | |
| СМП | СЗТ | СМП | СЗТ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших мониторинг качества и объема |  |  |  |  |
| 2. | Реестр случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |
| 3. | Реестр случаев с летальным исходом по результатам контроля ТД КООЗ |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |
|  | за предыдущие периоды |  |  |  |  |
| 4. | Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |
|  | за предыдущие периоды |  |  |  |  |
| 5. | Реестр случаев по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села |  |  |  |  |
| 8. | Итого по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |

            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 лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

            Таблица № 5. Расчет иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 73 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень дефектов стационарной и стационарозамещающей медицинской  
помощи для субъектов села

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций, от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) сельскому населению на 1 жителя в месяц | |
| Для субъектов здравоохранения с прикрепленным населением | Для субъектов здравоохранения без прикрепленного населения |
| 1. | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | 1 пролеченный случай | 8 кратный размер КПН | 15 кратный размер КПН |
| 2. | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ | 1 пролеченный случай | 3 кратный размер КПН | 5 кратный размер КПН |
| 3. | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) \* | 1 пролеченный случай | 8 кратный размер КПН | 15 кратный размер КПН |
| 4. | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи | 1 пролеченный случай | 20 кратный размер КПН | 40 кратный размер КПН |
| 5. | 1.6. | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 6. | 2.1. | Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг |  |  |  |
| 7. | 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 8. | 2.1.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 9. | 2.1.3. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 10. | 2.1.4. | Нарушение этики медицинскими работниками | 1 пролеченный случай | 4 кратный размер КПН | 8 кратный размер КПН |
| 11. | 2.2. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | На сумму затрат, подтвержденных документально | |
| 12. | 2.3. | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 случай летальности | 25 кратный размер КПН | 50 кратный размер КПН |
| 13. | 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |  |
| 14. | 2.4.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 15. | 2.4.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 74 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период,  
прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки  
      субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев  
                        с летальными исходами

период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

            Свод по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                        (наименование области)

            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            форма медицинской помощи (стационарная, стационарозамещающая)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню\* | | Количество случаев | Сумма к снятию |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код | Наименование | 2.4 | |
| Маркировка СИ | Маркировка ТД КООЗ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Случаи круглосуточного стационара | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по круглосуточному стационару | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Случаи дневного стационара и стационара на дому | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по дневному стационару и стационару на дому | | | | | | | | |  |  |  |  |
| ВСЕГО | | | | | | | | |  |  |  |  |

      Примечание:  
      \* - при обнаружении случая, не подлежащего к оплате, в том числе частично столбцы 10-11 маркируется знаком "+", в строке "итого" граф 10-11 указываются сумма случаев с "+".  
      В сводном акте указываются случаи, подтвержденные экспертом ТД КООЗ

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 75 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев с летальным исходом по результатам контроля ТД КООЗ  
за отчетный и предыдущие периоды период с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
и предыдущие периоды

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование субъекта здравоохранения | Ф.И.О. больного | ИИН | Дата поступления | Дата смерти | № медицинской карты | Диагноз (код МКБ-10) | Количество случаев\* | Подтвержден\*\* | Не подтвержден\*\* | Сумма к снятию |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего за отчетный период | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего за предыдущие периоды | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО за отчетный и предыдущие периоды | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

            Примечание:  
      \*В графе 9 "количество случаев" каждый случай обозначается цифрой "1", в строке всего указывается сумма всех случаев,  
      \*\*Графы 10 и 11 отмечаются в соответствии с заключением эксперта знаком "+", в строке "всего" граф 10 и 11 указываются суммы случаев с "+".

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 76 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр Перечень случаев по результатам внешней экспертизы качества  
медицинских услуг ТД КООЗ при оказании стационарной и стационарозамещающей  
помощи субъектами здравоохранения районного значения и села № \_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
| Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Реестр случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| II. Реестр случаев с летальным исходом по результатам контроля ТД КООЗ за отчетный и предыдущие периоды | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |
| III. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | |  |  |
| за отчетный период | |  |  |
| за прошедший период | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр |  |  |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП |  |  |
| 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг |  |  |
| 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |
| 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками |  |  |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| ВСЕГО | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель ТД КООЗ (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо ТД КООЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 77 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр случаев по результатам мониторинга качества и объема  
медицинских услуг при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи  
субъектами здравоохранения районного значения и села № \_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
| Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр |  |  |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП |  |  |
| 1.6. | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| ВСЕГО | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 78 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Сводный акт случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи  
по результатам мониторинга качества и объема и внешней экспертизы качества  
медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
| Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Реестр случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | х | Х |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| II. Реестр случаев с летальным исходом по результатам контроля ТД КООЗ за отчетный и предыдущие периоды | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |
| III. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично | |  |  |
| за отчетный период | |  |  |
| за прошедший период | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр |  |  |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП |  |  |
| 1.6. | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | х | Х |
| 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |
| 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками |  |  |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП |  |  |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) |  |  |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| IY. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | |  |  |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний |  |  |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр |  |  |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) |  |  |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП |  |  |
| 1.6. | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения |  |  |
| ВСЕГО | |  |  |
| ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками | |  |  |

      Примечание: \* данные формируются на основании данных ИС "СУКМУ"

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 79 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек  
Базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Половозрастной поправочный коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент плотности населения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Сумма на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на 1-го жителя в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Комплексный подушевой норматив на сельское население на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения", в месяц:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
сумма Стимулирующего компонента подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.  
Количество школьников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек   
Подушевой норматив на 1 школьника в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Базовый подушевой норматив СП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 /кол-во услуг | сумма, тенге | численность населения/ 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.​1.​1. | в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) |  |  |  |  |
| 1.1.2. | за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению: |  |  |  |  |
| 1.​1.​2.​1. | за медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |
| 1.​1.​2.​2. | за оказание скорой медицинской помощи 4 категории срочности вызовов |  |  |  |  |
| 1.​1.​2.​3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина |  |  |  |  |
| 1.​1.​2.​4. | обеспечение адаптированными заменителями грудного молока |  |  |  |  |
| 1.2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |  |  |  |  |
| 1.3 | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |
| 1.3.1. | за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения |  |  |  |  |
| 2 | Сумма лизингового платежа |  |  |  |  |

      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 лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 4 Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      сумма на возмещение лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом,  
      прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 80 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе: |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу на одного онкологического больного |  |
| 1.2. | по фактическим затратам, в том числе: |  |
| 1.2.1. | применение химиопрепаратов онкологическим больным |  |
| 1.2.2. | оказание лучевой терапии: |  |
| 1.2.2.1. | ВТМУ (лучевая терапия) |  |
| 1.2.2.2. | оказание лучевой терапии |  |
| 1.2.3. | по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |
| 3. | Итого к оплате |  |

Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным  
      Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода | Количество онкологических больных взятых на учет | | Количество онкологических больных снятых с учета | | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода | Средне-списочная численность онкологических больных | Предъявлено к оплате, тенге |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Оказанная медицинская помощь онкологическим больным, всего |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Применение химиопрепаратов онкологическим больным | | Оказание лучевой терапии | | | Всего предъявлено к оплате, тенге |
| Количество онкологических больных | Предъявлено к оплате, тенге | Количество онкологических больных | Количество сеансов лучевой терапии | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Всего, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | при оказании амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х |  |  |  |  |
| 1.2. | при оказании стационарной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | при оказании стационарозамещающей медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ |  |  |  |  |  |  |

Таблица № 4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор)

      Стоимость базового тарифа (ставки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      Поправочные коэффициенты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза/ операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Количество базовых тарифов (ставок) | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | всего стационарная помощь |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | всего стационарозамещающая помощь |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 5. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество пролеченных больных | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга: |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
      "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения\*:  
      1) реестр движения онкологических больных по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;  
      2) реестр оказанной медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу на одного онкологического больного по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;  
      3) реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;  
      4) реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;  
      5) реестр оказанной специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

            Примечание:\* Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным |
|  | Форма |

Реестр движения онкологических больных\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Период (календарный день месяца) | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало календарного дня месяца | Количество онкологических больных взятых на учет | | Количество онкологических больных снятых с учета | | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец календарного дня месяца | Среднесписочная численность онкологических больных |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 его наличии)  
/для документа на бумажном носителе)                  "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      \*- Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к счету-реестру оказанных медицинских услуг онкологическим больным |
|  | Форма |

Реестр  
оказанной медицинской помощи онкологическим больным по комплексному тарифу  
на одного онкологического больного\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года       Таблица № 1. Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |
|  |  |  |  |  |

            Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код МКБ-9 | 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: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным помощи |
|  | Форма |

Реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным при оказании  
специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и  
стационарозамещающая медицинская помощь период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ИИН пациента | № медицинской карты | Основной заключительный диагноз | | Расход на химиопрепараты | | | | | | |
| Код МКБ-10 | Наименование | Наименование препарата | Форма выпуска | Доза 1 единицы, мг | Стоимость 1 единицы, тенге | Назначенная доза, в мг | Количество препарата | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Всего применено химиопрепаратов онкологическим больным, в том числе: | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого | | | | | | | | |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, итого (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной) | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
/для документа на бумажном носителе)                  "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным |
|  | Форма |

Реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным при оказании  
специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и  
стационарозамещающая медицинская помощь\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | № медицинской карты | | Основной заключительный диагноз | Код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество сеансов | Суммарная очаговая доза облучения грей (Гр) | Предъявлено к оплате, тенге |
| Код МКБ-10 | Наименование |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Всего проведено сеансов лучевой терапии онкологическим больным, в том числе: | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого | | | | | | |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, итого:  (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной) | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (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 его наличии/для документа на бумажном носителе)  
Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным |
|  | Форма |

Реестр оказанной специализированной медицинской помощи с целью обеспечения  
доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным  
(больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза)  
при реализации их права на свободный выбор период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Номер группы КЗГ | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Сумма, предъявленная к оплате, тенге |
| Код МКБ -10 | Наименование | Код МКБ-9 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | | | | |  |
| 1.1. | итого стационарная помощь, в том числе: | | | | | | | | | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, итого (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной) | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | итого стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | | | | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, итого (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной) | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 81 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг 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 |
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | Оказание медицинской помощи онкологическим больным : |  |  |  |
| 1.1.1. | по комплексному тарифу на одного онкологического больного |  |  |  |
| 1.1.2. | по фактическим затратам (химиопрепараты, лучевая терапия) |  |  |  |
| 1.1.3. | по клинико-затратным группам |  |  |  |
| 1.2. | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения |  |  |  |
| 1.3. | … 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 82 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о структуре расходов при оказании медицинских услуг период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № П № п/п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс.тенге | | |
| Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Кредиторская задолженность на начало периода |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 1.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 2. | Кредиторская задолженность на конец периода |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 2.1. | по заработной плате |  |  |  |
| 2.2. | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения |  |  |  |
| 3. | Остаток средств на начало отчетного периода |  |  |  |
| 4. | Всего доход |  |  |  |
| 5. | Всего расход: |  |  |  |
| 5.1. | Текущие расходы |  |  |  |
| 5.2. | Заработная плата |  |  |  |
| 5.2.1. | Оплата труда |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 5.2.1.1. | Врачи и фармацевты (с высшим образованием), провизоры |  |  |  |
| 5.2.1.2. | Средний мед. персонал |  |  |  |
| 5.2.1.3. | Младший мед. персонал |  |  |  |
| 5.2.1.4. | Прочие |  |  |  |
| 5.2.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и диф.оплата, единовременное пособие к отпуску, мат.помощь) |  |  |  |
| 5.2.2.1. | Врачи |  |  |  |
| 5.2.2.2. | Средний мед. персонал |  |  |  |
| 5.2.2.3. | Младший мед. персонал |  |  |  |
| 5.2.2.4. | Прочие |  |  |  |
|  | в.т.ч. дифференцированная оплата: |  |  |  |
|  | Врачи |  |  |  |
|  | Средний мед. персонал |  |  |  |
|  | Младший мед. персонал |  |  |  |
|  | Прочие |  |  |  |
| 5.2.3. | Компенсационные выплаты |  |  |  |
| 5.2.4. | Налоги и другие обязательные выплаты в бюджет |  |  |  |
| 5.2.4.1 | Социальный налог |  |  |  |
| 5.2.4.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |
| 5.2.4.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |
| 5.2.4.4. | Взносы на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |
| 5.3. | Приобретение товаров |  |  |  |
| 5.4. | Приобретение продуктов питания |  |  |  |
| 5.5. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения, в том числе: |  |  |  |
| 5.5.1. | таргетные препараты |  |  |  |
| 5.5.2. | химиопрепараты |  |  |  |
| 5.5.3. | лекарственными средствами онкологических больных на амбулаторном уровне |  |  |  |
| 5.6. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |
|  | в том числе мягкого инвентаря |  |  |  |
| 5.7. | Коммунальные и прочие услуги |  |  |  |
| 5.7.1. | Оплата коммунальных услуг, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 5.7.1.1. | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |
| 5.7.1.2. | за газ, электроэнергию |  |  |  |
| 5.7.1.3. | за теплоэнергию |  |  |  |
| 5.7.1.4. | прочие |  |  |  |
| 5.7.2. | Оплата услуг связи |  |  |  |
| 5.7.3. | Прочие услуги и работы, в том числе |  |  |  |
| 5.7.3.1. | иммуногистохимические исследования |  |  |  |
| 5.7.3.2. | замена источника для гаматерапевтических аппаратов |  |  |  |
| 5.7.3.3. | сервисное обслуживание лучевого аппарата |  |  |  |
| 5.7.3.4. | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |
| 5.7.3.5. | на оплату услуг, оказанных онкологическим больным другими онкологическими диспансерами (взаиморасчет) |  |  |  |
| 5.8. | Другие текущие затраты |  |  |  |
| 5.8.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |
| 5.8.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |
|  | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |
| 5.8.3. | Прочие текущие затраты, в том числе: |  |  |  |
| 5.8.3.1. | текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  |  |  |
| 5.9 | Лизинговые платежи |  |  |  |
| 5.10. | Обновление основных средств |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 83 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о дифференцированной оплате труда работников период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
| всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | ВСЕГО, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1. | Врачебный персонал |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: врачебный персонал на амбулаторном уровне |  |  |  |  |  |
| 2. | Фармацевты (с высшим образованием), провизоры |  |  |  |  |  |
| 3. | Средний медицинский персонал |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: средний медицинский персонал на амбулаторном уровне |  |  |  |  |  |
| 4. | Младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |
| 5. | Прочий персонал |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                               "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 84 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Всего, человек | в том числе | | | | | Всего сумма, тыс.тенге | в том числе | |
| Врачей | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | Средних медицинских работников | Средних фармацевтических работников | Специалистов с немедицинским образованием | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Всего специалистов, из них: |  |  |  |  |  |  | х |  |  |
| 1.1 | повысили квалификацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | прошли переподготовку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 85 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование бюджетной программы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Всего |  |  |
| 1 | Оплата труда работников |  |  |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата |  |  |
| 2 | Приобретение продуктов питания |  |  |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН |  |  |
| 4 | Коммунальные расходы |  |  |
| 5 | Прочие расходы |  |  |

      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 его наличии)  
(для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 86 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи  
                              онкологическим больным

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Снято, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу на одного онкологического больного |  |  |  |
| 1.2. | по фактическим затратам, в том числе: |  |  |  |
| 1.2.1. | применение химиопрепаратов онкологическим больным |  |  |  |
| 1.2.2. | оказание лучевой терапии: |  |  |  |
| 1.2.2.1. | ВТМУ (лучевая терапия) |  |  |  |
| 1.2.2.2. | оказание лучевой терапии |  |  |  |
| 1.2.3. | по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |  |
| 3. | Итого |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| П № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате, тенге | |
| Количество случаев/ больных | Сумма, тенге | Количество случаев/ больных | Сумма, тенге | Количество случаев/ больных | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1.1. | Среднесписочная численность онкологических больных |  | Х | Х | Х |  | Х |
| 2. | I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате |  |  | Х | Х |  |  |
| 3. | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |
| 4. | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |
| 5. | IV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х |  |  |  |  |
| 6. | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |
| 7. | VI. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |
| 8. | VII. Реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Применение химиопрепаратов онкологическим больным | | | Оказание лучевой терапии | | | Всего | | |
| Предъявлено к оплате, тенге | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге\* | Принято к оплате, тенге | Предъявлено к оплате, тенге | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге\* | Принято к оплате, тенге | Предъявлено к оплате, тенге | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге\* | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Всего, в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | при оказании амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х | х |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | при оказании стационарной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х | х | х | х | х | х | х | х |
| 1.3. | при оказании стационарозамещающей медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х | х | х | х | х | х | х | х |

      Примечание:   
      \* Прилагаются акты сверки исполнений условия договора на оказание ГОБМП при их наличии.  
      Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код/наименование перечня | Предъявлено к оплате | | | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | | | Принято к оплате | | | |
| Количество случаев | | Сумма, тенге | | Количество случаев | | Сумма, тенге | | Количество случаев | | Сумма, тенге | |
| СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ | СМП | СЗТ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1. | I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате |  |  |  |  | Х | Х | Х | Х |  |  |  |  |
|  | II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | III. Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | IV. Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | V. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | VI. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | VII. Реестр случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 5. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 6. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;  
Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
            (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                  (для документа на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для документа на бумажном носителе)  
                              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для документа на бумажном носителе)  
                              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                                    (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

            Примечание:  
      \* Источник данных- информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение к протоколу исполнения договора закупа услуг при оказании медицинской помощи онкологическим больным |
|  | Форма |

Реестр онкологических больных с несвоевременной регистрацией  
            сведений о смерти в "Электронном регистре онкологических больных"

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Комплексный тариф на одного онкологического больного в день: \_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИНН | Дата постановки на учет | Дата смерти | Дата снятия с учета | Количество дней нахождения на учете после даты смерти | Сумма, подлежащая снятию, тенге | | |
| всего | в.т.ч. | |
| за несвоевременное снятия с учета | мера экономического воздействия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Примечание:  
Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 87 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень дефектов специализированной медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | 1 пролеченный случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | 1 пролеченный случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа |
| 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа |
| 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения | 1 пролеченный случай | 5-ти кратный размер комплексного тарифа |
| 1.9.\* | Недостоверное, несвоевременное и некачественное введение данных в ЭРОБ и несоответствие предъявленных к оплате документов данным ЭРОБ | 1 больной | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 1.10.\* | Несвоевременная регистрация сведений смерти, позднее 10 дней с момента смерти больного | 1 больной | 1 размер комплексного тарифа |
| 2.1. | Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг |  |  |
| 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.1.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.1.3. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.1.4. | Нарушение этики медицинскими работниками | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.2. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | На сумму затрат, подтвержденных документально |
| 2.3. | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 случай летальности | 6-ти кратный размер комплексного тарифа |
| 2.4. | Случаи осложнений, возникших в результате лечения |  |  |
| 2.4.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.4.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.5. | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" |  |  |
| 2.5.1. | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.5.2. | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 2.7. | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов | 1 случай расхождения | 3-х кратный размер комплексного тарифа |

            \*- Применяются в ИС "ЭРОБ" и отражаются в протоколе исполнения договора отдельными строками

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 88 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг  
            за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе: |  |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу на одного онкологического больного |  |  |
| 1.2. | по фактическим затратам, в том числе: |  |  |
| 1.2.1. | применение химиопрепаратов онкологическим больным |  |  |
| 1.2.2. | оказание лучевой терапии: |  |  |
| 1.2.2.1. | ВТМУ (лучевая терапия) |  |  |
| 1.2.2.2. | оказание лучевой терапии |  |  |
| 1.2.3. | по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |
| 3. | Итого к оплате |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Наименование | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода | Среднесписочная численность онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Оказание медицинской помощи онкологическим больным |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Применение химиопрепаратов онкологическим больным | | Оказание лучевой терапии | | Всего | |
| Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | при оказании амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х |  |  | х | х |
| 1.2. | при оказании стационарной медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | при оказании стационарозамещающей медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: с применением ВТМУ | х | х | х | х | х | х |

            Таблица № 4. Расчет суммы, принятой к оплате по клинико-затратным группа за оказание медицинской помощи онкологическим больным (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор)

      Стоимость базового тарифа (ставки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      Поправочные коэффициенты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Номер группы | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| Количество пролеченных больных | Сумма, тенге | Количество пролеченных больных | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: |  |  |  |  |  |
| 1.1. | всего стационарная помощь |  |  |  |  |  |
| 1.2. | всего стационарозамещающая помощь |  |  |  |  |  |

      Таблица № 5. Принятая сумма по лизинговым платежам

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | Принято к оплате с учетом мониторинга и экспертизы | | |
| Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      сумма на оплату лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;   
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

            Примечание:  
      Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 89 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе: |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом |  |
| 1.2. | за обеспечение противотуберкулезными препаратами |  |
| 2. | Итого к оплате |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу оказание медицинской помощи больным туберкулезом

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на начало отчетного периода | Количество больных туберкулезом взятых на учет | | Количество больных туберкулезом снятых с учета | | Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на конец отчетного периода | Средне-списочная численность больных туберкулезом | Предъявлено к оплате, тенге |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | оказание медицинской помощи больным туберкулезом по комплексному тарифу, всего |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате за обеспечение противотуберкулезными препаратами

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Применение противотуберкулезных препаратов | |
| Количество больных туберкулезом | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего, в том числе: |  |  |
| 1.1. | при оказании амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |
|  |  |  |  |
| 1.2. | при оказании стационарной медицинской помощи |  |  |
|  |  |  |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения\*:  
      1) реестр движения больных туберкулезом по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;  
      2) реестр оказанной медицинской помощи больным туберкулезом в по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;  
      3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;  
      4) реестр по применению противотуберкулезных препаратов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;

            Примечание:\* Источник данных - информационные системы "Национальный регистр больных туберкулезом", "Лекарственное обеспечение"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание медико- социальной помощи больным туберкулезом |
|  | Форма |

Реестр движения больных туберкулезом\* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Период (календарный день месяца) | Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на начало календарного дня месяца | Количество больных туберкулезом взятых на учет | | Количество больных туберкулезом снятых с учета | | Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на конец календарного дня месяца | Среднесписочная численность больных туберкулезом |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 его наличии)  
/для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      \*- Источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание медико- социальной помощи больным туберкулезом |
|  | Форма |

Реестр оказанной медицинской помощи больным туберкулезом по комплексному тарифу

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |
|  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код МКБ-9 | 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: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание медико- социальной помощи больным туберкулезом |
|  | Форма |

Реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических  
                        услуг с привлечением соисполнителя

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | |
| 1. | услуги по договору соисполнения, итого: | | |  |  |
| 1.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по экстренным показаниям, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | услуги, не включенные в договор соисполнения, итого: | |  |  |  |
| 2.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | по экстренным показаниям, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | |  |  |  |
| 3. | Итого: | |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | И И Н | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Количество случаев |
| Код МК Б- 10 | Наименование | Код МК Б- 9 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Всего случае, не включенных в договор соисполнения, итого | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1. | итого стационарная помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | итого стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Перечень пролеченных случаев санаторно-курортного лечения туберкулезным больным

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | И И Н | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Количество случаев |
| Код МК Б- 10 | Наименование | Код МК Б- 9 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Всего случае, не включенных в договор соисполнения, итого | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1. | итого стационарная помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | итого стационарозамещающая помощь, 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 его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание медико- социальной помощи больным туберкулезом |
|  | Форма |

Реестр по применению противотуберкулезных препаратов \* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ИИН пациента | № медицинской карты | Основной заключительный диагноз | | Расход на противотуберкулезные препараты | | | | | | |
| Код МКБ-10 | Наименование | Наименование препарата | Форма выпуска | Доза 1 единицы, мг | Стоимость 1 единицы, тенге | Назначенная доза, в мг | Количество препарата | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Всего применено больным туберкулезом, в том числе: | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | по больным туберкулезом, состоящим на учете в диспансере, итого | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | |  | | --- | | по больным туберкулезом, не состоящим на учете в диспансере, итого | | | | | | | | | |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,итого (наименование туберкулезного диспансера, где состоит на учете туберкулезный больной) | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии)  
/для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      Примечание:\* Источник данных - информационные системы "Лекарственное обеспечение"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 90 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Снято, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе: |  |  |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу |  |  |  |
| 1.2. | за обеспечение противотуберкулезными препаратами |  |  |  |
| 2. | Итого |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| П № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате, тенге | |
| Количество случаев/ больных | Сумма, тенге | Количество случаев/ больных | Сумма, тенге | Количество случаев/ больных | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1.1. | Среднесписочная численность больных туберкулезом |  | Х | Х | Х |  | Х |
| 2. | Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям автоматизированной выборки |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших мониторинг качества и объема по случаям ручной выборки |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Реестр случаев госпитализаций за отчетный и прошедшие периоды, прошедших мониторинг качества и объема по результатам анализа исполнения договора закупа услуг |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период | Х | Х |  |  |  |  |
| 5. | Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших внешнюю экспертизу качества медицинских услуг ТД КООЗ, после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Реестр летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД КООЗ |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Реестр случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД КООЗ по результатам внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично |  |  |  |  |  |  |
|  | за отчетный период |  |  |  |  |  |  |
|  | за прошедший период |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга и контроля всеми участниками |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
|  | 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 документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* Источник данных- информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение к протоколу исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом |
|  | Форма |

Реестр больных туберкулезом с несвоевременной регистрацией сведений о смерти

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИНН | Дата постановки на учет | Дата смерти | Дата снятия с учета | Количество дней нахождения на учете после даты смерти | Сумма, подлежащая снятию, тенге | | |
| всего | в.т.ч. | |
| за несвоевременное снятия с учета | мера экономического воздействия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 91 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

      Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе: |  |  |
| 1.1. | по комплексному тарифу |  |  |
| 1.2. | за обеспечение противотуберкулезными препаратами |  |  |
| 2. | Итого к оплате |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Наименование | Количество больных туберкулезом на конец отчетного периода | Среднесписочная численность больных туберкулезом на конец отчетного периода | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате по обеспечению противотуберкулезными препаратами

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Применение противотуберкулезных препаратов больным туберкулезом | |
| Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего, в том числе: |  |  |
| 1.1. | при оказании амбулаторно-поликлинической помощи |  |  |
|  |  |  |  |
| 1.2. | при оказании стационарной медицинской помощи |  |  |
|  |  |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
            выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
            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) Код: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при его 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 его наличии) (для акта на бумажном носителе) |

      Примечание:  
Источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 92 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество больных ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало отчетного периода | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД взятых на учет | | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД снятых с учета | | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец отчетного периода | Средне-списочная численность ВИЧ-инфицированных и больных СПИД | Предъявлено к оплате, тенге |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Оказанная медико-социальная помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИД |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
      "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения\*:  
      1) реестр движения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;  
      2) реестр оказанной медицинской помощи помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

            Примечание:\* Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД |
|  | Форма |

Реестр движения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Период (календарный день месяца) | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало календарного дня месяца | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД взятых на учет | | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД снятых с учета | | Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец календарного дня месяца | Среднесписочная численность ВИЧ-инфицированных и больных СПИД |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 его наличии) / для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД |
|  | Форма |

Реестр оказанной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД по комплексному тарифу

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  | Х |
| 2. |  |  |  | Х |
|  | 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 его наличии) / для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 93 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

СЧЕТ-РЕЕСТР  
за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или)  
больным СПИД республиканской организацией здравоохранения

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество услуг | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание консультативно диагностической медицинской помощи, в том числе: |  |  |
| 1.1. |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |
| 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 его наличии) / для документа на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:  
      1) реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения;  
      3) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг 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 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием  
медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 94 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной  
помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Снято, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД по комплексному тарифу |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
|  | 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 документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 95 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной  
 помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД  
 республиканской организации здравоохранения

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество услуг | Предъявлено к оплате, тенге | Снято с оплаты\*, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|  |  | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 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 документа на бумажном носителе)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 96 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций, от размера комплексного тарифа |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 8.1. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа на 1 одного больного |
|  | 8.2. | Необеспечение бесплатными ЛС на амбулаторном уровне отдельных категорий граждан | 1 случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа на 1 одного больного |
| 2 | 8.3. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи | 1 случай | 2-х кратный размер комплексного тарифа на 1 одного больного |
| 3 | 8.4. | Некорректный ввод данных в информационные системы | 1 случай | 1 кратный размер комплексного тарифа на 1 одного больного |
| 4 | 8.5. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации | 1 случай | 1 кратный размер комплексного тарифа на 1 одного больного |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 97 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД,  
прошедших мониторинг качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Дата оказания услуги | Код по перечню\* | | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| 8.1. | 8.2. | 8.3. | 8.4. | 8.5. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО |  |  |  |  |  |  |  |  |

      \*Примечание: по услугам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 98 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга качества и объема медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит к снятию | |
| Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | I. Реестр услуг по оказанию медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |
| 4 | 8.2. | Необеспечение бесплатными ЛС на амбулаторном уровне отдельных категорий граждан |  |  |
| 5 | 8.3. | Обоснованные жалобы на порядок организации медицинской помощи |  |  |
| 6 | 8.4. | Некорректный ввод данных в информационные системы |  |  |
| 7 | 8.5. | Некачественное заполнение форм медицинской учетной документации |  |  |
|  | ИТОГО по результатам мониторинга | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 99 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт  
оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи  
ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

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

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД |  |  |

      Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| ИТОГО | |  |  |

            Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 100 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным  
      и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

      Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1. | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе: |  |  |
| 1.1. |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |

      Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| ИТОГО | |  |  |

            Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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;  
      в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 101 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр  
за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и  
поведенческими расстройствами (заболеваниями)

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) на начало отчетного периода | Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) взятых на учет | | Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) снятых с учета | | Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) на конец отчетного периода | Средне-списочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) и | Предъявлено к оплате, тенге |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Оказанная медико-социальная помощь лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
      "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

      К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения\*:  
      1) реестр движения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);  
      2) реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);  
      3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Примечание:\* Источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных" | Период (календарный день месяца) | Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями)," на начало календарного дня месяца | Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) взятых на учет | | Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями)снятых с учета | | Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на конец календарного дня месяца | Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 его наличии)  
/для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      \*- Источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) |
|  | Форма |

Реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим  
психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |
|  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код МКБ-9 | 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: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                         "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) |
|  | Форма |

Реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам,  
страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с  
привлечением соисполнителя)

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | |
| 1. | услуги по договору соисполнения, итого: | | |  |  |
| 1.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по экстренным показаниям, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | услуги, не включенные в договор соисполнения, итого: | |  |  |  |
| 2.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | по экстренным показаниям, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | |  |  |  |
| 3. | Итого: | |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | И И Н | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Количество случаев |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код МК Б-9 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Всего случае, не включенных в договор соисполнения, итого | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1. | итого стационарная помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | итого стационарозамещающая помощь, 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 его наличии)  
/ для документа на бумажном носителе)                        "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 102 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной  
помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами  
(заболеваниями)

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Снято, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
|  | 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 документа на бумажном носителе)  
                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо) поставщика):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Примечание:  
      \* Источник данных- информационная система "Электронный регистр психических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к протоколу исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) |
|  | Форма |

Реестр лиц, страдающих психическими и поведенческими  
расстройствами(заболеваниями) с несвоевременной регистрацией сведений о смерти

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИНН | Дата постановки на учет | Дата смерти | Дата снятия с учета | Количество дней нахождения на учете после даты смерти | Сумма, подлежащая снятию, тенге | | |
| всего | в.т.ч. | |
| за несвоевременное снятия с учета | мера экономического воздействия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 103 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим  
психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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) Код: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при его 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 его наличии) (для акта на бумажном носителе) |
|  |  |

            Примечание:  
      Источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 104 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим  
алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на начало отчетного периода | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройствами взятых на учет | | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройствами снятых с учета | | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на конец отчетного периода | Средне-списочная численность больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией | Предъявлено к оплате, тенге |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Оказанная медико-социальная помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
      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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
      "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения\*:  
      1) реестр движения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;  
      2) реестр оказанной медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;  
      реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

      Примечание:\* Источник данных -информационная система "Электронный регистр наркологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |
|  | Форма |

Реестр движения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией \* период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Период (календарный день месяца) | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на начало календарного дня месяца | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией взятых на учет | | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией снятых с учета | | Количество больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на конец календарного дня месяца | Среднесписочная численность больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |
| Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 его наличии) /для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года  
      \*- Источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |
|  | Форма |

Реестр оказанной медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией  
и токсикоманией по комплексному тарифу

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |
|  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения |
| Код МКБ-10 | Наименование | Код МКБ-9 | 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: | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 его наличии) / для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |
|  | Форма |

Реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических  
услуг больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией  
с привлечением соисполнителя

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Таблица № 1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | |
| 1. | услуги по договору соисполнения, итого: | | |  |  |
| 1.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | по экстренным показаниям, итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | услуги, не включенные в договор соисполнения, итого: | |  |  |  |
| 2.1. | по направлениям специалистов ПМСП, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | по экстренным показаниям, итого | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого | |  |  |  |
| 3. | Итого: | |  |  |  |

      Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль койки | И И Н | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Повод обращения | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Исход лечения | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Количество случаев |
| Код МК Б-10 | Наименование | Код МК Б-9 | Наименование |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Наименование соисполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(по договору соисполнителя от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Всего случае, не включенных в договор соисполнения, итого | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1. | итого стационарная помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | итого стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 105 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи  
лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Снято, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
|  | 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 документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
      Примечание:  
      \* Источник данных- информационная система "Электронный регистр наркологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к протоколу исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |
|  | Форма |

Реестр  
больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с несвоевременной  
регистрацией сведений о смерти

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИНН | Дата постановки на учет | Дата смерти | Дата снятия с учета | Количество дней нахождения на учете после даты смерти | Сумма, подлежащая снятию, тенге | | |
| всего | в.т.ч. | |
| за несвоевременное снятия с учета | мера экономического воздействия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
                        (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

            Примечание:  
      Источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных"

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 106 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг  
за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом,  
наркоманией и токсикоманией

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией |  |  |

            Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
      по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
      за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;   
      за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

      Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
      выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
      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) Код: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при его 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 его наличии) (для акта на бумажном носителе) |

            Примечание:  
      Источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 107 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр  
за оказание услуг патологоанатомической диагностики

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Поправочные коэффициенты (указать)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество услуг | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |
| 1.1. |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |
| Итого к оплате | |  |  |

      Итого к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
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 его наличии) / для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 108 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Таблица № 1. 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. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Сумма лизингового платежа |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат) | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

            Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
      Всего принято к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                        (для протокола на бумажном носителе)  
Должностные лица заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии.)  
                        (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                        (для протокола на бумажном носителе)  
                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                        (для протокола на бумажном носителе)  
Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
                        (для протокола на бумажном носителе)  
Место печати (при его наличии) (для протокола на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 109 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень дефектов патологоанатомической диагностики

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций, от стоимости случая |
| 1 | 9.1. | Недостоверное, несвоевременное и некачественное ведение учетной, отчетной документации | 1 услуга | 10% |
| 2 | 9.2. | Неполное проведение патологоанатомического исследования | 1 услуга | 50% |
| 3 | 9.3. | Неполный патологоанатомический диагноз без указания осложнений и /или сопутствующих заболеваний | 1 услуга | 50% |
| 4 | 9.4. | Случаи завышения количества услуг, представленных на оплату | 1 услуга | 100% |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 110 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг  
качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата оказания услуги | Услуга |  | Код по перечню\* | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| Код услуги по тарификатору | Наименование | 9.1. | 9.2. | 9.3. | 9.4. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |  |  |  |

            \*Примечание: по услугам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 111 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга качества и объема услуг патологоанатомической диагностики №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование филиала Фонда социального медицинского страхования) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит к снятию | |
| Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | I. Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |
| 3 | 9.1. | Недостоверное, несвоевременное и некачественное ведение учетной, отчетной документации |  |  |
| 4 | 9.2. | Неполное проведение патологоанатомического исследования |  |  |
| 5 | 9.3. | Неполный патологоанатомический диагноз без указания осложнений и /или сопутствующих заболеваний |  |  |
| 6 | 9.4. | Случаи завышения количества услуг, представленных на оплату |  |  |
| 7 | ИТОГО, по результатам мониторинга | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 112 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт  
оказанных услуг патологоанатомической диагностики

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ года

Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге

      Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: | 2 | 3 |
| 1.1. |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |
|  | Итого к оплате: |  |  |

      Таблица № 2. Сумма лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1. | 2 | 3 | 4 |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
сумма на оплату лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
по результатам мониторинга качества и объема и экспертизы качества: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
Сумма по решению комиссии снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
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;  
в том числе сумма лизинговых платежей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 113 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Счет-реестр  
оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию  
крови и ее компонентов, производству препаратов крови

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование компонентов крови | Единица измерения | Стоимость, тенге | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |

      Итого к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
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 его наличии) / для документа на бумажном носителе)  
"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 114 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Протокол  
исполнения договора закупа услуг по заготовке, переработке, хранению  
и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | сумма, тенге | Количество услуг | сумма, тенге | Количество услуг | сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Расчет суммы лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Расчет иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 его наличии)  
Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 115 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Перечень дефектов по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по перечню | Наименование | Единица измерения | Размер штрафных санкций, от средневзвешенной стоимости услуг |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 7.1. | Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения в компонентах крови | 1 случай | 100% |
| 2 | 7.2. | Превышение доли забракованной крови в объеме более 7% от всей заготовленной консервированной крови | 1 случай | 50% |
| 3 | 7.3. | Превышение доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности в объеме более 10% | 1 случай | 50% |
| 4 | 7.4. | Недостоверное, несвоевременное и некачественное ведение учетной, отчетной документации в информационных систем | 1 случай | 10% |
| 5 | 7.5. | Отклонение от стандартов заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов | 1 случай | 30% |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 116 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших мониторинг качества и объема Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата оказания услуги | Услуга | | Код по перечню\* | | | | | Подлежит снятию (сумма в тенге) |
| Код услуги по тарификатору | Наименование | 7.1. | 7.2. | 7.3. | 7.4. | 7.5. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |  |  |  |  |

            \*Примечание: по услугам с подтвержденными дефектами ставится сумма снятия по дефекту, знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 117 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт мониторинга качества и объема услуг по заготовке, переработке,  
хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови №\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Период с "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года по "\_\_"\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Наименование заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование поставщика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит к снятию | |
| Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | I. Реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших мониторинг качества и объема | |  |  |
| 2 | всего дефектов, из них по видам: | |  |  |
| 3 | 7.1. | Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения в компонентах крови |  |  |
| 4 | 7.2. | Превышение доли забракованной крови в объеме более 7% от всей заготовленной консервированной крови |  |  |
| 5 | 7.3. | Превышение доли форменных элементов крови, списанных по истечению срока годности в объеме более 10% |  |  |
| 6 | 7.4. | Недостоверное, несвоевременное и некачественное ведение учетной, отчетной документации в информационных систем |  |  |
| 7 | 7.5. | Отклонение от стандартов заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов |  |  |
| 8 | ИТОГО по результатам мониторинга | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе) "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года | Должностное лицо заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 118 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения |
|  | Форма |

Акт оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию  
крови и ее компонентов, производству препаратов крови  
№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
Период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

      Наименование поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование бюджетной подпрограммы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      Поправочные коэффициенты: (указать)

      Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | | Принято к оплате, тенге | |
| Количество услуг | Сумма, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | Итого к оплате: |  |  |  |  |

      Таблица № 2. Сумма лизинговых платежей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Подлежит к снятию | | Принято к оплате | |
| Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |

      Таблица № 3. Сумма иных выплат/вычетов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основание | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| 1. | 2 | 3 | 4 |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

      Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
сумма на оплату лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
удержанная сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, из них:  
по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;  
Сумма снятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,  
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;  
в том числе сумма лизинговых платежей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 |

**Правила оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники**

**Глава 1. Общие положения**

      1. Настоящие Правила оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее - Правила) разработаны в соответствии с пунктом 4 статьи 25 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс о здоровье) и определяют порядок оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее - субъекты).

      2. Оплату стоимости фармацевтических услуг субъектам осуществляют фонд социального медицинского страхования или администраторы бюджетных программ в соответствии с пунктом 4 статьи 25 Кодекса о здоровье.

      3. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

      1) договор оплаты стоимости фармацевтических услуг единому дистрибьютору (далее – договор оплаты фармацевтических услуг) - договор, заключенный в письменной форме между фондом и единым дистрибьютором, определяющий права, обязанности сторон, и иные условия, связанные с оплатой фармацевтических услуг;

      2) договор об оказании фармацевтических услуг - договор, заключенный по форме, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения в соответствии с Правилами организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными [постановлением](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_#z2) Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №1729 (далее – Правила № 1729), между местными органами государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее – местные органы здравоохранения)и поставщиком на закуп фармацевтических услуг в соответствии с [Правилами](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_#z2) № 1729 и иными нормативными правовыми актами Республики Казахстан, зафиксированный в письменной форме, подписанный сторонами или сформированный в информационной системе единого дистрибьютора и удостоверенный электронными цифровыми подписями сторон, со всеми приложениями;

      3) единый дистрибьютор - юридическое лицо, осуществляющее в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования деятельность в соответствии со статьей 77 Кодекса о здоровье;

      4) оплата стоимости фармацевтических услуг – возмещение затрат единому дистрибьютору или субъектам, связанных с фармацевтической услугой, установленных по результатам закупа единым дистрибьютором или местными органами здравоохранения в соответствии с [Правилами](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_#z2) № 1729 и [Правилами](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1500000515#z1) закупа услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и изделий медицинского назначения, услуг по учету и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения единым дистрибьютором в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 8 июля 2015 года № 515;

      5) сводный реестр данных о стоимости фармацевтических услуг, подлежащий оплате (далее – Сводный реестр) - сформированный единым дистрибьютором на бумажном носителе и в электронной форме в информационной системе учета амбулаторного лекарственного обеспечения, удостоверенный электронной цифровой подписью сводный реестр данных о стоимости фармацевтических услуг;

      6) список лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, закупаемых у единого дистрибьютора (далее – список единого дистрибьютора) - разрабатываемый и утверждаемый уполномоченным органом в области здравоохранения в соответствии с подпунктом 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье документ, содержащий характеристики лекарственных средств, изделий медицинского назначения, их предельные цены, возможности заключения долгосрочного договора поставки с отечественными товаропроизводителями, указание для лекарственных средств международного непатентованного наименования или состава, для изделий медицинского назначения - наименования или состава, наименование медицинской техники, технической спецификации и комплектации, стоимость за единицу и в разрезе комплектации, сроки поставки по каждому наименованию товара;

      7) субъекты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники- физические или юридические лица, осуществляющие фармацевтическую деятельность;

      8) фонд социального медицинского страхования (далее - фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан.

Глава 2. Порядок оплаты фондом социального медицинского страхования стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

      4. Фонд оплачивает стоимость фармацевтических услуг в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения по списку единого дистрибьютора.

      5. Фонд оплачивает стоимость фармацевтических услуг единому дистрибьютору за фактически оказанные фармацевтические услуги субъектами или организациями здравоохранения, оказывающими амбулаторное лекарственное обеспечение, в пределах средств, предусмотренных планом закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) на амбулаторное лекарственное обеспечение за счет трансферта, перечисляемого фонду из республиканского бюджета в целях оплаты за оказание услуг в рамках ГОБМП (далее – трансферт на ГОБМП) и (или) активов фонда.

      6. Отчетным периодом для оплаты стоимости фармацевтических услуг единому дистрибьютору является календарный месяц.

      Оплата стоимости фармацевтических услуг за декабрь текущего года производится в следующем финансовом году на основании дополнительного соглашения, заключенного до истечения срока действия договора оплаты стоимости фармацевтических услуг.

      7. Основанием для оплаты стоимости фармацевтических услуг единому дистрибьютору является:

      1) сводный реестр данных о стоимости фармацевтических услуг, подлежащей оплате, по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам;

      2) акт оплаты стоимости фармацевтических услуг единому дистрибьютору по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам (далее – акт оплаты стоимости фармацевтических услуг).

      8. Сводный реестр формируется единым дистрибьютором после сверки реестров рецептов по отпуску лекарственных средств (далее - ЛС) и изделий медицинского назначения (далее - ИМН) населению, предоставляемых субъектами или организациями здравоохранения, оказывающими амбулаторное лекарственное обеспечение.

      9. Сводный реестр формируется в разрезе областей, города республиканского значения и столицы в трех экземплярах, по одному экземпляру для единого дистрибьютора, по два экземпляра для фонда.

      10. Сводный реестр предоставляется единым дистрибьютором фонду ежемесячно не позднее двадцать пятого числа месяца, следующего за отчетным периодом.

      Сводный реестр для оплаты стоимости фармацевтических услуг за декабрь текущего года предоставляется до 25 января года, следующего за отчетным финансовым годом.

      11. Фонд в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Сводного реестра сверяет представленные данные об обеспеченных рецептах с данными в информационной системе учета амбулаторного лекарственного обеспечения.

      В случае несогласия с представленным единым дистрибьютором Сводным реестром, фонд направляет единому дистрибьютору на бумажном носителе или сформированное в информационной системе учета амбулаторного лекарственного обеспечения мотивированное возражение.

      12. Единый дистрибьютор после получения мотивированного возражения от фонда в срок не более 5 (пяти) рабочих дней производит корректировку данных и повторно представляет фонду Сводный реестр.

      Фонд в срок не более 5 (пяти) рабочих дней рассматривает представленный повторно после корректировки единым дистрибьютором Сводный реестр и, в случае отсутствия замечаний, согласовывает его.

      Фонд, в случае несогласия с представленным повторно после корректировки единым дистрибьютором Сводным реестром, направляет его в соответствии с частью второй пункта 11 настоящих Правил.

      Единый дистрибьютор производит корректировку данных и предоставляет фонду Сводный реестр в соответствии с частью первой настоящего пункта.

      13. Единый дистрибьютор после согласования фондом Сводного реестра направляет ему акт оплаты стоимости фармацевтических услуг.

      14. Фонд осуществляет оплату единому дистрибьютору в течение 10 (десяти) календарных дней после подписания акта оплаты стоимости фармацевтических услуг.

      15. Срок оплаты, предусмотренный пунктом 14 настоящих Правил, приостанавливается в случае несвоевременного перечисления фонду трансферта на ГОБМП до момента их перечисления.

      16. Фонд при очередной оплате единому дистрибьютору удерживает сумму нерационально назначенных и необоснованно выписанных ЛС и ИМН в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения, установленных уполномоченным органом в области здравоохранения при проведении государственного контроля в соответствии с пунктом 1 статьи 19 Кодекса о здоровье.

      17. Фонд осуществляет авансовую (предварительную) оплату в размере не более 30 (тридцати) процентов от суммы договора оплаты фармацевтических услуг с последующим удержанием суммы, выплаченной авансовой (предварительной) оплаты согласно графику ее удержания с месяца, следующего за месяцем ее выплаты, на количество периодов, составляющих не менее 75 (семидесяти пяти) процентов от общего количества периодов оплаты услуги.

      В случае, когда сумма авансовой (предварительной) оплаты, подлежащая удержанию в текущем периоде, превышает или равна сумме, принятой к оплате по актам оказанных услуг за отчетный период, удерживается сумма, равная принятой к оплате.

      Остаток суммы, подлежащей удержанию в текущем периоде, удерживается в следующем периоде совокупно с суммой авансовой (предварительной) оплаты, подлежащей удержанию в следующем периоде.

Глава 3. Порядок оплаты стоимости фармацевтических услуг местными органами государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

      18. Местные органы здравоохранения осуществляют оплату фармацевтических услуг поставщикам (исполнителям) фармацевтических услуг за фактически оказанные услуги, в соответствии с актами выполненных работ, путем сверки представленных данных об обеспеченных рецептах (реестр рецептов) с данными в информационной системе учета амбулаторного лекарственного обеспечения в пределах выделенных средств. Сумма договора корректируется с учетом фактически оказанного объема услуг.

      19. Оплата стоимости фармацевтических услуг в рамках ГОБМП, определяемой по итогам закупа фармацевтических услуг, проведенного в соответствии с [Правилами](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_#z2) № 1729, осуществляется местными органами здравоохранения за счет средств местного исполнительного органа областей, города республиканского значения и столицы:

      1) в целях амбулаторного лекарственного обеспечения ЛС и ИМН, входящих в перечень ЛС и ИМН для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями), утвержденный уполномоченным органом в области здравоохранения в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 88 Кодекса о здоровье, но не входящих в список единого дистрибьютора;

      2) в целях обеспечения детей, в случаях закупа единым дистрибьютором ЛС, в инструкции (утвержденной уполномоченным органом в сфере обращения лекарственных средств в соответствии с [подпунктом 2)](http://adilet.zan.kz/rus/docs/P090001729_#z167) пункта 19 Правил № 1729) по медицинскому применению которого имеется указание о противопоказаниях к применению у детей;

      3) в случае индивидуальной непереносимости пациента ЛС или ИМН, на основании заключения врачебно-консультативной комиссии и решения местных представительных органов областей, города республиканского значения и столицы.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 1 к Правилам оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники |
|  | Форма |

Сводный реестр данных о стоимости фармацевтических услуг, подлежащей оплате  
в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_\_\_ (указать период) в разрезе регионов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регион | № п/п | № и дата обеспеченного рецепта | М Н Н | Т Н | Форма выпуска, дозировка | Единица измерения | Цена за единицу измерения (тенге) \* | Количество в единицу измерения | Сумма (тенге) (гр.8\* гр9) | № и дата Договора услуги по учету и реализации или безвозмездного договора по ставки | Стоимость услуги по учету и реализации, тенге (гр. 10\* \_\_\_\_ %)\*\* | № и дата Договора об оказании фармацевтических услуг \* \* \* | Стоимость фармацевтической услуги , тенге \* \* \* | Общая стоимость фармацевтических услуг, подлежащая к оплате (тенге) (гр. 10 + гр.1 2+ гр.1 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Итого стоимость фармацевтической услуги в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составила\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге.  
                                    *(прописью*)                   (*прописью*)

Представлено:  
ТОО "СК-Фармация"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (*подпись, М.П.)\*\*\**(*ФИО, должность*)  
Согласовано:  
НАО "Фонд социального медицинского страхования"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                                                       *(подпись, М.П.)\*\*\*\**  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                              *(ФИО, должность*)

      Примечание:

|  |  |
| --- | --- |
| МНН | Международное непатентованное наименование |
| ТН | Торговое наименование |
| \* | Указывается цена по прайс-листу единого дистрибьютора, за исключением лекарственных средств и изделий медицинского назначения, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, цена по которым указывается по фиксированной цене. |
| \*\* | Указывается для лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры. В случае реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения через безвозмездный договор поставки, указанная графа не заполняется. |
| \*\*\* | Указывается для лекарственных средств и изделий медицинского назначения, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры. |
| \*\*\*\* | В случае если Сводный реестр в электронной форме, подписан электронной цифровой подписью обеим сторонами, печать не проставляется. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к Правилам оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники |
|  | Форма |

Акт оплаты стоимости фармацевтических услуг единому дистрибьютору

№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

по Договору оплаты стоимости фармацевтических услуг единому

дистрибьютору от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Наименование бюджетной программы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Наименование подпрограммы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Общая сумма Договор оплаты стоимости  
фармацевтических услуг единому дистрибьютору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге  
в том числе общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Сумма аванса (предварительной платы), в тенге подлежащая удержанию | Сумма нерационально назначенных и необоснованно выписанных лекарственных средств, и изделий медицинского назначения, на основании информации уполномоченного органа в области здравоохранения, подлежащая удержанию в тенге | Сумма, подлежащая оплате единому дистрибьютору в тенге (гр. 4 - гр. 5- гр. 6) |
| Ко-во обеспеченных рецептов | Сумма в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Общая стоимость фармацевтической услуги, подлежащая к оплате согласно Сводного реестра данных о стоимости фармацевтической услуги, подлежащей оплате |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| НАО\* "Фонд социального медицинского страхования"  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати для акта на бумажном носителе) | ТОО\*\* "СК-Фармация"  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование банка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБЕ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати для акта на бумажном носителе) |

            Примечание:  
      \*некоммерческое акционерное общество  
      \*\* товарищество с ограниченной ответственностью