

Об утверждении Правил контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 февраля 2014 года № 84. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 20 марта 2014 года № 9255. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения и социального развития РК от 28.07.2015 № 627 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

Примечание РЦПИ!

Порядок введения в действие приказа см. п.6

В соответствии с пунктами 3 и 15 Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2030,
П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить прилагаемые Правила контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета (далее – Правила).

2. Местным органам государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы при осуществлении оплаты гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемых за счет средств местного бюджета, руководствоваться **П р а в и л а м и** .

3. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Ермекбаев К.К) обеспечить:

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

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

4. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения

Республики Казахстан (Асаинова Д.Е.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

6. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования и распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2014 года.

И.о. Министра здравоохранения

Республики Казахстан

Б. Токежанов

У т в е р ж д е н ы

п р и к а з о м и . о .

М и н и с т р а

з д р а в о о х р а н е н и я

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

от 11 февраля 2014 года № 84

Правила

контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета

1. Общие положения

1. Настоящие Правила контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП), осуществляемые за счет средств местного бюджета (далее - Правила), включая целевые текущие трансферты областными бюджетами, бюджетами городов Астаны и Алматы (далее – ЦТТ) разработаны в соответствии с пунктами 3 и 15 Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 2 0 3 0 .

2. Правила определяют порядок контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты местными органами государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее - УЗ) за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП (далее - медицинские услуги), за исключением услуг, по которым оплата осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по следующим видам медицинской

помощи: квалифицированная, специализированная, медико-социальная и по
ф о р м а м :

- 1) консультативно-диагностической помощи;
- 2) стационарной помощи;
- 3) стационарозамещающей помощи;
- 4) скорой медицинской помощи;
- 5) санитарной авиации;
- 6) восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
- 7) паллиативной помощи и сестринского ухода.

3. Настоящие Правила не распространяются на услуги ГОБМП, оплата по
которым осуществляется за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ:

- 1) за оказание медицинских услуг онкологическим больным;
- 2) за оказание медицинской помощи субъектами здравоохранения районного
значения и села по комплексному подушевому нормативу;
- 3) за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному
п о д у ш е в о м у н о р м а т и в у .

4. Настоящие Правила распространяются на УЗ, субъекты здравоохранения,
заключившие с УЗ договор на оказание ГОБМП (далее - поставщик),
территориальные департаменты Комитетов контроля медицинской и
фармацевтической деятельности и оплаты медицинских услуг Министерства
здравоохранения Республики Казахстан (далее - ТД ККМФД и ТД КОМУ),
Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения
«Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства
здравоохранения Республики Казахстан (далее - РЦРЗ) и организацию,
определенную постановлением Правительства Республики Казахстан от 23
ноября 2010 года № 1238 «О создании акционерного общества «КазМедТех»»,
основным предметом деятельности которой является организация и проведение
закупок медицинской техники для дальнейшей передачи организациям
здравоохранения на условиях финансового лизинга - акционерное общество «
К а з М е д Т е х » .

5. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

- 1) администратор бюджетной программы (далее - администратор) -
управления здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы;
- 2) комиссия по оплате услуг - постоянно действующий коллегиальный орган
УЗ из числа сотрудников УЗ, ТД ККМФД, ТД КОМУ соответствующего региона
и филиала РЦРЗ для осуществления оплаты за оказанные услуги ГОБМП за счет
средств местного бюджета, включая ЦТТ (далее - оплата);
- 3) заказчик - УЗ соответствующей области, городов Астаны и Алматы,
осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП за счет средств

местного бюджетов, включая ЦТТ в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 (далее - Правила выбора поставщика услуг), а также гражданским законодательством Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н .

6. Оплата поставщикам осуществляется по тарифам, которые формируются в соответствии с Методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946) на основании актов выполненных работ (услуг).

7. Администратор утверждает и пересматривает тарифы, в том числе тарифы пилотных проектов, стоимость базовой ставки и поправочные коэффициенты, за исключением половозрастного поправочного коэффициента.

8. Оплата поставщикам осуществляется на основании заключенного договора с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи в пределах средств, предусмотренных администратором.

9. Администратор устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

10. Оплата лизинговых платежей за оказанные медицинские услуги осуществляется УЗ при условии их оказания с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга, заключенному с лизингодателем.

2. Контроль качества и объема оказанной медицинской помощи

11. Контроль качества и объема оказанной медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения.

12. Исполнение поставщиком условий договора, в том числе вопросы качества и объема оказанной медицинской помощи, подлежат контролю со стороны заказчика в порядке, предусмотренном настоящей главой.

13. ТД ККМФД осуществляет контроль качества и объема медицинской помощи в форме плановой и внеплановой проверки и экспертизы качества медицинских услуг в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о государственном контроле и надзоре.

14. При осуществлении УЗ контроля за деятельностью подведомственных медицинских организаций по вопросам оплаты медицинских услуг применяются н а с т о я щ и е П р а в и л а .

15. Результаты контроля качества и объема медицинской помощи в УЗ направляют ТД ККМФД с приложением копии акта о результатах проверки, определенного Законом Республики Казахстан от 6 января 2011 года «О государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан» в течение пяти рабочих дней со дня завершения проверки.

16. Ежеквартально, не позднее 10 числа следующего за отчетным кварталом месяца, УЗ по результатам произведенного возврата объема финансирования информирует в письменном виде ТД ККМФД о принятых мерах.

3. Оплата медицинских услуг

17. Поставщики ежедневно формируют персонифицированную базу данных пролеченных случаев в стационарах и в дневных стационарах, профилактических медицинских осмотров целевых групп населения на основе форм, утвержденных уполномоченным органом, базу данных учета количества услуг (посещений) по оказанию консультативно-диагностической помощи, вызовов скорой медицинской помощи и санитарной авиации (далее - количественный учет услуг)

18. Поставщики в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формируют и передают в УЗ счета-реестры за оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета (далее - счет - реестр) по формам согласно приложениям 1, 2, 3 и 4 к настоящим Правилам соответственно формам представления медицинской помощи.

К счетам-реестрам прилагаются персонифицированные списки пролеченных больных, осмотренных целевых групп населения, количественный учет услуг в зависимости от форм представления медицинской помощи.

19. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, УЗ принимает счет-реестр позднее установленного срока.

20. УЗ формируют протокола исполнения договора на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета (далее - протокол исполнения договора) по формам согласно приложениям 5, 6, 7 и 8 к настоящим Правилам соответственно формам представления медицинской помощи, которые рассматриваются и подписываются комиссией по оплате услуг. К протоколу исполнения договора прилагается акт контроля ТД ККМФД.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

21. По результатам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи УЗ осуществляет корректировку сумм бюджетных средств по предъявленным медицинским услугам.

22. Корректировка сумм бюджетных средств по предъявленным медицинским услугам может производиться при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия договора.

23. Основанием для составления актов выполненных работ (услуг) субъектов здравоохранения за оказанный объем медицинских услуг ГОБМП, оплата которых осуществляется за счет средств местного бюджета, включая ЦТТ (далее - акт выполненных услуг) является оформленный протокол исполнения договора.

24. Акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - акт выполненных услуг) составляется в двух экземплярах по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам.

25. Допускается подписание поставщиком счет-реестра и акта выполненных услуг с использованием электронной цифровой подписи.

26. Оплата по подписанным актам выполненных услуг производится в течение десяти календарных дней с момента окончания отчетного периода путем перечисления бюджетных средств на расчетный счет поставщика с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в размерах и в сроки, предусмотренных договором.

27. Оплата за лечение пациента в стационаре, в случаях внутрибольничного перевода, осуществляется как за один пролеченный случай.

4. Заключительные положения

28. В случае несогласия с результатами контроля качества и объема медицинской помощи, поставщики вправе обжаловать их в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

П р и л о ж е н и е 1

к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета

Форма

С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р

за оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета*

№ _____ от «___» _____ 20__ года
 период: с «___» _____ 20__ года по «___» _____ 20__ года
 по Договору № _____ от «___» _____ 20__ года

Консультативно-диагностическая помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Тариф услуги _____ тенге

№ п/п	Количество услуг	Тариф	Предъявлено Оплате, тенге
1	2	3	4
Итого			

Лизинг

Код медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к о тенге
1	2	3	4	5	6	7
Всего						

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель организации здравоохранения
 (поставщика): _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения
 (поставщика): _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе
) «___» _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

*распространяется при оказании медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета, включая целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы за исключением, указанных в пункте 3 настоящих Правил.

Приложение 2

к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета

Форма

С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р

за оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета

№ _____ от «__» _____ 20__ года
период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года
по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года

Стационарная и/или стационарозамещающая медицинская помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Тариф за один пролеченный случай, тенге	Предъявлено к оплате, тенге
A	1	2	3	4
1	Круглосуточный стационар			
2	Дневной стационар			
	ИТОГО			

Лизинг

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
Всего						

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель организации здравоохранения
(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения
(поставщика): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе «__» _____ 20__ года
)

П р и л о ж е н и е 3
к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета
Форма

С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р
за оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета*

№ _____ от «__» _____ 20__ года
Период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ год
по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года

Скорая медицинская помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Стоимость одного вызова _____ тенге

№ п/п	Количество вызовов	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3

Лизинг

Код медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к о тенге
1	2	3	4	5	6	7
Всего						

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель организации здравоохранения
(поставщика): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для счета-реестра на бумажном носителе)
 Главный бухгалтер организации здравоохранения
 (поставщика): _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе
) «__» _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* не распространяется на оказание медицинской помощи населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения районного значения и села, средства по которым предусмотрены при финансировании по комплексному подушевому нормативу.

П р и л о ж е н и е 4

к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета

Форма

С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р

за оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета

№ _____ от «__» _____ 20__ года
 Период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года
 по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года

Санитарная авиация

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Стоимость одного вызова _____ тенге

№ п /п	Дата	Вид транспортных услуг	Пункт назначения	Транспортные услуги		Медицинские услуги		Предъя к опл тенге
				Количество часов	Стоимость, тенге	Количество часов	Стоимость, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		на вертолете						
		на самолете						

на автотранспорте

Итого к оплате: _____ **тенге**

Руководитель организации здравоохранения
(поставщика): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения
(поставщика): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе «__» _____ 20__ года
)

П р и л о ж е н и е 5

к правилам контроля качества и объема
оказанной медицинской помощи и
оплаты за оказанные медицинские
услуги в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи, осуществляемые за счет
средств местного бюджета

Форма

П р о т о к о л
исполнения договора на оказание медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
за счет средств местного бюджета

период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года
по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года

Консультативно-диагностическая помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п/п	Количество услуг	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, те
1	2	4	5	6
Всего				

П р и м е ч а н и е :

*Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды по результатам плановых и внеплановых проверок ТД ККМФД.

Акт контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг предъявленных к оплате	Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге	Количество услуг к снятию с оплаты	Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты	Количество услуг принятых к оплате	Принято к оплате с лизингового платежа, т
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

(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)

М . П .

Дата «__» _____ 20__ года.

П р и л о ж е н и е 6

к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета
 Форма

П р о т о к о л
исполнения договора на оказание медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
за счет средств местного бюджета

период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года
 по Договору № ____ от «__» _____ 20__ года

Стационарная помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
A	1	2	3	4	5
1	Круглосуточный стационар				
2	Дневной стационар				
	Всего				

П р и м е ч а н и е :

* Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды по результатам плановых и внеплановых проверок ТД.ККМФД.

Акт контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг предъявленных к оплате	Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге	Количество услуг к снятию с оплаты	Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты	Количество услуг принятых к оплате	Принято к оплате с лизингового платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____
(Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии).)
(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____
(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)

М . П .

Дата «__» _____ 20__ года.

П р и л о ж е н и е 7

к правилам контроля качества и объема
оказанной медицинской помощи и
оплаты за оказанные медицинские
услуги в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи, осуществляемые за счет
средств местного бюджета

Форма

П р о т о к о л
исполнения договора на оказание медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
за счет средств местного бюджета

период: с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ год
по Договору № _____ от «__» _____ 20__ года

Скорая медицинская помощь

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п/п	Количество вызовов	Предъявлено к оплате, тенге	С н я т о с оплаты*, тенге	П р и н я т о к оплате, тенге
1	2	3	4	5
Всего				

Примечание: *Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды по результатам плановых и внеплановых проверок ТД ККМФД.

Акт контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг предъявленных к оплате	Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге	Количество услуг к снятию с оплаты	Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты	Количество услуг принятых к оплате	Принято оплате с лизингов. платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

(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)

М . П .

Дата «__» _____ 20__ года.

П р и л о ж е н и е 8

к правилам контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и

оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета
 Форма

П р о т о к о л
исполнения договора на оказание медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
за счет средств местного бюджета

период: с «__» _____ 20 __ года по «__» _____ 20 __ года
 по Договору № _____ от «__» _____ 20 __ года

Санитарная авиация

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п/п	Дата	В и д транспортных услуг	Пункт назначения	Транспортные услуги		Медицинские услуги		Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты (тенге)	Пр к о (те
				Количество часов	Стоимость, тенге	Количество часов	Стоимость, тенге			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1		на вертолете								
2		на самолете								
3		н а автотранспорте								
		Итого								

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

(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)

М . П .

Дата «__» _____ 20 __ года.

П р и л о ж е н и е 9

к правилам контроля качества и объема
оказанной медицинской помощи и
оплаты за оказанные медицинские
услуги в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи, осуществляемые за счет
средств местного бюджета

Форма

**Акт выполненных работ (услуг),
оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи**

№ _____ от «__» _____ 20 __ года

Период с «__» _____ 20 __ года по «__» _____ 20 __ год
по Договору № _____ от «__» _____ 20 __ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно Договору _____
_____ тенге

Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3
Всего		

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг	Предъявленная	Количество услуг к	Сумма	Количество	Принят
		сумма		лизингового		
						оплате с

	предъявленных к оплате	лизингового платежа к оплате, тенге	снятию с оплаты	платежа к снятию с оплаты	принятых к оплате	лизинго платежей тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего принято к оплате: _____ **тенге**
в том числе возмещение лизинговых платежей _____ **тенге**

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ **тенге**

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ **тенге**

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в следующий период _____ **тенге**

Итого к перечислению _____ **тенге**

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ **тенге**

Заказчик

_____ (Наименование государственного органа)

Адрес _____ Поставщик

Бизнес идентификационный номер (далее –БИН) _____

_____ (Наименование медицинской организации)

Индивидуальный идентификационный номер Адрес _____

(далее –ИИК) _____ БИН _____

Банковский идентификационный код ИИК _____

(далее – БИК) _____ БИК _____

ГУ _____ Наименование банка _____

Наименование комитет казначейства КБЕ _____

Код _____ Руководитель _____ / _____

К о д б е н е ф и ц и а р а (Фамилия, имя, отчество (при наличии))/подг

Руководитель _____ / _____ (для акта на бумажном носителе)

(Фамилия, имя, отчество (при его МП (для акта на бумажном носителе)

наличии)/подпись)

(для акта на бумажном носителе)

Место печати (для акта на бумажном носителе)

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