

## Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

### *Утративший силу*

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 17 февраля 2014 года № 97. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 апреля 2014 года № 9294. 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.7

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 и пунктом 70 Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358,

### П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить прилагаемые Правила оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – П р а в и л а ) .

2. Местным органам государственного управления здравоохранением областей, городов Астана и Алматы при осуществлении оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи руководствоваться Правилами.

3. Республиканскому государственному предприятию на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр электронного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Нугуманов Т.К.) обеспечить на постоянной основе информационно-техническое сопровождение информационных систем «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Сельское здравоохранение», «Электронный регистр стационарных больных», «Система управления качеством медицинских услуг», «Дополнительный компонент подушевого норматива», портала «Регистр прикрепленного населения».

4. 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.

5. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Асаинова Д.Е.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Токежанова Б.Т.

7. 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.

*Министр здравоохранения*  
*С. Каирбекова*

*Республики Казахстан*

У т в е р ж д е н ы  
п р и к а з о м      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 17 февраля 2014 года № 97

## **Правила**

### **оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

#### **1. Общие положения**

1. Настоящие Правила оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – Правила) определяют порядок оплаты услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) населению по комплексному подушевому нормативу субъектам здравоохранения, указанным в настоящих Правилах (далее – субъекты здравоохранения).

2. Настоящие Правила распространяются на следующих участников процесса:

- 1) субъекты здравоохранения городского значения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, предоставляющие комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП прикрепленному населению,

зарегистрированному в портале «Регистр прикрепленного населения» (далее – субъект П М С П ) ;

2) субъекты здравоохранения районного значения и села, предоставляющие комплекс услуг ГОБМП по определяемому управлением здравоохранения областей, города республиканского значения и столицы перечню форм медицинской помощи, сельскому населению, зарегистрированному в портале «Регистр прикрепленного населения» (далее – субъект села);

3) управления здравоохранения областей, города республиканского значения и столицы (далее – УЗ), осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП и оплату оказываемой медицинской помощи ГОБМП;

4) Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – ККМФД) и его территориальные подразделения (далее – ТД ККМФД), осуществляющие государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг;

5) Комитет оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КОМУ) и его территориальные подразделения (далее – ТД КОМУ), осуществляющие координацию и мониторинг за внедрением и использованием целевого текущего трансферта (далее – ЦТТ) на оказание услуг ГОБМП субъектами здравоохранения и на оплату стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (далее – СКПН );

6) Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр электронного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – РЦЭЗ), осуществляющее информационно-техническое сопровождение информационных систем (далее – ИС) «Амбулаторно-поликлинической помощи» (далее – ИС «АПП»), «Сельское здравоохранение», «Электронный регистр стационарных больных» (далее – ЭРСБ), «Система управления качеством медицинских услуг» (далее – СУКМУ), «Дополнительный компонент подушевого норматива» (далее – ДКПН), портал «Регистр прикрепленного населения» (далее – РПН) и организационно-методическую работу с субъектами здравоохранения;

7) Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – РЦРЗ), осуществляющее мониторинг, анализ результатов деятельности субъектов здравоохранения по оказанию ГОБМП и оценку медико-экономической эффективности внедрения метода оплаты ГОБМП по комплексному подушевому нормативу;

8) акционерное общество «КазМедТех» (далее – КазМедТех), основным предметом деятельности которой согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 1238 «О создании акционерного

общества «КазМедТех» являются организация и проведение закупок медицинской техники для дальнейшей передачи субъектам здравоохранения на условиях финансового лизинга.

3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) субъект села – субъекты здравоохранения, которые входят в следующие административно-территориальные единицы: город районного значения, село, поселок, сельский округ, район;

2) администратор бюджетной программы (далее – администратор) – управления здравоохранения областей, города республиканского значения и столицы;

3) отчетный период – период времени, равный одному календарному месяцу (с первого по последнее числа месяца);

4) субподрядчик – субъект здравоохранения, с которым субъектом здравоохранения заключен договор субподряда для исполнения части обязательств по договору ГОБМП 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), а также гражданским законодательством Республики Казахстан;

5) комиссия по оплате услуг – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый УЗ из числа сотрудников соответствующего региона УЗ, ТД ККМФД, ТД КОМУ, филиала РЦЭЗ для осуществления оплаты за оказанный ГОБМП;

6) платежные документы – счет-реестр, протокол исполнения договора и акт выполненных работ (услуг).

## **2. Порядок оплаты за оказанные медицинские услуги**

### **в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

4. Оплата за оказание услуг ГОБМП осуществляется УЗ на основании заключенного договора ГОБМП с учетом реализации гражданами Республики Казахстан и оралманами права свободного выбора субъекта здравоохранения, оказывающего ГОБМП, и результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора (далее – оплата услуг ГОБМП).

5. Контроль качества и объема оказанной медицинской помощи осуществляется с целью оценки соответствия оказываемых медицинских услуг

стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения государственными органами, осуществляющими контроль качества и объема оказанной медицинской помощи в рамках ГОБМП в лице (далее – государственные органы):

ТД ККМФД, осуществляющего контроль качества в рамках государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, при необходимости с привлечением независимых экспертов, и мониторинг индикаторов процесса деятельности ПМСП, влияющих на значения индикаторов конечного результата;

ТД КОМУ, осуществляющего контроль объема медицинской помощи в рамках ГОБМП, оказанной населению субъектами села, в рамках координации и мониторинга за внедрением и использованием ЦТТ;

УЗ, осуществляющего в рамках договоров ГОБМП оценку соответствия оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП установленным стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения.

6. Оплата услуг ГОБМП осуществляется по тарифам, утвержденным администратором (далее - тариф услуги ГОБМП):

для субъектов ПМСП - по комплексному подушевому нормативу АПП;

для субъектов села - по комплексному подушевому нормативу на сельское население .

7. Субъекты здравоохранения обеспечивают полный комплекс медицинских услуг ГОБМП населению в соответствии со стандартами в области здравоохранения в пределах сумм договора ГОБМП и договора субподряда.

8. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в РПН, в месяц 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 30 ноября 2009 года под № 5946) (далее – Методика) и по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами ПМСП и субъектами села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 1 к настоящим Правилам .

9. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население не включает расходы на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга субъектам здравоохранения в организационно-правовой форме государственного предприятия, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей

участия в уставном капитале) которых принадлежит государству.

10. Оплата лизинговых платежей за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП осуществляется УЗ при условии их оказания с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга, заключенному субъектом ПМСП или субъектом села с КазМедТех в пределах сумм ежемесячного размера лизингового платежа, согласованного с у п о л н о м о ч е н н ы м о р г а н о м .

11. Оплата услуг ГОБМП субъектам ПМСП и субъектам села осуществляется УЗ на основании сформированных в автоматизированном режиме в ИС (ИС «АПП», «Сельское здравоохранение», ДКПН) платежных документов, определенных настоящими Правилами.

12. Формирование данных в ИС осуществляют ответственные лица, определенные приказом первого руководителя государственного органа и субъекта здравоохранения (далее – ответственные лица по ИС).

13. По результатам ввода данных в ИС данные становятся доступными для ежедневного мониторинга, анализа и оценки для принятия управленческих решений УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД, РЦРЗ, РЦЭЗ и его филиалов, КазМедТех, научно-исследовательским организациям.

14. РЦРЗ, РЦЭЗ и его филиалы на основании данных ИС для УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД в рамках заключенного договора обеспечивают формирование аналитических таблиц, составление аналитических отчетов или информации и их предоставление.

15. По запросу государственных органов медицинских карт пациентов, подлежащих контролю качества и объема медицинской помощи в рамках ГОБМП, по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам субъекты здравоохранения представляют медицинские карты пациентов, подлежащие контролю качества и объема медицинской помощи в рамках ГОБМП, по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам, иные документы и их копии в срок до трех рабочих дней со дня поступления запроса.

Экспертиза медицинских карт проводится в течение пяти рабочих дней со дня их предоставления.

16. Субъекты здравоохранения ежедекадно направляют в ТД ККМФД медицинские карты по случаям с летальным исходом, подлежащие контролю качества и объема медицинской помощи в рамках ГОБМП по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам с приложением патологоанатомического заключения.

17. После проведения контроля качества и объема ТД ККМФД, ТД КОМУ и УЗ ежедекадно возвращают субъектам здравоохранения медицинские карты по о п и с и .

18. ТД ККМФД представляет в УЗ результаты плановых и внеплановых проверок, проведенных в рамках государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг, включая экспертизу эффективности работы медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, в срок не позднее трех рабочих дней со дня окончания экспертизы.

19. Проведение мониторинга за обеспечением эффективного использования ресурсов, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП (далее – индикаторы конечного результата), осуществляется участниками процесса при выполнении ими следующих функций:

1) КОМУ и ТД КОМУ:  
оценка формирования в ДКПН расчетов значений индикаторов и сумм СКПН  
согласно Методике;

мониторинг за своевременным перечислением сумм СКПН управлением  
здравоохранения субъектам ПМСП и субъектам села;

мониторинг за своевременной выплатой сумм СКПН субъектами ПМСП и  
субъектами села их работникам;

мониторинг и оценка распределения сумм СКПН работникам ПМСП по  
итогам достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период в  
соответствии с Правилами оплаты труда медицинских работников в зависимости  
от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы  
поощрения, утвержденными приказом и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 (зарегистрирован в Реестре  
государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5876) (далее -  
приказ МЗ РК № 689) на основании данных в ДКПН, в том числе с выходом в  
субъект ПМСП и субъект села;

2) ККМФД и ТД ККМФД:  
мониторинг индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП и субъект  
села, влияющих на значения индикаторов конечного результата, на основании  
данных в ДКПН в соответствии с приказом МЗ РК № 689.

3) УЗ:  
реализация системы СКПН на уровне региона;  
координация деятельности участников процесса на уровне региона;  
контроль за целевым использованием средств СКПН субъектами ПМСП и  
субъектами села;

мониторинг и контроль за полным распределением в ДКПН случаев,  
влияющих на значения индикаторов конечного результата деятельности  
субъектов ПМСП и субъектов села и случаев, представленных ККМФД;

мониторинг и контроль за размещением в ДКПН данных по индикаторам процесса деятельности субъектов ПМСП и субъектов села в разрезе каждого участка ;

перечисление сумм СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период на основании решения комиссии по оплате услуг;

мониторинг и контроль за распределением сумм СКПН работникам ПМСП субъектов ПМСП и субъектов села в соответствии с приказом МЗ РК № 689, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН ;

рассмотрение обращений граждан, субъектов ПМСП и субъектов села по вопросам СКПН ;

4) субъекты ПМСП и субъекты села:  
повышение качества оказания ПМСП;

принятие управленческих решений по совершенствованию системы непрерывного повышения качества оказания ПМСП;

утверждение индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП, влияющих на значения индикаторов конечного результата;

обеспечение своевременной выплатой сумм СКПН работникам ПМСП в соответствии с приказом МЗ РК № 689.

**Порядок оплаты за оказанные медицинские услуги населению амбулаторно-поликлинической помощи субъектами здравоохранения городского значения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному подушевому нормативу**

20. Оплата за оказание АПП в рамках ГОБМП субъектам ПМСП осуществляется по комплексному подушевому нормативу АПП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.

21. Комплексный подушевой норматив АПП субъекта ПМСП предусматривает расходы в рамках заключенного договора ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП прикрепленному населению в формах ПМСП и КДП по следующим видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива АПП;

2) стимулирование работников ПМСП за достигнутые индикаторы конечного

результата деятельности субъектов ПМСП, утвержденные уполномоченным органом, в пределах средств, предусмотренных по СКПН, в порядке определенном приказом МЗ РК № 689 (далее - стимулирование работников П М С П ) .

22. Объем финансирования субъектам ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива АПП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН, и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны услуги ГОБМП.

Объем финансирования субъекта ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

23. Субъект ПМСП в срок не позднее 10 числа месяца следующего за отчетным периодом, передает в УЗ сформированный в ИС «АПП» счет-реестр субъекта ПМСП, подписанный первым руководителем или с использованием электронной цифровой подписи.

24. УЗ на основании подписанного субъектом ПМСП счет-реестра, результатов плановых и внеплановых проверок ТД ККМФД (при их наличии), результатов достижения субъектом ПМСП индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН, формирует в ИС «АПП» протокол исполнения договора ПМСП, который рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

25. УЗ на основании протокола исполнения договора ПМСП в ИС «АПП» формирует акт выполненных работ (услуг) ПМСП в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или с использованием электронной цифровой подписи, один экземпляр которого передается субъекту ПМСП.

26. Оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) ПМСП осуществляется УЗ не позднее пятнадцати календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта ПМСП.

27. Формирование платежных документов осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

В И С « А П П » :  
1) УЗ в модуле «Платежная система»: вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами ПМСП; формирует следующие платежные документы на отчетный период: протокол исполнения договора на оказание ГОБМП субъектом ПМСП по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора ПМСП);

акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках ГОБМП субъектом ПМСП по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг) ПМСП);

2) КазМедТех вводит и подтверждает договоры на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, заключенные с субъектами ПМСП;

3) РЦЭЗ вводит и подтверждает данные по субподрядчикам и оказываемым ими консультативно-диагностические услуги (далее - КДУ) на основании электронного реестра, сформированного в соответствии с Правилами выбора поставщика;

4) субъект ПМСП:

ежедневно в модуле «Регистратура» вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2010 года № 907 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697) (далее - Приказ № 907): медицинской карты амбулаторного пациента (форма № 025/у), карты амбулаторного пациента (форма №025-5/у и форма 025-9/у), карты амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга) (форма 025-8у), статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07у);

ежедневно в модуле «Банк направлений» вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме 001-4/у, утвержденной Приказом № 907; в модуле «Платежная система»:

вводит и подтверждает заключенные договора субподряда не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание АПП в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта ПМСП),

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период: протокол исполнения договора субподряда на оказание КДУ в рамках

Г ОБМП прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора с у б п о д р я д а ) ;

акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам (далее - акт выполненных работ ( у с л у г ) с у б п о д р я д а ) ;

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты по следующим формам согласно приложению 11 к настоящим Правилам:

структура доходов при оказании АПП субъектом ПМСП;  
структура расходов при оказании АПП субъектом ПМСП;  
информация по дифференцированной оплате труда работников;  
информация по повышению квалификации и переподготовке кадров.

В С У К М У  
Т Д К К М Ф Д по субъектам ПМСП:

вводит данные по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность ПМСП с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода ;

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП, по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

В Д К П Н :  
1 ) К О М У :

вводит и подтверждает данные по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждому региону на основании Соглашения о результатах по целевым трансфертам на текущий финансовый год, заключенного между Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского значения и столицы (далее – Соглашение);

подтверждает распределение УЗ годовой суммы СКПН на основании С о г л а ш е н и я ;

подтверждает установление целевого значения по каждому индикатору конечного результата УЗ на основании Соглашения;  
2 ) У 3 :

вводит и подтверждает данные по индикаторам конечного результата для установления их целевого значения на уровне региона на основании Соглашения ;

вводит и подтверждает данные по месячному распределению годовой суммы СКПН на уровне региона, на основании Соглашения;

вносит до закрытия отчетного периода коррективы по отнесению спорных случаев, влияющих на значение индикаторов конечного результата (за исключением случаев материнской и детской смертности, жалоб), к конкретным субъектам ПМСП на основании протокольного решения комиссии по оплате у с л у г ;

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП, после чего любые изменения внесенных данных невозможны;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее 10 числа месяца следующего за отчетным периодом, после чего запрещаются любые изменения внесенных данных. Если в РПН имеются нераспределенные случаи по организациям прикрепления и участкам прикрепления, то закрытие периода н е в о з м о ж н о ;

формирует итоги оценки достигнутых конечных результатов деятельности в разрезе субъектов ПМСП для вынесения на рассмотрение и утверждение комиссией по оплате услуг;

3) К К М Ф Д и Т Д К К М Ф Д ;

регистрирует за отчетный период по всем случаям материнской и детской (от 7 дней до 5 лет) смертности, за исключением несчастных случаев, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода:

сведения о предотвратимости случаев на уровне ПМСП и их участии в расчете суммы СКПН по результатам государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг;

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

формирует по результатам ввода данных за отчетный период для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода следующие отчеты:

по случаям материнской смертности на уровне ПМСП по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

по случаям детской смертности (от 7 дней до 5 лет) на уровне ПМСП по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

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

ежемесячно обеспечивает корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных «Национальный регистр больных туберкулезом» или «Электронный регистр диспансерных больных» за период с 25 числа предыдущего месяца по 25 число текущего отчетного месяца не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

формирует отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным;

#### 4 ) с у б ъ е к т П М С П :

в срок не позднее одного рабочего дня, следующего после дня закрытия отчетного периода, УЗ вводит данные о суммах расходов, планируемых для направления на повышение квалификации работников ПМСП в размере не менее 5% от общей суммы СКПН, полученной по результатам расчетов за отчетный период ;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее трех рабочих дней после дня закрытия отчетного периода УЗ, после чего любые изменения внесенных данных невозможны, и осуществляет автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН работникам ПМСП в разрезе территориальных участков;

в случае отсутствия информации об участке прикрепления по конкретному случаю, влияющему на значение индикаторов конечного результата, вводит данные в Р П Н ;

вводит сводные данные за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с приказом № 689 и формирует отчет по распределению сумм СКПН работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в срок до 25 числа месяца следующего за отчетным периодом по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам;

## **Порядок оплаты за оказание медицинской помощи населению субъектами села в рамках ГОБМП по комплексному подушевому нормативу на сельское население**

28. Оплата за оказание медицинской помощи населению в рамках ГОБМП субъектам села осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета.

29. Комплексный подушевой норматив на сельское население субъекта села предусматривает расходы в рамках заключенного договора ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса услуг ГОБМП сельскому населению по видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах: ПМСП, КДП, скорой медицинской помощи, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива на сельское население;

2) стимулирование работников ПМСП.

30. Размер комплексного подушевого норматива на сельское население определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, скорая медицинская помощь, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь), утвержденным УЗ.

31. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население осуществляется:

субъектам села, оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН;

субъектам села, не оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН по данному району.

32. Объем финансирования субъектам села по комплексному подушевому нормативу на сельское население на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива на сельское население на численность населения согласно пункту 31 и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны услуги ГОБМП;

Объем финансирования субъекта села по комплексному подушевому нормативу на сельское население за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

33. По субъекту села контроль качества и объема стационарной и стационарозамещающей помощи проводится в соответствии с перечнем случаев,

подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи согласно приложению 17 к настоящим Правилам (далее - Перечень) на основе:

- 1) экспертизы случаев по результатам автоматизированной выборки из ЭРСБ;
- 2) экспертизы пролеченных случаев, подлежащих оплате, с выборкой методом случайного отбора или целевых групп;
- 3) экспертизы первичной медицинской документации (далее – медицинская карта), предназначенной для записи данных о состоянии здоровья отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи путем запроса медицинской карты или при выходе в субъект здравоохранения;

34. РЦЭЗ ежедневно в СУКМУ проводит оценку случаев осложнений, возникших в результате лечения субъектом села на основании автоматизированной выборки.

35. ТД ККМФД по итогам оценки РЦЭЗ, контроля качества и объема формирует в СУКМУ перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества после оценки РЦЭЗ, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам.

36. ТД ККМФД на основании листа экспертной оценки качества медицинской помощи на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам формирует в СУКМУ перечень случаев с летальным исходом по результатам контроля качества за отчетный и предыдущие периоды по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам.

37. ТД ККМФД формирует перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами села по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД ККМФД).

38. ТД КОМУ:

формирует перечень случаев по результатам контроля объема услуг ГОБМП при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами села по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КОМУ);

формирует Сводный перечень на основании данных Перечня ТД ККМФД и Перечня ТД КОМУ.

39. ТД КОМУ представляет в УЗ Сводный перечень, заверенный подписями первых руководителей ТД КОМУ и ТД ККМФД и скрепленный печатями, в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

40. РЦЭЗ формирует аналитические таблицы к Сводному перечню и представляет в УЗ ежемесячно в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

41. Субъект села в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает в УЗ сформированный в ИС «Сельское здравоохранение» счет-реестр субъекта села, подписанный первым руководителем или с использованием электронной цифровой подписи.

42. УЗ на основании подписанного субъектом села счет-реестра, результатов плановых и внеплановых проверок ТД ККМФД (при их наличии), Сводного перечня и результатов достижения субъектом села индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН, формирует в ИС «Сельское здравоохранение» протокол исполнения договора ГОБМП субъектом села, который рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

43. УЗ на основании протокола исполнения договора субъекта села в ИС «Сельское здравоохранение» формирует акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках ГОБМП субъектом села в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или с использованием электронной цифровой подписи, один экземпляр которого передается субъекту села.

44. Оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) субъекта села осуществляется УЗ не позднее пятнадцати календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта села.

45. Формирование платежных документов и Сводного перечня осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС

следующих функций:  
В ИС «Сельское здравоохранение»:  
1) УЗ:

вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами села;  
формирует следующие платежные документы на отчетный период:  
протокол исполнения договора ГОБМП субъектом села по форме согласно приложению 23 к настоящим Правилам;  
акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках ГОБМП субъектом села по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

2) КазМедТех вводит и подтверждает договоры на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, заключенные с субъектами села;  
3) субъект села:

вводит и подтверждает заключенные договора субподряда не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

ежемесячно вводит сводные данные по оказанию скорой медицинской помощи на основании форм первичной медицинской документации, утвержденных приказом МЗ РК № 907;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта села);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты по следующим формам согласно приложению 26 к настоящим Правилам:

- структуру доходов при оказании медицинской помощи субъектами села;
- структуру расходов при оказании медицинской помощи субъектом села;
- информацию по дифференцированной оплате труда работников;
- информацию по повышению квалификации и переподготовке кадров;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период:

- протокол исполнения договора субподряда на оказание КДУ в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;
- акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам.

В С У К М У :

- 1) РЦРЗ формирует по субъектам села перечень случаев госпитализации, подлежащих контролю качества после оценки РЦРЗ;
- 2) ТД ККМФД по субъектам села:

прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных;

вводит результаты плановых и внеплановых проверок контроля качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

вводит данные по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность ПМСП с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода;

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающих ПМСП, по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

3) ТД КОМУ по субъектам села формирует сводный перечень случаев по результатам контроля качества и объема медицинских услуг ГОБМП за отчетный период по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам (далее – Сводный перечень) для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

В ЭРСБ субъект села :

ежедневно вводит и подтверждает данные, в том числе выписного эпикриза, не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара, на основе следующих форм первичной медицинской документации, утвержденных приказом № 907: медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы) (форма 003-3/у), истории родов (форма 096/у), истории развития новорожденного (форма 097/у) (далее – медицинские карты). Данные после подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ЭРСБ результатов гистологических и патоморфологических исследований;

формирует по результатам ввода данных из медицинских карт статистическую карту выписавшего из стационара (формы 066/у, 066-1/у, 066-2/у, 066-3/у, 066-4/у) и выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного) больного (форма - 027/у).

В ИС «АПП» субъект села :

ежедневно в модуле «Регистратура» вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации, утвержденных приказом № 907: медицинской карты амбулаторного пациента (форма № 025/у), карты амбулаторного пациента (форма №025-5/у и форма 025-9/у), карты амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга) (форма 025-8у), статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07у);

ежедневно в модуле «Банк направлений» вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

В ДКПН аналогично пункту 27 настоящих Правил.

## **Порядок оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на основе договора субподряда**

46. Субъект ПМСП и субъект села с целью обеспечения доступности, комплексности и качества медицинской помощи населению в рамках ГОБМП с учетом реализации их права на свободный выбор субъекта здравоохранения на отсутствующие услуги ГОБМП привлекают по согласованию с УЗ субподрядчика и заключают с ним договора субподряда в пределах сумм  
д о г о в о р а Г О Б М П .

47. Субподрядчик и оказываемые им КДУ подлежат обязательному включению в электронный реестр субподрядчиков (далее – электронный реестр) в порядке, утвержденном постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 «Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и  
в о з м е щ е н и я е г о з а т р а т » .

48. Субъект ПМСП и субъект села оплату за оказанные КДУ в рамках ГОБМП субподрядчику осуществляют по стоимости в соответствии с  
т а р и ф и к а т о р о м .

49. Субподрядчик вправе по медицинским показаниям оказать КДУ в рамках ГОБМП, не включенные в договор субподряда, населению в пределах выданного специалистом субъекта ПМСП или субъекта села направления и предъявить их  
н а о п л а т у .

Субъект ПМСП и субъект села осуществляют оплату за данные услуги с заключением дополнительного соглашения к договору субподряда.

50. Субъект села оплату по договору субподряда с другим субъектом села за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП в данном регионе осуществляет по тарифам за один пролеченный случай стационарной и стационарозамещающей помощи, которые утверждаются администратором бюджетных программ в лице Министерства здравоохранения Республики Казахстан или по комплексному подушевому нормативу на сельское население, размер которого устанавливается по согласованию с УЗ.

51. Субъект села оплату по договору субподряда с другим субъектом села за оказание комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в данном регионе осуществляет по комплексному подушевому нормативу на сельское население, размер которого устанавливается по согласованию с УЗ в зависимости от  
о п р е д е л е н н о г о п е р е ч н я ф о р м м е д и ц и н с к о й п о м о щ и .

52. Субъект села не осуществляет взаиморасчеты субъектам здравоохранения городского, областного и республиканского значения за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП сельским жителям, затраты которым возмещаются за счет средств республиканского бюджета .

53. Субподрядчик в срок не позднее пяти календарных дней после отчетного периода передает субъекту ПМСП и (или) субъекту села счет-реестр субподрядчика, подписанный первым руководителем или с использованием электронной цифровой подписи .

54. Субъект ПМСП или субъект села при возникновении спорных случаев по оплате услуг, оказанных субподрядчиками, в рамках договора субподряда создает согласительную комиссию из компетентных представителей субъекта ПМСП или субъекта села и субподрядчика .

55. Решение, принятое на заседании согласительной комиссии, оформляется протоколом исполнения договора субподряда, который подписывается членами согласительной комиссии с приложением к нему персонифицированного реестра оказанных медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично (далее – персонифицированный реестр ) или с использованием электронной цифровой подписи, один экземпляр передается субподрядчику .

Персонифицированный реестр подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием электронной цифровой подписи, один экземпляр передается субподрядчику .

56. Субъект ПМСП или субъект села на основании протокола исполнения договора субподряда формирует в двух экземплярах акт выполненных работ ( услуг) по договору субподряда, который подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием электронной цифровой подписи, один экземпляр передается субподрядчику .

57. Субъект ПМСП или субъект села оплату по подписанным актам выполненных работ (услуг) по договору субподряда осуществляет не позднее двадцати календарных дней после отчетного периода, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре субподряда, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субподрядчика .

58. Формирование платежных документов субподрядчика при оказании КДУ осуществляется на основании ИС АПП при выполнении ответственными лицами по ИС субподрядчика следующих функций: ежедневно в модуле «Регистратура» вводит сведения по графику приема и

расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно в модуле «Банк направлений» вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ населению, обратившемуся по направлению специалистов субъектов ПМСП и субъектов села, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации, утвержденных приказом № 907: карты амбулаторного пациента (форма № 025/у), статистической карты амбулаторного пациента для консультативно-диагностических центров (поликлиник) (форма № 025-9/у);

в модуле «Платежная система»: формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП на основании договора субподряда по форме согласно приложению 28 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субподрядчика);

формирует по результатам ввода данных за отчетный период персонифицированный реестр по договору субподряда по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты по следующим формам, согласно приложению 29 к настоящим Правилам:

структура доходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком;

структура расходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком;

информация по дифференцированной оплате труда работников;

информация по повышению квалификации и переподготовке кадров.

59. Формирование платежных документов субподрядчика, являющегося субъектом села, при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП или комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в данном регионе осуществляется в ручном режиме.

Данный субподрядчик вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты по следующим формам, согласно приложению 29 к настоящим Правилам.

П р и л о ж е н и е 1  
к П р а в и л а м о п л а т ы  
з а о к а з а н н ы е м е д и ц и н с к и е  
у с л у г и в р а м к а х г а р а н т и р о в а н н о г о

объема бесплатной  
медицинской помощи

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

1. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население включают услуги: на проведение 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 среди мужчин и женщин; предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди ж е н щ и н ;

глаукомы среди мужчин и женщин.

2. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население не включают консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ), по которым возмещение осуществляется:

1) за счет средств местного бюджета, включая консультативно-диагностические услуги:

участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях з д р а в о о х р а н е н и я ;

гражданам Республики Казахстан призывного возраста в период прохождения призывной комиссии;

в кожно-венерологических (отделениях при многопрофильных больницах), психоневрологических, наркологических, противотуберкулезных и врачебно-физкультурных диспансерах;

в центрах по формированию здорового образа жизни;

2) за счет средств республиканского бюджета в рамках целевых текущих т р а н с ф е р т о в :

на оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках Г О Б М П ;

на проведение скрининговых исследований:  
выявление гепатитов «В» и «С» среди целевых групп детей и взрослых;  
выявление рака шейки матки среди женщин;  
выявление колоректального рака двухэтапным методом среди взрослого  
на с е л е н и я ;

выявление рака простаты среди мужского населения Актюбинской,  
Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской,  
Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Павлодарской,  
Северо-Казахстанской областей, городов Астаны и Алматы;

выявление раков пищевода и желудка среди населения Актюбинской,  
Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской,  
Костанайской, Кызылординской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областей,  
г о р о д о в А с т а н ы и А л м а т ы ;

выявление рака печени среди населения Актюбинской, Атырауской,  
Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской,  
Костанайской, Кызылординской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областей,  
г о р о д о в А с т а н ы и А л м а т ы ;

на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному  
населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
и на оказание медицинской помощи субъектами здравоохранения районного  
значения и села в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской  
п о м о щ и в ч а с т и К Д У :

на оказание ортодонтической помощи детям с врожденной патологией  
челюстно-лицевой области с использованием аппарата для устранения  
зубочелюстных аномалий (ортодонтическая пластинка);  
в травматологических пунктах;  
передвижным медицинским комплексом;

на оказание стоматологической помощи в соответствии с Перечнем  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным  
постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №  
2136 (далее – Перечень ГОБМП);  
в реабилитационных центрах;

по видам дорогостоящих услуг, определенным в соответствии с Перечнем  
ГОБМП. Услуги позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и однофотонной  
эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) оказываются на  
республиканском уровне и возмещаются за счет средств республиканского  
б ю д ж е т а ;

3) за счет средств республиканского бюджета на неонатальный скрининг,

который проводится на стационарном уровне и предусмотрен в стоимости пролеченного случая по клинико-затратным группам.

**П р и л о ж е н и е 2**  
**к Правилам оплаты**  
**за оказанные медицинские**  
**услуги в рамках гарантированного**  
**объема бесплатной**  
**медицинской помощи**  
**Форма**

**Запрос государственных органов медицинских карт**  
**пациентов, подлежащих контролю качества и объема**  
**медицинской помощи в рамках**  
**ГОБМП**

\_\_\_\_\_ (наименование субъекта здравоохранения)

для проведения контроля качества/ объема оказанной медицинской помощи в рамках ГОБМП, прошу направить медицинские карты пациента согласно прилагаемому реестру:

**Реестр медицинских карт, подлежащих контролю качества и объема**  
**медицинской помощи в рамках ГОБМП**

№ п/п	И И Н пациента	№ медицинской карты	Д а т а поступления*	Д а т а выписки*	Диагноз (код МКБ-10)*
1	2	3	4	5	6
1					
2					

Руководитель\*\* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Место печати (для формы на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**П р и м е ч а н и е :**

\* данные заполняются при предоставлении медицинских карт пациентов, которым оказана стационарная или стационарозамещающая медицинская помощь субъектами здравоохранения районного значения и села

\*\*руководитель в зависимости от наименования государственного органа: ТД КОМУ, ТД ККМФД или УЗ

**П р и л о ж е н и е 3**  
**к Правилам оплаты**  
**за оказанные медицинские**

услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
Форма

**Медицинские карты пациентов, подлежащие контролю качества и  
объема медицинской помощи в рамках ГОБМП**

\_\_\_\_\_ (наименование государственного органа)  
на исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (наименование субъекта здравоохранения)  
направляет для проведения контроля качества/объема (нужное указать)  
медицинской помощи в рамках ГОБМП следующие медицинские карты:

№ п/п	ИИН пациента	№ медицинской карты	Дата поступления*	Дата выписки*	Диагноз (код МКБ-10)*
1	2	3	4	5	6
1					

Руководитель субъекта здравоохранения  
(поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))/ подпись)

Место печати (для формы на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ года

Примечание:

\* данные заполняются при предоставлении медицинских карт пациентов, которым оказана стационарная или стационарозамещающая медицинская помощь субъектами здравоохранения районного значения и села

Приложение 4  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
Форма

**Медицинские карты по случаям с летальным исходом, подлежащие  
контролю качества и объема медицинской помощи в рамках ГОБМП**

\_\_\_\_\_ (наименование государственного органа)  
на исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

направляет для проведения контроля качества/объема (нужное указать) медицинской помощи в рамках ГОБМП следующие медицинские карты с летальным исходом:

№ п/п	ИИН пациента	Ф.И.О. пациента	№ медицинской карты	Дата поступления *	Дата смерти*	Клинический диагноз (с кодом МКБ-10 основного диагноза)	ПАД ди (с кодом МП основного диагноза)**
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись)

Место печати (для формы на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание:

\* данные заполняются при предоставлении медицинских карт пациентов, которым оказана стационарная или стационарозамещающая медицинская помощь субъектами здравоохранения районного значения и села;

\*\* указывается при наличии результатов патологоанатомического вскрытия.

Приложение 5  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
Форма

**Протокол  
исполнения договора на оказание гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи субъектом  
здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

№ п/п	наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения	сумма, тенге	численность населения	сумма, тенге

1	<b>Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению</b>				
	в том числе:				
1.1.	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи:				
	за счет трансфертов из республиканского бюджета				
	за счет средств местного бюджета*				
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые конечные результаты деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП				

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**

№ п/п	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Прин
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумм тенге
<b>Итого</b>							
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

**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	Принят оплате лизингс платеж тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

**Иные выплаты/вычеты**

--	--	--	--	--	--	--

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
ИТОГО			

**Всего предъявлено к оплате** \_\_\_\_\_ **тенге**

**Всего принято к оплате** \_\_\_\_\_ **тенге**

**Председатель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество, (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)

**Члены комиссии:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество, (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество, (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

**П р и м е ч а н и е :**

\* в случае если по решению местного представительного органа из средств местного бюджета выделено дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению.

**П р и л о ж е н и е** 6  
к **П р а в и л а м** о п л а т ы  
з а о к а з а н н ы е м е д и ц и н с к и е  
у с л у г и в р а м к а х г а р а н т и р о в а н н о г о  
о б ъ е м а б е с п л а т н о й  
м е д и ц и н с к о й п о м о щ и  
Ф о р м а

**Акт выполненных работ (услуг),  
оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи субъектом здравоохранения,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

Период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

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

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного человека в месяц \_\_\_\_\_ тенге

в т о м ч и с л е :

\_\_\_\_\_ *гарантированная часть комплексного подушевого норматива*

\_\_\_\_\_ *тенге*

\_\_\_\_\_ *стимулирующая часть комплексного подушевого норматива*

\_\_\_\_\_ *тенге*

№ п/п	наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения	сумма, тенге	численность населения	сумма, тенг
1	<b>Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:</b>				
1.1.	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
	за счет трансфертов из республиканского бюджета				
	за счет средств местного бюджета*				
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь за счет трансфертов из республиканского бюджета				

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Прин
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	оплат Сумм тенге
<b>Итого</b>							
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						

5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

### 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	Принят к оплате с лизинго платежей тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

### Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно по решению комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, 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*

**З а к а з ч и к**

**П о с т а в щ и к**

(наименование) Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для акта на бумажном носителе)

(наименование) Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отч  
(при его наличии)/под  
(для акта на бумажном носи

М е с т о \_\_\_\_\_  
(для акта на бумажном носителе)

п е ч а т и

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч  
(для акта на бумажном носителе)

**П р и м е ч а н и е :**

\* в случае если по решению местного представительного органа из средств местного бюджета выделено дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению.

П р и л о ж е н и е 7

к П р а в и л а м о п л а т ы

з а о к а з а н н ы е м е д и ц и н с к и е

услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
Форма

**Лист использования 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	Количество ус

Приложение 8  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
Форма

**С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р**

**за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
прикрепленному населению**

**субъекта, оказывающего первичную медико-санитарную помощь**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
Период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

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

**Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного  
человека в месяц** \_\_\_\_\_ **тенге**

**в том числе:**

*гарантированная часть комплексного подушевого норматива* \_\_\_\_\_

**т е н г е**

*стимулирующая часть комплексного подушевого норматива* \_\_\_\_\_

**тенге**

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (те

А	Б	В
1.	<b>Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:</b>	
1.1.	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
	за счет трансфертов из республиканского бюджета	
	за счет местного бюджета*	
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, за счет трансфертов из республиканского бюджета	
2.	<b>Сумма лизингового платежа</b>	
Итого к оплате:		

**Руководитель** субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
(для счета-реестра на бумажном носителе)

**Главный бухгалтер** субъекта 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

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:  
данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения» по форме согласно таблице 1 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;  
сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, по форме согласно таблице 2 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;  
реестр оказанных услуг ПМСП по форме согласно таблице 3 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;  
реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика согласно таблице 4 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;  
реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика согласно таблице 5 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;

реестр оказанных КДУ с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга согласно таблице 6 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП.

**П р и м е ч а н и е :**

\* в случае если по решению местного представительного органа из средств местного бюджета выделено дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению.

**Т а б л и ц а 1**

к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению субъекта, оказывающего первичную медико-санитарную помощь

Форма

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения» \***

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

человек

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	отказ по свободному выбору	смерть	выезд	

**Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода**

Возраст	Итого	в том числе:	
		Мужчины	Женщины
0-12 месяцев			
12 месяцев - 4 года			
5-9 лет			
10-14 лет			
15-19 лет			
20-29 лет			
30-39 лет			

40-49 лет			
50-59 лет			
60-69 лет			
70 и старше			
Итого:			

*П о д т в е р ж д а е м ,* *ч т о*

*1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует: 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 субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта 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 о в е р е н о :

Руководитель РЦЭЗ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**П р и м е ч а н и е :**

\*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.

**Т а б л и ц а 2**

к счет-реестру за оказание помощи  
амбулаторно-поликлинической помощи  
в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,  
оказывающего первичную  
медико-санитарную помощь  
Форма

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы  
конечного результата деятельности субъекта здравоохранения,  
оказывающего первичную медико-санитарную помощь**

период: с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Наименование	Плановый показатель	Предъявлено к оп фактический пока *)
1	Численность прикрепленного населения, человек		
2	Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч.		
	на терапевтическом участке		
	на педиатрическом участке		
	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		

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма, тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сте
<b>Итого</b>		x			x			
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии							
	Уровень госпитализации больных с осложнениями							

5	заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда , инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_

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

Главный бухгалтер субъекта 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 :

\*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  
« Д К П Н » ;

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с приказом  
Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801  
«Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на  
медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема  
бесплатной \_\_\_\_\_ медицинской \_\_\_\_\_ помощи»;

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

\*\*\* данные соответствуют данным портала «ДКПН» после закрытия  
отчетного периода в портале «ДКПН» управлением здравоохранения областей,  
города республиканского значения и столицы.

Т а б л и ц а 3

к \_\_\_\_\_ счет-реестру \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ оказание \_\_\_\_\_  
амбулаторно-поликлинической \_\_\_\_\_ помощи  
в \_\_\_\_\_ рамках \_\_\_\_\_ гарантированного \_\_\_\_\_ объема  
бесплатной \_\_\_\_\_ медицинской \_\_\_\_\_ помощи  
прикрепленному \_\_\_\_\_ населению \_\_\_\_\_ субъекта,

о к а з ы в а ю щ е г о      п е р в и ч н у ю

м е д и к о - с а н и т а р н у ю   п о м о щ ь

Ф о р м а

**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**
А	1	2	3	4	5
1					
Всего:					

Руководитель                    субъекта                    здравоохранения                    (поставщика):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для                    счета-реестра                    на                    бумажном                    носителе)

Главный бухгалтер субъекта 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 :

\* данные формируются на основании введенных данных в ИС «АПП»;

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

Т а б л и ц а                    4

к                    с ч е т - р е е с т р у                    з а                    о к а з а н и е

а м б у л а т о р н о - п о л и к л и н и ч е с к о й                    п о м о щ и

в                    р а м к а х                    г а р а н т и р о в а н н о г о                    о б ъ е м а

б е с п л а т н о й                    м е д и ц и н с к о й                    п о м о щ и

п р и к р е п л е н н о м у                    н а с е л е н и ю                    с у б ъ е к т а ,

о к а з ы в а ю щ е г о                    п е р в и ч н у ю

м е д и к о - с а н и т а р н у ю   п о м о щ ь

Ф о р м а

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения субподрядчика\***

п е р и о д : с «    »                    20    г о д а п о «    »                    20    г о д а

№ п /п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
А	1	2	3	4	5
1					

Всего: \_\_\_\_\_

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_

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

Главный бухгалтер субъекта 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 :

\* данные формируются на основании введенных данных в ИС «АПП»;

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

Т а б л и ц а 5

к счет-реестру за оказание  
амбулаторно-поликлинической помощи  
в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи  
прикрепленному населению субъекта,  
оказывающего первичную  
медико-санитарную помощь

Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением субподрядчика\***

период: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
А	1	2	3	4	5
<b>Наименование субподрядчика</b> <b>(по договору субподряда от _____ № ____)</b>					
в _____ т о м _____ ч и с л е :					
1) услуги по договору субподряда, итого:					
по направлениям специалистов ПМСП, итого					
по экстренным показаниям, итого					
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого					
2) услуги, не включенные в договор субподряда, итого:					

по направлениям специалистов ПМСП, итого				
по экстренным показаниям, итого				
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого				
Всего:				

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта 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

Примечание:

- \* данные формируются на основании введенных данных ИС «АПП»;
- \*\* сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате субподрядчикам в порядке и сроки определенные настоящими Правилами.

Т а б л и ц а 6

к счет-реестру за оказание  
амбулаторно-поликлинической помощи  
в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи  
прикрепленному населению субъекта,  
оказывающего первичную  
медико-санитарную помощь

Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с  
использованием медицинской техники, приобретенной на  
условиях финансового лизинга**

период: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный к о д услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	С у м м а лизинговог платежа к о тенге
1	2	3	4	5	6	7

Всего \_\_\_\_\_  
Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Главный бухгалтер субъекта 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 9

к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи

Форма

**П р о т о к о л**  
**исполнения договора субподряда на оказание медицинских**  
**услуг в рамках гарантированного объема бесплатной**  
**медицинской помощи**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субподрядчика:** \_\_\_\_\_

**Наименование субъекта здравоохранения (поставщик):** \_\_\_\_\_

**при оказании консультативно-диагностических услуг:\***

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Предъявлено к оплате		Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге *	Сумма принятая оплате, те
				Количество услуг	Сумма, тенге		
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Итого за услуги по договору субподряда</b>							
по направлениям специалистов ПМСП, итого							
по экстренным показаниям, итого							

по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого				
<b>Итого за услуги, не включенные в договор субподряда</b>				
по направлениям специалистов ПМСП, итого				
по экстренным показаниям, итого				
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого				
<b>ВСЕГО</b>				

**при оказании специализированной медицинской помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи, оплата по которым осуществляется по клинико-затратным группам:\*\***

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге	Сумма принята к оплате, тенге
		Количество пролеченных случаев	Сумма, тенге		
1	2	3	4	5	6
1	Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе:				
1.1	- стационарная медицинская помощь				
1.2	- стационарозамещающая медицинская помощь				

**при оказании комплекса медицинских услуг:**

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате			Сумма принята к оплате, тенге
		Численность населения	Комплексный подушевой норматив	сумма, тенге	
1	2	3	4	5	6
	Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе по формам: _____ (указать)				

**Иные выплаты/вычеты**

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
<b>ИТОГО</b>			



№ п/п	Ф.И.О. направившего врача ПМСП, специальность	Ф.И.О пациента	Дата рождения	Код МКБ 10	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость одной услуги, тенге	Количество услуг	п о направлению	п о экстренности показаний
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ИТОГО по направившему врачу ПМСП										
1	...									
Всего										

**при оказании специализированной медицинской помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи:\*\***

№ п/п	ИИН	Ф.И.О пациента	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Сумма, предъявленная к оплате, тенге
						Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Случаи круглосуточного стационара										
Итого по круглосуточному стационару										
Случаи дневного стационара и стационара на дому										
Итого по дневному стационару и стационару на дому										
ИТОГО										

Руководитель субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 (для реестра на бумажном носителе)

Место печати (для реестра на бумажном носителе)

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 (для реестра на бумажном носителе)

Место печати (для реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года

**П р и м е ч а н и е :**

\* данные формируются на основании введенных данных в ИС «АПП»;

\*\* данные заполняются на основании введенных данных в ИС «ЭРСБ».

П р и л о ж е н и е 1 0  
 к П р а в и л а м о п л а т ы  
 за о к а з а н н ы е м е д и ц и н с к и е

услуги в рамках гарантированного  
 объема бесплатной  
 медицинской помощи  
 Форма

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

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 по Договору субподряда № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субподрядчика:** \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора \_\_\_\_\_ тенге

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

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

**при оказании консультативно-диагностических услуг:\***

№ п/п	Наименования	Предъявлено к оплате		Сумма, не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге	Сумма принята к оплате, т
		Количество услуг	Сумма (тенге)		
1	Итого за услуги по договору субподряда, в т.ч.:				
	по направлениям специалистов ПМСП				
	по экстренным показаниям				
	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчик (дополнительные услуги)				
2	Итого за услуги, не включенные в договор субподряда, в т.ч.:				
	по направлениям специалистов ПМСП				
	по экстренным показаниям				
	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчик (дополнительные услуги)				
<b>Всего</b>					

**при оказании специализированной медицинской помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи:\*\***

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате	Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге

				Сумма принятая к оплате тенге
1	2	3	4	5
1	Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе:			
1.1	- стационарная медицинская помощь			
1.2	- стационаророзамещающая медицинская помощь			

**при оказании комплекса медицинских услуг:**

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате			Сумма принятая к оплате, тенге
		Численность населения	Комплексный подушевой норматив	сумма, тенге	
1	2	3	4	5	6
	Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе по формам: _____ (указать)				

**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**

**П о с т а в щ и к**

наименование _____	<b>С у б п о д р я д ч и к</b>
<b>Адрес</b> _____	_____
<b>Бизнес идентификационный номер</b> _____ (далее - БИН)	(Наименование субъекта здравоохранения)
_____	<b>Адрес</b> _____
<b>Индивидуальный идентификационный номер</b> _____ (далее-ИИК)	<b>БИН</b> _____
_____	<b>ИИК</b> _____
<b>Банковский идентификационный код</b> _____ (далее-БИК)	<b>БИК</b> _____
_____	<b>Наименование банка</b> _____
<b>Наименование банка</b> _____	<b>КБЕ</b> _____
<b>Код</b> _____	
<b>Код бенефициара (далее-КБЕ)</b> _____	
Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)	Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
<b>Место</b> _____ (для акта на бумажном носителе)	<b>п е ч а т и М е с т о</b> _____ (для акта на бумажном носителе)
	<b>п е ч</b> _____

**П р и м е ч а н и е :**

\*данные формируются на основании введенных данных в ИС «АПП»;

\*\* данные заполняются на основании введенных данных в ИС «ЭРСБ»;

**П р и л о ж е н и е 1 1**  
**к Правилам оплаты**  
**за оказанные медицинские**  
**услуги в рамках гарантированного**  
**объема бесплатной**  
**медицинской помощи**  
**Форма**

**Структура доходов**  
**при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом**  
**здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь**  
 период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		ВСЕГО	В том числе бюджетные средства	
			за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТГ*	за счет средств местного бюджета
А	Б	1	2	3
<b>1</b>	<b>Доход за отчетный период, всего</b>			
	в том числе:			
1.1	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП			
	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**			
1.2.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП по договору подряда			
1.3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
	... другие услуги (указать)			

**Р у к о в о д и т е л ь** \_\_\_\_\_ **с у б ь е к т а**  
**здравоохранения (поставщика):** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для отчета на бумажном носителе)

**Г л а в н ы й** \_\_\_\_\_ **с у б ь е к т а**  
**здравоохранения (поставщика):** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание:

\* ЦТТ – целевой текущий трансферт;

\*\* ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

**Структура расходов  
при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом  
здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование расходов	Расходы в месяц, тыс. тенге	
		Всего	в том числе за бюджетных ср
A	B	1	2
<b>I</b>	Кредиторская задолженность на начало периода, итого		
	<i>в том числе</i>		
	по заработной плате		
	по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения		
	по договору субподряда		
<b>II</b>	Кредиторская задолженность на конец периода, итого		
	<i>в том числе</i>		
	по заработной плате		
	по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения		
	по договору субподряда		
<b>III</b>	Остаток средств на расчетном счету		
<b>IV</b>	<b>Всего доход</b>		
<b>V</b>	<b>Всего расход</b>		
<b>1</b>	<b>Заработная плата</b>		
1.1	<i>Оплата труда</i>		
	<i>в т.ч.</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
1.2	<i>Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь)</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		

	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<i>в т.ч. дифференцированная оплата</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<i>из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП</i>		
	Врачебный персонал		
	Средний медицинский персонал		
	Прочий персонал (социальные работники и психологи)		
1.3	Компенсационные выплаты		
<b>2.</b>	<b>Налоги и другие обязательства в бюджет</b>		
2.1	Социальный налог		
2.2	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования		
2.3	Взносы на обязательное страхование		
<b>3.</b>	<b>Приобретение товаров</b>		
3.1	Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения		
3.2	Приобретение прочих товаров		
	<i>в т.ч. мягкого инвентаря</i>		
<b>4.</b>	<b>Коммунальные и прочие услуги</b>		
4.1	Оплата коммунальных услуг, всего		
	в том числе:		
	за горячую, холодную воду, канализацию		
	за газ, электроэнергию		
	за теплоэнергию		
4.2	Оплата услуг связи		
4.3	Прочие услуги и работы, всего		
	в т.ч.		
	на повышение квалификации и переподготовку кадров		
	на оплату услуг по договору подряда		
	расходы на текущий ремонт		
	за аренду		
<b>5.</b>	<b>Другие текущие затраты</b>		
5.1	Командировки и служебные разъезды внутри страны		
	в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения		
5.2	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		
5.3	Прочие текущие затраты		
<b>6.</b>	<b>Лизинговые платежи</b>		
VI	Приобретение основных средств		
	в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге		

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для отчета на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информация по дифференцированной оплате работников**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование	Фактическая численность работников (человек)		Фонд оплаты труда, тыс.тенге	в том числе дополнительных денежные выплаты	
		всего	в том числе получившие дифференцированную оплату		всего	из них дифференцированную оплату труда
А	Б	1	2	3	4	5
	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 субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для отчета на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информация по повышению квалификации и переподготовке кадров**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование	Всего работников, человек	в том числе						
			Врачей	из них врачей ПМСП	Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров	Средних медицинских работников	из них средних медицинских работников ПМСП	Средних фармацевтических работников	Специальное образование
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего специалистов, из них:								
1.1	повысили квалификацию								
1.2	прошли переподготовку								
	ИТОГО								

Руководитель субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для отчета на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 12  
к Правилам оплаты

за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

**Отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по области/городу республиканского значения \_\_\_\_\_**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП			Ф.И.О. физического лица, подавшего жалобу	Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП				Дата регистрации жалобы (чч.мм.гг.)	Дата завершения (чч.мм)
	Наименование субъекта	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 ККМФД МЗ РК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 13

к Правилам оплаты

за оказанные медицинские

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной

медицинской помощи

Форма

**Отчет по случаям материнской смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по области / городу республиканского значения \_\_\_\_\_**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП	Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП



			Ф.И.О. и должность врача			(чч.мм.гг.)				причины смерти)
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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

Руководитель ТД ККМФД МЗ РК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

—

(Фамилия, имя, отчество

(при его наличии)/подпись)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Примечание:**

\*указываются сведения о предотвратимости смерти по каждому случаю:  
предотвратимая, непредотвратимая или экспертиза не завершена

**Приложение 15**

**к Правилам оплаты**

**за оказанные медицинские**

**услуги в рамках гарантированного**

**объема бесплатной**

**медицинской помощи**

**Форма**

**Отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива \* по области / городу республиканского значения \_\_\_\_\_**

№ п/п	Наименование индикатора	Источник данных	Период загруженных данных	Дата загрузки данных	Качество загрузки	Примечания
А	1	2	3	4	5	6

Руководитель филиала РЦЭЗ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)

Место печати (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 и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденной приказом МЗ РК от 26.11.2009 г № 801.

Приложение 16  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи  
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 субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

Население (по РПН), человек: \_\_\_\_\_

Уровень достижения результата, %: \_\_\_\_\_

Плановая сумма СКПН, тенге: \_\_\_\_\_

(СКПН на 1 жителя в месяц, тенге: \_\_\_\_\_)

Фактическая сумма СКПН, тенге: \_\_\_\_\_

(СКПН 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 СКПН, %: \_\_\_\_\_

Направлено на налоги и другие обязательные платежи в бюджет, тенге: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ доля от общей суммы СКПН, %: \_\_\_\_\_

Сумма СКПН для распределения работникам, тенге: \_\_\_\_\_

	ВСЕГО	Отделение ВОП	Терапевтическое от,
--	-------	---------------	---------------------

№	Наименование специальностей	Количество работников	Сумма СКПН, тыс. тенге	Средняя сумма выплат СКПН на 1 работника, тенге	Количество работников	Сумма СКПН, тыс. тенге	Средняя сумма выплат СКПН на 1 работника, тенге	Количество работников	Сумма СКПН, тыс. тенге
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Итого по работникам участковой службы								
	Врачи								
	СМР								
	Социальные работники								
	Психологи								
	Акушеры								
2	Итого по работникам вне участка								
	Первый руководитель самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории								
	Заведующий отделением								
	Старшая медицинская сестра								
	Врачи отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ								
	СМР отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ								

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для отчета на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 17  
к Правилам оплаты

за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

**Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи**

№ п/п	№ кода	Наименование	Единица измерения	Сумма к снятию от стоимостного гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива сельскому населению и жителя в месяц (КПН)	
				субъекты здравоохранения с прикрепленным населением	субъекты здравоохранения с прикрепленным населением
1	2	3	4	5	6
1	1.1	Случаи госпитализации без медицинских показаний	1 пролеченный случай	8-ми кратный размер КПН	15-ти кратный р КПН
2	1.2	Случаи некорректного ввода данных пациента в Регистр	1 пролеченный случай	3-х кратный размер КПН	5-ти кратный р КПН
3	1.4	Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)	1 пролеченный случай	8-ми кратный размер КПН	15-ти кратный р КПН
4	1.5	Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП	1 пролеченный случай	20-ти кратный размер КПН	40 кратный размер КПН
5	2.1.	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг			
6	2.1.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	15-ти кратный размер КПН	30-ти кратный р КПН
7	2.1.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	15-ти кратный размер КПН	30-ти кратный р КПН
8	2.1.3.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 пролеченный случай	15-ти кратный размер КПН	30-ти кратный р КПН
9	2.1.4.	Нарушение этики медицинскими работниками	1 пролеченный случай	4-х кратный размер КПН	8-ми кратный р КПН
10	2.2.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 пролеченный случай	На сумму затрат, подтвержден документально	
11	2.3.	Случаи летальных исходов (предотвратимые)	1 пролеченный случай	25-ти кратный размер КПН	50-ти кратный р КПН
12	2.4.	Случаи осложнений, возникших в результате лечения			

13	2.4.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	15-ти кратный размер КПН	30-ти кратный р КПН
14	2.4.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	15-ти кратный размер КПН	30-ти кратный р КПН

**П р и л о ж е н и е 1 8**  
**к Правилам оплаты**  
**за оказанные медицинские**  
**услуги в рамках гарантированного**  
**объема бесплатной**  
**медицинской помощи**

Форма

**Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества после оценки РЦЭЗ, 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*	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование	2.4 Маркировка эксперта РЦРЗ	Маркировка эксперта ТД КМФД
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Случаи круглосуточного стационара										
Итого по круглосуточному стационару										
Случаи дневного стационара и стационара на дому										
Итого по дневному стационару и стационару на дому										
ВСЕГО										

**П р и м е ч а н и е :**

\* - 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 перечне (приложение 16 к настоящим Правилам) указываются случаи, подтвержденные экспертом ТД ККМФД.

Руководитель ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Должностное лицо ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и л о ж е н и е 19

к Правилам оплаты

за оказанные медицинские

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной

медицинской помощи

Форма

**Лист экспертной оценки качества медицинской помощи  
на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской  
помощи**

1. Государственный орган, осуществляющий проверку \_\_\_\_\_

2. Наименование субъекта здравоохранения \_\_\_\_\_

(месторасположение, номера лицензий на медицинскую деятельность и приложений, Ф.И.О. руководителя субъекта здравоохранения, регистрационный номер налогоплательщика)

3. Источник финансирования

4. Дата начала и окончания проверки \_\_\_\_\_

5. Проверяемый период \_\_\_\_\_

6. Предмет проверки \_\_\_\_\_

*(выявление дефектов оказания медицинских услуг, в том числе выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и др.)*

**I. Экспертная оценка качества медицинской помощи на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:**

1. Ф.И.О. больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Диагноз направившей организации.

7. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий,

осложнения).

8. Дефекты госпитализации (описание):

- 1) необоснованный отказ в госпитализации;
- 2) непрофильная госпитализация;
- 3) необоснованная госпитализация;
- 4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;
- 5) повторное незапланированное поступление (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания);
- 6) и н ы е .

7. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП (описание).

9. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

10. Описание анамнеза (не указан, неполный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

11. Ошибки в диагнозе (несоответствие МКБ 10) (описание):

- 1) диагноз не полный:
  - не указаны основной, сопутствующий диагнозы и осложнения,
  - случаи расхождения клинического и морфологического диагноза,
  - и н ы е ;
- 2) диагноз не установлен.

12. Кратковременное пребывание больного в стационаре (менее 3 суток) (описание).

13. Недостатки обследования/диагностики (неполное, несвоевременное, недооценена тяжесть состояния и др. – не соответствие стандартам в области здравоохранения) (описание):

- 1) недоучет анамнестических и клинических данных;
- 2) неполное лабораторное обследование:
  - отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и др.),
  - отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и др.),
  - и н ы е ;
- 3) неполное функциональное обследование:
  - отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.),
  - эндоскопические виды исследования,
  - и н ы е ;

4) назначение обследований без показаний;  
5) недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных ;

6) недостаточная консультативная помощь высококвалифицированных специалистов ;

7) недоучет или переоценка заключений консультантов:  
- консультация проведена вовремя, но мнение консультантов не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания,  
- консультация проведена вовремя, мнение консультантов учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания,  
- консультация не проведена, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания,  
- и н ы е ;

8) консилиум врачей по показаниям (проведен в полном объеме и своевременно или не проведен);

9) не обследован.

14. Неадекватная терапия (описание):

1) не соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения;  
2) некорректное (необоснованное) назначение медикаментозных препаратов, в том числе полипрагмазия,  
3) и н ы е .

15. Оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаний) (описание) .

16. Отсутствие динамического наблюдения.

17. Недостатки в проведении оперативного вмешательства (описание):

1) запоздалое оперативное вмешательство,  
2) неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,  
3) технические дефекты при операции,  
4) операции без должных показаний,  
5) неадекватная анестезия,  
6) отсутствие профилактики возможных осложнений,  
7) отсутствие трансфузионных средств  
8) и н ы е .

18. Результате лечения:

1) летальный исход (не предотвратим/предотвратим на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:  
- своевременная госпитализация пациента,  
- социальное благополучие,

- более ранняя диагностика патологического состояния,
  - назначение дополнительных методов исследования,
  - правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований,
  - з а к л ю ч е н и й к о н с у л ь т а н т о в ,
  - своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное,
  - квалификация специалистов,
  - и н ы е ;
- 2) исход «ухудшение» (вследствие необоснованного отклонения лечебных и/или диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения);
- 3) исход «без перемен» (вследствие необоснованного отклонения лечебных и/или диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения);
- 4) случаи осложнений, возникших в результате лечения (вследствие необоснованного отклонения лечебных и/или диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения);
- 5 ) и н ы е .

19. Наличие рекомендаций (отсутствуют, не полные).

20. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

## **II. 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. Самовольный уход из стационара.
9. Иное.

## **III. Выводы:**

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинской п о м о щ и .

В случаях летального исхода указать предотвратимость на каждом уровне оказания медицинской помощи.

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.

Председатель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
(для протокола на бумажном носителе)

Независимый (профильный) эксперт \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и л о ж е н и е      2 0  
к      П р а в и л а м      о п л а т ы  
з а      о к а з а н н ы е      м е д и ц и н с к и е  
у с л у г и      в      р а м к а х      г а р а н т и р о в а н н о г о  
о б ъ е м а      б е с п л а т н о й  
м е д и ц и н с к о й      п о м о щ и

Форма

**Перечень случаев с летальным исходом по результатам  
контроля качества 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 подтвс**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
Всего за отчетный период		x		x	x	x	x			
Всего за предыдущие периоды		x		x	x	x	x			
<b>ИТОГО за отчетный и предыдущие периоды</b>		x		x	x	x	x			

Руководитель ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**П р и м е ч а н и е :**

\*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» графы 10 и 11 указываются суммы случаев с «+».

**П р и л о ж е н и е** 2 1

к **П р а в и л а м** о п л а т ы  
 за оказанные медицинские  
 услуги в рамках гарантированного  
 объема бесплатной  
 медицинской помощи

Форма

**П е р е ч е н ь**  
**случаев по результатам контроля качества и объема услуг**  
**ГОБМП 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 не подлежит оп- том числе части	
		Количество случаев	Сум- тен
1	2	3	4
<b>I. Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема после оценки РЦРЗ, за исключением случаев с летальными исходами</b>			
<b>всего дефектов, из них по видам нарушений:</b>			
2.4	Случаи осложнений, возникших в результате лечения	x	x
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		
<b>II. Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль</b>			
<b>всего дефектов, из них по видам нарушений:</b>			

2.3	Случаи летальных исходов (предотвратимых)		
<b>III. Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам плановых и внеплановых проверок и подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате</b>			
<b>за отчетный период</b>			
<b>за прошедший период</b>			
<b>всего дефектов, из них по видам нарушений:</b>			
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		
2.1	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг	x	x
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	x	x
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		
<b>ВСЕГО</b>			

Руководитель ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Должностное лицо ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и л о ж е н и е      2 2

к      П р а в и л а м      о п л а т ы

з а      о к а з а н н ы е      м е д и ц и н с к и е

услуги в рамках гарантированного  
 объема бесплатной  
 медицинской помощи  
 Форма

**П е р е ч е н ь**  
**случаев по результатам контроля объема услуг ГОБМП**  
**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 подлежит оплате, в числе частично	
		Количество случаев	Сумма тенге
1	2	3	4
<b>I. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема ТД КОМУ</b>			
<b>всего дефектов, из них по видам нарушений:</b>			
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		
<b>ВСЕГО</b>			

Руководитель ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Должностное лицо ТД ККМФД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

П р и л о ж е н и е      2 3  
 к      П р а в и л а м      о п л а т ы  
 за      о к а з а н н ы е      м е д и ц и н с к и е

услуги в рамках гарантированного  
 объема бесплатной  
 медицинской помощи  
 Форма

**П р о т о к о л**

**исполнения договора на оказание гарантированного объема  
 бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения  
 районного значения и села**  
 № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 период: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге	Принято к оплате	
		численность населения	сумма, тенге		численность населения	сумма,
1	<b>Всего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи сельскому населению, в том числе</b>					
1.1.	на оказание медицинской помощи, в том числе:					
	за счет трансфертов из республиканского бюджета					
	за счет местного бюджета					
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, за счет трансфертов из республиканского бюджета					

**в том числе Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в  
 том числе частично по результатам контроля качества и объема оказанной  
 стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи**

--	--	--

Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит снятию подлежит оплате, в числе частично	
		Количество случаев	Сум тенг
1	2	3	4
	I. Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки РЦРЗ, за исключением случаев с летальными исходами		
	II. Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль ТД ККМФД		
	III. Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам плановых и внеплановых проверок подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате <i>за отчетный период</i> <i>за прошедший период</i>		
	IV. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате ТД КОМУ		
	ВСЕГО		

**в том числе сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Прин оплат
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумм тенге
Итого							
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

**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	Принят оплате с лизинго платежей тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

### Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
ИТОГО			

**Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_ тенге**

**Всего принято к оплате \_\_\_\_\_ тенге**

**Председатель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 (для протокола на бумажном носителе)

**Члены комиссии:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 (для протокола на бумажном носителе)  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
 (для протокола на бумажном носителе)

П р и л о ж е н и е      2 4  
 к    П р а в и л а м    о п л а т ы  
 за    о к а з а н н ы е    м е д и ц и н с к и е  
 у с л у г и            в    р а м к а х            г а р а н т и р о в а н н о г о  
 о б ъ е м а    б е с п л а т н о й  
 м е д и ц и н с к о й    п о м о щ и  
 Ф о р м а

**Акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках  
 гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
 субъектами здравоохранения районного значения и села**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
 период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
 по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

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

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного человека в месяц \_\_\_\_\_ тенге

в том числе:

гарантированная часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_ тенге

стимулирующая часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_ тенге

№ п/п	наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения	сумма, тенге	численность населения	сумма, тенге
1	<b>Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:</b>				
1.1.	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
	за счет трансфертов из республиканского бюджета				
	за счет средств местного бюджета				
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечных результатов деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, за счет трансфертов из республиканского бюджета				

**в том числе сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Прин
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	оплат
Итого							
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						

5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

### 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	Принят оплате с лизинго платежей тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

### Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно по решению комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, 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**

**Поставщик**

\_\_\_\_\_ (Наименование субъекта здравоохранения)

\_\_\_\_\_ (Наименование субъекта здравоохранения)

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

БИН \_\_\_\_\_

БИН \_\_\_\_\_

ИИК \_\_\_\_\_

ИИК \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

Наименование банка \_\_\_\_\_

Наименование банка \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_

КБЕ \_\_\_\_\_

КБЕ \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество

(Фамилия, имя, отчество

(при его наличии)/подпись)

(при его наличии)/подпись)

(для акта на бумажном носителе)

(для акта на бумажном носителе)

Место \_\_\_\_\_  
(для акта на бумажном носителе)

печати

Место \_\_\_\_\_  
(для акта на бумажном носителе)

печати

Приложение 25  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи

Форма

**С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р**

**за оказание медицинской помощи прикрепленному населению  
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской  
помощи субъектом здравоохранения районного значения и села**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
Период: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Наименование субъекта здравоохранения:** \_\_\_\_\_

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

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

**Комплексный подушевой норматив в расчете на одного  
прикрепленного человека в месяц** \_\_\_\_\_ **тенге**

**в т о м ч и с л е :**

*гарантированная часть комплексного подушевого норматива* \_\_\_\_\_

*т е н г е*

*стимулирующая часть комплексного подушевого норматива* \_\_\_\_\_

*тенге*

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
А	Б	В
<b>1.</b>	<b>Всего на оказание медицинской помощи населению, в том числе:</b>	
1.1	на оказание медицинской помощи, в том числе:	
	за счет трансфертов из республиканского бюджета	
	за счет местного бюджета	
1.2.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП за счет трансфертов из республиканского бюджета	
<b>2.</b>	<b>Сумма лизингового платежа</b>	
<b>Итого к оплате:</b>		

**Руководитель** \_\_\_\_\_ **субъекта**  
**здравоохранения (поставщика):** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)  
Главный бухгалтер субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:  
данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения» по форме согласно таблице 1 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, по форме согласно таблице 2 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно таблице 3 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика по форме согласно таблице 4 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика по форме согласно таблице 5 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи по форме согласно таблице 6 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана стационарная и стационарозаменяющая помощь по форме согласно таблице 7 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;  
реестр КДУ, оказанных с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно таблице 8 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села.

Т а б л и ц а 1

к счет-реестру за оказание  
медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного  
 объема бесплатной медицинской  
 помощи субъектом здравоохранения  
 районного значения и села

Форма

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения»\***

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

человек

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	

Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода

Возраст	Итого	в том числе:	
		Мужчины	Женщины
0-12 месяцев			
12 месяцев - 4 года			
5-9 лет			
10-14 лет			
15-19 лет			
20-29 лет			
30-39 лет			
40-49 лет			
50-59 лет			
60-69 лет			
70 и старше			
Итого:			

*Подтверждаем, что*

*1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:  
 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 субъекта здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)  
(для счета-реестра на бумажном носителе)

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

М е с т о п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р о в е р е н о :

Руководитель РЦЭЗ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

М е с т о п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\*данная таблица представляется субъектами села, оказывающими ПМСП, в качестве информации о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения» и не влияют на оплату за отчетный период.

Т а б л и ц а 2

к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села

Форма

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Наименование	Плановый показатель	Фактический показатель
1	Численность прикрепленного населения, человек		

2	Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч.		
	на терапевтическом участке		
	на педиатрическом участке		
	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		

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель			Предъявлено к оплате			С т
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма, тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	
Итого								
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии							
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
6	Обоснованные жалобы							

Руководитель субъекта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ субъекта

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

М е с т о п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\*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  
« Д К П Н » ;

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с приказом  
Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801  
«Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на  
медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи» ;

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

\*\*\* данные соответствуют данным портала «ДКПН» после закрытия  
отчетного периода в портале «ДКПН» управлением здравоохранения областей,  
города республиканского значения и столицы.

Т а б л и ц а 3

к счет-реестру за оказание  
медицинской помощи прикрепленному  
населению в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи субъектом здравоохранения  
районного значения и села

Форма

**Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной  
помощи\***

Период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
А	1	2	3	4	5
1					
Всего:					

Руководитель субъекта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
здравоохранения (поставщика): (Фамилия, имя, отчество)

(при его наличии)/подпись)

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта  
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

Примечание:

\* данная таблица предоставляется субъектами села, оказывающими ПМСП,  
на основании введенных данных в ИС «АПП»;  
\*\* сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 4

к счет-реестру за оказание  
медицинской помощи прикрепленному  
населению в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи субъектом здравоохранения  
районного значения и села

Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных  
без привлечения субподрядчика\***

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п /п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
А	1	2	3	4	5
1					
Всего:					

Руководитель субъекта \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

здравоохранения (поставщика): (Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\* данные формируются на основании введенных данных в ИС «АПП»;

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

Т а б л и ц а 5

к \_\_\_\_\_ счет-реестру \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ оказание  
медицинской \_\_\_\_\_ помощи \_\_\_\_\_ прикрепленному  
населению \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ рамках \_\_\_\_\_ гарантированного  
объема \_\_\_\_\_ бесплатной \_\_\_\_\_ медицинской  
помощи \_\_\_\_\_ субъектом \_\_\_\_\_ здравоохранения  
районного значения и села  
Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с  
привлечением субподрядчика\***

период: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
А	1	2	3	4	5
Наименование субподрядчика _____ (по договору подряда от _____ № _____)					
в _____ т о м _____ ч и с л е :					
1) услуги по договору подряда, итого:					
по направлениям специалистов ПМСП, итого					
по экстренным показаниям, итого					
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого					
2) услуги, не включенные в договор подряда, итого:					
по направлениям специалистов ПМСП, итого					
по экстренным показаниям, итого					
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого					
Всего:					

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



№ п/п	Наименование бригады	Кол-во обращений	Всего выездов, включая безрезультатные	Количество лиц, которым оказана медпомощь	несчастных случаев			внезапных состояний	
					выездов	количество лиц, которым оказана медпомощь	Амбулаторная помощь	выездов	количество оказанной медп
1.	Линейная								
2.	Реанимационная								
3.	БИТ-детская								
4.	БИТ-взрослая								
5.	Акушерская								
6.	Психиатрическая								
7.	Неврологическая								
8.	Кардиологическая								
9.	Фельдшерская								

### 3. Подростки

№ п/п	Наименование бригады	Кол-во обращений	Всего выездов, включая безрезультатные	Количество лиц, которым оказана медпомощь	несчастных случаев			внезапных состояний	
					выездов	количество лиц, которым оказана медпомощь	Амбулаторная помощь	выездов	количество оказанной медп
1.	Линейная								
2.	Реанимационная								
3.	БИТ-детская								
4.	БИТ-взрослая								
5.	Акушерская								
6.	Психиатрическая								
7.	Неврологическая								
8.	Кардиологическая								
9.	Фельдшерская								

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



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

Главный бухгалтер субъекта  
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

Примечание: \* данные формируются на основе введенных данных в ИС «ЭРСБ»

Таблица 8  
к счет-реестру за оказание  
медицинской помощи прикрепленному  
населению в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи субъектом здравоохранения  
районного значения и села

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных 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 о тенге
1	2	3	4	5	6	7
Всего						

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

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

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и  
 (для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 П р и л о ж е н и е 2 б  
 к П р а в и л а м о п л а т ы  
 за о к а з а н н ы е м е д и ц и н с к и е  
 у с л у г и в р а м к а х г а р а н т и р о в а н н о г о  
 о б ъ е м а б е с п л а т н о й  
 м е д и ц и н с к о й п о м о щ и  
 Ф о р м а

**Структура доходов  
 при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения  
 районного значения и села**

Период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
 По договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Наименование субъекта здравоохранения (поставщика))

№ п /п	Наименование	Источники дохода, тыс.тенге		
		Всего	Бюджетные средства	
			за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ*	за счет средств местного бюджета
1	2	3	4	5
Всего				
1	<b>Доход за отчетный период, всего</b>			
	в том числе:			
1.1	Оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП			
	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**			
1.2	Оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП по договору субподряда			
1.3	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
	... другие услуги (указать)			

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

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ субъекта  
 здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о

п е ч а т и

(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\*ЦТТ – целевой текущий трансферт;

\*\* ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

**Структура расходов  
при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения  
районного значения и села**

№ п/п	Наименование расходов	Расходы в месяц, тыс.тенге	
		Всего	за счет бюдж средств
A	B	1	2
<b>I</b>	Кредиторская задолженность на начало периода, итого		
	<i>в том числе</i>		
	по заработной плате		
	по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения		
	по договору субподряда:		
	- на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП		
	- на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП		
	- на оказание комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП		
<b>II</b>	Кредиторская задолженность на конец периода, итого		
	<i>в том числе</i>		
	по заработной плате		
	по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения		
	по договору субподряда:		
	- на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП		
	- на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП		
	- на оказание комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП		
<b>III</b>	Остаток средств на расчетном счету		
<b>IV</b>	<b>Всего доход</b>		
<b>V</b>	<b>Всего расход</b>		
<b>1</b>	<b>Заработная плата</b>		
1.1	<i>Оплата труда</i>		
	в т.ч.		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		

	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
1.2	<i>Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь)</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<i>в т.ч. дифференцированная оплата</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<i>из них</i> стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**		
	Врачебный персонал		
	Средний медицинский персонал		
	Прочий персонал (социальные работники и психологи)		
1.3	<b>Компенсационные выплаты</b>		
2.	<b>Налоги и другие обязательства в бюджет</b>		
2.1	Социальный налог		
2.2	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования		
2.3	Взносы на обязательное страхование		
3.	<b>Приобретение товаров</b>		
3.1	Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения		
3.2	Приобретение прочих товаров в т.ч. мягкого инвентаря		
4.	<b>Коммунальные и прочие услуги</b>		
4.1	Оплата коммунальных услуг, всего в том числе: за горячую, холодную воду, канализацию за газ, электроэнергию за теплоэнергию		
4.2	Оплата услуг связи		
4.3	Прочие услуги и работы, всего в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров		

	на оплата услуг по договору субподряда		
	расходы на текущий ремонт		
	за аренду		
<b>5.</b>	<b>Другие текущие затраты</b>		
5.1	Командировки и служебные разъезды внутри страны		
	в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения		
5.2	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		
5.3	Прочие текущие затраты		
<b>6.</b>	<b>Лизинговые платежи</b>		
VI	Приобретение основных средств		
	в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге		

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

Г л а в н ы й \_\_\_\_\_ бухгалтер \_\_\_\_\_ субъекта  
 здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и  
 (для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Структура доходов и расходов  
 при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения  
 районного значения и села в разрезе структурных  
 подразделений**

№ 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 бюджетными средствами
1.	Всего расход					
	из них по:					
	Медицинский пункт					
	...					
	Врачебная амбулатория					
	...					
	Фельдшерско-акушерский пункт					

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Главный бухгалтер субъекта  
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

**Информация по дифференцированной оплате работников**  
период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование	Фактическая численность работников (человек)		Фонд оплаты труда, тыс.тенге	в том числе дополнител денежные выплаты	
		всего	в том числе получившие дифференцированную оплату		всего	из них дифференцирован оплату труда
А	Б	1	2	3	4	5
	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 субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта  
здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество

(при его наличии)/подпись)

(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о

п е ч а т и

(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информация по повышению квалификации и переподготовке**

**к а д р о в**

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	Наименование	Всего работников, человек	в том числе						
			Врачей	из них врачей ПМСП	Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров	Средних медицинских работников	в т.ч. средних медицинских работников ПМСП	Средних фармацевтических работников	Специалистов
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего специалистов, из них:								
1.1	повысили квалификацию								
1.2	прошли переподготовку								
	ИТОГО								

Руководитель субъекта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о

п е ч а т и

(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и л о ж е н и е 2 7

к Правилам оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Форма

**Сводный перечень случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП**

№ \_\_\_\_\_ 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 подлежит оплате, в числе частично	
		Количество случаев	Сумма тенге
1	2	3	4
<b>I. Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки РЦРЗ, за исключением случаев с летальными исходами</b>			
<i>всего дефектов, из них по видам нарушений:</i>			
2.4	Случаи осложнений, возникших в результате лечения	x	X
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		
<b>II. Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль ТД ККМФД</b>			
<i>всего дефектов, из них по видам нарушений:</i>			
2.2	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		
2.3	Случаи летальных исходов (предотвратимых)		
<b>III. Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам плановых и внеплановых проверок подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате</b>			
<b>за отчетный период</b>			
<b>за прошедший период</b>			
<i>всего дефектов, из них по видам нарушений:</i>			
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		
2.1	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг	x	X
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		
<b>IV. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате ТД КОМУ</b>			
<b>всего дефектов, из них по видам нарушений:</b>			
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		
<b>ВСЕГО</b>			
<b>ИТОГО по результатам контроля всеми участниками</b>			

Руководитель ТД КОМУ	Руководитель ТД КК
_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для сводного перечня на бумажном носителе) Место печати (для сводного перечня на бумажном носителе) ) « ____ » _____ 20 ____ года	_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для сводного перечня на бумажном носителе) Место печати (для сводного перечня на бумажном носителе) )

Примечание: \* данные формируются на основании данных ИС «СУКМУ»

П р и л о ж е н и е      2 8  
к    П р а в и л а м      о п л а т ы  
з а    о к а з а н н ы е      м е д и ц и н с к и е  
у с л у г и                в                р а м к а х                г а р а н т и р о в а н н о г о  
о б ъ е м а                б е с п л а т н о й  
м е д и ц и н с к о й    п о м о щ и  
Ф о р м а

**С Ч Е Т - Р Е Е С Т Р**  
**з а о к а з а н и е м е д и ц и н с к и х у с л у г**  
**в р а м к а х г а р а н т и р о в а н н о г о о б ъ е м а б е с п л а т н о й м е д и ц и н с к о й п о м о щ и**  
**н а о с н о в а н и и д о г о в о р а с у б п о д р я д а**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
 период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года  
 по Договору субподряда № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

**Наименование субподрядчика:** \_\_\_\_\_

**Наименование субъекта здравоохранения (поставщика):** \_\_\_\_\_

**при оказании консультативно-диагностических услуг:**

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Предъявлено к оплате	
				Количество услуг	Сумм тенге
1	2	3	4	5	6
<b>Итого за услуги по договору подряда</b>					
по направлениям специалистов ПМСП, итого					
по экстренным показаниям, итого					
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого					
<b>Итого за услуги, не включенные в договор подряда</b>					
по направлениям специалистов ПМСП, итого					
по экстренным показаниям, итого					
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого					
<b>ВСЕГО</b>					

**при оказании специализированной медицинской помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи, оплата по которым осуществляется по клинико-затратным группам:\***

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате	
		Количество пролеченных случаев	Сумма, тенге
7	8	9	10
1	Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе:		
1.1	- стационарная медицинская помощь		
1.2	- стационарозамещающая медицинская помощь		

**при оказании комплекса медицинских услуг:**

		Предъявлено к оплате	

№ п/п	Наименование	Численность населения	Комплексный подушевой норматив	сумма,
1	Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе п о _____ (указать) форма м :			

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

Главный бухгалтер субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\* данные в таблице заполняются на основании данных, введенных в ИС «  
Э Р С Б » .

К данному счет-реестру прилагается следующее приложение:  
персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана  
стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно таблице 7 к  
счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в  
рамках ГОБМП субъектом села.

П р и л о ж е н и е 29  
к Правилам оплаты  
за оказанные медицинские  
услуги в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи

Форма

### Структура доходов

при оказании медицинских услуг субподрядчиком

период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субподрядчика)

№ п/п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		ВСЕГО	в том числе бюджетные средства	
			за счет средств РБ в виде ЦТТ*	за счет сре местного бю,

А	Б	1	2	3
1	<b>Доход за отчетный период, всего</b>			
	в том числе:			
1.1.	Оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП			
1.2.	Оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда			
	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**			
1.3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
	... другие услуги (указать)			

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

Главный бухгалтер субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и  
 (для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

П р и м е ч а н и е :

\*ЦТТ – целевой текущий трансферт;

\*\* ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

**Структура расходов  
 при оказании медицинских услуг субподрядчиком**

тыс.тенге

№ п/п	Наименование расходов	Расходы в месяц, тыс.тенге	
		Всего	за счет бюджетных средств
А	В	1	2
<b>I</b>	Дебиторская задолженность на начало периода, в т.ч.		
	по субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (поставщик)		
<b>II</b>	Дебиторская задолженность на конец периода, в т.ч.		
	по субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (поставщик)		
<b>III</b>	Остаток средств на расчетном счету		
<b>IV</b>	<b>Всего доход</b>		
<b>V</b>	<b>Всего расход</b>		
<b>1</b>	<b>Заработная плата</b>		
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		
1.2	<i>Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь)</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<i>в т.ч. дифференцированная оплата</i>		
	Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры		
	Средний медицинский и фармацевтический персонал		
	Младший медицинский персонал		
	Прочий персонал		
	<b>из них</b> стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП		
	Врачебный персонал		
	Средний медицинский персонал		
	Прочий персонал (социальные работники и психологи)		
1.3	<i>Компенсационные выплаты</i>		
<b>2.</b>	<b>Налоги и другие обязательства в бюджет</b>		
2.1	Социальный налог		
2.2	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования		
2.3	Взносы на обязательное страхование		
<b>3.</b>	<b>Приобретение товаров</b>		
3.1	Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения		
3.2	Приобретение прочих товаров		
	в т.ч. мягкого инвентаря		
<b>4.</b>	<b>Коммунальные и прочие услуги</b>		
4.1	Оплата коммунальных услуг, всего		
	в том числе:		
	за горячую, холодную воду, канализацию		
	за газ, электроэнергию		
	за теплоэнергию		
4.2	Оплата услуг связи		
4.3	Прочие услуги и работы, всего		
	в	т . ч .	
	на повышение квалификации и переподготовку кадров		
	на оплата услуг по договору субподряда		
	расходы на текущий ремонт		

	за аренду		
<b>5.</b>	<b>Другие текущие затраты</b>		
5.1	Командировки и служебные разъезды внутри страны		
	в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров <b>субъекта</b> здравоохранения		
5.2	Командировки и служебные разъезды за пределы страны		
	в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров <b>субъекта</b> здравоохранения		
	другие налоги и обязательные платежи в бюджет		
5.3	Прочие текущие затраты		
<b>6.</b>	<b>Лизинговые платежи</b>		
<b>VI</b>	<b>Приобретение основных средств</b>		
	в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге		

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

Главный бухгалтер субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество  
(при его наличии)/подпись)  
(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о п е ч а т и  
(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информация по дифференцированной оплате труда работников**

по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субподрядчика)

№ п/п	Наименование	Фактическая численность работников (человек)		Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге	
		всего	в том числе получившие дифференцированную оплату	всего	в т.ч. на дифференцированную оплату труда
A	1	2	3	4	5
	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 субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии)/подпись)  
 (для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о \_\_\_\_\_ п е ч а т и \_\_\_\_\_  
 (для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информация по повышению квалификации и переподготовке кадров**

по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование субподрядчика)

№ п/п	Наименование	Всего, человек	в том числе										Сум	
			Врачей		Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров		Средних медицинских работников		Средних фармацевтических работников		Специалистов с немедицинским образованием (человек)			
			человек	тыс. тенге	человек	тыс. тенге	человек	тыс. тенге	человек	тыс. тенге	человек	тыс. тенге		Всег
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1.	Всего специалистов, из них:													
1.1	повысили квалификацию													
1.2	прошли переподготовку													
	ИТОГО													

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

Главный бухгалтер субподрядчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество

(при его наличии)/подпись)

(для счета-реестра на бумажном носителе)

М е с т о

п е ч а т и

(для счета-реестра на бумажном носителе) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ года

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