

О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 декабря 2016 года № 1130. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 января 2017 года № 14717. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-180/2020.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 04.11.2020 № ҚР ДСМ-180/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Примечание РЦПИ!

Настоящий приказ вводится в действие с 01.01.2017 г.

В соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в некоторые приказы Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан следующие изменения и дополнения:

1) в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 294 "Об утверждении стандартов государственных услуг в сфере медицинской деятельности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11356, опубликованный в информационно-правовой системе "Эділет" 22 июля 2015 года):

в стандарте государственной услуги "Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям", утвержденным указанным приказом:

пункт 5 изложить в следующей редакции:

"5. Результат оказания государственной услуги:

1) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее –

ПМСП) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги;

2) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику для участия в оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги.
";

пункты 9 и 10 изложить в следующей редакции:

"9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя к услугодателю или в Государственную корпорацию:

Потенциальный поставщик, оказывающий ПМСП, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП, представляет заявку на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (далее – заявка на участие), согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов:

1) нотариально засвидетельствованные копии:
свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при его наличии);
лицензии на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право потенциального поставщика ПМСП на оказание соответствующей медицинской помощи (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

2) копии:
документа, удостоверяющего личность (для физического лица);
устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);
свидетельства об аккредитации (при его наличии);

3) сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту

государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации выданного в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10735) данные сведения не представляются).

Потенциальный поставщик, претендующий, на оказание ГОБМП, представляет заявку на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов:

1) нотариально засвидетельствованные копии:

свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при наличии);

лицензии на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание заявленных медицинских услуг и расположение производственной базы потенциального поставщика по месту их оказания на территории, указанной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

лицензии на осуществление деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и приложения к ней (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется), в случае подачи заявки на оказание стационарной медицинской помощи (при необходимости);

лицензии и (или) приложений к лицензии в сфере использования атомной энергии, подтверждающих право на оказание заявленных медицинских услуг (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется) (при необходимости);

2) копии:

документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников

или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

свидетельства об аккредитации (при его наличии);

документа, подтверждающего наличие сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента качества в соответствии с требованиями национальных стандартов по оказываемым услугам (при его наличии);

заклучения проведенной оценки соответствия медицинской организации к оказанию высокотехнологичных медицинских услуг, выданного территориальным департаментом Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности в порядке определенном статьей 42 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекса) (в случае подачи заявки на оказание консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи);

решения уполномоченного органа о включении потенциального поставщика в перечень организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов) в порядке, определенном Правилами формирования перечня организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани), или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов), утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 534 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11743), в случае подачи заявки на участие по оказанию высокотехнологичных медицинских услуг (далее - ВТМУ);

3) гарантийное обязательство по форме согласно приложению 6 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением информации, подтверждающей наличие у него запаса материальных ресурсов на срок не менее одного месяца по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, по продуктам питания с подтверждением организации питания при самостоятельном участии или с привлечением на договорной основе объекта общественного питания, соответствующего требованиям Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания", утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10982) (в случае подачи заявки на оказание стационарной

медицинской помощи и стационарозамещающей медицинской помощи при оказании услуг программного амбулаторного гемодиализа);

4) гарантийное письмо о соответствии стандартам в области здравоохранения в соответствии с подпунктом 6) статьи 7 Кодекса (при наличии свидетельства об аккредитации гарантийное письмо не представляется) по форме согласно приложению 7 к настоящему стандарту государственной услуги;

5) гарантийное обязательство по форме согласно приложению 8 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением информации, подтверждающей наличие транспортного средства или привлечение организации, оказывающей транспортные услуги, на договорной основе (в случае подачи заявки на оказание первичной медико-санитарной помощи, стационарозамещающей медицинской помощи при оказании услуг программного амбулаторного гемодиализа);

6) информация о кредиторской задолженности на текущий период;

7) сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации выданного в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10735) данные сведения не представляются);

8) сведения о видах и формах медицинской помощи по форме согласно приложению 9 к настоящему стандарту государственной услуги;

9) выписка из протокола по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП по форме согласно приложению 10 к настоящему стандарту государственной услуги или сведения о численности прикрепленного населения к потенциальным поставщикам ПМСП, не участвовавших в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 11 к настоящему стандарту государственной услуги ;

10) сведения о коечном фонде по форме согласно приложению 12 к настоящему стандарту государственной услуги;

11) сведения о наличии медицинской техники по форме согласно приложению 13 к настоящему стандарту государственной услуги.

Услугополучатель, не являющийся резидентом Республики Казахстан, представляет те же документы, что и услугополучатель, являющийся резидентом Республики Казахстан.

Заявка на участие и прилагаемые к ней документы подписываются руководителем потенциального поставщика.

Заявка на участие представляется в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок. При этом последняя страница заявки заверяется подписью первого руководителя и скрепляется печатью (при наличии)

Допускается предоставление заявки на участие и документов, прилагаемых к ней, доверенным лицом потенциального поставщика на основании доверенности на право подачи заявки на участие, выданной потенциальным поставщиком, заверенной подписью руководителя и скрепленной печатью (при наличии).

10. Заявка на участие согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем до истечения окончательного срока представления заявок на участие, указанного услугодателем в объявлении о проведении процедуры определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП.

Заявка на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем в течение пяти рабочих дней со дня размещения услугодателем объявления об осуществлении процедуры выбора поставщика.";

пункт 13 изложить в следующей редакции:

"13. В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявки на участие и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 14 к настоящему стандарту государственной услуги.";

приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11 изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11 к настоящему приказу;

дополнить приложениями 12, 13 и 14 согласно приложениям 12, 13 и 14 к настоящему приказу;

2) утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 07.06.2017 № 397 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) направление копии настоящего приказа в печатном и электронном виде в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации в одном экземпляре на государственном и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения " Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан, на официальное опубликование в периодических печатных изданиях;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течении десяти рабочих дней после дня государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Биртанова Е.А.

4. Настоящий приказ вводится в действие с 1 января 2017 года и подлежит официальному опубликованию.

*Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан*

Т. Дуйсенова

Министр информации
Республики

" С О Г Л А С О В А Н "
и коммуникаций
Казахстан
Д. Абаев

20 января 2017 года

Министр национальной
Республики

" С О Г Л А С О В А Н "
экономики
Казахстан
Т. Сулейменов

20 января 2017 года

и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 1
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь*

_____ " __ " _____ 20__ года
(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — — (наименование УЗ)
от _____ 20__ года № _____

— — — — —
(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре определения
п о т е н ц и а л ь н ы х
поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики
К а з а х с т а н и
оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную
м е д и ц о - с а н и т а р н у ю
помощь, на _____ год путем открытого голосования РЕШИЛА:

_____ (наименование потенциального поставщика)
соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемыми Правилами
в ы б о р а
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего
о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я
2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х

правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к
у ч а с т и ю
кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам
здравоохранения, оказывающим ПМСП по следующим основаниям:

_____ .
(указать основание)

Руководитель УЗ _____

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

Место печати

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 2
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

**Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям,
предъявляемым к потенциальному поставщику для участия в оказании
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

_____ " __ " _____ 20__ года

(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — —

(наименование заказчика)

от " ____ " _____ 20__ года № _____

— — — — —

(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре выбора поставщика
у с л у г _____ П О
оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем

о т к р ы т о г о

голосования РЕШИЛА: _____

— — — — —

(наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами

в ы б о р а

поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

м е д и ц и н с к о й

помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего

о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30

и ю л я

2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации

н о р м а т и в н ы х

правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к

у ч а с т и ю

В

процедуре размещения гарантированного объема бесплатной медицинской

п о м о щ и

н а

_____ год по следующим основаниям: _____

— — — — —

(указать основание)

Руководитель заказчика _____

— — — — —

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

Место печати

Приложение 3
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 3
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"

Форма

от _____

_____ (наименование потенциального поставщика)

Заявка

на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения,

оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – потенциальный поставщик П М С П) :

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика

П М С П ;

банковские реквизиты потенциального поставщика ПМСП (ИИН, БИН, ИИК) , а

также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный

поставщик ПМСП обслуживается;

фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика П М С П .

2. _____

(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-

санитарную помощь, в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика

у с л у г П О оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и

		наличии)		заведения и Г о д окончания)			категории (№ и дата выдачи)	5 лет (при его наличии)	при на
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

П р и м е ч а н и е :

*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
п о т е н ц и а л ь н о г о

п о с т а в щ и к а , п о д п и с ь)

Место печати (при наличии)

Приложение 5
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 5
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"

Форма

от _____

(наименование потенциального поставщика)

Заявка

**на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного
объема**

бесплатной медицинской помощи

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема б е с п л а т н о й медицинской помощи (далее – потенциальный поставщик):
юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального п о с т а в щ и к а ;

банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК), а
т а к ж е
полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный
п о с т а в щ и к _____ о б с л у ж и в а е т с я ;
фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального
п о с т а в щ и к а .

2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской
помощи: _____, по форме (-ам) медицинской помощи: _____

— — — — — ,
в том числе по следующим высокотехнологичным медицинским услугам
(ВТМУ) _____.

3. _____

— — — — —
(наименование потенциального поставщика)
настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора
п о с т а в щ и к а
услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в
к а ч е с т в е
потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями,
предусмотренными Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
г а р а н т и р о в а н н о г о
объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат,
у т в е р ж д е н н ы м и
приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального
р а з в и т и я
Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре
государственной регистрации нормативных правовых актов Республики
К а з а х с т а н _____ з а _____ №
1 1 9 6 0) .

4. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований,
предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных
с в е д е н и й .

П р и л о ж е н и е :

(наименование документа с указанием количества страниц)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии),
руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Примечание:

* заполняется в случае привлечения субподрядчика (-ов).

Приложение 6
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 6
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Гарантийное обязательство

(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания на срок не менее одного месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о запасах лекарственных средств

№ п/п	Наименование лекарственного средства	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

3. Информация о запасах продуктов питания

№ п/п	Наименование продуктов питания	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

Примечание:

*в случае привлечения на договорной основе объекта общественного питания,

соответствующего требованиям Санитарных правил " Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания", утвержденных приказом М и н и с т р а национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых а к т о в Республики Казахстан за № 10982) прилагаются копии заключенных договоров н а

проведение услуг по организации питания больным:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование поставщика	№ и дата договора	Адрес местонахождения поставщика
1	2	3	4	5

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 7
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 7
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"

Форма

Гарантийное письмо о соответствии стандартам в области здравоохранения

(наименование потенциального поставщика)

при заключении договора на весь период его действия гарантирует о
с о о т в е т с т в и и
стандартам в области здравоохранения
согласно _____

— — — — —
(указать номер и дату, и полное наименование нормативно-правового акта,
утвержденного уполномоченным органом)

— — — — —
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика его подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 8
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 8
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Гарантийное обязательство

(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие транспортного средства для обеспечения
б е с п е р е б о й н о г о
осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о наличии транспортных средств:

№ п/п	Наименование транспортного средства	Единица измерения	Количество
1	2	3	4

П р и м е ч а н и е :

*В случае привлечения организации, оказывающей транспортные услуги, прилагаются копии заключенных договоров по предоставлению транспортных услуг:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование поставщика	№ и дата договора	Адрес местонахождения поставщика
1	2	3	4	5

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 9
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 9
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Сведения о видах и формах медицинской помощи

(наименование потенциального поставщика)

1. Сведения о количестве прикрепленного населения к организации ПМСП за последние 3 года*:

Объемы медицинской помощи					
20__ год		20__ год		20__ год	
Количество	Сумма (в тенге)	Количество	Сумма (в тенге)	Количество	Сумма (в тенге)

П р и м е ч а н и е :

* указывается потенциальным поставщиком при наличии прикрепленного населения .

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

2. Сведения о количестве оказанных КДУ услуг за последние 3 года* и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество оказанных услуг			Заявка на 20__ год
			20__ год	20__ год	20__ год	

П р и м е ч а н и е :

* указывается потенциальным поставщиком.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

3. Сведения о перечне высокотехнологичных медицинских услуг* (далее – В Т М У) , оказанных за последние 3 года**и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи ***

№ п/п	Код по МКБ 9	Наименование технологии ВТМУ	Объем услуг по технологиям ВТМУ				№ и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий на заявленный период		
			20__ год	20__ год	20__ год	Заявка на 20__ год			

П р и м е ч а н и е :

* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий В Т М У ;

** если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за фактический период оказания услуг ВТМУ.

*** в случае изменения перечня технологий ВТМУ в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

4. Сведения об объеме услуг амбулаторного программного гемодиализа за последние 3 года* и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Объемы медицинской помощи										
20__ год			20__ год			20__ год			Заявка на 20__ г	
Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Кол. сеан

П р и м е ч а н и е :

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

5. Сведения о специализированной медицинской помощи за последние 3 года
* и
заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема
бесплатной
медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Формы медицинской помощи	Объемы медицинской помощи							
		20__ год			20__ год			20__ год	
		Количество коек	Количество пролеченных случаев	Сумма (в тенге)	Количество коек	Количество пролеченных случаев	Сумма (в тенге)	Количество коек	Количество пролеченных случаев

Примечание:

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
потенциального

поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 10
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 10
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

**Выписка из протокола по итогам кампании прикрепления граждан
Республики**

**Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим
первичную**

медико-санитарную помощь

(местонахождение)

"__" _____ 20__ года

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — —

(наименование УЗ)

от _____ 20__ года № _____

— — — — —

(название приказа)

по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления граждан
Р е с п у б л и к и

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную
м е д и к о -

санитарную помощь, на _____ год путем открытого
г о л о с о в а н и я

РЕШИЛА: допустить (не допустить) к процедуре выбора поставщика в
с о о т в е т с т в и и

требованиями, предъявляемыми Правилами выбора поставщика услуг по
о к а з а н и ю

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его
з а т р а т ,

утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения
и

социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638
(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых

а к т о в

Республики Казахстан за № 11960):

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"
1	2	3	4	5	6

Руководитель УЗ _____

— — — — —

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

Место печати

Приложение 11
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 11
к стандарту государственной услуги

"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Сведения о численности прикрепленного населения к потенциальным поставщикам

ПМСП, не участвовавших в кампании прикрепления граждан Республики

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на _____ год

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — —

(н а и м е н о в а н и е УЗ)

от _____ 20__ года № _____

— — — — —

(н а з в а н и е п р и к а з а)

по результатам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на _____ год численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН" составляет:

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"*
1	2	3	4	5	6

П р и м е ч а н и е :

* Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале " Р П Н " по итогам кампании прикрепления Руководитель субъекта информатизации _____

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

Место печати

Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 12
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Сведения о коечном фонде

(наименование потенциального поставщика)

№ п/п	Наименование профиля койки	Число коек			
		20__ год	20__ год	20__ год	Планируемое на 20__ год
1	2	3	4	5	6
Для взрослого населения:					
Для детского населения:					
ИТОГО (общее количество коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи)					

П р и м е ч а н и е :

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет м е н е е т р е х лет, сведения представляются за иной период.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого
руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 13

к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 13
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Сведения о наличии медицинской техники

(наименование потенциального поставщика)

№ п/п	Наименование медицинской техники	В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет)	Г о д выпуска	Количество	Текущее состояние медицинской техники (в рабочем/в нерабочем)
1	2	3	4	5	6

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 14
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 14
к стандарту государственной услуги
"Определение соответствия (несоответствия)
потенциального поставщика услуг
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи предъявляемым
требованиям"
Форма

Расписка об отказе в приеме документов

Руководствуясь пунктом 2 статьи 20 Закона Республики Казахстан от 15
а п р е л я
2013 года "О государственных услугах", отдел №__ филиала РГП "Центр
о б с л у ж и в а н и я
населения" (указать адрес) отказывает в приеме документов на оказание
г о с у д а р с т в е н н о й
услуги (указать наименование государственной услуги в соответствии со
с т а н д а р т о м
государственной услуги) ввиду представления Вами неполного пакета
д о к у м е н т о в
согласно перечню, предусмотренному стандартом государственной услуги, а
и м е н н о :

Наименование отсутствующих документов:
1) _____;
2) _____;
3)

Настоящая расписка составлена в 2 экз., по одному для каждой стороны.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) работника центра, подпись)
Исполнитель фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
Т е л . _ _ _ _ _
Получил: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) услугополучателя, подпись)
" " _____ 20__ г.

Приложение 15
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 1
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Объявление о приеме заявок на участие в процедуре допуска к участию в
кампании**

по прикреплению

(наименование, почтовый и электронный адрес УЗ)

объявляет о проведении процедуры определения потенциальных поставщиков
д л я _____ у ч а с т и я
в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к
с у б ъ е к т а м
здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее –
кампания по прикреплению), на 20___ год, на территории

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

Заявки на участие в кампании по прикреплению и перечень прилагаемых к
н е м у
документов, формы которых размещены на интернет - ресурсе _____

_____ ,

(интернет - ресурс)

представляются потенциальными поставщиками в _____

(наименование УЗ)

по адресу: _____, кабинет № _____ или Департамент "

Ц е н т р
обслуживания населения" - филиала НАО "Государственная корпорация "

П р а в и т е л ь с т в о
для граждан" по _____ области (далее - Государственная корпорация).

Окончательный срок представления заявок на участие и прилагаемых к нему
документов до _____ часов "___" _____ 20__ года или через
Г о с у д а р с т в е н н у ю
корпорацию до _____ часов "___" _____.

Заявки на участие в кампании по прикреплению будут рассмотрены в _____
ч а с о в
"___" _____ 20__ года по следующему адресу: _____, кабинет № _____

Дополнительную информацию и справки можно получить по телефону (-ам)

(код города и номер (-а) телефона (-ов)).

и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 2
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Заказчику _____

— — — — —

(наименование УЗ)

от _____

— — — — —

(наименование потенциального поставщика)

Заявка

на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – потенциальный поставщик П М С П) :

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика

П М С П ;

банковские реквизиты потенциального поставщика ПМСП (ИИН, БИН, ИИК)

, также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный поставщик

ПМСП обслуживается;

фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика П М С П .

2. _____

(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Р е с п у б л и к и

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную м е д и к о -

санитарную помощь, в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика у с л у г п о

оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в о з м е щ е н и я е г о

затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра з д р а в о о х р а н е н и я и

социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых

а к т о в

Республики Казахстан за № 11960).

3. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных с в е д е н и й .

П р и л о ж е н и е :

— — .
(наименование документа с указанием количества страниц)

— —
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика ПМСП, подпись)
Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Приложение 17
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 3
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием*

(наименование потенциального поставщика)

№ п/п	ИИН	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Занимаемая должность	Образование (№ диплома, наименование учебного заведения и год окончания)	Общий медицинский стаж	Стаж по специальности	Сертификат специалиста с (без) присвоением(-я) квалификационной категории (№ и дата выдачи)	Документ о повышении квалификации за последние 5 лет (при его наличии)	До о нал учс те звз при нал
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

П р и м е ч а н и е :

*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 18
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 4
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Журнал регистрации заявок на участие в процедуре определения
потенциальных
поставщиков первичной медико-санитарной помощи для участия в
кампании**

**прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к
субъектам
здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь
(в**

**процедуре выбора поставщиков услуг гарантированного объема
бесплатной
медицинской помощи)* (нужное указать)**

№ п/п	Дата, время (часов, минут)	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика	Количество страниц заявки и прилагаемых к ним документов	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя и ли представителя потенциального поставщика	№ доверенности и срок ее действия*	№ удостоверения личности представителя потенциального поставщика, кем выдано, дата выдачи	Подпись первого руководителя и ли представителя потенциального поставщика о получении расписки	Посетительский код
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11

П р и м е ч а н и е :

*указывается при проведении процедуры выбора поставщика услуг ГОБМП в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960) ;

**доверенность действительна при наличии удостоверения личности представителя.

Приложение 19
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 4-1
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Расписка о приеме документов

_____ № _____ " __ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Секретарь комиссии _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии)
секретаря комиссии, наименование и адрес заказчика или УЗ)
получил(-а) заявку на участие с прилагаемыми документами на _____ страницах
в
прошитом, _____ пронумерованном _____ виде _____ от

_____,
(указать наименование потенциального поставщика услуг гарантированного
о б ъ е м а
бесплатной медицинской помощи или потенциального поставщика первичной
м е д и к о -
санитарной помощи и фамилия, имя, отчество (при его наличии) его
п р е д с т а в и т е л я)
которая зарегистрирована за № _____ в журнале регистрации заявок на участие в
п р о ц е д у р е
определения потенциальных поставщиков первичной медико-санитарной
п о м о щ и _____ д л я
участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к
субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную
п о м о щ ь , _____ (в
процедуре выбора поставщиков услуг по оказанию гарантированного объема
б е с п л а т н о й
медицинской _____ помощи)* _____ (нужное _____ указать)

Настоящая расписка составлена в двух экземплярах, по одному для каждой
с т о р о н ы .

Секретарь комиссии _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)
Р а с п и с к у _____ п о л у ч и л :
Представитель потенциального поставщика: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

П р и м е ч а н и е :

*в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его

з а т р а т ,
утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра
з д р а в о о х р а н е н и я и
социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638
(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых
а к т о в
Республики Казахстан за № 11960).

Приложение 20
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 4-2
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Расписка об отказе в приеме документов

_____ № _____ " ____ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)
Секретарь комиссии _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

— — — — —
(секретаря комиссии, наименование и адрес заказчика или УЗ)
отказывает в приеме заявки на участие в процедуре выбора поставщика услуг по
о к а з а н и ю
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в процедуре
о п р е д е л е н и я
потенциальных поставщиков первичной медико-санитарной помощи для участия
в
кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам
здравоохранения, оказывающим первичной медико-санитарной помощи (нужное
у к а з а т ь)

и документы, прилагаемые к ней, ввиду:

1) представления Вами неполного пакета документов согласно перечню,
предусмотренному Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
г а р а н т и р о в а н н о г о

объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат,
у т в е р ж д е н н ы м и
приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального
р а з в и т и я
Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре
государственной регистрации нормативных правовых актов Республики
К а з а х с т а н з а
№ 11960) (далее – Правила);

1) ненадлежащего Вами оформления прилагаемого пакета документов
с о г л а с н о
перечню, предусмотренному Правилами.
Наименование отсутствующих документов: _____

– – – – .
(перечислить перечень документов)

Настоящая расписка составлена в двух экземплярах, по одному для каждой
с т о р о н ы .

Секретарь комиссии _____
– – – – .
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Р а с п и с к у п о л у ч и л :
Представитель потенциального поставщика: _____

– – – – .
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя,
его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 21
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 5
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Протокол о соответствии (несоответствии) потенциальных поставщиков
ПМСП
требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику для участия**

В

кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам

здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь*

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

1. Комиссия в составе: _____

— — — — —

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность председателя, его заместителя, членов комиссии)

рассмотрела заявку на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее

– заявка на участие), следующего потенциального поставщика:

БИН/ИИН	Наименование потенциального поставщика	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи
1	2	3	4

При рассмотрении заявки на участие представителя потенциального поставщика:

_____.

(присутствовал/отсутствовал)

2. Заявка на участие рассмотрена и содержит следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество страниц	Соответствует или не соответствует утвержденной форме	Наличие соответствующих подписей и печатей	Соответствие сведений, содержащихся в заявке на участие и прилагаемых к ней документах
1	2	3	4	5	6

3. Комиссия по результатам рассмотрения заявки на участие путем открытого голосования РЕШИЛА: _____

— — — — —

(наименование потенциального поставщика) соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами в ы б о р а поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

м е д и ц и н с к о й

помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего
о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я

2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х

правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к
у ч а с т и ю

кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам
здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;
ПРОТИВ _____ голосов.

— — — — —

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его
заместителя, членов и секретаря комиссии)

П р и м е ч а н и е :

* заполняется отдельно на каждого потенциального поставщика

Приложение 22
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 5-1
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям,
предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании
прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к
субъектам**

**здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную
помощь**

_____ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — —

(наименование УЗ)

от _____ 20__ года № _____

— — — — —

(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре определения
п о т е н ц и а л ь н ы х
поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики
К а з а х с т а н и
оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную
м е д и ц о - с а н и т а р н у ю
помощь, на _____ год путем открытого голосования РЕШИЛА:

— — — — —

(наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами
в ы б о р а
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего
о б я з а н н о с т и
Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я
2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х
правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к
у ч а с т и ю
кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам
здравоохранения, оказывающим ПМСП по следующим основаниям: _____

— — — — —

(указать основание)

Руководитель УЗ _____

— — — — —

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

Место печати

Приложение 23
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 5-2
к Правилам выбора поставщика услуг

**Протокол об итогах проведения кампании прикрепления граждан
Республики
Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим
первичную
медико-санитарную помощь**

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

1. Комиссия в составе: _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
председателя, его заместителя, членов комиссии)
рассмотрела итоги кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и
о р а л м а н о в к
субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную
п о м о щ ь .

2. Комиссия по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления
п у т е м
открытого голосования РЕШИЛА: определить перечень потенциальных
п о с т а в щ и к о в
ПМСП с указанием численности прикрепленного к ним населения,
з а р е г и с т р и р о в а н н о г о в
портале "РПН", которые допускаются к процедуре выбора поставщика:

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"
1	2	3	4	5	6

3. Комиссия по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления
п у т е м
открытого голосования РЕШИЛА: определить перечень потенциальных
поставщиков

ПМСП с указанием численности прикрепленного к ним населения, зарегистрированного в портале "РПН", которые не допускаются к процедуре выбора поставщика:

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"
1	2	3	4	5	6

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;
ПРОТИВ _____ голосов.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 24
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 6
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Выписка из протокола по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь

_____ " __ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия, созданная приказом _____
(наименование УЗ)
от _____ 20__ года № _____

— — — — —
(название приказа)

по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

м е д и к о -

санитарную помощь, на _____ год путем открытого голосования

Р Е Ш И Л А :

допустить (не допустить) к процедуре выбора поставщика в соответствии
т р е б о в а н и я м и ,

предъявляемыми Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
г а р а н т и р о в а н н о г о

объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат,
у т в е р ж д е н н ы х

приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального
р а з в и т и я

Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре
государственной регистрации нормативных правовых актов Республики

К а з а х с т а н

з а

№

11960):

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"
1	2	3	4	5	6

Руководитель УЗ _____

— — — —

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

Место печати

Приложение 25
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 6-1
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о численности прикрепленного населения к потенциальным поставщикам

ПМСП, не участвовавших в кампании прикрепления граждан Республики

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим

ПМСП на

_____ год

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия, созданная приказом _____

— — — — —

(наименование УЗ)

от _____ 20__ года № _____

— — — — —

(название приказа)

по результатам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и
о р а л м а н о в к

субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную
п о м о щ ь , н а

_____ год численность прикрепленного населения,
з а р е г и с т р и р о в а н н о г о в
портале "РПН" составляет:

№ п/п	БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика ПМСП	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН"
1	2	3	4	5	6

Руководитель субъекта информатизации _____

— — — — —

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

Место печати

Приложение 26
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 7
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Протокол о признании процедуры определения потенциальных поставщиков для

**участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и
оралманов к
субъектам здравоохранения, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь,
несостоявшейся и повторном ее проведении**

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия в составе: _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
председателя, его заместителя, членов комиссии)

в связи _____

— — — — —
(указать соответствующую причину: отсутствие заявок на участие в
п р о ц е д у р е
определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления
г р а ж д а н
Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь (далее – заявка на участие);
н е с о о т в е т с т в и е _____ н и
одного из потенциальных поставщиков, подавших заявки на участие,
т р е б о в а н и я м ,
предъявляемыми Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
г а р а н т и р о в а н н о г о
объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат,
у т в е р ж д е н н ы х
приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального
р а з в и т и я
Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре
государственной регистрации нормативных правовых актов Республики
К а з а х с т а н _____ з а _____ №
11960) (далее – Правила); представленные документы ни одного из
п о т е н ц и а л ь н ы х
поставщиков ПМСП не соответствуют требованиям, предъявляемым Правилами)
путем _____ открытого _____ голосования _____ РЕШИЛА:
1) процедуру определения потенциальных поставщиков для участия в
к а м п а н и и

прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, от "___" _____ 20__ года
г о д а
признать несостоявшейся и провести ее повторно в срок до "___" _____ 20__ года
;

2) УЗ _____
(наименование УЗ)

в срок до "___" _____ 20__ года направить текст объявления о признании процедуры определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, от "___" _____ 20__ года несостоявшейся и повторном ее проведении для опубликования.

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;
ПРОТИВ _____ голосов.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 27
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 15
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Объявление о проведении процедуры выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

(наименование, почтовый и электронный адреса заказчика)
объявляет о проведении процедуры выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – услуги по

о к а з а н и ю

ГОБМП) на _____ год (далее – процедура):

по виду (-ам) медицинской помощи: _____

_____ ;

по форме (-ам) медицинской помощи: _____

_____ .

Услуги по оказанию ГОБМП оказываются на территории

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

Заявки на участие в процедуре и перечень прилагаемых к ним документов,

ф о р м ы

которых размещены на интернет - ресурсе _____,

п р е д с т а в л я ю т с я

(интернет - ресурс)

потенциальными поставщиками в _____

(наименование заказчика)

по адресу: _____, кабинет № _____ или Департамент "Центр

обслуживания населения" - филиала НАО "Государственная корпорация "

П р а в и т е л ь с т в о

для граждан" по _____ области (далее - Государственная корпорация).

Окончательный срок представления заявок на участие в процедуре и

п р и л а г а е м ы х

к ним документов Заказчику до _____ часов "___" _____ или через

Государственную корпорацию до _____ часов "___" _____.

Заявки на участие в процедуре будут рассмотрены в _____ часов "___" _____

_____ 20____ года по следующему адресу: _____, кабинет № _____.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону

(ам): _____.

(код города и номер (а) телефона (ов))

Приложение 28
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 19
к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Заказчику _____

— — — — —

(наименование заказчика)

от _____

— — — — —

(наименование потенциального поставщика)

**Заявка на участие в процедуре выбора поставщика услуг
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи**

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие
в
процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема
б е с п л а т н о й
медицинской помощи (далее –потенциальный поставщик):
юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального
п о с т а в щ и к а ;
банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК), а
т а к ж е
полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный
п о с т а в щ и к о б с л у ж и в а е т с я ;
фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального
п о с т а в щ и к а .

2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской помощи: _____

— — — — —

по форме (-ам) медицинской помощи: _____, в том числе по

с л е д у ю щ и м

высокотехнологичным медицинским услугам (ВТМУ) _____

— — — — —

3. _____

— — — — —

(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора
п о с т а в щ и к а

услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в

к а ч е с т в е

потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными

приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики

Казахстан за № 11960) .

4. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений .

П р и л о ж е н и е :

(наименование документа с указанием количества страниц)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии),
руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Приложение 29
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 20
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат

Форма

Гарантийное обязательство

(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения

и

продуктов питания на срок не менее одного месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о запасах лекарственных средств

№ п/п	Наименование лекарственного средства	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

3. Информация о запасах продуктов питания

№ п/п	Наименование продуктов питания	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

Примечание:

*в случае привлечения на договорной основе объекта общественного питания, соответствующего требованиям Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания", утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10982) прилагаются копии заключенных договоров проведения услуг по организации питания больным:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование поставщика	№ и дата договора	Адрес местонахождения поставщика
1	2	3	4	5

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика), подпись)
Место печати (при наличии)

**Гарантийное письмо
о соответствии стандартам в области здравоохранения**

—
(наименование потенциального поставщика)

при заключении договора на весь период его действия гарантирует о
с о о т в е т с т в и и
стандартам в области здравоохранения
согласно _____

— —
(указать номер и дату, и полное наименование нормативно-правового акта,
у т в е р ж д е н н о г о
уполномоченным _____ органом)

— — —
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Гарантийное обязательство

—
(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие транспортного средства для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о наличии транспортных средств:

№ п/п	Наименование транспортного средства	Единица измерения	Количество
1	2	3	4

Примечание:

*В случае привлечения организации, оказывающей транспортные услуги, прилагаются копии заключенных договоров по организации предоставлению транспортных услуг:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование поставщика	№ и дата договора	Адрес местонахождения поставщика
1	2	3	4	5

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 32
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 21
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Сведения о видах и формах медицинской помощи

(наименование потенциального поставщика)

1. Сведения о количестве прикрепленного населения к организации ПМСП за последние 3 года*:

Объемы медицинской помощи					
20__ год		20__ год		20__ год	
Количество	Сумма (в тенге)	Количество	Сумма (в тенге)	Количество	Сумма (в тенге)

П р и м е ч а н и е :

* указывается потенциальным поставщиком при наличии прикрепленного населения .

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

2. Сведения о количестве оказанных КДУ услуг за последние 3 года* и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество оказанных услуг			Заявка на 20__год
			20__ год	20__ год	20__ год	

П р и м е ч а н и е :

* указывается потенциальным поставщиком.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

3. Сведения о перечне высокотехнологичных медицинских услуг* (далее – В Т М У) , оказанных за последние 3 года**и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи ***

№ п/п	Код по МКБ 9	Наименование технологии ВТМУ	Объем услуг по технологиям ВТМУ				№ и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий на заявленный период
			20_ __ год	20_ __ год	20_ __ год	Заявка на 20_ __ год	

П р и м е ч а н и е :

* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий В Т М У ;

** если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за фактический период оказания услуг ВТМУ.

*** в случае изменения перечня технологий ВТМУ в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение,

в ы д а н н о е в
 порядке, определяемом уполномоченным органом.

4. Сведения об объеме услуг амбулаторного программного гемодиализа за последние 3 года* и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Объемы медицинской помощи										
20__ год			20__ год			20__ год			Заявка на 20__ г	
Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма (в тенге)	Количество больных	Кол. сеан

П р и м е ч а н и е :

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

5. Сведения о специализированной медицинской помощи за последние 3 года* и заявленные на период _____ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Формы медицинской помощи	Объемы медицинской помощи							
		20__ год			20__ год			20__ год	
		Количество коек	Количество пролеченных случаев	Сумма (в тенге)	Количество коек	Количество пролеченных случаев	Сумма (в тенге)	Количество коек	Коли. проле. случа

П р и м е ч а н и е :

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

 (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 33
 к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от 29 декабря 2016 года № 1130
 Приложение 22
 к Правилам выбора поставщика услуг

Сведения о коечном фонде

(наименование потенциального поставщика)

№ п/п	Наименование профиля койки	Число коек			
		20__ год	20__ год	20__ год	Планируемое на 20__ год
1	2	3	4	5	6
Для взрослого населения:					
Для детского населения:					
ИТОГО (общее количество коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи)					

П р и м е ч а н и е :

* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет м е н е е т р е х лет, сведения представляются за иной период.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
первого руководителя потенциального поставщика, подпись)
Место печати (при наличии)

Приложение 34
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

П р и л о ж е н и е 2 3

к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о наличии медицинской техники

(наименование потенциального поставщика)

№ п/п	Наименование медицинской техники	В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет)	Год выпуска	Количество	Текущее состояние медицинской техники (в рабочем/в нерабочем)
1	2	3	4	5	6

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 35
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 25
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Протокол о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым
потенциальному поставщику для участия в оказании гарантированного
объема**

бесплатной медицинской помощи

_____ " __ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

1. Комиссия в составе: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
председателя, его заместителя, других членов комиссии)
рассмотрела заявку на участие в процедуре выбора поставщика услуг по
о к а з а н и ю

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – заявка на участие)

следующего потенциального поставщика:

БИН/ИИН	Наименование потенциального поставщика	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности/паспорта, кем выдан, дата выдачи
1	2	3	4

При рассмотрении заявки на участие представитель потенциального поставщика: _____.

(присутствовал/отсутствовал)

2. Заявка на участие рассмотрена и содержит следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество услуг	Соответствует или не соответствует утвержденной форме	Наличие соответствующих подписей и печатей	Соответствие сведений, содержащихся в документе заявке на участие
1	2	3	4	5	6

3. Не соответствует по следующим основаниям: _____

(указать основание и причину не допуска)

4. Комиссия по результатам рассмотрения заявки на участие путем открытого голосования РЕШИЛА: _____

(наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами
в ы б о р а
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего
о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я

2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х

правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к
у ч а с т и ю

В
процедуре размещения гарантированного объема бесплатной медицинской
помощи.

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;

ПРОТИВ _____ голосов.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его заместителя, других членов и секретаря комиссии)

П р и м е ч а н и е :

* заполняется отдельно на каждого потенциального поставщика.

Приложение 36
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 26
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям,
предъявляемым потенциальному поставщику для участия в оказании
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

_____ " __ " _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия, созданная приказом _____

(наименование заказчика)

от " __ " _____ 20__ года № _____

(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре выбора поставщика
у с л у г _____ п о
оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем
о т к р ы т о г о
голосования РЕШИЛА: _____

(наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемыми Правилами
в ы б о р а
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего

о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я
2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х
правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к
у ч а с т и ю в
процедуре размещения гарантированного объема бесплатной медицинской
п о м о щ и н а
_____ год по следующим основаниям: _____

— — — — —
(у к а з а т ь _____ о с н о в а н и е)

Руководитель заказчика _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Место печати

Приложение 37
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 27
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Протокол о признании процедуры выбора поставщика услуг
гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи несостоявшейся и повторном ее
проведении**

_____ " __ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

Комиссия в составе: _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и
должность председателя, его заместителя, членов комиссии)

в связи _____

— — — — —
(указать соответствующую причину: отсутствие заявок на участие в процедуре

в ы б о р а

поставщика услуг ГОБМП (далее – заявка на участие); несоответствие ни одного и з

потенциальных поставщиков, подавших заявки на участие, требованиям, предъявляемыми

Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего

обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от

30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации

нормативных правовых актов за № 11960) (далее – Правила), представленные документы

ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП не соответствуют требованиям

,
предъявляемыми (Правилами)

путем открытого голосования РЕШИЛА:

1) процедуру выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи от "___" _____ 20__ года на выделенную сумму

_____ (_____) тенге
(сумма цифрами и прописью)

признать несостоявшейся и провести ее повторно в срок до "___" 20__ года;

2) заказчику _____

– – – – – (наименование заказчика)

в срок до "___" _____ 20__ года направить текст объявления о признании процедуры выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи от "___" _____ 20__ года не состоявшейся и повторном ее

проведении для опубликования.

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;

ПРОТИВ _____ голосов.

– – – – –

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи
председателя, его заместителя, других членов и секретаря комиссии)

Приложение 38
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 28
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Протокол об итогах размещения (не размещения) гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи*

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

1. Комиссия в составе: _____

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
председателя, его заместителя, других членов комиссии)
рассмотрела заявленные объемы гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи по видам и формам медицинской помощи.

2. Выделенная сумма по индивидуальному плану финансирования по
обязательствам по бюджетной программе: _____

— — — — —
(наименование бюджетной программы)
по бюджетной подпрограмме _____

— — — — —
(наименование бюджетной подпрограммы)
_____ (_____) _____ тенге.
(сумма цифрами и прописью)

3. Комиссия по результатам определения соответствия требованиям
п о т е н ц и а л ь н ы х
поставщиков (в том числе с субподрядчиками) и оценки потребности в
г а р а н т и р о в а н н о м
объеме бесплатной медицинской помощи путем открытого голосования
Р Е Ш И Л А :

1) разместить гарантированный объем бесплатной медицинской помощи у следующих потенциальных поставщиков по следующему (-им) виду (-ам) медицинской помощи:

_____, по форме (-ам) медицинской помощи: _____, в том числе по следующим высокотехнологичным технологиям медицинских услуг (ВТМУ): _____ по бюджетной программе: _____

— — — — — (наименование бюджетной программы)
по бюджетной подпрограмме _____

— — — — — (наименование бюджетной подпрограммы)

При этом, по оказанию:

- амбулаторно-поликлинической помощи, на прикрепленное население: _____

— — — — —
человек;
- стационарной помощи, по профилям: _____

— — — — — ;
(наименование профиля)

- стационарозамещающей помощи, по профилям: _____

— — — — — ;
(наименование профиля)

- консультативно-диагностической помощи: _____

— — — — —
(наименование профиля услуг)

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование потенциального поставщика	Место оказания ГОБМП (указать область, город, район)	Сумма финансирования (тыс. тенге)
1	2	3	4	5

2) заказчику _____
— — — — — (наименование и местонахождение заказчика)

в срок до "___" _____ года заключить договор на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи свыше указанными потенциальными поставщиками;

3) заказчику _____

— — — — —
(наименование заказчика)
в срок до "___" _____ года опубликовать итоги размещения
г а р а н т и р о в а н н о г о
объема бесплатной медицинской помощи в периодическом печатном издании,
распространяемом на территории соответствующей области, города
р е с п у б л и к а н с к о г о
значения и столицы интернет - ресурсе администратора _____

— — — — —
(веб-сайт администратора)

4) Не допустить к размещению гарантированный объем бесплатной
м е д и ц и н с к о й
помощи в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его
з а т р а т ,
утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения
и
социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638
(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых
а к т о в з а
№ 11960) (указать соответствующий пункт) следующих поставщиков:

№ п/п	БИН/ ИИН	Наименование потенциального поставщика	Вид и форма медицинской помощи	Причина основание) (
1	2	3	4	5

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;
ПРОТИВ _____ голосов.

— — — — —
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи
председателя, его заместителя, других членов и секретаря комиссии)

П р и м е ч а н и е :

* заполняется отдельно по каждой форме медицинской помощи.

Приложение 39
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 29
к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Список поставщиков услуг
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 20_____**
год по

(наименование региона)

(наименование заказчика)

объявляет о заключении договоров на оказание гарантированного объема
б е с п л а т н о й
медицинской помощи со следующими поставщиками:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование поставщика	Вид медицинской помощи	Форма медицинской помощи
1	2	3	4	5

Приложение 40
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130

Приложение 30
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

Договор на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

_____ " __ " _____ 20__ года
(м е с т о н а х о ж д е н и е)

_____ (полное наименование заказчика)
именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем "заказчик", в лице

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) уполномоченного
л и ц а)
действующий на основании _____, с одной
с т о р о н ы

(полное наименование поставщика)
именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем "поставщик" _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), уполномоченного
л и ц а)
действующего на основании _____

(устава, положения и т.п.)
с другой стороны, а в дальнейшем совместно именуемые "стороны", на
о с н о в а н и и
Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и
с и с т е м е
здравоохранения" (далее – Кодекс) и итогов процедуры выбора поставщика
у с л у г
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, прошедших " _____
"

_____ года, заключили настоящий Договор на оказание медицинских
у с л у г _____ В
рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее –
Д о г о в о р) _____ и
пришли к соглашению о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1. Поставщик принимает на себя обязательства по оказанию
г а р а н т и р о в а н н о г о
объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с перечнем закупаемых
у с л у г _____ П о
форме согласно приложению 1 к настоящему Договору (далее – услуга) по
б ю д ж е т н о й
п р о г р а м м е

_____ (указать код и наименование бюджетной программы)
по специфике _____

_____ (указать код и наименование специфики)
на общую сумму _____ (_____) тенге, из
к о т о р о й :
_____ (сумма цифрами и прописью)
по бюджетной подпрограмме _____

_____ (указать код и наименование бюджетной подпрограммы)
на сумму _____ (_____
_____) _____ т е н г е
_____ (сумма цифрами и прописью)
на оказание медицинской помощи: _____

_____ (указать вид и форму медицинской помощи)
в соответствии с приложением 2 к настоящему Договору;
по бюджетной подпрограмме _____

_____ (указать код и наименование бюджетной подпрограммы)
на сумму _____ (_____
_____) _____ т е н г е
_____ (сумма цифрами и прописью)

на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику приобретенную
н а
условиях финансового лизинга согласно ежемесячного плана оказания
м е д и ц и н с к и х _____ у с л у г
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме
с о г л а с н о
приложению 2 к настоящему Договору (далее – приложение 2) (при наличии у
поставщика договора финансового лизинга, по которому возмещение
о с у щ е с т в л я е т с я _____ в
соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения
и
социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627 "Об
утверждении правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет
бюджетных средств" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации

нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11976) (далее – приказ № 6 2 7) .

2. Авансирование Поставщика осуществляется по его заявке на авансирование в размере не более 30 процентов от суммы Договора с последующим удержанием и з с у м м , подлежащих к оплате по актам выполненных работ (услуг) согласно заявке на авансирование по договору на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 3 к настоящему Договору.

3. Место оказания услуги (производственная база):

(указать адрес(-а) объекта (-ов), на котором оказывается услуга)

2. Порядок расчета

4. Заказчик осуществляет оплату поставщику по тарифам, утвержденным п р и к а з о м Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 16 с е н т я б р я 2015 года № 725 "Об утверждении тарифов на медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи", при этом размер т а р и ф а , е г о применение и распространение пересматриваются в период действия настоящего Д о г о в о р а .

5. Оплата осуществляется ежемесячно в соответствии с актом выполненных р а б о т (услуг) с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской п о м о щ и (при их наличии) в пределах средств, предусмотренных настоящим Договором с о г л а с н о приложению 2 к настоящему Договору, и в порядке, определяемом в с о о т в е т с т в и и п р и к а з о м № 6 2 7 .

6. Поставщик представляет заказчику счет-реестры оказанных услуг по ф о р м е , в сроки и порядке, определенном приказом № 627.

7. Заказчик направляет Поставщику акт выполненных работ (услуг) по форме , в сроки и порядке, определенном приказом № 627.

Поставщик не позднее трех рабочих дней со дня получения акта выполненных работ (услуг) подписывает его либо отказывается подписывать с указанием аргументированных обоснований, представленных в письменном виде.

В случае если Поставщик отказывается подписывать акт выполненных работ (услуг), не представив при этом в установленные сроки аргументированные основания, то Заказчик начисляет Поставщику сумму неустойки за каждый день просрочки в размере 0,1% в день от суммы договора, предусмотренной в отчетном периоде согласно приложению 2 к настоящему Договору.

8. Допускается подписание Поставщиком счет-реестра оказанных услуг и актов выполненных работ (услуг) с использованием электронной цифровой подписи.

Допускается подписание Заказчиком акта выполненных работ (услуг) с использованием электронной цифровой подписи.

9. Стоимость оказанных услуг подлежит корректировке (уменьшение/увеличение)

в случаях:
изменения тарифа в период действия настоящего Договора;
снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских услуг в порядке, определенном в соответствии с приказом № 627.

10. В случае превышения Поставщиком месячной суммы, предусмотренной приложением 2 к настоящему Договору, оплата за оказанные медицинские услуги осуществляется на основании решения комиссии по оплате услуг с применением линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном в соответствии с приказом № 627.*

Примечание:

* Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих специализированную медицинскую помощь в формах стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета.

В случае превышения Поставщиком месячной суммы, предусмотренной приложением 2 к настоящему Договору, в течение трех месяцев подряд более чем на 5%, Заказчик направляет уведомление Поставщику о ненадлежащем исполнении

о б я з а т е л ь с т в

по настоящему Договору и выносит на рассмотрение комиссии по оплате
м е д и ц и н с к и х

услуг, решение которой оформляется протоколом.

11. Заказчик по результатам контроля качества и объема по пролеченным
с л у ч а я м ,
подлежащих снятию и не подлежащим оплате, в том числе частично, производит
в

отчетном периоде или при последующих расчетах с поставщиком в период срока
д е й с т в и я

настоящего Договора снятие суммы в порядке, определенном в соответствии с
п р и к а з о м № 6 2 7 .

12. Оплата за случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП в
соответствии с настоящим Договором, не принятые к оплате в течение действия
настоящего Договора в связи с проведением контроля качества, а также не
в о ш е д ш и е в

счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует настоящий Договор, до даты
о к о н ч а н и я

срока действия настоящего Договора производится в году, следующем за годом
д е й с т в и я

н а с т о я щ е г о Д о г о в о р а .

13. Выплаты лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную
н а

условиях финансового лизинга осуществляются в порядке, определенном
п р и к а з о м № 6 2 7 . *

П р и м е ч а н и е :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, приобретших
м е д и ц и н с к у ю
технику на условиях финансового лизинга.

3. Обязанности сторон

1 4 . П о с т а в щ и к о б я з а н :

1) оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП в соответствии с
о б ъ е м а м и и
сроками согласно приложению 2 к настоящему Договору;

2) оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП согласно приложению 2 к
настоящему Договору в соответствии с утвержденными уполномоченным
о р г а н о м в

области здравоохранения положениями и стандартами оказания медицинской помощи ;

3) обеспечить оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по месту нахождения (производственное базы) ;

4) оказывать качественные медицинские услуги в рамках ГОБМП, при этом:

4.1) использовать лекарственные средства (иммунобиологические, диагностические, дезинфицирующие), включенных в Казахстанский национальный лекарственный формуляр, изделия медицинского назначения и медицинскую технику , прошедшие государственную регистрацию и соответствующие установленным требованиям в порядке, определенном согласно подпунктов 67) и 70-1) пункта 1 статьи 7

К о д е к с а ;

4.2) иметь неснижаемый запас лекарственных средств и изделий медицинского назначения в объеме на срок не менее одного месяца;

4.3) обеспечивать (организовать) при необходимости проведение консультаций , лабораторных, инструментальных исследований в случае их отсутствия с привлечением субподрядчиков ;

4.4) осуществлять ведение и обновление соответствующей учетно-отчетной медицинской документации по формам, установленным уполномоченным органом ;

4.5) обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, утилизацию медицинских (биологических) и твердых бытовых отходов в соответствии с требованиями, установленными законодательством Республики Казахстан;

4.6) обеспечивать определение концентрации активно-действующих веществ в дезинфицирующих веществах, средствах и растворах;

4.7) обеспечивать проведение лабораторного (бактериологический, химический , физический, физико-химический) контроля дезинфекционно-стерилизационного оборудования, воды очищенной и (или) дистиллированной;

4.8) обеспечивать проведение контроля качества лекарственных средств (лекарственных форм), изготавливаемых в аптеке, проведение

предупредительных мероприятий (при изготовлении, производстве лекарственных средств) (при наличии аптеки) ;

4.9) обеспечивать безопасность используемой медицинской техники, медицинского оборудования, оборудования и инженерно-технической инфраструктуры медицинских газов, а также их регулярное сервисное обслуживание, замену запасных частей, расходных материалов и медицинских газов;

4.10) обеспечивать водо-электроснабжение, водоотведение, отопление зданий и помещений, в том числе с использованием централизованных или автономных систем отопления ;

4.11) обеспечивать надлежащую эксплуатацию зданий и помещений, инженерной инфраструктуры, при необходимости обеспечить охрану зданий и помещений;

4.12) обеспечивать надлежащие и безопасные условия труда для работников, в том числе предоставление соответствующим категориям работникам молока или равноценных пищевых продуктов, лечебно-профилактического питания, специальной одежды и других средств индивидуальной защиты, обеспечения их средствами коллективной защиты, санитарно-бытовыми помещениями и устройствами;

4.13) использовать необходимый санитарный и вспомогательный автотранспорт для оказания медицинской помощи и функционирования организации, а также обеспечить их своевременное техническое обслуживание;

4.14) обеспечивать контроль за радиационной безопасностью, проведение радиационного контроля рабочих мест, дозиметрического контроля персонала (при осуществлении деятельности в сфере использования атомной энергии);

4.15) оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с

предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) и
реализации их
права на свободный выбор в порядке, определенном согласно приказа № 627;*

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих
медицинскую
помощь онкологическим больным.

4.16) своевременно осуществлять учет онкологических больных,
регистрацию
снятия с учета по причине "смерть" в "Электронном регистре онкологических
больных" и
сверку данных с территориальным органом, осуществляющим государственную
регистрацию актов гражданского состояния (ЗАГС);*

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих
медицинскую
помощь онкологическим больным.

4.17) обеспечивать прикрепленному населению при оказании первичной
медико-
санитарной помощи в соответствии с Положением о деятельности организаций
здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь,
утвержденном у
приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан
от 5 января 2011 года № 7, (зарегистрирован в Реестре государственной
регистрации
нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6774) следующее*:

1) наличие в своем составе:
кабинет заведующего отделением;
кабинеты приема врачей общей практики, участковой службы (врача-
терапевта / педиатра);

кабинет врача акушер-гинеколога и (или) акушерки;
дневной стационар;
вспомогательные подразделения: кабинет медицинской статистики, анализа и
информатизации;

регистратуру;
доврачебный кабинет (фильтр);
процедурный кабинет;
прививочный кабинет;

лабораторию;
кабинет химизатора;

кабинет забора мокроты;
отделение профилактики и социально-психологической помощи,
имеющий в
составе:

кабинет акушерского приема (смотровой);
кабинет социального работника;
кабинет психолога;
кабинет здорового образа жизни;
кабинет здорового ребенка;
школу по укреплению здоровья;
школу по подготовке к родам;

2) режим работы ПМСП по обеспечению медицинской помощи в рамках
гарантированного объема медицинской помощи, с 08.00 до 20.00 часов по
скользящему
графику для всех специалистов и структурных подразделений с обеспечением
работы
дежурных врачей ПМСП и КДП в выходные и праздничные дни с 09.00 до 13.00
часов.

3) оказание первичной медико-санитарной помощи (доврачебной,
квалифицированной) прикрепленному населению в амбулаторных условиях, на
дому,
дневном стационаре, стационаре на дому;

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную
медико-санитарную помощь прикрепленному населению.

4.18) обеспечивать питание (организацию питания) пациентов в соответствии
с

установленными требованиями по химическому составу, пищевой ценности,
набору
продуктов, режиму и нормам питания в соответствии постановлением
Правительства
Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении
натуральных норм
на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем
государственных
организаций здравоохранения республики"* и приказом Министра
здравоохранения

Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 7461)**;

Примечание:

* Распространяется на поставщиков, оказывающих стационарную медицинскую помощь.

**Распространяется на поставщиков, оказывающих стационарозамещающую медицинскую помощь по оказанию услуг гемодиализа.

4.19) обеспечивать размещение пациентов в палатах с выделением одного койко-места, а также обеспечить предоставление пациентам необходимого мягкого инвентаря * ;

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих стационарную стационарозамещающую медицинскую помощь.

4.20) обеспечивает в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 7461):*

бесперебойная подача электроэнергии;
наличие системы очистки водоснабжения;
снабжение системой, обеспечивающей бесперебойное охлаждение, отопление и электропитание помещения;

наличие отдельных аппаратов и/или комнаты с аппаратами гемодиализа для лечения больных, инфицированных вирусом гепатита В и С;

обеспечивает транспортировку пациентов для проведения сеанса гемодиализа в пределах установленного тарифа на проведение сеанса гемодиализа*;

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, стационарозамещающую медицинскую помощь по оказанию услуг гемодиализа.

5) для оказания медицинских услуг осуществлять закуп лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включенных в Список лекарственных средств

изделий медицинского назначения и медицинской техники согласно подпункта 6 8) п у н к т а 1 статьи 7 Кодекса ;

6) представлять гражданам Республики Казахстан, оралманам, иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан информацию о перечне и объеме медицинских услуг ГОБМП с указанием видов и форм предоставления медицинской помощи, также об условиях оказания ГОБМП в соответствии с настоящим

Договором в местах, доступных для всеобщего обозрения населения по месту его расположения ;

7) проводить раздельный учет по доходам и расходам средств, поступающих и з государственного бюджета и от оказания им платных медицинских услуг;

8) представлять заказчику счет-реестры в сроки и в порядке, определенном согласно приказа № 627 ;

9) обеспечивать расходование денежных поступлений в следующей приоритетности: оплата труда работников и обязательных налоговых отчислений в

бюджет, пенсионные взносы в накопительные пенсионные фонды, взносы и отчисления на обязательное социальное медицинское страхование, и другие удержания из заработной платы; лекарственные средства и изделия медицинского назначения; питание; коммунальные расходы организации ;

10) обеспечивать мотивированный труд персонала за вклад в повышение качества услуг в рамках ГОБМП ;

11) осуществлять ежемесячную выплату заработной платы работникам в срок до 3 0 числа отчетного месяца ;

12) обеспечивать повышение квалификации и переподготовку с охватом не менее 20 % специалистов с учетом затрат на командировочные расходы в соответствии с

приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 "Об утверждении Правил повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 5904);

13) обеспечивать меры по недопущению рисков отсутствия или недостаточности денежных средств для погашения кредиторской задолженности;

14) осуществлять расходование средств, предназначенных на приобретение медицинской техники на условиях лизинга в соответствии с их целевым назначением (пункт предназначен для организаций, заключивших договор на приобретение медицинской техники на условиях финансового лизинга);*

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, приобретших медицинскую технику на условиях финансового лизинга.

15) вводить в информационные системы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан данные по расходованию средств аванса, о структуре расходов, о дифференцированной оплате труда работников, о повышении квалификации и переподготовке кадров на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода предоставлять заказчику отчеты по форме и в порядке, определенном приказом № 627;

16) обеспечивать своевременность и достоверность ввода данных в информационные системы Министерства здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан в сроки и порядке, определенном приказом № 627;

17) обеспечивать предотвращения несанкционированного доступа к персональным данным по оказанным услугам ГОБМП, содержащихся в информационных системах

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

18) представлять по письменному запросу заказчика или территориального департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее –

ТД ККМФД) в установленные ими сроки необходимую медицинскую документацию для проведения контроля качества и объема;

19) представлять заказчику в течение трех рабочих дней после заключения договора субподряда копии данных договоров субподряда и по письменному запросу

заказчика предоставлять копии платежных документов по исполнению договоров субподряда;

20) представлять заказчику информацию с приложением соответствующих документов, подтверждающих указанные сведения, в течение десяти рабочих дней с момента возникновения изменений в случае:

приостановления деятельности организации или вида медицинской деятельности;

ликвидации, реорганизации в форме слияния, присоединения, выделения или преобразования;

изменения наименования организации, изменения местонахождения организации; изменения коучного фонда, в том числе его сокращения и/или репрофиллирования;

изменения банковских реквизитов; изменения условий оказания медицинских услуг: при проведении ремонтных работ, введении карантина.

21) незамедлительно уведомить заказчика в письменном виде обо всех обстоятельствах и причинах, связанных с невозможностью исполнения обязательства;

15. Заказчик обязуется:

- 1) производить оплату поставщику за оказанную медицинскую помощь в порядке и сроки, определенные приказом № 627;
- 2) своевременно обеспечить поставщика необходимыми нормативными документами, регламентирующими его работу в рамках настоящего Договора;
- 3) проводить мониторинг за функционированием информационных систем Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;
- 4) возместить расходы за лизинговые платежи за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга поставщику по заключенному (- ы м) договору (-ам) финансового лизинга с АО "КазМедТех" в порядке, определенном приказом № 627.

4. Ответственность сторон

16. Поставщик несет ответственность:

- 1) за своевременное оказание медицинских услуг надлежащего объема и качества, входящие в ГОБМП в соответствии с утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения положениями и стандартами оказания медицинской помощи;
- 2) за целевое использование средств, полученных от заказчика;
- 3) за ведение и результаты финансово-хозяйственной деятельности при оказании ГОБМП;
- 4) за обеспеченность интернет-ресурсами (каналы связи и точки доступа) и организационной техникой;
- 5) за обеспечение кадрами ответственными по работе с информационными системами, в том числе статистиками и операторами;
- 6) за обеспечение корректности и достоверности данных, вводимых в информационные системы здравоохранения, в установленные сроки и в порядке, определенном приказом № 627;
- 7) за обеспечение полноты и достоверности ввода данных о прикрепленном населении по участкам и о персонале в портале "Регистр прикрепленного населения" (далее – РПН) и их своевременную актуализацию в соответствии с ведением портала

"РПН" согласно приложению 2 к Положению о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, утвержденного приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6774) (далее – приказ № 7) . *

Примечание :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь .

8) за обеспечение полноты и достоверности ввода данных о зарегистрированных онкологических больных в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных" (далее – ЭРОБ);*

Примечание :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным .

9) за принятие мер по защите электронных информационных систем Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и интегрированных с ними информационных систем, содержащих персональные данные по оказанным услугам

Г ОБМП, включая обеспечение :

доступа ответственных лиц поставщика, на которых приказом руководителя поставщика возложено ведение информационных систем;

предотвращения несанкционированного доступа к персональным данным;

своевременного обнаружения фактов несанкционированного доступа к персональным данным, если такой доступ не удалось предотвратить;

минимизации неблагоприятных последствий несанкционированного доступа к

персональным данным .

10) за уведомление заказчика в случаях и порядке предусмотренных пунктом 1 4

настоящего договора ;

17. Заказчик несет ответственность :

1) за своевременное перечисление денежных средств на расчетный счет поставщика за оказанные услуги в порядке, определенном приказом № 627 и в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

2) за мониторинг сведений о прикреплении (откреплении) населения в п о р т а л е "РПН" в сроки и порядке определенном приказом № 7;*

П р и м е ч а н и е :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

3) за мониторинг сведений о регистрации, перерегистрации и снятие с учета онкологических больных в ЭРОБ в сроки и порядке определенном приказом № 6 2 7 . *

П р и м е ч а н и е :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным.

18. В случае нарушения и (или) ненадлежащего исполнения условий настоящего Договора со стороны поставщика заказчиком применяется к поставщику одна из санкций, указанных ниже :

1) к соразмерному уменьшению заказчиком суммы за оказанную услугу;

2) к расторжению заказчиком договора и возврату сумм по неисполненным и ли ненадлежаще исполненным обязательствам;

3) взыскание неустойки за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств поставщиком.

Размер неустойки определяется в процентах к сумме неисполненного либо ненадлежаще исполненного обязательства поставщиком в сумме, не превышающей 1 % от плановой месячной суммы договора на оказание ГОБМП настоящего Договора.

Уплата неустойки в случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательства не освобождают поставщика от исполнения обязательства по договору на оказание ГОБМП.

19. Окончание срока действия настоящего Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение, имевшее место до истечения этого срока.

20. Привлечение поставщиком субподрядчика не освобождает поставщика

п е р е д
заказчиком от исполнения обязательств по настоящему Договору и
о т в е т с т в е н н о с т и п о
н е м у .

21. В случае выявления заказчиком неоднократных фактов необоснованного удорожания услуги поставщиком и (или) не оказанных (приписка) или о к а з а н н ы х в неполном объеме медицинских услуг и (или) привлечения медикаментов и д е н е ж н ы х средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в перечень Г О Б М П , заказчиком удерживается с оплаты и уменьшается сумма Договора в размере и в п о р я д к е , определенном приказом № 627.

Заказчик направляет в письменном виде запрос в ТД ККМФД для контроля качества медицинской помощи и оценки соответствия деятельности поставщика п о оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП утвержденным у п о л н о м о ч е н н ы м органом стандартам в области здравоохранения.

5. Изменение и расторжение Договора

22. Сумма настоящего Договора подлежит корректировке (уменьшению/увеличению) в случае:

1) снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских у с л у г в порядке, определенном приказом № 627;

2) определения заказчиком изменения объема услуг;

3) выделения денежных средств поставщику на возмещение лизинговых п л а т е ж е й за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга;

4) в случае ненадлежащего исполнения поставщиком обязательств по н а с т о я щ е м у Договору, в том числе вследствие взыскания с поставщика неустойки;

5) отказа поставщика от исполнения части обязательств по настоящему Д о г о в о р у .

Поставщик за 2 (два) рабочих дня до отказа уведомляет заказчика в п и с ь м е н н о м

виде с указанием суммы, причины, даты начала отказа от исполнения части обязательств.

23. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон. Стороны

обязаны уведомить друг друга не менее чем за десять рабочих дней до предполагаемой

даты изменения или расторжения Договора, за исключением случаев, предусмотренных

пунктом 25 настоящего Договора.

24. Изменения в Договор вносятся в случаях:

1) предусмотренных подпунктом 23) пункта 14 Договора;

2) предусмотренных пунктом 22 Договора;

3) изменения размера тарифа услуги ГОБМП;

4) изменения численности и (или) половозрастной структуры прикрепленного населения к поставщику, оказывающему ПМСП;*

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

5) изменения суммы на стимулирование работников поставщика, оказывающего ПМСП, по результатам достигнутых индикаторов конечного результата;*

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

6) изменения численности онкологических больных, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ"; *

Примечание:

*Данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным.

7) изменения количества и (или) перечня медицинских услуг, в том числе технологий ВТМУ, по Перечням медицинских услуг № 1 - 4 согласно приложению 2 к настоящему Договору в пределах суммы настоящего Договора, не более двух раз в год;

8) изменения месячного плана оказания медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 2 к

настоящему Договору в пределах суммы настоящего Договора не более одного
р а з а в
к в а р т а л ;

9) изменения графика удержания и размера аванса согласно приложению 3 к
настоящему Договору .

25. Заказчик расторгает Договор в одностороннем порядке, направив
п о с т а в щ и к у ,
письменное уведомление за пять рабочих дня до расторжения Договора в
с л у ч а я х :

1) отказа поставщика от заключения дополнительного соглашения к
Д о г о в о р у по
основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2), 4) и 5) пункта 22 настоящего
Д о г о в о р а ;

2) нарушения поставщиком условий договора, определенных существенными
:

п р е д м е т д о г о в о р а ;
м е с т о о к а з а н и я у с л у г ;
с р о к о к а з а н и я у с л у г ;

качество и полнота оказания услуг.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

26. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, не
п о д в л а с т н ы е
контролю со стороны поставщика, не связанные с его просчетом или
н е б р е ж н о с т ь ю и
имеющие непредвиденный характер. Такие события включают, но не
о г р а н и ч и в а т ь с я
явлениями, такими как: чрезвычайные ситуации природного и/или техногенного
характера, или действиями по предупреждению чрезвычайных ситуаций.

27. К обстоятельствам непреодолимой силы не относятся:

1) события, вызванные умышленными и неосторожными действиями
п о с т а в щ и к а ;

2) события, которые поставщик, добросовестно выполняющий свои
о б я з а т е л ь с т в а
по настоящему Договору, мог предвидеть и преодолеть;

3) отсутствие денежных средств у поставщика или неосуществление оплаты
заказчиком, в связи с неисполнением и/или ненадлежащим исполнением
о б я з а т е л ь с т в

настоящего

Договора.

28. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы поставщик в течение одного рабочего дня направляет заказчику письменное уведомление о таких обстоятельствах и их причинах.

Доказательством обстоятельств непреодолимой силы будут служить официальные документы уполномоченного органа Республики Казахстан, подтверждающие возникновение обстоятельств непреодолимой силы.

29. Несвоевременное уведомление лишает поставщика права ссылаться на обстоятельства, предусмотренные пунктом 26 Договора, как на основание, освобождающее от ответственности по исполнению обязательства.

30. В течение трех рабочих дней после прекращения обстоятельств непреодолимой силы, поставщик письменно уведомляет заказчика о прекращении обстоятельств непреодолимой силы и возобновляет осуществление своих обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

31. Поставщик ни полностью, ни частично не имеет права передавать свои обязательства по оказанию ГОБМП по видам и формам, согласно приложению 1, 2 к настоящему Договору, третьей стороне. Допускается привлечение субподрядчиков и з электронного реестра субподрядчиков путем заключения договора субподряда на оказание медицинской помощи по видам: _____, по формам: _____

— — — — —

(указать)

(указать)

и передачи им части своих обязательств по оказанию ГОБМП в порядке, определенном согласно Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики

Условия настоящего Договора распространяются на отношения сторон,
в о з н и к ш и е
с " ____ " _____ 20__ года.

8. Адреса и реквизиты сторон

З а к а з ч и к	П о с т а в щ и к
_____	_____
(наименование заказчика)	(наименование поставщика)
/	/
(Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)	(Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)
Место печати	Место печати (при наличии)

Дата регистрации в территориальном органе Комитета казначейства Министерства финансов Республики Казахстан: _____

Настоящий Договор на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП **р е г у л и р у е т** правоотношения, возникающие между заказчиком и поставщиком в процессе осуществления заказчиком процедур по выбору поставщика услуг по оказанию **Г О Б М П** .

Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, должны **с о о т в е т с т в о в а т ь** законодательству Республики Казахстан, заявке на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию ГОБМП и протоколу об итогах размещения ГОБМП.

Приложение 1
к Договору на оказание
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи
от 29 декабря 2016 год № 1130
Форма

Перечень закупаемых услуг

№ п/п	Наименование услуги	Наименование бюджетной программы, бюджетной подпрограммы	В и д медицинской помощи	Форма медицинской помощи	Сумма договора, тенге
1.	Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи				

З а к а з ч и к	П о с т а в щ и к
_____	_____
(наименование заказчика)	(наименование поставщика)
/	/

республиканского бюджета, указывается стационарозамещающая помощь (в
с л у ч а е
о к а з а н и я) ;

** включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который
распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в
п о р я д к е ,

определенном приказом № 627;

*** включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который
н е
распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в
п о р я д к е ,
определенном приказом № 627.

**Сумма договора на оказание специализированной медицинской
помощи по
форме стационарозамещающей медицинской помощи* _____
тенге**

№ п/ п	Наименование	--- _ год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Нояб
1	Сумма договора на оказание специализированной медицинской помощи (тенге), в том числе:												
1)	стационарозамещающая медицинская помощь с применением линейной шкалы оценки исполнения договора**												
2)	стационарозамещающая медицинская помощь без применения линейной шкалы оценки исполнения договора***												

П р и м е ч а н и е :

* распространяется на поставщиков, являющихся
амбулаторно-поликлиническими
субъектами здравоохранения и субъектами здравоохранения, оказывающими
у с л у г и
гемодиализа, финансируемых за счет средств республиканского бюджета;

П р и м е ч а н и е :

* не распространяется на поставщиков, финансируемых за счет средств республиканского бюджета.

Бюджетная подпрограмма: _____

(номер и наименование бюджетной подпрограммы)

Сумма договора на оказание медицинских услуг на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга* _____ тенге

№ п/п	Наименование	_____ год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
1	Сумма на возмещение лизинговых платежей по медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга (тенге), в том числе:													
2	Плановое количество медицинских услуг на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в том числе:													

Перечень договоров финансового лизинга:

№ п/п	№ договора финансового лизинга	Дата договора финансового лизинга	Наименование медицинской техники	Код медицинской техники	Годовая сумма на возмещение лизинговых платежей по медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга (тенге)	Годовое плановое количество медицинских услуг на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга
1						
Всего						

П р и м е ч а н и е :

*Данный пункт распространяется на поставщиков, приобретших

м е д и ц и н с к у ю
технику на условиях финансового лизинга.

З а к а з ч и к	П о с т а в щ и к
(наименование _____ заказчика)	(наименование _____ поставщика)
_____ (Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии) / подпись)	_____ (Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись)
Место печати	Место печати (при наличии)

Приложение 3
к Договору на оказание
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи
от 29 декабря 2016 год № 1130
Форма

Заказчику _____

(наименование заказчика)

от _____

(наименование поставщика)

Заявка

**на авансирование по договору на оказание гарантированного объема
бесплатной**

медицинской помощи от "___" _____ 20__ года № _____

1. _____

(наименование поставщика)

именуемый (-ое,-ая) в дальнейшем "поставщик" настоящей заявкой просит
о п л а т и т ь _____ а в а н с

в _____ месяце в размере _____ (_____)

п р о ц е н т о в _____ о т

(наименование месяца) _____ (процент цифрой и прописью)

общей суммы договора на оказание гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й

помощи от "___" _____ 20__ года № _____ в сумме _____ (_____

_____) т е н г е .

(сумма аванса цифрой и прописью)

2. Поставщик настоящей заявкой выражает согласие на удержание ранее
выплаченного аванса из сумм, подлежащих к оплате по актам выполненных

р а б о т

согласно следующему графику:

№ п/п	Наименование месяца	Сумма, тыс. тенге
1	2	3

3. Поставщик подтверждает расходование аванса в соответствии с
у к а з а н н ы м В
настоящей заявке планируемыми распределением сумм аванса.

№ п /п	Наименование расходов	Сумма, тыс . тенге
1	2	3
1.	Оплата труда работников, включая обязательные налоговые отчисления и платежи в бюджет, отчисления в накопительные пенсионные фонды	
2.	Приобретение продуктов питания	
3.	Приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения	
4.	Коммунальные расходы	
5.	Прочие расходы	

3. Настоящая заявка действует до истечения срока действия договора на
о к а з а н и е
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от " ____ " _____
2 0 ____ - ____
г о д а № ____ .
4. _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))
первого руководителя поставщика либо его заместителя и их подписи)
Место печати (при наличии)
Дата заполнения _____

Приложение 41
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 29 декабря 2016 года № 1130
Приложение 32
к Правилам выбора поставщика услуг
по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и возмещения его затрат
Форма

**Договор субподряда на оказание услуг гарантированного объема
бесплатной
медицинской помощи № _____**

"__" _____ 20__ года

(м е с т о н а х о ж д е н и е)

_____ (полное наименование поставщика)
именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем "Поставщик", в лице

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
п о с т а в щ и к а)

действующий на основании _____

_____, с _____ о д н о й
стороны _____, именуемый (-
о е , _____ - а я)

_____ (полное наименование поставщика)
в дальнейшем "Субподрядчик" _____

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя субподрядчика)

действующего на основании _____

_____,
(устава, положения и т.п.)

с другой стороны, а в дальнейшем совместно именуемые "стороны", на
о с н о в а н и и _____ П р а в и л

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной
м е д и ц и н с к о й

помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего
о б я з а н н о с т и

Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30
и ю л я

2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
н о р м а т и в н ы х

правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и в соответствии с договором
н а

оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от "__"
_____ 20__ года №_____, заключенного между Заказчиком _____

(указать наименование Заказчика)

и Поставщиком заключили настоящий Договор субподряда на оказание
м е д и ц и н с к и х
услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1. Субподрядчик обязуется оказывать медицинские услуги ГОБМП
н а с е л е н и ю _____ п о
направлению Поставщика (далее – пациенты) по перечню согласно приложению
к

Договору, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее –
у с л у г и) _____ н а
сумму _____ (_____) _____ тенге.
(сумма цифрами и прописью)

2. Услуги оказываются на территории _____
– – – – –
(село, поселок, сельский округ, район в городе, город, район, область)

3. Место оказания услуги: _____
– – – – –
(адрес(-а) объекта(-ов), на котором оказывается услуга)

2. Порядок расчета

4. Поставщик осуществляет оплату Субподрядчику по тарифам
у т в е р ж д е н н о м у
администратором _____ бюджетных _____ программ.

Размер тарифа, его применение и распространение пересматриваются в
п е р и о д
действия _____ настоящего _____ Договора.

5. Оплата осуществляется ежемесячно в соответствии с актом выполненных
р а б о т
(услуг) с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской
п о м о щ и
(при их наличии) в пределах средств, предусмотренных настоящим Договором.

6. Субподрядчик представляет Поставщику счет-реестры оказанных услуг в
с р о к и
и порядке, определенном в порядке, определенном Правилами возмещения
з а т р а т
организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденных
п р и к а з о м

информационную
систему;

3) предоставлять поставщику счет-реестр оказанных услуг за отчетный период на основании тарификатора, в сроки и порядке, определенном приказом № 627;

4) обеспечить ведение медицинской документации, утвержденной уполномоченным органом;

5) представлять информацию Поставщику об объемах и видах оказанных услуг пациентам;

б) представлять пациентам информацию о перечне, объеме и условиях оказания услуг;

7) своевременно представлять по запросу Поставщика или территориального департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан необходимую медицинскую документацию для проведения контроля качества и объема;

8) представлять Поставщику информацию с приложением соответствующих документов, подтверждающих указанные сведения, в течение трех дней с момента

возникновения изменений в случае: приостановления деятельности;

ликвидации, реорганизации в форме слияния, присоединения, выделения или преобразования;

изменения наименования организации, местонахождения;

изменения коучного фонда, в том числе его сокращения и/или репрофилитации;

изменения банковских реквизитов;

изменения условий оказания медицинских услуг.

9) обеспечивать своевременность и достоверность ввода данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном приказом № 627;

10) обеспечивать предотвращение несанкционированного доступа к персональным данным по оказанным услугам ГОБМП, содержащихся в информационных системах здравоохранения;

11) незамедлительно уведомить Поставщика в письменном виде о всех обстоятельствах и причинах, связанных с невозможностью исполнения обязательства ;

12) назначать дополнительный комплекс медицинских услуг пациенту по медицинским показаниям в экстренных случаях с последующим уведомлением поставщика ;

13) представлять отчет о структуре расходов в сроки и порядке, определенном приказом № 627 .

13. Поставщик обязуется:

1) своевременно оплачивать услуги субподрядчика в порядке, объеме и сроках , определенных уполномоченным органом;

2) ознакомить пациента с условиями предоставления услуг, оказываемых субподрядчиком в рамках настоящего Договора.

4. Ответственность сторон

14. Субподрядчик несет ответственность:

1) за своевременное оказание медицинских услуг надлежащего объема и качества , входящие в ГОБМП в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

2) за целевое использование средств, полученных от Поставщика;

3) за обеспеченность интернет-ресурсами (каналы связи и точки доступа) и организационной техникой ;

4) за обеспечение кадрами по работе с информационными системами, в том числе статистиками и операторами ;

5) за своевременный и качественный ввод данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном приказом № 627;

6) за обеспечение корректности и достоверности данных по прикрепленному населению в портале "Регистр прикрепленного населения" и их своевременную актуализацию . *

Примечание :

* Данный подпункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь .

15. Поставщик несет ответственность:

1) за своевременное перечисление денежных средств на оплату
С у б п о д р я д ч и к у за
оказанные услуги в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

2) за корректность и достоверность данных в портале "Регистр
прикрепленного населения".*

П р и м е ч а н и е :

* Данный подпункт распространяется при осуществлении Поставщиком
о п л а т ы
Субподрядчику, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

16. Нарушение условий настоящего Договора со стороны Субподрядчика
в л е ч е т :

1) пропорциональное уменьшение Поставщиком суммы за оказанную услугу
з а

неисполнение подпункта 1) пункта 14 настоящего Договора;

2) к расторжению Поставщиком договора и возврату сумм по неисполненным
и л и
ненадлежаще исполненным обязательствам.

17. Окончание срока действия настоящего Договора не освобождает стороны
о т
ответственности за его нарушение, имевшее место до истечения этого срока.

5. Изменение и расторжение Договора

18. Сумма настоящего Договора подлежит корректировке
(уменьшению/увеличению) в случае:

1) снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских
у с л у г в
порядке, определенном приказом № 627;

2) определения Поставщиком изменения объема услуг;

3) в случае ненадлежащего исполнения Субподрядчиком обязательств по
н а с т о я щ е м у Д о г о в о р у ;

4) отказа Субподрядчика от исполнения части обязательств по настоящему
Д о г о в о р у .

Субподрядчик за тридцать дней до отказа уведомляет заказчика в
п и с ь м е н н о м в и д е
с указанием суммы, причины, даты начала отказа от исполнения части
о б я з а т е л ь с т в .

19. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.
С т о р о н ы

обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты изменения или расторжения Договора, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 21 Договора.

20. Изменения в Договор вносятся в случаях:

1) предусмотренных подпунктом 8) пункта 12 Договора;

2) предусмотренных пунктом 18 Договора;

3) изменения наименования вида и/или подвида медицинской помощи;

21. Поставщик расторгает Договор в одностороннем порядке направив Субподрядчику письменное уведомление за пять дней до расторжения Договора в

случаях:

1) отказа Субподрядчика от заключения дополнительного соглашения к Договору

по основаниям предусмотренными подпунктами 1), 2), 3), 4) пункта 18 Договора;

2) нарушения поставщиком условий договора, определенных существенными :

предмет договора ;

место оказания услуг ;

срок оказания услуг ;

качество и полнота оказания услуг.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

22. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, не подвластные контролю со стороны Субподрядчика, не связанные с его просчетом или небрежностью и имеющие непредвиденный характер. Такие события включают, но не ограничиваются явлениями, такими как: чрезвычайные ситуации природного и/или техногенного характера, или действиями по предупреждению чрезвычайных ситуаций.

23. К обстоятельствам непреодолимой силы не относятся:

1) события, вызванные умышленными и неосторожными действиями поставщика ;

2) события, которые Субподрядчик, добросовестно выполняющий свои обязательства по настоящему Договору, мог предвидеть и преодолеть;

3) отсутствие денежных средств у Субподрядчика или неосуществление оплаты

Поставщиком, в связи с неисполнением и/или ненадлежащим исполнением
обязательств
настоящего Договора.

24. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы Субподрядчик в течение одного рабочего дня направляет Поставщику письменное уведомление о
таких
обстоятельствах и их причинах.

Доказательством обстоятельств непреодолимой силы будут служить
официальные
документы уполномоченного органа Республики Казахстан, подтверждающие
возникновение обстоятельств непреодолимой силы.

25. Несвоевременное уведомление лишает Субподрядчика права ссылаться на
обстоятельства, предусмотренные пунктом 22 настоящего Договора, как на
основание,
освобождающее от ответственности по исполнению обязательства.

26. В течение трех рабочих дней после прекращения обстоятельств
непреодолимой
силы, Субподрядчик письменно уведомляет Поставщика о прекращении
обстоятельств
непреодолимой силы и возобновляет осуществление своих обязательств по
настоящему
Договору.

7. Заключительные положения

27. Субподрядчик ни полностью, ни частично не имеет права передавать свои
обязательства по оказанию ГОБМП по видам и формам, согласно приложению к
настоящему Договору, третьей стороне.

28. Поставщик вправе в любое время проверять ход и качество оказываемых
услуг,
в том числе путем проведения у Субподрядчика в форме анкетирования оценки
удовлетворенности пациента услугами, не вмешиваясь в деятельность
Субподрядчика, в
том числе с выездом на место оказания услуг и другими, не противоречащими
законодательству Республики Казахстан способами.

29. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую
юридическую силу, один экземпляр находится у Поставщика, другой – у
Субподрядчика.

Настоящий Договор составлен на государственном и русском языках. Вся

относящаяся к настоящему Договору переписка и иная документация, которой обмениваются стороны, должны соответствовать данным условиям.

30. Уведомления, сторон направляемые другой стороне в соответствии с настоящим Договором, высылаются посредством почтовой связи, факса и иными средствами коммуникации с последующим представлением оригиналов.

31. Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания сторонами и действует до " ____ " _____ 20__ года.

Условия настоящего Договора распространяются на отношения сторон возникшие с " ____ " _____ 20__ года.

8. Адреса и реквизиты сторон

Поставщик (наименование) _____ /_____ (Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) Место печати (при наличии)	Субподрядчик _____ (наименование) _____ /_____ (Руководитель, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) Место печати (при наличии)
--	--