

**Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат**

*Утративший силу*

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2017 года № 397. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 июля 2017 года № 15319. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2018 года № 312 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования)

**Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 31.05.2018 № 312 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

В соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.

2. Признать утратившими силу:

1) приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 "Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11960, опубликованный в информационно-правовой системе "Эділет" 18 сентября 2015 года);

2) подпункт 2) пункта 1 приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 декабря 2016 года № 1130 "О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14717, опубликованный в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан 28 февраля 2017 года).

3. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копий в периодические печатные издания, а также в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" Министерства юстиции Республики Казахстан для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

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

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

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

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*Е. Биртанов*

Министр  
Республики

национальной

экономики

Казахстан

Т.

Сулейменов

\_\_\_\_\_ 2017 года

Утверждены  
приказом Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 7 июня 2017 года № 397

## **Правила**

### **выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат**

#### **Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Правила выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс о здоровье).

Правила определяют порядок выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и возмещения его затрат за счет бюджетных средств, за исключением организаций здравоохранения:

- 1) являющихся государственными учреждениями;
- 2) ответственных за выполнение государственного задания;
- 3) оказывающих лечение в соответствии с Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубежом за счет бюджетных средств, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544, (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795);
- 4) оказывающих лечение граждан Республики Казахстан и оралманов, претендующим на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) потенциальный поставщик – субъект здравоохранения, претендующий на оказание ГОБМП;

2) наблюдатели – представители региональных палат Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан "Атамекен", некоммерческих организаций и общественных объединений, представляющих интересы пациентов и субъектов здравоохранения в данном регионе, профессиональных союзов работников здравоохранения;

3) администратор бюджетных программ (далее – администратор) – Министерство здравоохранения Республики Казахстан или УЗ;

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

5) субъект здравоохранения – организация здравоохранения, либо физическое лицо, занимающееся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

6) вновь вводимый объект здравоохранения – объект, построенный за счет бюджетных средств, а также в рамках государственно-частного партнерства, впервые сданный в эксплуатацию, управление которым передано организации здравоохранения, которой выдана лицензия на осуществление соответствующей деятельности;

7) комиссия по выбору поставщика – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком для проведения выбора поставщиков в соответствии с настоящими Правилами;

8) заявка на участие – заявка на участие в процедуре выбора поставщика, предоставляемая потенциальным поставщиком, или заявка на участие в кампании по прикреплению, предоставляемая потенциальным поставщиком ПМСП;

9) субподрядчик – субъект здравоохранения, с которым поставщик заключил договор субподряда;

10) поставщик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор на оказание ГОБМП;

11) производственная база – место оказания медицинских услуг, указанное в приложении к лицензии;

12) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – ТД КОМУ) или УЗ, осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП за счет средств республиканского или местного бюджетов в соответствии с настоящими Правилами;

13) выбор поставщика услуг ГОБМП (далее – выбор поставщика) – процедура, состоящая из комплекса взаимосвязанных последовательных мероприятий, направленных на определение соответствия потенциальных поставщиков требованиям Правил и размещение ГОБМП с заключением договоров на оказание ГОБМП;

14) договор на оказание ГОБМП (далее – договор) – гражданско-правовой договор на оказание ГОБМП, заключенный между заказчиком и поставщиком, действующий на основании Гражданского Кодекса Республики Казахстан;

15) размещение ГОБМП – определение комиссией объемов ГОБМП и размещение среди потенциальных поставщиков, соответствующих требованиям настоящих Правил, в пределах выделенных заказчиком средств.

## **Глава 2. Порядок выбора поставщика услуг по оказанию ГОБМП**

### **Параграф 1. Основные положения выбора поставщика услуг ГОБМП**

3. Выбор поставщика услуг ГОБМП осуществляется за счет средств республиканского бюджета по следующим видам медицинской помощи:

доврачебная;

квалифицированная, специализированная, высокотехнологичная медицинская услуга, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая:

первичную медико-санитарную помощь;

консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;

2) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления, включая оказание республиканскими организациями здравоохранения:

медицинских услуг больным: психическими, онкологическими заболеваниями и туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

медицинских услуг в санаториях;

3) стационарозамещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации, включая оказание республиканскими организациями здравоохранения медицинских услуг больным: психическими, онкологическими заболеваниями и туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

4) восстановительное лечение и медицинская реабилитация.

За счет средств местного бюджета, включая целевые текущие трансферты, выделяемые из республиканского бюджета областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы, по видам и формам медицинской помощи, за исключением оказания ГОБМП, осуществляемого за счет средств республиканского бюджета.

4. Выбор поставщика осуществляется с соблюдением принципов:

1) обеспечения доступности ГОБМП;

2) реализации свободного выбора гражданами Республики Казахстан и оралманами субъекта здравоохранения;

3) предоставления потенциальным поставщикам равных возможностей для участия в процедуре выбора поставщика;

4) гласности и прозрачности процедуры выбора поставщика;

5) добросовестной конкуренции среди потенциальных поставщиков;

6) территориальности (расположение производственной базы поставщика по месту оказания ГОБМП, указанному в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика).

5. Выбор поставщика осуществляется по решению заказчика:

1) на основании утвержденного администратором индивидуального плана финансирования по обязательствам и (или) протокольного решения консультативного совещательного органа при уполномоченном органе;

2) на размещенный не в полном объеме ГОБМП;

3) на высвободившийся объем ГОБМП в результате неисполнения и (или) не надлежащего исполнения поставщиками принятых обязательств по заключенным договорам на оказание ГОБМП;

4) на выделенные дополнительные денежные средства на оказание ГОБМП, в том числе за счет средств, высвободившихся по результатам контроля качества и объема.

На выделенные дополнительные денежные средства ГОБМП размещается заказчиком без проведения процедуры выбора поставщика в случаях:

увеличения стоимости тарифов, в том числе вследствие пересмотра видов высокотехнологичных медицинских услуг, определенных в соответствии с пунктом 2 статьи 42 Кодекса о здоровье;

изменения численности и (или) половозрастной структуры прикрепленного населения к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП;

изменения суммы на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата, в соответствии с Правилами поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11526);

выделение дополнительных денежных средств для возмещения оказанных медицинских услуг сверх предусмотренного объема ГОБМП в результате свободного выбора населением и (или) роста экстренной и неотложной медицинской помощи;

на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга в рамках ГОБМП;

на определение заказчиком необходимости оказания дополнительного объема услуг;

для вновь вводимых объектов здравоохранения, соответствующих критериям, предъявляемым к потенциальным поставщикам настоящими Правилами.

6. Выбор поставщика в течение текущего финансового года в связи с выделением дополнительных средств осуществляется по решению заказчика

среди поставщиков, с которыми заключены договора на оказание ГОБМП на текущий финансовый год, и (или) с привлечением новых поставщиков.

7. Критерии, предъявляемые к потенциальному поставщику ГОБМП:

1) обладать правоспособностью (для юридических лиц), гражданской дееспособностью (для физических лиц);

2) являться платежеспособным, не иметь налоговой задолженности;

3) не подлежать процедуре банкротства либо ликвидации;

4) обладать материальными и трудовыми ресурсами.

8. Преимущественное право на заключение договора на оказание услуг ГОБМП имеют потенциальные поставщики, аккредитованные в сфере здравоохранения.

## **Параграф 2. Выбор поставщика услуг ГОБМП и размещение ГОБМП.**

9. Заказчик извещает потенциальных поставщиков ГОБМП о начале выбора поставщиков услуг по оказанию ГОБМП путем опубликования объявления по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам в периодическом печатном издании, распространяемом на территории соответствующей области, городов Астаны и Алматы и интернет-ресурсе администратора за 5 (пять) рабочих дней до даты окончания приема заявок на участие.

10. Заявка на участие в процедуре выбора поставщика услуг ГОБМП предоставляется по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам в срок, определенный заказчиком.

К заявке прилагаются следующие документы потенциального поставщика:

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 в административно-территориальной единице, указанной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика (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 представляется выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акции);
- свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);
- заключения проведенной оценки соответствия медицинской организации к оказанию высокотехнологичных медицинских услуг, выданного ТД КООЗ в порядке, определенном статьей 42 Кодекса о здоровье (в случае подачи заявки на оказание консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозаменяющей 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) информация о кредиторской задолженности на текущий период;
- 4) сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам (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);
- 5) сведения о видах и формах медицинской помощи по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам;
- 6) решение по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП;
- 7) сведения о коечном фонде по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам;



8) сведения о наличии медицинской техники по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам.

Потенциальный поставщик, не являющийся резидентом Республики Казахстан, в подтверждение его соответствия критериям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 7 настоящих Правил, представляет документы, предусмотренные настоящим пунктом.

Заявка и прилагаемые к ней документы подписываются руководителем потенциального поставщика.

Допускается предоставление заявки 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).

11. Заказчик создает комиссию по выбору поставщика услуг по оказанию ГОБМП в составе не менее пяти человек (далее – комиссия по выбору поставщика). В состав комиссии включаются представители УЗ (если заказчиком является ТД КОМУ), ТД КООЗ и ТД КОМУ (в случае если заказчиком является УЗ), представители неправительственных организаций, представляющие интересы пациентов, медицинских работников и субъектов здравоохранения, находящихся в данном регионе.

12. Председателем комиссии по выбору поставщика является первый руководитель заказчика.

13. Организационная деятельность комиссии по выбору поставщика обеспечивается секретарем комиссии, определяемым из числа должностных лиц заказчика. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не имеет права голоса при принятии комиссией решения.

14. Заявка на участие представляется потенциальным поставщиком или его представителем по доверенности секретарю комиссии по выбору поставщика в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок, при этом последняя страница заверяется подписью руководителя и скрепляется печатью.

15. Секретарь комиссии по выбору поставщика регистрирует заявку на участие в журнале регистрации, при этом последняя страница журнала заверяется подписью руководителя и скрепляется печатью.

16. После регистрации заявки на участие секретарем комиссии по выбору поставщика выдается:

расписка о приеме документов по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам.

расписка об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам в случаях:

1) заявка на участие и документы, прилагаемые к ней, оформлены ненадлежащим образом;

2) к заявке на участие прилагается неполный пакет документов по перечню, предусмотренному пунктом 10 настоящих Правил.

Потенциальный поставщик вправе повторно представить заявку на участие в случае устранения причин в отказе ее принятия по основаниям, предусмотренным в подпунктах 1) и 2) настоящего пункта, до истечения окончательного срока их предоставления.

17. Секретарь комиссии по выбору поставщика не позднее трех календарных дней до даты проведения процедуры выбора поставщика оповещает уведомлением в произвольной форме членов комиссии и наблюдателей о сроках заседания комиссии.

18. Комиссия по выбору поставщика в течение трех рабочих дней со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие, указанного в объявлении, рассматривает заявки на участие и принимает решение о соответствии (несоответствии) требованиям настоящих Правил для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год,

Не допускаются какие-либо действия комиссии по выбору поставщика, направленные на приведение документов, приложенных к заявке на участие, в соответствие с требованиями настоящих Правил.

19. Заседание комиссии по выбору поставщика является правомочным, если на нем присутствует простое большинство от общего числа членов комиссии.

20. На заседании комиссии по выбору поставщика секретарь комиссии перечисляет членам комиссии и другим присутствующим представленные заявки на участие и документы, приложенные к ним.

21. При необходимости уточнения соответствия потенциального поставщика непричастности к процедуре банкротства и (или) ликвидации комиссия по выбору поставщика рассматривает информацию, размещенную на интернет-ресурсе уполномоченного органа, осуществляющего контроль за проведением процедур банкротства и (или) ликвидации.

22. Решение комиссии по выбору поставщика принимается открытым голосованием и считается принятым, если за него подано большинство голосов от общего количества присутствующих на заседании членов комиссии. В случае равенства голосов, принятым считается решение членов комиссии, за которое проголосовал председатель комиссии, в случае его отсутствия, заместитель председателя комиссии.

При несогласии с решением комиссии член комиссии представляет председателю мотивированные возражения в письменном виде.

23. Решение комиссии по выбору поставщика оформляется в виде протокола по форме согласно приложению 9 настоящих Правил.

В день принятия решения комиссии председатель оглашает перечень поставщиков, допущенных и не допущенных к процедуре размещения ГОБМП:

соответствующих критериям, предъявляемым пунктом 7 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, и допущенных к процедуре размещения ГОБМП;

не соответствующих критериям, предъявляемым пунктом 7 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, и не допущенных к процедуре размещения ГОБМП.

24. Комиссия по выбору поставщика признает потенциальных поставщиков ГОБМП не допущенными для участия в оказании ГОБМП, в случаях:

1) представления недостоверных документов и информации в документах, предусмотренных пунктом 10 настоящих Правил;

2) несоответствия заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах;

3) расположения производственной базы потенциального поставщика или его представительства (при подаче заявки на участие представителем), указанной в представленных документах, вне административно-территориальной единицы, определенной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика;

4) к заявке на участие прилагается неполный пакет документов по перечню, предусмотренному пунктом 10 настоящих Правил.

25. По запросу поставщика или его представителя выдается выписка из протокола заседания комиссии по выбору поставщика относительно принятого решения по форме согласно приложению 10 настоящих Правил.

За несвоевременную отправку выписки из протокола заседания (бумажном или электронном виде) по запросу потенциального поставщика, ответственность возлагается на председателя комиссии.

26. Комиссия по выбору поставщика принимает решение о признании процедуры выбора поставщика несостоявшейся и о повторном ее проведении, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам, в случаях:

1) отсутствия заявок на участие;

2) представленные документы ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП не соответствуют критериям, предусмотренным пунктом 7 настоящих Правил.

27. Комиссия по выбору поставщика принимает решение о размещении (не размещении) ГОБМП с учетом потребности в ГОБМП в пределах выделенных

бюджетных средств, и в течение трех рабочих дней после оглашения перечня потенциальных поставщиков, которое оформляется протоколом об итогах размещения (не размещения) ГОБМП по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

28. Комиссия по выбору поставщика принимает решение о размещении ГОБМП потенциальным поставщикам ПМСП в части численности прикрепленного населения к ним, зарегистрированного в портале "РПН":

по итогам кампании по прикреплению;

на основании представленного УЗ решения об изменении зоны территориального обслуживания организации здравоохранения, оказывающей ПМСП, в случае вновь вводимого объекта здравоохранения.

29. Комиссия по выбору поставщика размещает амбулаторно-поликлинические услуги ГОБМП потенциальным поставщикам ПМСП с учетом консультативно-диагностической помощи по перечню услуг, в соответствии с Правилами возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11976) (далее – приказ № 627).

30. При размещении (не размещении) ГОБМП потенциальному поставщику комиссией по выбору поставщика учитываются следующие критерии:

опыт работы потенциального поставщика по видам и формам представления медицинской помощи, указанным в заявке на участие;

наличие профильных отделений и их коечная мощность (для поставщиков, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь);

количество посещений населением в смену (для поставщиков, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь);

количество прикрепленного населения (для поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь);

показатель смертности (летальности) за последние три года;

количество жалоб, зарегистрированных территориальными департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности, за последние три года;

исполнение (неисполнение) обязательств потенциального поставщика по ранее заключенным договорам на оказание ГОБМП за последние три года (при их наличии).

31. Список поставщиков услуг ГОБМП на соответствующий год по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам, публикуется заказчиком в течение десяти календарных дней со дня подведения итогов размещения ГОБМП

в периодическом печатном издании, распространяемом на территории столицы, города республиканского значения, соответствующей области, и интернет-ресурсе администратора.

32. Заказчик в течение трех рабочих дней со дня подведения итогов размещения ГОБМП направляет потенциальному поставщику услуг ГОБМП на соответствующий финансовый год проект типового договора на оказание ГОБМП по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам (далее – договор).

33. Потенциальный поставщик в течение трех рабочих дней со дня получения проекта договора подписывает договор и представляет его заказчику. В случае непредставления потенциальным поставщиком в установленные сроки подписанного договора, он признается уклонившимся от заключения договора, а предусмотренный по данному договору объем ГОБМП относится к денежным средствам, не размещенным в полном объеме.

34. Заказчик заключает договор с поставщиком услуг ГОБМП на соответствующий финансовый год.

Договор вступает в силу после подписания его сторонами и подлежит обязательной регистрации в территориальном подразделении центрального уполномоченного органа по исполнению бюджета в соответствии с пунктом 5 статьи 96 Бюджетного кодекса Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года.

35. Поставщики в течение месяца со дня заключения договора публикуют информацию о размещенном у них ГОБМП с указанием видов и форм предоставления медицинской помощи в периодическом печатном издании, распространяемом на территории административно-территориальной единицы и на своем интернет – ресурсе (при его наличии), а также в местах, доступных для всеобщего обозрения (по месту расположения поставщика) и информируют Заказчика.

36. Допускается привлечение поставщиком субподрядчиков (соисполнителей) для исполнения договора оказания ГОБМП.

### **Глава 3. Порядок возмещения затрат поставщика услуг ГОБМП**

37. Возмещение затрат поставщикам осуществляется заказчиком на основании актов выполненных работ (услуг) в соответствии с приказом № 627.

38. Возмещение затрат за оказание услуг ГОБМП иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан, осуществляется при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, в соответствии с Перечнем острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства,

находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11317).

39. Возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга в рамках ГОБМП, осуществляется в соответствии с Правилами возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденными приказом № 627.

40. Оплата за оказание услуг ГОБМП субподрядчикам осуществляется в порядке, определенном приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946).

41. Размещенный объем ГОБМП корректируется путем заключения дополнительного соглашения к договору на оказание ГОБМП с поставщиком.

42. Поставщики ГОБМП при реорганизации путем слияния, присоединения, разделения, преобразования или выделения в течение одного рабочего дня со дня получения ими документа о предстоящей реорганизации направляют заказчику письменное уведомление с приложением соответствующих документов.

Приложение 1  
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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование, почтовый и электронный адреса заказчика)  
объявляет о проведении процедуры 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 (далее – услуги по оказанию ГОБМП)  
н а \_\_\_\_\_ Г о д  
(далее – процедура): по виду (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

по форме (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Услуги по оказанию ГОБМП оказываются

\_\_\_\_\_  
-----  
(наименование области, города республиканского значения или столицы)

Форма заявки на участие в процедуре и перечень прилагаемых к ней документов размещены на интернет - ресурсе \_\_\_\_\_, представляются (интернет - ресурс) потенциальными поставщиками в \_\_\_\_\_

-----  
(наименование заказчика)

по адресу: \_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_ или  
Департамент "Центр обслуживания населения" - филиала НАО "Государственная корпорация "Правительство для граждан" по \_\_\_\_\_ области (далее - Государственная корпорация).

Окончательный срок представления заявок на участие в процедуре и прилагаемых 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 ( \_\_\_\_\_ а м ) \_\_\_\_\_ :

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

Приложение 2  
к Правилам выбора поставщика  
услуг по оказанию  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской  
помощи и возмещения его затрат  
Форма

Заказчику \_\_\_\_\_

-----  
(полное наименование заказчика)

от \_\_\_\_\_

-----  
(полное 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  
поставщика;

банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК), а  
т а к ж е \_\_\_\_\_ п о л н о е  
наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный  
поставщик обслуживается;

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

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  
в ы б о р а  
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной  
м е д и ц и н с к о й \_\_\_\_\_ п о м о щ и \_\_\_\_\_ в  
качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и  
у с л о в и я м и ,  
предусмотренными настоящими Правилами выбора поставщика услуг по  
о к а з а н и ю  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его  
затрат.



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

Приложение: \_\_\_\_\_

-----  
(наименование документа с указанием количества страниц)

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_

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)	Документ о наличии ученого звания при наличии
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Примечание:

\*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 4  
к Правилам выбора поставщика  
услуг по оказанию

## Сведения о видах и формах медицинской помощи

### (полное 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)

Примечание:

\*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	

Примечание:

\* 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–ВТМУ), 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	

Примечание:

\* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий ВТМУ;

\*\* 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__	
Количество больных	Количество сеансов	Сумма ( в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма ( в тенге)	Количество больных	Количество сеансов	Сумма ( в тенге)	Количество больных	Количество сеансов

Примечание:

\* 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	Сумма ( в тенге)

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 5  
к Правилам выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат  
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)					

Примечание:

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

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

Приложение 6  
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  
п о т е н ц и а л ь н о г о  
поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

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

### Расписка о приеме документов

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_  
Г о д а  
(местонахождение)  
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 полное наименование потенциального поставщика услуг

г а р а н т и р о в а н н о г о

объема бесплатной медицинской)

Настоящая расписка составлена в двух экземплярах, по одному для каждой стороны.

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

-----

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

Расписку получил:

Представитель потенциального поставщика:

\_\_\_\_\_

-----

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

Примечание:

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

Приложение 8  
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  
(местонахождение)

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

-----

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

\_\_\_\_\_

-----

(секретаря комиссии, полное наименование и адрес заказчика или УЗ)

отказывает в приеме заявки на участие в процедуре выбора поставщика услуг  
п о \_\_\_\_\_ о к а з а н и ю  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и прилагаемых  
д о к у м е н т о в , \_\_\_\_\_ в  
виду:

1) представления Вами неполного пакета документов согласно  
перечню,,предусмотренному настоящими Правилами выбора поставщика услуг  
п о \_\_\_\_\_ о к а з а н и ю  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его

з а т р а т

( д а л е е

– Правила); .

2) 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 стороны.

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

-----

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

Расписку получил Представитель потенциального поставщика:

\_\_\_\_\_

-----

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

\_\_\_\_\_

-----

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его  
з а м е с т и т е л я ,  
членов и секретаря комиссии).

Приложение 9  
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

(местонахождение)

1. Комиссия в составе: \_\_\_\_\_

-----

фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность председателя, его  
з а м е с т и т е л я ,  
других членов комиссии) рассмотрела заявку на участие в процедуре выбора  
п о с т а в щ и к а

услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи ( д а л е е — заявка на участие) следующего потенциального поставщика:

БИН / ИИН	Наименование потенциального поставщика (Ф.И.О.-для физического лица)	Юридический адрес	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № документа, удостоверяющего личность, 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 страниц	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 настоящими Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, и допущен (не допущен) к участию 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



з а м е с т и т е л я ,

д р у г и х

ч л е н о в и с е к р е т а р я к о м и с с и и )

Примечание:

\* заполняется отдельно на каждого потенциального поставщика.

Приложение 10  
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

(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_

-----

(полное 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)  
т р е б о в а н и я м ,

предъявляемыми настоящими Правилами выбора поставщика услуг по оказанию  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его

з а т р а т , и

допущен (не допущен) к участию в процедуре размещения гарантированного  
о б ъ е м а

бесплатной медицинской помощи на \_\_\_\_\_ год по следующим

о с н о в а н и я м :

\_\_\_\_\_

-----

(указать основание)

Руководитель заказчика \_\_\_\_\_

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

Место печати

Приложение 11  
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

(местонахождение)

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,  
п р е д њ я в л я е м ы м и  
настоящими Правилами выбора поставщика услуг по оказанию  
г а р а н т и р о в а н н о г о о б њ е м а  
бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат (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  
о б њ е м а  
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  
п р и з н а н и и п р о ц е д у р ы  
выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной  
м е д и ц и н с к о й  
помощи от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года не состоявшейся и повторном ее  
п р о в е д е н и и д л я  
опубликования

За данное решение проголосовали:

ЗА \_\_\_\_\_ голосов;

ПРОТИВ \_\_\_\_\_ голосов.

-----  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его  
з а м е с т и т е л я , д р у г и х  
членов и секретаря комиссии).

Приложение 12  
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  
(местонахождение)

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 п о м о щ и  
по видам и формам медицинской помощи.

2. Выделенная сумма по индивидуальному плану финансирования по  
о б я з а т е л ь с т в а м  
по бюджетной программе: \_\_\_\_\_

1. (наименование бюджетной программы) по бюджетной подпрограмме \_\_\_\_\_ (наименование бюджетной подпрограммы) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ тенге .  
(сумма цифрами и прописью).

2. Комиссия по результатам определения соответствия критериям потенциальных поставщиков и оценки потребности в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи путем открытого голосования

РЕШИЛА:

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

\_\_\_\_\_, по форме (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ В \_\_\_\_\_ Т О М

числе по следующим высокотехнологичным технологиям медицинских услуг ( В Т М У ) :

\_\_\_\_\_ . 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  
г а р а н т и р о в а н н о г о  
объема бесплатной медицинской помощи свыше указанными потенциальными  
поставщиками;

3) заказчику \_\_\_\_\_

-----

(полное наименование заказчика) в срок до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года  
о п у б л и к о в а т ь \_\_\_\_\_ и т о г и  
размещения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в  
п е р и о д и ч е с к о м \_\_\_\_\_  
печатном издании, распространяемом на территории соответствующей области,  
г о р о д а \_\_\_\_\_  
республиканского 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 настоящими Правилами выбора поставщика услуг по  
о к а з а н и ю  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его  
затрат, (указать соответствующий пункт) следующих поставщиков:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование потенциального поставщика (Ф.И.О .-для физического лица)	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  
з а м е с т и т е л я , \_\_\_\_\_ д р у г и х  
членов и секретаря комиссии)

Примечание:

\* заполняется отдельно по каждой форме медицинской помощи.

Приложение 13  
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**

п о

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**(наименование региона)**

**(полное наименование заказчика)**

объявляет о заключении договоров на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи со следующими поставщиками:

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

Приложение 14  
к Правилам выбора поставщика  
услуг по оказанию  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской  
помощи и возмещения его затрат  
Форма

**Типовой договор на оказание гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи**

\_\_\_\_\_ " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(местонахождение)

\_\_\_\_\_ именуемый (-ое, -ая) в  
д а л ь н е й ш е м " з а к а з ч и к ",  
(полное наименование заказчика)

в лице \_\_\_\_\_  
д е й с т в у ю щ и й н а \_\_\_\_\_ о с н о в а н и и  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) уполномоченного лица)

\_\_\_\_\_ с одной стороны, \_\_\_\_\_  
и м е н у е м ы й  
(полное наименование поставщика) (-ое, -ая) в дальнейшем "поставщик"

\_\_\_\_\_  
-----  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), уполномоченного лица)  
действующего на основании \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ д р у г о й  
стороны, а в дальнейшем (устава, положения и т.п.)

совместно именуемые "стороны", на основании Кодекса Республики  
К а з а х с т а н \_\_\_\_\_ о т \_\_\_\_\_ 1 8  
сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее –  
К о д е к с \_\_\_\_\_ о  
здоровье) и итогов процедуры выбора поставщика услуг гарантированного  
о б ъ е м а \_\_\_\_\_ б е с п л а т н о й  
медицинской помощи (далее – ГОБМП), прошедших " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года,  
заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП  
( д а л е е \_\_\_\_\_ –  
Договор) и пришли к соглашению о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

1. Поставщик принимает на себя обязательство по оказанию ГОБМП в  
с о о т в е т с т в и и \_\_\_\_\_ с  
перечнем закупаемых услуг по форме согласно приложению 1 к настоящему  
Д о г о в о р у \_\_\_\_\_ ( д а л е е  
– услуга) по бюджетной программе \_\_\_\_\_

-----  
(указать код и наименование бюджетной программы)  
по специфике \_\_\_\_\_ на  
о б щ у ю \_\_\_\_\_ с у м м у  
(указать код и наименование спецификации)  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) тенге, из которой: по бюджетной  
п о д п р о г р а м м е  
(сумма цифрами и прописью) \_\_\_\_\_ на  
с у м м у  
(указать код и наименование бюджетной подпрограммы) (сумма цифрами и  
п р о п и с ь ю )  
( \_\_\_\_\_ ) тенге на оказание медицинской помощи: \_\_\_\_\_

-----  
(указать вид и форму медицинской помощи)  
в соответствии с приложением 2 к настоящему Договору; по бюджетной  
п о д п р о г р а м м е \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_

— — — — —  
(указать код и наименование бюджетной подпрограммы) (сумма цифрами и  
п р о п и с ь ю )  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) тенге

на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику  
приобретенную на условиях  
финансового лизинга согласно ежемесячного плана оказания медицинских услуг в  
р а м к а х  
Г ОБМП по форме согласно приложению 2 к настоящему Договору (далее –  
п р и л о ж е н и е 2 )  
(при наличии у поставщика договора финансового лизинга, по которому  
в о з м е щ е н и е  
осуществляется в соответствии с приказом исполняющего обязанности  
М и н и с т р а  
здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015  
г о д а № 6 2 7  
"Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за  
с ч е т  
бюджетных средств" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации  
н о р м а т и в н ы х  
правовых актов Республики Казахстан за № 11976) (далее – Правила возмещения  
).

2. Авансирование Поставщика осуществляется по его заявке на  
а в а н с и р о в а н и е в  
размере не более 30 процентов от суммы Договора с последующим удержанием  
и з с у м м ,  
подлежащих к оплате по актам выполненных услуг согласно заявке на  
а в а н с и р о в а н и е по  
договору на оказание ГОБМП согласно приложению 3 к настоящему Договору.

## **2. Порядок расчета**

3. Заказчик осуществляет оплату поставщику в порядке, определенном  
п р и к а з о м  
Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801  
" О б  
утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на  
м е д и ц и н с к и е  
услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной  
м е д и ц и н с к о й п о м о щ и "  
(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых



№ 5946).

4. Оплата осуществляется ежемесячно в соответствии с актом выполненных услуг с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи (при их наличии) в пределах средств, предусмотренных настоящим Договором согласно приложению 2 к настоящему Договору, и в порядке, определяемом Правилами возмещения.

5. Поставщик представляет заказчику счет-реестры оказанных услуг по форме, в сроки и порядке, определенных Правилами возмещения.

6. Заказчик направляет Поставщику акт выполненных услуг по форме, в сроки и порядке, определенные Правилами возмещения.

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

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

8. Допускается подписание Поставщиком счет-реестра оказанных услуг и акта выполненных услуг с использованием электронной цифровой подписи. Допускается подписание Заказчиком акта выполненных 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  
у с л у г в  
порядке, определенном Правилами возмещения;

10. В случае превышения Поставщиком, оказывающим  
с п е ц и а л и з и р о в а н н у ю  
медицинскую помощь в формах стационарной и (или) стационарозамещающей  
м е д и ц и н с к о й  
помощи за счет средств республиканского бюджета, .помесячной суммы,  
п р е д у с м о т р е н н о й  
приложением 2 к настоящему Договору, оплата за оказанные медицинские  
у с л у г и  
осуществляется на основании решения комиссии по оплате услуг с применением  
л и н е й н о й  
шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном Правилами  
возмещения.

В случае превышения Поставщиком месячной суммы,  
п р е д у с м о т р е н н о й  
приложению 2 к настоящему Договору, в течение трех месяцев подряд более чем  
н а 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 у с л у г ,  
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 о т ч е т н о м  
периоде или при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия  
н а с т о я щ е г о  
Договора снятие суммы в порядке, определенном Правилами возмещения.

12. Оплата за случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП в  
с о о т в е т с т в и и  
с настоящим Договором, не принятые к оплате в течение действия настоящего  
Д о г о в о р а в  
связи с проведением контроля качества, а также не вошедшие в счет-реестр с 1  
д е к а б р я г о д а ,  
в котором действует настоящий Договор, до даты окончания срока действия

н а с т о я щ е г о

Договора производится в году, следующем за годом действия настоящего Договора.

13. Выплаты лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга осуществляются в порядке, определенном Правилами возмещения.\*

### 3. Обязанности сторон

14. Поставщик обязан:

1) оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП в соответствии с объемами и сроками согласно приложению 2 к настоящему Договору;

2) оказывать услугу в соответствии с утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения положениями и стандартами оказания медицинской помощи;

3) осуществлять ежемесячную выплату заработной платы работникам в соответствии с Трудовым Кодексом Республики Казахстан;

4) обеспечить интернет-ресурсами (каналы связи и точки доступа), организационной техникой, кадрами ответственными за работу с информационными системами;

5) вводить в информационные системы Министерства здравоохранения 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);

6) обеспечивать своевременность и достоверность ввода данных в информационные системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан в сроки и порядке, определенном Правилами возмещения;

7) представлять по письменному запросу заказчика или территориального департамента Комитета оплаты медицинских услуг и Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – ТД

К О М У , Т Д  
КООЗ) в установленные ими сроки необходимую медицинскую документацию  
д л я  
проведения контроля качества и объема;

8) представлять заказчику в течение трех рабочих дней после заключения  
д о г о в о р а  
субподряда копии данных договоров субподряда и по письменному запросу  
з а к а з ч и к а  
предоставлять копии платежных документов по исполнению договоров  
субподряда;

9) представлять заказчику информацию с приложением соответствующих  
документов, подтверждающих указанные сведения, в течение десяти рабочих  
д н е й с м о м е н т а  
возникновения изменений в случае:

приостановления деятельности организации или вида медицинской  
деятельности;

ликвидации, реорганизации в форме слияния, присоединения, выделения  
и л и  
преобразования;

изменения наименования организации,

изменения местонахождения организации;

изменения коучного фонда, в том числе его сокращении и/или  
перепрофилировании;

изменения банковских реквизитов;

изменения условий оказания медицинских услуг:

при проведении ремонтных работ,

введении карантина.

10) 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  
п о р я д к е и  
сроки, определенные Правилами возмещения;

2) проводить мониторинг за функционированием информационных  
с и с т е м

Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

3) 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  
П р а в и л а м и  
возмещения.

#### 4. Ответственность сторон

16. Поставщик несет ответственность за неисполнение обязательств, предусмотренных пунктом 14 настоящего договора.

17. Заказчик несет ответственность за неисполнение обязательств, предусмотренных пунктом 15 настоящего договора.

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 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 и ли б о ненадлежаще исполненного обязательства поставщиком в сумме, не превышающей 1 % от плановой месячной суммы договора на оказание ГОБМП настоящего Договора.

Уплата неустойки в случае неисполнения и с п о л н е н и я обязательства не освобождают поставщика от исполнения обязательства по договору н а оказание ГОБМП.

19. Окончание срока действия настоящего Договора не освобождает стороны о т 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 ответственности по нему.

21. В случае выявления заказчиком неоднократных фактов необоснованного удорожания услуги поставщиком и (или) не оказанных (приписки) или оказанных в неполном объеме медицинских услуг и (или) привлечения медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в перечень ГОБМП, заказчиком удерживается с оплаты и уменьшается сумма Договора в размере и в порядке, определенном Правилами возмещения.

Заказчик запрашивает в ТД КООЗ информацию для контроля качества медицинской помощи и оценки соответствия деятельности поставщика по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП утвержденным уполномоченным 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 услуг в порядке, определенном Правилами возмещения;
- 2) определения заказчиком изменения объема услуг;
- 3) выделения денежных средств поставщику на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга;
- 4) в случае ненадлежащего исполнения поставщиком обязательств по настоящему Договору, в том числе вследствие взыскания с поставщика неустойки;
- 5) отказа поставщика от исполнения части обязательств по настоящему Договору.

Поставщик за 2 (два) рабочих дня до отказа уведомляет заказчика в письменном 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 9) пункта 14 Договора;

2) предусмотренных пунктом 22 Договора;

3) изменения размеров тарифов услуг в рамках ГОБМП;

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

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

6) изменения численности онкологических больных, зарегистрированных  
в И С  
"ЭРОБ";

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  
раза в  
квартал;

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

25. Заказчик расторгает Договор в одностороннем порядке, направив  
поставщику,  
письменное уведомление за пять рабочих дня до расторжения Договора в  
случаях:

1) отказа поставщика от заключения дополнительного соглашения к  
Договору

основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2), 4) и 5) пункта 22 настоящего Договора;

2) нарушения поставщиком условий договора, определенных существенными:

предмет договора;

срок оказания услуг;

качество и полнота оказания услуг.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

26. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, не подвластные контролю со стороны поставщика, 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.

27. К обстоятельствам непреодолимой силы не относятся:

1) события, вызванные умышленными и неосторожными действиями поставщика;

2) события, которые поставщик, добросовестно выполняющий свои обязательства 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 обязательств 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 настоящего 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.

31. Заказчик в рамках договорных обязательств вправе в любое время проверять ход и качество оказываемых услуг, в том числе путем проведения у поставщика в форме анкетирования оценки удовлетворенности пациента услугами, не вмешиваясь в деятельность поставщика, в том числе с выездом на место оказания услуг и другими, не противоречащими законодательству Республики Казахстан способами, не более одного раза в месяц

32. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у заказчика, другой – у поставщика.

Настоящий Договор составлен на государственном и русском языках. Вся относящаяся к настоящему

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

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

34. Настоящий Договор вступает в силу со дня регистрации его в территориальном органе Комитета казначейства Министерства финансов Республики Казахстан по месту нахождения заказчика и действует до " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

35. Условия настоящего Договора распространяются на отношения сторон, возникшие с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

7. Адреса и реквизиты сторон

--	--

<b>З а к а з ч и к</b>	<b>П о с т а в щ и к</b>
_____ (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 регулирует правоотношения, возникающие между заказчиком и поставщиком в результате осуществления заказчиком процедуры по выбору поставщика услуг по оказанию ГОБМП.

Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, должны соответствовать 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 \_\_\_\_  
Форма

### Перечень закупаемых услуг

№ п/п	Наименование услуги	Наименование бюджетной программы, бюджетной подпрограммы	В и д медицинской помощи	Ф о р м амедицинской помощи	Сумма договора, тенге
1.	Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи				

<b>З а к а з ч и к</b>	<b>П о с т а в щ и к</b>
_____ (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 2  
к Договору на оказание  
гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи  
от 29 декабря 2016 год № 1130  
Форма



	оценки исполнения договора***:											
2.1)	по Перечню медицинских услуг № 2:											
2.2)	по Перечню медицинских услуг с применением ВТМУ № 4:											

Перечень медицинских услуг № 1:

№ п/п	Код МКБ -9	Наименование услуг	Количество пролеченных случаев на ___ год	Количество пролеченных случаев на I квартал	Количество пролеченных случаев на II квартал	Количество пролеченных случаев на III квартал	Количество пролеченных случаев на IV квартал

Перечень медицинских услуг № 2:

№ п/п	Код МКБ -9	Наименование услуг	Количество пролеченных случаев на ___ год	Количество пролеченных случаев на I квартал	Количество пролеченных случаев на II квартал	Количество пролеченных случаев на III квартал	Количество пролеченных случаев на IV квартал

Перечень медицинских услуг с применением ВТМУ № 3:

№ п/п	Код МКБ -9	Наименование услуг	Количество пролеченных случаев на ___ год	Количество пролеченных случаев на I квартал	Количество пролеченных случаев на II квартал	Количество пролеченных случаев на III квартал	Количество пролеченных случаев на IV квартал

Перечень медицинских услуг с применением ВТМУ № 4:

№ п/п	Код МКБ -9	Наименование услуг	Количество пролеченных случаев на ___ год	Количество пролеченных случаев на I квартал	Количество пролеченных случаев на II квартал	Количество пролеченных случаев на III квартал	Количество пролеченных случаев на IV квартал

Примечание:

\*распространяется на поставщиков, финансируемых за счет средств республиканского бюджета, указывается стационарозамещающая помощь (в с л у ч а е оказания);

\*\*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 Правилами возмещения;

\*\*\*включает объем средств на оказание медицинской помощи, на к о т о р ы й н е распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в

п о р я д к е ,  
определенном Правилами возмещения.

**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	Ноябрь
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***												

Примечание:

\* распространяется на поставщиков, являющихся амбулаторно-поликлиническими субъектами здравоохранения и субъектами здравоохранения, оказывающими услуги гемодиализа, финансируемых за счет средств республиканского бюджета;

\*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном Правилами возмещения ;

\*\*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который не распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном Правилами возмещения.

**Сумма договора на оказание медицинской помощи онкологическим больным**

**(общая сумма) \_\_\_\_\_ тенге**

Годовая среднесписочная численность онкологических больных: \_\_\_\_\_  
 \_ человек

Комплексный тариф на 1 онкологического больного в месяц: \_\_\_\_\_

тенге

№ п/п	Наименование	— — год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноя
1	Сумма договора на оказание медицинской помощи онкологическим больным (тенге), в том числе:												
1)	оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется по комплексному тарифу на одного онкологического больного в месяц:												
2)	применение таргетных препаратов онкологическим больным												
3)	применение химиопрепаратов онкологическим больным												
4)	оказание лучевой терапии												
5)	оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор												

Примечание:

\* распространяется на поставщиков, финансируемых по комплексному тарифу на онкологического больного.

Сумма договора на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению по формам: первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь\* \_\_\_\_\_ тенге

Численность прикрепленного населения: \_\_\_\_\_ человек.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на одного прикрепленного человека в месяц: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

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

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

№ п/п	Наименование	_____ год											
		Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь		
1	Сумма договора на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению (тенге), в том числе:												
1)	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи												
2)	на стимулирование работников организации, оказывающей ПМСП, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки												

Примечание:

\* распространяется на поставщиков, финансируемых по комплексному подушевому нормативу на оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

Сумма договора на оказание медицинской помощи сельскому населению по форме (-ам): \_\_\_\_\_ тенге.

Ч и с л е н н о с т ь

(указать форму (-ы) медицинской помощи) сельского населения: \_\_\_\_\_ человек.

Комплексный подушевой норматив на оказание медицинской помощи с е л ь с к о м у населению в расчете на 1 одного человека в месяц: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе: гарантированная часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_

т е н г е ;

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

тенге.

№ п/ п	Наименование	_____											
		— — год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	
1	Сумма договора на оказание медицинской помощи сельскому населению (тенге), в том числе:												
1)	На оказание медицинской помощи												
2)	на стимулирование работников организации, оказывающей ПМСП, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки												

Примечание:

\* распространяется на поставщиков, являющихся субъектами здравоохранения районного значения и села, финансируемых по комплексному подушевому нормативу на оказание медицинской помощи сельскому населению.

Сумма договора на оказание медицинской помощи по форме (-ам): \_\_\_\_\_ тенге

(указать форму (-ы) медицинской помощи)

№ п/ п	Наименование	_____												
		— — год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декаб
1	Сумма договора на оказание медицинской помощи (тенге), в том числе:													
1)	Указать форму медицинской помощи													

Примечание:

\* 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	Декаб
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	К о д 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						

Примечание:

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

<b>З а к а з ч и к</b>	<b>П о с т а в щ и к</b>
_____	_____
(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)

**З а я в к а**

**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 оплатить аванс в \_\_\_\_\_ месяце в  
размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) процентов от (наименование месяца)  
(процент цифрой и прописью) общей суммы договора на оказание  
г а р а н т и р о в а н н о г о \_\_\_\_\_ о б ъ е м а  
бесплатной медицинской помощи от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_ года № \_\_\_\_\_ в  
сумме \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ тенге.  
(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 \_\_\_\_\_ с о г л а с н о  
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	

4. Настоящая заявка действует до истечения срока действия договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ \_ \_ г о д а № \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя поставщика либо его заместителя и их подписи)

Место печати (при наличии) Дата заполнения \_\_\_\_\_